

Université de Montréal

L'exercice du raisonnement clinique d'infirmières du programme SIPPE lorsqu'elles priorisent leurs interventions auprès de familles qui vivent en contexte de vulnérabilité.

Par
Véronique Sauvé

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en Sciences infirmières
option experte conseil

Juillet, 2012
© Véronique Sauvé, 2012

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'exercice du raisonnement clinique d'infirmières du programme SIPPE lorsqu'elles priorisent leurs interventions auprès de familles qui vivent en contexte de vulnérabilité.

présenté par :

Véronique Sauvé

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Gendron, Ph.D.

Directrice de recherche

Johanne Goudreau, Ph.D.

Co-directrice de recherche.

Louise Boyer, M.Sc.

Membre du jury

Hélène Lefebvre, Ph.D.

Présidente Rapporteur

Résumé

Cette recherche qualitative avait pour but d'explorer le raisonnement clinique d'infirmières de première ligne en CSSS/CLSC lorsqu'elles priorisent leurs interventions auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité dans le cadre du programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Il s'agit d'une étude de cas qui comporte un échantillon intentionnel de sept épisodes de soins impliquant deux infirmières auprès de sept familles en période postnatale lorsqu'elles priorisent leurs interventions. La collecte de données a procédé par méthode *think aloud*, suivie d'entretiens semi-dirigés auprès des infirmières. Une analyse qualitative des données a été effectuée selon des méthodes interprétatives et par comptage de catégories. Ces dernières ont été formulées et mises en relation en s'inspirant de la modélisation du processus de raisonnement clinique de Tanner (2006) ainsi que des stratégies de raisonnement clinique proposés par Fonteyn (1998).

Au terme de cette étude, le processus de raisonnement clinique ne semble pas être différent selon le type de priorité d'intervention auprès de familles en contexte de vulnérabilité, particulièrement lorsque nous distinguons la priorité selon un degré d'urgence (prioritaire ou secondaire). Aussi, nous constatons qu'il existe peu de diversité dans les processus de raisonnement clinique mobilisés à travers les sept épisodes de soins; et qu'un processus narratif de raisonnement est fréquent. Si une famille exprime un besoin urgent, l'infirmière y répond prioritairement. Par ailleurs, lorsque des conditions suggèrent un potentiel accru de vulnérabilité des familles, un mode de raisonnement clinique plus systématique, qui comporte une collecte et une mise en relation d'informations afin de formuler une proposition pour soutenir le passage à l'action, semble être mobilisé pour prioriser l'intervention. Il en est ainsi s'il s'agit d'un premier bébé, que la famille n'utilise pas d'autres ressources formelles de soutien. Autrement, s'il s'agit d'un deuxième bébé et que les familles utilisent d'autres ressources, les infirmières tendent plutôt à appliquer une routine d'intervention SIPPE. Aussi, cette recherche témoigne de l'engagement soutenu des infirmières auprès de familles vivant d'importants défis. Il importe toutefois de soutenir le développement d'un répertoire plus varié de processus de raisonnement clinique afin de renforcer leur capacité de prioriser leur intervention qui se déroule dans un contexte de multiples contraintes organisationnelles et interpersonnelles.

Mots-clés : raisonnement clinique; soins infirmiers de première ligne; vulnérabilité; population vulnérable; intervention précoce; méthode *think aloud*; priorités d'intervention.

Summary

The goal of this qualitative study was to explore the clinical reasoning of primary care nurses in CLSC/CSSS when they set priorities for their interventions with vulnerable families as part of the Integrated Perinatal and Early Childhood Services (SIPPE) program. This case study comprises a purposeful sample of seven postnatal care episodes involving two nurses and seven families. Data were collected using the think-aloud method, followed by semi-structured interviews with nurses. Qualitative data analysis was performed using interpretive methods and category counting. The resulting categories and patterns were developed based on Tanner's (2006) model of clinical judgement in nursing and Fonteyn's (1998) clinical reasoning patterns.

Study results suggest that clinical reasoning processes do not differ according to the type of priority, whether the situation is more or less urgent. Moreover, there is diversity in the types of clinical reasoning employed within the seven care episodes; and it appears that a narrative reasoning process is favoured. If a family's needs are urgent, nurses prioritize these needs. When conditions indicate that there is greater potential for vulnerability, a more systematic form of clinical reasoning, identified here as «collecting data to form relationships and to present a proposal for action», is used to prioritize interventions. This pattern is more likely when a first child is involved and when the family is less likely to turn to other support resources. Otherwise, if this is a second child and the family uses other resources, the nurse tends to apply routine SIPPE interventions. Finally, our results suggest that a systemic view of a family's living circumstances, rather than keeping the focus on the infant's well-being, could make it more difficult to set intervention priorities.

This study highlights nurses' ongoing commitment to families facing significant challenges. However, it is important to support the development of a broader inventory of clinical reasoning processes to bolster nurses' capacity to prioritize interventions that take place in contexts of multiple organizational constraints.

Key words: Clinical reasoning; primary care nursing services; vulnerability; vulnerable population; early intervention; think-aloud method; intervention priorities.

Table des matières

LISTE DES APPENDICES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES.....	xii
LISTE DES ACRONYMES.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1. Mise en contexte.....	4
1.2. Problématique de recherche.....	6
1.3. But de l'étude.....	9
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	10
2.1. Le phénomène de la vulnérabilité selon les intervenants sociaux ou de santé en première ligne.....	12
2.2. Le raisonnement clinique : définition.....	14
2.3. Les composantes du processus de raisonnement clinique.....	17
2.4. Recherches empiriques sur le raisonnement clinique des infirmières.....	19
2.4.1. Études du raisonnement clinique auprès d'infirmières œuvrant en première ligne à domicile.....	19
2.4.2. Études du raisonnement clinique auprès d'infirmières en soins critiques ou soins palliatifs à domicile.....	21
2.4.3. Une méthodologie de recherche pour l'étude du raisonnement clinique des infirmières : le <i>think aloud</i>	24
CHAPITRE 3 : CADRE DE RÉFÉRENCE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	27
3.1. Cadre de référence : Modèle sur le raisonnement, Modèle clinique.....	28
3.2. Questions de recherche.....	31
CHAPITRE 4 : MÉTHODE.....	33
4.1. Devis de recherche.....	34
4.2. Contexte de recherche.....	34
4.3. Milieu de réalisation de l'étude.....	35
4.4. Échantillon.....	36
4.5. Entrée dans le milieu, recrutement et préparation des infirmières.....	37
4.6. Collecte des données.....	39

4.7. Préparation et gestion des données.....	40
4.8. Analyse des données.....	41
4.8.1. Analyse interprétative descriptive.....	41
4.8.2. Analyses comparatives.....	42
4.9. Critères de qualité.....	43
4.10. Considérations éthiques.....	44
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS.....	46
5.1. Les infirmières participantes.....	47
5.1.1. Caractéristiques des participantes.....	47
5.1.2. Les attentes des infirmières par rapport aux familles qu'elles accompagnent.....	48
5.1.3. Les savoirs mobilisés par les infirmières dans les épisodes de soins à l'étude.....	49
Savoir empirique.....	49
Connaissance du contexte de soins.....	49
Connaissance de la situation clinique de la famille.....	50
Savoir personnel.....	52
5.2. Description des épisodes de soins.....	54
5.3. Les priorités d'intervention.....	58
5.4. Les processus de raisonnement clinique.....	60
5.4.1. Processus de raisonnement clinique narratif.....	61
5.4.2. Processus de raisonnement clinique de mise en relation d'informations pour formuler une proposition (MRI+FP).....	62
5.5. Principaux constats de l'analyse descriptive.....	65
5.6. Modélisation.....	66
5.6.1. Caractéristiques des épisodes de soins et le type de priorité d'intervention.....	68
5.6.2. Processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention.....	70
5.6.3. Processus de raisonnement clinique et caractéristiques des épisodes de soins.....	73
5.6.4. Processus de raisonnement clinique et caractéristiques des infirmières.....	77
CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....	81
6.1. Discussion des résultats de l'étude.....	82
6.1.1. Les principaux constats.....	82
1. Le processus de raisonnement clinique narratif.....	82
2. Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention.....	83
3. Les caractéristiques des épisodes de soins, les priorités d'intervention et le raisonnement clinique des infirmières.....	84

4. Le processus de raisonnement clinique diffère selon les caractéristiques des infirmières.....	85
6.2. Réflexions sur l'application de la méthode <i>think aloud</i>	86
6.3. Les forces et les limites de l'étude.....	89
6.4. Recommandations.....	90
CONCLUSION.....	92
RÉFÉRENCES.....	95

Liste des appendices

Appendice

A	Mises en situation SIPPE.....	xiv
B	Questionnaire sociodémographique.....	xvi
C	Guide d'entretien.....	xviii
D	Formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche.....	xx
E	Liste de codification.....	xxv
F	Extrait Journal de bord-notes de réflexion.....	xxxix

Liste des tableaux

Tableau

1. Le contexte des épisodes de soins à l'étude	56
2. Les priorités d'intervention durant les épisodes de soins.....	59
3. Les sept épisodes de soins selon le type de priorité d'intervention.....	69
4. Les processus de raisonnement clinique pour les sept épisodes de soins selon le type de priorité d'intervention.....	71
5. Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention. Première infirmière	72
6. Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention. Deuxième infirmière.....	72
7. Analyse de contenu des verbatim : Processus de raisonnement clinique MRI+FP selon les caractéristiques des épisodes de soins.....	74
8. Analyse de contenu des verbatim : Processus de raisonnement clinique MRI+FP selon les caractéristiques des épisodes de soins. Première infirmière.....	75
9. Analyse de contenu des verbatim : Processus de raisonnement clinique MRI+FP selon les caractéristiques des épisodes de soins. Deuxième infirmière.....	76
10. Les caractéristiques individuelles/professionnelles de l'infirmière et les processus de raisonnement clinique MRI+FP selon l'infirmière.....	78

Liste des figures

Figure

1	Modélisation du processus de raisonnement clinique (Traduction libre/adaptation de Tanner (2006)).....	30
2	Les types de savoirs mobilisés par les deux participantes dans les sept épisodes de soins.....	53
3	Les savoirs mobilisés pour chaque infirmière dans les sept épisodes de soins....	53
4	Les processus de raisonnement clinique utilisés par les participantes dans les sept épisodes de soins.....	64
5	Modélisation du raisonnement clinique et séquence des analyses pour la modélisation.....	67

Liste des acronymes

1.	CSSS/CLSC :	Centre de santé et de services sociaux/Centre local de services communautaires
2.	MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
3.	MRI+FP :	Mise en relation d'informations pour formuler une proposition
4.	NÉ-GS :	Naître égaux-grandir en santé
5.	OLO :	Œuf-lait-orange
6.	PSJP :	Programme de soutien aux jeunes parents
7.	SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Remerciements

Je souhaite sincèrement remercier ma directrice de recherche, Sylvie Gendron, qui, grâce à sa passion et sa rigueur, aura su m'amener au-delà de ce que je croyais être en mesure de réaliser. J'alloue une grande reconnaissance à l'intérêt qu'elle a démontré à mon projet de maîtrise. Je désire remercier également ma co-directrice de recherche, Johanne Goudreau, pour son expertise du raisonnement clinique des infirmières. Je me dois aussi de souligner toute ma gratitude envers les infirmières du milieu de réalisation de mon étude. Je remercie leur collaboration et leur dévouement vis-à-vis la méthode *think aloud* utilisée dans le cadre de cette recherche.

Également, je désire remercier mon entourage de m'avoir épaulée durant ces dernières années. Une attention plus particulière à mon amour de toujours, Jean-David, pour le précieux support psychologique et émotionnel durant cette laborieuse aventure. Je sais parfaitement que ce n'était pas facile tous ces sacrifices. De plus, j'aimerais dire un gros merci à ma nouvelle joie de vivre, ma petite Chloé d'amour. Sans toi, mon si merveilleux bébé, je n'aurais pas pu écrire. Toutes ces heures sacrifiées depuis les dernières années m'ont été possibles grâce à cette rigueur disciplinaire que m'ont inculquée mes parents. Je vous remercie de m'avoir transmis cette importante valeur de vie. Sans elle, je n'aurais jamais réussi ce si laborieux travail. Un merci tout spécial à ma mère Diane et aussi à ma belle-mère Lise d'avoir pris soin de ma belle Chloé pendant toutes ces heures où je devais réaliser ce projet. Un merci particulier à Ariane pour m'avoir donné de ton temps si précieux. Enfin, je dois remercier tous (toutes) mes amis (amies) qui m'ont vue tantôt heureuse, tantôt découragée. Maintenant, je serai beaucoup plus disponible et présente.

Introduction

Deux éléments m'ont amenée à me questionner sur le raisonnement clinique des infirmières, un premier d'ordre clinique et un deuxième d'ordre pédagogique. De 2008 à 2010, j'ai travaillé comme infirmière dans le programme SIPPE. J'ai eu le plaisir d'accompagner plusieurs familles vivant en situation de vulnérabilité. Le programme comporte des directives assez précises quant à l'intensité des interventions à livrer. Toutefois, mes observations m'ont permis de constater que le groupe d'infirmières dont je faisais partie, priorisaient parfois leurs interventions de manière très différente. Le raisonnement clinique sur lequel se fonde ces décisions, peu explicité par les infirmières, m'est apparu comme étant un processus essentiel à explorer. Également, mon expérience dans l'enseignement collégial depuis 2008 m'a aussi amenée à me questionner sur le raisonnement clinique des étudiantes. Ainsi, ma principale motivation a été de comprendre et d'explorer le raisonnement clinique des infirmières.

Chapitre 1
Problématique

1.1. Mise en contexte

Au Québec, les infirmières qui interviennent dans les services de première ligne en CSSS/CLSC, agissent auprès de plusieurs populations considérées vulnérables. Par exemple, les personnes âgées de plus de 65 ans, vivant seules, en perte d'autonomie, et ayant des conditions médicales telles que des maladies cardiovasculaires ou respiratoires, sont considérées vulnérables (Balbus & Malina, 2009). Des femmes vivant des situations de violence conjugale ou des familles avec de jeunes enfants en situation de pauvreté se trouvent dans des conditions de vie peu favorables à leur santé et à l'exercice de leur autonomie (Alvarez-Castillo, Cook Lucas, & Cordillera Castillo, 2009). En contexte de pauvreté, des bébés et des enfants peuvent être exposés à des logements comportant des allergènes aériens et des moisissures, les rendant ainsi plus vulnérables à des problèmes de santé (Grégoire, Michaud, & Gagnon, 2008). Par ailleurs, les personnes en contexte de désaffiliation sociale, sans emploi et ayant des problèmes de santé mentale ou vivant de la détresse psychologique sont considérées vulnérables (Holmes & Perron, 2006; Rogers, 1997). La vulnérabilité comporte ainsi de multiples facettes d'ordre physique, psychologique et social qui témoignent de conditions de vie et de situations difficiles pour les personnes et les familles (Aday, 1994).

Les infirmières œuvrant dans les services de première ligne doivent utiliser de leur raisonnement clinique pour reconnaître les conditions de vulnérabilité et prioriser les situations qui nécessitent un suivi et un accompagnement, ceci dans l'optique d'éviter d'éventuelles complications et de favoriser la santé des personnes et des familles (Appleton, 1994). Les SIPPE constituent un programme qui offre des services en CSSS/CLSC à un nombre croissant de familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2004). Ce programme, dispensé par des professionnels de la santé dont environ une proportion importante sont des infirmières (Gendron, Dupuis, Moreau, Clavier, Dupuis, & Lachance Fiola, 2012), assure un suivi des familles, de la période prénatale jusqu'à cinq ans de vie de l'enfant. Ce suivi vise essentiellement le

renforcement des compétences et des capacités d'agir des familles ainsi que leur accompagnement vers des ressources communautaires et professionnelles.

Que ce soit des mères adolescentes ou des familles qui vivent en situation d'extrême pauvreté ou d'immigration récente, les clientèles du programme SIPPE présentent de multiples défis et besoins (Ministère de la santé et des services sociaux, 2004). En particulier, la grossesse chez une adolescente peut comporter plusieurs conséquences sur les conditions de vie et la santé de la mère, du père et du nouveau-né, et des besoins d'ordre matériel et financier doivent souvent être comblés rapidement (Barratt, Roach, Morgan, & Colbert, 1996). Des interventions ciblées s'avèrent essentielles, notamment pour assurer une alimentation adéquate chez la mère et un poids optimal du bébé à la naissance, pour prévenir la détresse psychologique des parents, pour favoriser le développement d'un réseau social de soutien autour de la famille ainsi que pour favoriser l'utilisation optimale de ressources et l'intégration socioprofessionnelle des parents. Selon plusieurs auteurs, plus les mères sont jeunes, plus elles sont vulnérables et plus elles nécessitent un accompagnement pour répondre à leurs besoins et gérer la transition de devenir mère (Grady & Bloom, 2004; Langille, 2007; Leadbeater & Way, 2001; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Thato, Rachukul, & Sopajaree, 2007; Theroux, 2007). Cet accompagnement est d'autant plus essentiel lorsque leur niveau de scolarité est faible ou qu'elles occupent des emplois précaires (Bradley, Cupples, & Irvine, 2002; Charbonneau, 1998).

Vu les multiples besoins des familles vulnérables, les infirmières du programme SIPPE doivent ainsi faire des choix éclairés pour organiser leurs interventions et assurer un accompagnement optimal auprès de cette clientèle. En particulier, elles doivent être en mesure d'identifier quelles personnes ou familles sont les plus vulnérables, lesquelles nécessitent une intervention prioritaire, ou par lequel de leurs problèmes ou besoins débiter l'accompagnement. L'exercice avisé et éclairé du raisonnement clinique infirmier s'avère essentiel.

1.2. Problématique de recherche

Le raisonnement clinique infirmier s'élabore en fonction de plusieurs paramètres. L'évaluation juste de la situation des personnes et familles, ainsi que des facteurs personnels propres à l'infirmière tels que les expériences antérieures, les savoirs d'expérience personnelle, l'expérience professionnelle et le contexte organisationnel entrent en jeu dans l'élaboration du raisonnement clinique (Appleton & Cowley, 2003; Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk, & Nagle, 2009; Lucker & Kenrick, 1992; Matteson & Hawkins, 1990; Thompson et al., 2007). Certains auteurs réfèrent aussi à la notion d'« intuition » qui permettrait à l'infirmière d'utiliser son raisonnement clinique plus efficacement et à un plus haut niveau (Appleton, 1994; Williams, 1997). En contexte de vulnérabilité, toutefois, puisqu'il y a peu de consensus quant aux dimensions à considérer dans l'évaluation clinique d'une situation, l'exercice du raisonnement clinique pose certains défis.

En sciences infirmières, lorsqu'il est question de vulnérabilité, les auteurs réfèrent généralement à des caractéristiques et trajectoires individuelles des personnes. Par exemple, Cowley (1991) propose une conceptualisation de la vulnérabilité basée sur des facteurs de stress externes et internes. Les facteurs externes de stress peuvent être des facteurs hors du contrôle des personnes comme ceux d'ordre social, économique ou culturel. Les facteurs internes de stress sont plutôt de l'ordre de caractéristiques ou de conditions propres à la personne/famille telles que l'isolement social et des problèmes de santé physiques, psychologiques, émotionnels ou relationnels. Par ailleurs, Rogers (1997) et Shi, Stevens, Lebrun, Faed, & Tsai (2008) caractérisent la vulnérabilité des personnes selon leur âge, le genre, le groupe ethnique d'appartenance, l'environnement, la présence ou non de soutien social, les ressources personnelles, le niveau d'éducation, les habitudes de vie, et la perception et le sentiment de contrôle de l'individu quant à sa propre situation de vie. Enfin, Newland & Cowley (2003) associent la vulnérabilité à un état de *besoins*. Dans le même ordre d'idées, les psychologues définissent le concept de la vulnérabilité comme étant un cumul de facteurs sociaux et

psychologiques de type individuel amenant les familles à devenir plus à risque de développer des problèmes de santé (Huba, Melchior, & Panter, 2001). Les notions de *cumul* et de *facteurs de risque* sont centrales dans leur conceptualisation.

Dans une perspective sociologique, toutefois, la vulnérabilité est le fruit de relations ou du contexte social. Par exemple, Delor & Hubert (2000) suggèrent que la vulnérabilité est une situation vécue chez des groupes stigmatisés ou vivant en contexte d'exclusion sociale, résultant de trois dimensions : des trajectoires sociales parsemées par de multiples défis; des interactions qualifiées par un processus d'exclusion ou de rejet; et un contexte social dont les normes contribuent à l'exclusion et à la vulnérabilité. Enfin, dans une perspective de santé publique, Gendron (2001) établit que la vulnérabilité est constituée de dynamiques inter-reliées d'exclusion personnelle, interpersonnelle et sociétale; et d'incapacité d'agir des personnes, combinant ainsi des dimensions individuelles et sociales dans sa conceptualisation. Châtel & Soulet (2003) vont également dans ce sens.

Une telle diversité en ce qui a trait à la définition du concept de vulnérabilité peut, en partie, être responsable du défi que pose l'intervention auprès de personnes et familles en contexte de vulnérabilité. D'une part, les paramètres du raisonnement clinique des intervenants seraient dépendants de leur discipline d'appartenance, où certaines renvoient davantage à des caractéristiques de l'individu et d'autres à des conditions de leur environnement social. D'autre part, le type de raisonnement clinique utilisé est également modifié par d'autres dimensions telles l'intuition ou des connaissances non modélisées, l'expérience personnelle et professionnelle, des patterns de raisonnement, le lien de confiance établi avec la personne et la famille, ainsi que son contexte organisationnel (Appleton & Cowley, 2003; Tanner, 2006; Thompson et al., 2007).

Dès lors, on comprendra que même si elles sont de la même discipline, les infirmières pourraient aborder une situation de vulnérabilité selon des angles différents. Par exemple, des recherches qualitatives effectuées auprès d'infirmières œuvrant à domicile indiquent que certaines qualifient la vulnérabilité d'une famille en fonction du développement physique, du contexte

familial et du lien d'attachement des parents envers l'enfant (Appleton, 1994; Balbus & Malina, 2009). Tandis que d'autres évaluent la vulnérabilité à partir de leurs observations des habiletés des personnes et des familles à faire face au stress et du soutien social qui leur est disponible (Williams, 1997). Ainsi, il semble que les infirmières raisonnent à partir de paramètres différents lorsqu'elles interviennent auprès de familles vulnérables (Appleton, 1994; Balbus & Malina, 2009; Newland & Cowley, 2003; Rogers, 1997; Williams, 1994).

En ce qui concerne plus particulièrement les SIPPE, ce sont les critères d'âge et de pauvreté qui sont mis de l'avant par le MSSS (2004) pour identifier les familles vulnérables en besoin de services. Ainsi, les infirmières des programmes Enfance/Famille/Jeunesse des CSSS/CLSC doivent tenter d'intervenir auprès de toutes les familles qui correspondent aux critères suivants: faible revenu, jeune âge de la mère ou statut d'immigration récent. Dans les faits, ceci représente un nombre important de familles. De plus, comme le suivi se poursuit sur une période de deux à cinq ans, le nombre de familles accompagnées augmente annuellement, pendant que les ressources demeurent généralement les mêmes. Cette situation fait en sorte de diminuer la capacité des infirmières (et des autres professionnels) d'intervenir selon les paramètres proposés du programme. Ce faisant, les infirmières doivent prioriser certaines familles vulnérables pour cibler celles qui nécessitent un suivi plus fréquent ou plus soutenu.

Nos discussions avec des gestionnaires, notre expérience infirmière, ainsi que notre recension de la littérature scientifique, soulignent l'importance du raisonnement clinique exercé dans la priorisation et l'orientation de l'intervention en contexte de vulnérabilité afin d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles (Appleton & Cowley, 2003; Banning, 2008a; Matteson & Hawkins, 1990; SmithBattle & Diekemper, 2001; Thompson et al., 2007). Toutefois, les processus selon lesquels est formulé ce raisonnement clinique n'ont pas fait l'objet de documentation systématique dans le cadre des SIPPE au Québec et même dans d'autres programmes similaires, au Québec ou ailleurs. Mieux documenter ces processus permettrait, notamment, de comprendre la variabilité observée de l'intensité des interventions déployées

auprès de ces familles en contexte de vulnérabilité (Gendron & Moreau, 2010), de justifier la pertinence des décisions cliniques prises par les professionnels de ce programme au regard des directives émises par les décideurs et ainsi, d'accompagner l'intervention qui se déploie. Une étude exploratoire s'impose donc pour rendre plus explicite le raisonnement clinique des infirmières des SIPPE lorsqu'elles priorisent leurs interventions auprès de familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

1.3. But de l'étude

Le but de cette étude est d'explorer le raisonnement clinique d'infirmières de première ligne en CSSS/CLSC lorsqu'elles priorisent leurs interventions auprès de familles qui vivent en contexte de vulnérabilité dans le programme SIPPE.

Il s'agit d'une recherche qualitative car les données recueillies permettront des descriptions riches dans un contexte où aucune étude n'a encore été effectuée sur le sujet. Cette recherche s'avère particulièrement pertinente pour les infirmières, car elles sont les principales professionnelles œuvrant en première ligne, notamment dans le programme SIPPE, et peu d'études ont été effectuées auprès de ces infirmières d'expérience. Enfin, nos résultats pourraient servir de canevas à partir duquel des infirmières expertes conseils pourraient questionner et réfléchir à l'accompagnement qu'elles offrent à leurs collègues infirmières pour renforcer leur raisonnement clinique et l'amélioration continue de leur pratique

Chapitre 2

Recension des écrits

Les écrits qui portent sur la vulnérabilité et les processus de raisonnement clinique s'avèrent pertinents pour mieux comprendre le sujet de cette présente étude. À noter, rares sont les études qui s'intéressent aux processus de raisonnement clinique des infirmières œuvrant en contexte de vulnérabilité sociale. Trois principaux thèmes ont été identifiés pour cette recension des écrits: 1) La recherche portant sur le phénomène de la vulnérabilité, tel que défini et conçu par des intervenants sociaux et en santé œuvrant en première ligne et à domicile; 2) les définitions du raisonnement clinique; et 3) les recherches empiriques portant sur le raisonnement clinique d'infirmières, dont incluant celles en première ligne auprès de familles en situation de vulnérabilité et celles de d'autres professionnels en général.

La recension des écrits a été réalisée à partir des bases de données CINAHL et MEDLINE en utilisant les mots-clés suivants, pour la période 1984-2010: *vulnerability; social vulnerability; home visiting; vulnerable population; exclusion; exclusion trajectory; exclusion experience; clinical judgement; decision making; nursing process; clinical reasoning; critical thinking; nursing; primary care*. Il est à noter qu'après une recension exhaustive des écrits, nous n'avons pu repérer d'écrits faisant état d'une recherche empirique documentant le raisonnement clinique infirmier lorsqu'il s'agit de prioriser des interventions auprès de familles en contexte de vulnérabilité. Il semble donc que peu de recherche ait été effectuée auprès d'infirmières ou autres professionnels en regard de ce thème. Nous avons repéré environ une soixante d'articles scientifiques dont une vingtaine d'entre eux ont été retenus. Ces écrits devaient détenir les critères de sélection suivants, soit d': 1. Amener un éclairage sur les questions, la population et le sujet de recherche; 2. avoir une méthode valide; 3. avoir recours à une rigueur scientifique; et 4. privilégier des auteurs incontournables sur le sujet de recherche.

2.1. Le phénomène de la vulnérabilité selon les intervenants sociaux ou de santé en première ligne

Des études qualitatives de type exploratoire, quantitatives et mixtes ont été effectuées soit auprès d'intervenants sociaux ou d'infirmières pour documenter comment ces acteurs conçoivent la vulnérabilité.

Appleton (1994) a conduit une étude mixte pour explorer les critères qu'utilisent les professionnels de la santé pour identifier les familles vulnérables qui nécessitent des services de protection de l'enfance. La conduite de groupes de discussion et d'entretiens semi-dirigés a permis d'identifier que la perception du risque d'abus physique, sexuel, émotionnel et/ou de négligence chez l'enfant était un critère important pour identifier des situations de vulnérabilité. Autrement, il fut difficile de clarifier quels étaient les autres facteurs faisant en sorte qu'une famille soit considérée vulnérable par les intervenants à domicile. Dans leur conception, les professionnels de la santé identifient un manque de consensus et une zone grise en termes de définition de la vulnérabilité.

Dans la continuité de l'étude précédente, une étude qualitative menée par Williams (1997) a exploré les critères utilisés par deux groupes d'infirmières œuvrant dans des programmes de périnatalité pour identifier des familles vulnérables et prioriser celles nécessitant une plus grande fréquence de contacts. Les propos recueillis à travers des focus groupes et des entretiens individuels ont permis de créer neuf catégories de critères qu'utilisent les infirmières pour identifier les familles vulnérables et ajuster leur intensité d'intervention. En particulier, un faible soutien social ou familial, des habiletés parentales déficientes, des difficultés à composer avec le quotidien, le jeune âge de la mère, des problèmes de santé chez la mère ou chez l'enfant, une faible estime de soi chez la mère, l'éloignement des services de santé, un faible revenu, une relation conjugale fragile et la présence d'acteurs de la protection de l'enfance auprès de cette famille constituent les principaux critères utilisés par les intervenants pour établir le profil de vulnérabilité d'une famille. Selon Williams (1997), de tels résultats permettraient de dresser une grille pour identifier des familles vulnérables.

Dans une étude qualitative exploratoire, Horrocks, Pollocks, Harvey, Emond, & Shepherd (1998) ont soumis une liste de 28 facteurs de vulnérabilité à des professionnels de la santé œuvrant à domicile auprès de familles comportant des enfants de la naissance à cinq ans, pour évaluer leur charge de travail et le type de besoins de santé avec lesquels ces professionnels et familles devaient composer. Cette liste, construite par une équipe à l'Université Bristol à Londres, comportait des facteurs tels que l'âge des parents, leur statut matrimonial, le petit poids de l'enfant à la naissance et la présence de problèmes développementaux chez l'enfant. Par des entretiens et par des questionnaires, la majorité des professionnels de la santé ont validé que ces 28 facteurs constituent, somme toute, des éléments essentiels pour juger du degré de vulnérabilité des familles et de l'intensité de l'intervention à leur consacrer. Cependant, ces professionnels n'accordent pas tous le même poids relatif à ces 28 facteurs. Ainsi, certains facteurs ont beaucoup plus d'importance à leurs yeux lorsque vient le temps de juger de la vulnérabilité d'une famille par rapport à une autre. À cet égard, tous sont unanimes à l'effet que des situations réelles ou potentielles de négligence ou d'abus à l'endroit d'un enfant constituent les facteurs les plus importants dans l'appréciation de la vulnérabilité et l'assignation d'une priorité d'intervention. En somme, cette étude a permis d'identifier les facteurs selon lesquels les intervenants jugent cliniquement quelles familles semblent les plus vulnérables. Toutefois, les auteurs émettent qu'il n'est pas avisé de s'en tenir uniquement à des critères prédéfinis pour évaluer une situation. Ils sont plutôt d'avis qu'il est essentiel que les intervenants exercent leur raisonnement clinique pour prioriser et organiser leurs interventions en contexte de vulnérabilité.

Enfin, une étude qualitative exploratoire menée par Newland & Cowley (2003) auprès de professionnels de la santé effectuant des visites à domicile, et ayant accepté de décrire des épisodes d'interaction avec une ou deux familles, indique que les paramètres suivants les aident à prioriser leurs interventions: l'isolement social de la famille; la composition et le nombre de personnes vivant dans la maisonnée; une dynamique familiale ou de couple discordante; des problèmes d'insalubrité ou d'accès à un logement; des problèmes de communication dans le

couple ou la famille; un état de santé sous-optimal de la mère ou du bébé; des besoins spéciaux tels des problèmes de comportement chez l'enfant; et une incapacité à assurer le maintien des besoins physiques de base tels l'alimentation. À terme, les familles considérées vulnérables par les professionnels de la santé sont celles qui vivent plusieurs problématiques (Newland & Cowley, 2003). Ceci dit, l'isolement social de la famille est le critère qui ressort comme étant celui que retiennent davantage les intervenants pour établir la vulnérabilité des familles et prioriser leurs interventions (Newland & Cowley, 2003).

Tout compte fait, quelques recherches portent sur les différents critères à partir desquels les intervenants établissent le degré de vulnérabilité des familles et orientent leurs interventions. Les recherches ne rendent toutefois pas compte du processus de raisonnement clinique dans un tel contexte. De plus, aucune recherche n'a été effectuée auprès d'infirmières exclusivement. Dans l'ensemble, les auteurs des écrits consultés suggèrent qu'il importe de faire d'autres recherches auprès d'intervenants œuvrant à domicile en contexte de vulnérabilité pour mieux comprendre leur raisonnement clinique afin d'être en mesure de mieux outiller leur pratique (Appleton, 1994; Williams, 1997; Horrocks, Pollocks, Harvey, Emond, & Shepherd, 1998; Newland & Cowley, 2003).

2.2. Le raisonnement clinique : définition

Le terme *raisonnement clinique* possède plusieurs synonymes. Il arrive qu'ils soient confondus, voire même considérés interchangeables. Par exemple, il est question de jugement clinique, de *résolution de problème*, de *prise de décision* ou de *pensée critique* (Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Huckabay, 2009; Simmons, 2010; Tanner, 2006). Par ailleurs, il arrive que ces termes soient utilisés ensemble, ce qui permet aussi de les distinguer. Par exemple, le raisonnement clinique est défini comme étant un processus cognitif menant à la formation d'un jugement clinique essentiel à une prise de décision clinique adéquate (Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Huckabay, 2009; Simmons, 2010). Pour les besoins de cette recherche, et prenant appui sur

les écrits (Appleton & Cowley, 2003a; 2008b; Banning, 2008a; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk, & Nagle, 2009; Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, 1986; Ellermann, Kataoka-Yahiro, & Wong, 2006; Huckabay, 2009; Matteson & Hawkins, 1990; Tanner, 1983a; 2006b; Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993; Paul & Elder, 2005; 2008; Walsh & Seldomridge, 2006; William, 1997), nous distinguons le jugement clinique comme étant une résultante du processus de raisonnement clinique. C'est ce dernier qui nous intéresse ici.

Voici un aperçu de définitions retrouvées dans la littérature pour les principaux termes, soit ceux de raisonnement clinique, de pensée critique et de jugement clinique.

Banning (2008a), elle définit le raisonnement clinique comme un processus de la pensée pour organiser des idées et explorer des expériences afin de parvenir à des solutions. Selon elle, il existe plusieurs formes de raisonnement clinique. Le *raisonnement centré sur un problème*¹ porte sur l'identification d'un problème, ses conditions associées, ainsi que sur les solutions pouvant être utilisées pour le résoudre. Le *raisonnement théorique* ou raisonnement *hypothético-déductif* consiste en une approche qui passe par la formulation d'hypothèses et l'élimination d'hypothèses rivales pour en arriver à une décision. Le *raisonnement pratique* se déroule à travers l'action comme, par exemple, durant la planification ou la prestation des soins. Le *raisonnement inductif* consiste en un processus qui va du spécifique au général. Finalement, le *raisonnement dialectique* identifie et explore des facteurs en opposition afin de parvenir à résoudre des situations problématiques. Aussi, une infirmière peut utiliser le *raisonnement par problème* pour chercher une ou des solutions à partir de l'identification des besoins et problèmes du client. Tandis qu'une infirmière peut démontrer un *raisonnement pratique* lorsqu'elle planifie et réalise ses soins auprès d'une famille, dans l'action. Quant à Fonteyn (1998), elle propose 17 stratégies, définies à l'Appendice E, qui, en soit, sont des processus de la pensée. D'autres chercheuses en sciences infirmières s'inspirent de Fonteyn (1998) pour leur recherche sur le raisonnement clinique des

¹ Traduction libre de *problematic reasoning*

infirmières, comme entre autres Simmons, Lanuza, Hicks, & Holm, (2003); Kuipers, & Grobe, (1993); Fisher, (1995).

D'autres auteurs font état d'autres types de processus de raisonnement clinique. Le processus de raisonnement clinique selon des *scripts* est proposé pour rendre compte de l'organisation des savoirs des experts lors de routines de soins ou lors de la formulation de diagnostics (Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007). En particulier, la théorie des scripts vise à rendre compte de la manière dont les humains comprennent les événements (Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007). Cette théorie suppose que la mémoire fonctionne tel un réflexe en utilisant efficacement, et automatiquement, un réseau cognitif de connaissances permettant la formulation d'hypothèses plutôt que la vérification d'une liste d'éléments disparates. Les scripts sont ainsi le résultat de l'organisation de savoirs et d'expériences passées et répétées permettant de mettre en lien l'information plus spécifiquement selon le contexte. On s'intéresse aux scripts dans des contextes d'apprentissage, car ils permettent d'identifier la structure mentale derrière le raisonnement clinique qui pourra éventuellement aider les novices à accroître leurs compétences. En effet, davantage d'automatismes et de réflexes sont utilisés chez les novices (Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007; Charlin, Tardif, & Boshuizen, 2000; Greenwood, 2000).

Dans un autre ordre d'idées, les auteurs font référence au *raisonnement diagnostique* comme un type de raisonnement clinique où il s'agit d'utiliser les informations pour formuler des hypothèses, les évaluer, et les éliminer jusqu'au diagnostic final (Westfall, Tanner, Putzier, & Padrick, (1986). Enfin, certains auteurs font état du *raisonnement clinique narratif* qui comporte un récit détaillé de l'expérience de santé et de maladies des personnes, ce qui permettrait une meilleure compréhension de l'être humain et l'élaboration de nouvelles connaissances (Astrom, Norberg, Hallberg, & Jansson, 1993; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Tanner, 2006).

La pensée critique est présentée dans la littérature au même niveau métacognitif que le raisonnement clinique avec une certaine nuance. La pensée critique est « l'art d'analyser et d'évaluer la pensée en vue de l'améliorer » (Paul & Elder, 2008). Il s'agit d'une forme de raisonnement cognitif qui dépend du contexte de soins, et qui repose sur des dialogues, en collaboration avec le client/famille, sur des données cliniques et des problèmes du client, le tout nécessitant une réflexion à l'intérieur d'une période de temps (Ellermann, Kataoka-Yahiro, & Wong, 2006). Selon Huckabay (2009) et Paul & Elder (2005), la pensée critique : 1. Est un mode de raisonnement et de jugement; 2. Est soutenue par des points de vue et des cadres théoriques; 3. Utilise de l'information et des données; 4. Tente de répondre à des buts, des questions et des problématiques; et 5. Identifie des conclusions, des interprétations, des concepts, des construits théoriques et des présuppositions.

Enfin, le jugement clinique est à la fois conçu comme un processus et un résultat (Appleton & Cowley, 2003). Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, (1986) soutiennent que le jugement clinique réfère à un *processus* pour comprendre et résoudre des problèmes et pour prendre des décisions, tout en ayant recours à l'intuition (connaissances non modélisées) et à l'expertise de l'infirmière. Par ailleurs, tel que mentionné plus haut, Tanner (2006) propose que le jugement clinique est la *résultante* du raisonnement clinique. Étant présenté à la fois comme un processus et un résultat, il est compréhensible que le jugement clinique soit considéré complexe (Appleton & Cowley, 2003; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Huckabay, 2009; Tanner, 1983a; 2006b; Walsh & Seldomridge, 2006).

2.3. Les composantes du processus de raisonnement clinique

Mise à part la distinction de différents processus de raisonnement clinique, les définitions du concept de raisonnement clinique, en tant que processus, indiquent que ce dernier serait le fruit de savoirs, de compétences cliniques, d'expériences personnelles, professionnelles ou cliniques, et de conseils fournis par les collègues (Appleton & Cowley, 2003a; 2008b; Matteson & Hawkins,

1990; Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993; Tanner, 2006; William, 1997). Aussi, ce processus repose sur un lien de confiance et une certaine connaissance des besoins d'un client ou d'une famille, tout en étant influencé par le contexte social, culturel et interpersonnel des acteurs impliqués (Appleton & Cowley, 2003a; 2008b; Matteson & Hawkins, 1990; Tanner, 2006; Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993; William, 1997). Le raisonnement clinique étant influencé par le contexte, l'incertitude qui caractérise les situations de soins complexes, la nature de l'intervention à accomplir et le temps disponible pour prendre une décision important également (Appleton & Cowley, 2003a; 2008b; Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk, & Nagle, 2009; Matteson & Hawkins, 1990; Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993; Tanner, 2006; William, 1997).

Enfin, il semble que les outils utilisés par les professionnels pour l'évaluation des besoins et des situations de santé des clientèles auraient une incidence sur le raisonnement clinique (Appleton & Cowley, 2003; Banning, 2008a; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999; Cioffi, 1998; Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk, & Nagle, 2009; Matteson & Hawkins, 1990; Newland & Cowley, 2003; Randell, Mitchell, Thompson, McCaughan, & Dowding, 2009). Par exemple, Newland & Cowley (2003) indiquent que l'utilisation de grilles d'évaluation permet de justifier et de mieux articuler le raisonnement clinique en contexte de vulnérabilité. Ceci aurait pour conséquence d'augmenter la précision et la clarté en termes d'interventions à effectuer auprès de la clientèle. Toutefois, Randell et ses collègues (2009) nuancent de tels propos. Ils suggèrent que des grilles sont utiles en autant que nous ne perdons pas de vue qu'il importe de consulter ses pairs et d'utiliser ses connaissances scientifiques et ses différents savoirs pour en arriver à un raisonnement clinique éclairé.

Bref, plusieurs mécanismes et conditions sont en jeu à travers le processus de raisonnement clinique. De plus, parfois différents termes renvoient à une même idée, ou à des concepts très similaires.

2.4. Recherches empiriques sur le raisonnement clinique des infirmières

Vingt recherches portant sur l'exploration du processus de raisonnement clinique des infirmières ont été repérées. Ces recherches, surtout à visée exploratoire, ont été effectuées auprès d'intervenantes œuvrant en soins critiques, en soins palliatifs ou en première ligne, notamment pour mieux comprendre le raisonnement clinique. Nous présentons les trois recherches effectuées auprès de professionnels œuvrant en soins de première ligne ou à domicile, puisqu'il s'agit de notre domaine d'intérêt. Puis, nous ferons état de recherches empiriques menées auprès d'infirmières dans d'autres milieux de pratique. Enfin, une approche particulière pour mieux documenter et comprendre le processus de raisonnement clinique sera abordée.

2.4.1. *Études du raisonnement clinique auprès d'infirmières œuvrant en première ligne à domicile*

Trois recherches s'avèrent particulièrement intéressantes, bien qu'elles aient eu lieu dans d'autres systèmes de soins que le nôtre, en Angleterre et aux États-Unis. Lucker & Kenrick (1992) ont mené une étude exploratoire auprès de 47 infirmières effectuant des visites à domicile auprès de clientèles mixtes nécessitant des interventions allant de l'administration d'injections à l'offre d'enseignement sur les saines habitudes de vie. Il s'agissait d'examiner la pratique des infirmières et les sources d'influence quant à leurs processus de raisonnement clinique. Sur une période de cinq mois, les chercheurs ont effectué des observations lors de visites à domicile, ainsi que des entretiens individuels et des discussions de groupe auprès des infirmières. La pratique des infirmières a été classée selon 56 thèmes d'intervention, tels le counseling parental et l'éducation aux saines habitudes de vie. Les résultats démontrent que les infirmières possèdent des habiletés professionnelles de haut niveau dans leur pratique. Cependant, peu d'entre elles sont capables d'articuler le raisonnement cognitif et les connaissances sur lesquels reposent les décisions qu'elles prennent. Par ailleurs, l'analyse a permis d'identifier 35 sources d'influence distinctes sur le raisonnement clinique. Il semble que ce soit l'expérience professionnelle et personnelle, ainsi

que les discussions avec les collègues qui exercent le plus d'influence sur le processus de raisonnement clinique et sur la capacité d'établir leurs priorités d'intervention en contexte de soins de première ligne.

Dans une étude phénoménologique, Carr (2004) a exploré le processus de raisonnement clinique de 45 participants, incluant des infirmières d'expérience en santé communautaire et des étudiantes en sciences infirmières. Elle a procédé par observation non-participante lors de visites à domicile, suivie d'entretiens. De plus, elle a effectué des groupes de discussion pour faire un retour sur les résultats de l'analyse des entretiens auprès des infirmières ayant exercé le rôle de mentor. L'analyse a donné lieu à la formulation d'un modèle du processus de raisonnement clinique comportant quatre éléments :

1. Le fait de *nommer* (naming), qui renvoie à l'évaluation clinique comportant la détection d'un *signal* signifiant un besoin de la famille; 2. Le *cadrage* (framing), qui souligne que le contexte de soins et l'approche philosophique de l'infirmière exercent une influence sur le processus de raisonnement clinique. Par exemple, en santé communautaire, l'infirmière interagit avec plusieurs systèmes, tels l'individu et sa famille, l'environnement physique et social, et les autres intervenants formels et informels. Cette particularité crée un contexte de prestations de soins différent de celui en milieu hospitalier où la dimension environnementale est souvent beaucoup moins prédominante qu'en contexte communautaire; 3. *L'identification des besoins* qui nécessite une démarche de collaboration pour prendre en compte, à la fois, les besoins de la personne, de la famille et des divers professionnels impliqués; et 4. *L'identification et la sélection d'options pour l'action* qui procède selon trois choix : intervenir avec le client/famille en concordance, en dissonance, ou ne pas intervenir. S'il y a indécision dans le choix de l'intervention, cela nécessite une revue des différentes options disponibles ou une nouvelle évaluation des besoins du client/famille. Ce modèle met l'accent sur la considération, par l'infirmière, des besoins et des choix du client/famille, sans pour autant élucider toutefois, les processus de la pensée à l'œuvre.

Appleton & Cowley (2008) ont mené des études de cas dans trois sites pour comprendre le raisonnement clinique de 14 *home visitors* (comme par exemple des infirmières, des intervenants sociaux et des médecins), à travers 56 épisodes d'observation de situations de soins auprès de familles à domicile. Les résultats suggèrent que le processus de raisonnement de ces intervenants est renforcé par : 1. des habiletés interpersonnelles qui aident à mieux connaître le patient, lesquelles sont influencées par les valeurs et les expériences personnelles et de vie de l'intervenant; 2. l'utilisation de connaissances disciplinaires et cliniques comme, par exemple, le développement de l'enfant ou bien les habiletés parentales; 3. le mode de traitement des informations lors de l'évaluation de la situation de soins, dont ceux qui font appel aux expériences de *gut feeling* ou aux comparaisons entre la situation de la famille et les normes souhaitables dans la société actuelle; 4. des conditions facilitantes, telles que connaître le client/famille, une relation de partenariat et de confiance avec le client/famille, et une connaissance du passé de la famille et des ressources communautaires; et 5. des stratégies, telles que l'utilisation d'outils d'évaluation, l'adoption d'une approche informelle et flexible, ou travailler dans le même sens que la famille. Finalement, l'analyse effectuée illustre la diversité et la complexité des conditions et mécanismes qui influencent et composent le raisonnement clinique des professionnels.

2.4.2. *Études du raisonnement clinique auprès d'infirmières en soins critiques ou en soins palliatifs à domicile*

Trois études s'avèrent intéressantes ici car elles explorent le processus de raisonnement clinique des infirmières dans des contextes de soins qui exigent une rapidité de réflexion pour répondre aux besoins du client/famille. Il s'agit d'un contexte qui caractérise parfois les soins et les visites à domicile auprès de familles vulnérables SIPPE. Thompson et ses collègues (2007) ont mené une recherche qualitative, par des mises en situations cliniques, auprès de 245 infirmières en contexte de soins critiques en Angleterre, au Canada et en Australie. Le but de

cette étude était de rendre compte du processus de raisonnement clinique chez l'infirmière lorsqu'elle juge qu'un patient est à risque de complication et qu'elle dispose d'informations cliniques. Le résultat des analyses suggère que le processus de raisonnement clinique et la rapidité de la prise de décision des infirmières reposent essentiellement sur l'intuition (des connaissances non modélisées), comparativement au raisonnement rationalisé fondé sur des données probantes tirées de la littérature scientifique, sur des protocoles de soins disponibles sur l'unité ou sur l'expérience clinique acquise.

Une recherche mixte menée par Cohen-Mansfield & Lipson (2003), aux États-Unis, a permis d'explorer le processus de raisonnement clinique lors de décisions médicales nécessitant une transition des soins curatifs vers des soins palliatifs à domicile. Des questionnaires auto-administrés auprès de six médecins et de trois infirmières praticiennes ont été complétés par des entretiens. L'analyse a permis d'identifier des facteurs qui affectent la prise de décision. Ainsi, des considérations médicales, le coût des traitements, le degré d'autonomie du client et les souhaits exprimés par le client ou sa famille se sont révélés être des considérations importantes. En particulier, le raisonnement clinique situait le client/famille au centre du processus décisionnel. Cette étude souligne l'importance de partir des besoins et priorités formulées par les personnes accompagnées.

Toujours en soins palliatifs, Lopez (2009) a effectué une recherche qualitative exploratoire aux États-Unis auprès de dix infirmières ayant au moins un an d'expérience, tous niveaux de scolarité confondus, en contexte de soins palliatifs à domicile. L'étude avait pour objectif d'élaborer une théorisation ancrée du processus de raisonnement clinique des infirmières portant sur les choix de soins de fin de vie. Des entretiens semi-structurés et 74 heures d'observation non-participante lors de la prestation de soins palliatifs à domicile furent complétés. Quatre phases ont été identifiées comme étant constitutives du processus de raisonnement clinique de l'infirmière: 1. Discerner les paramètres de la situation (*weighing the significance*) qui pourraient nécessiter un transfert du patient à l'urgence en milieu hospitalier; 2.

Aviser la famille (*notifying the family*) des changements dans la condition du client; 3. Vérifier ce que ressent la personne et/ou la famille par rapport à l'expérience de santé (*feeling it out*), notamment en ce qui a trait au but des soins, soit de prolonger la vie ou de poursuivre avec les soins palliatifs; et 4. Jouer le rôle de médiatrice (*playing the middleman*), afin d'établir un plan de soins satisfaisant pour la famille, l'infirmière et le médecin. Les résultats de cette recherche témoignent de l'importance de la communication et de la collaboration entre la famille, l'infirmière et le médecin pour s'assurer que l'on tient compte des préférences des patients et familles, tout en offrant la meilleure qualité de soins possible. De plus, le point de vue et les souhaits du client/famille et des divers professionnels sont des sources d'influence à considérer dans ce processus.

Bref, les études empiriques menées dans un contexte de soins de première ligne ou à domicile suggèrent que les infirmières ont de la difficulté à décrire, de manière explicite, leur processus de raisonnement clinique, notamment dans le but de prioriser leurs interventions. Elles décrivent les actions posées. De plus, les études répertoriées suggèrent que plusieurs éléments influencent le processus de raisonnement clinique. Par ailleurs, nous constatons que les processus de raisonnement clinique décrits dans les études recensées plus tôt mettent davantage l'emphase sur les actions à poser plutôt que sur la pensée inhérente à ce processus. Selon la définition retenue pour cette étude, il importe pourtant de mettre l'emphase sur le processus de la pensée. Ainsi, le choix d'une méthode *think aloud* apparaît plus pertinent et justifié plutôt qu'une méthode de recherche axée sur l'observation de la pratique infirmière comme semblent le privilégier plusieurs chercheurs. L'observation ne permet pas de faire la distinction entre l'agir et la pensée. Elle ne propose que le reflet de la pensée, contrairement à la méthode présentée dans ce qui suit, soit le *think aloud* qui invite les participantes à rendre compte de leur pensée.

2.4.3. Une méthodologie de recherche pour l'étude du raisonnement clinique des infirmières : le *think aloud*

Les études mentionnées plus haut ont fait appel à des méthodes qualitatives d'entretien et surtout à de l'observation. Toutefois, une autre méthode a été utilisée dans plusieurs recherches portant sur le raisonnement clinique, soit la méthode *think aloud* (Aitken & Mardegan, 2000; Corcoran & Moreland, 1988; Greenwood, Sullivan, Spence, & McDonald, 2000; Kuipers, Moskowitz, & Kassirer, 1988; Lee & Ryan-Wenger, 1997; Offredy & Meerabeau, 2005).

Il s'agit d'une approche où les participants verbalisent, dans leurs mots, sans théoriser, les pensées auxquelles ils ont recours durant leur processus de raisonnement et leurs interventions cliniques (Aitken & Mardegan, 2000; Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Simmons, 2010; Twycross & Powls, 2006). La méthode *think aloud* permet ainsi de rendre compte, en séquence, des activités cognitives inhérentes à l'exécution d'une tâche, ce qui permet d'accéder au raisonnement clinique d'intervenants qui élaborent des solutions en réponse à des situations cliniques variées (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Simmons, 2010; Twycross & Powls, 2006).

Cette méthode est généralement utilisée durant des simulations cliniques sous forme de vignettes, de jeux de rôle, ou de présentations de cas en personne, ou virtuellement, à l'ordinateur. Autrement, il est possible de référer directement à une situation de pratique clinique, en temps réel. Bien que l'on ait davantage recours à des simulations avec la méthode *think aloud*, il n'en demeure pas moins que ce n'est pas toujours valide ou pertinent pour accéder au raisonnement clinique en situation de soins complexes, comme lorsqu'il s'agit d'interventions familiales à domicile, par exemple. En fait, la plupart des études se sont concentrées sur des tâches plus circonscrites telles que l'exécution d'une technique de soins ou l'évaluation clinique d'une personne (Aitken & Mardegan, 2000; Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Simmons, 2010; Twycross & Powls, 2006).

Par ailleurs, les propos des participants peuvent être enregistrés en temps réel lorsqu'ils sont en situation clinique, de manière concurrente à l'exécution d'une intervention simulée, ou de manière rétrospective (Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993). Quelle que soit la méthode choisie, les *verbatim* (ou *protocoles*, comme les nomment les auteurs) rendent compte d'informations générées par la mémoire à court terme et à long terme (Aitken & Mardegan, 2000). Ceci dit, certains auteurs sont d'avis que les *verbatim* rétrospectifs (i.e. suite à l'exécution de la tâche) ne fournissent pas une représentation aussi complète que les *verbatim* recueillis concurremment à l'intervention comme, par exemple, dans le cas où les participants ne font que se rappeler de situations de soins antérieures similaires ou de situations vécues avec un même client (Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010). Par contre, ils donnent accès à des réflexions et inférences pour expliquer les processus, ce qui rend leur utilisation tout de même pertinente s'il n'est pas possible d'avoir directement accès au raisonnement clinique durant l'accomplissement de la tâche (Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010).

Certains écrits offrent des conseils pratiques pour l'utilisation de cette approche dans un contexte de recherche auprès d'infirmières (Aitken & Mardegan, 2000; Davison, Vogel, & Coffmann, 1997). Premièrement, une mise en situation permettant de pratiquer la méthode *think aloud* est conseillée, avant de débiter une collecte de données dans le cadre d'une recherche. Deuxièmement, ces auteures suggèrent de formuler les conseils suivants auprès des participants. On doit leur rappeler de a) verbaliser leurs pensées avec le plus de détails possibles; b) dire ce qu'elles pensent, plutôt que de rendre compte de suppositions quant à ce qu'elles devraient ou auraient dû penser; et c) parler tant et aussi longtemps qu'elles le peuvent, sans tenter d'être rationnelles. Troisièmement, il est conseillé d'enregistrer sur bande audio ce que les participants racontent et raisonnent tout haut plutôt que de leur demander d'écrire ce qu'ils pensent. Ceci permet de sauver du temps et d'éviter que ces derniers transforment leur pensée à travers l'écriture. Enfin, lorsque l'enregistrement des propos est terminé, il est suggéré que des entretiens semi-structurés soient effectués pour clarifier des propos, voire même recueillir des explications

plus détaillées pour assurer l'intégrité des propos (Fonteyn & Fisher, 1995; Aitken & Mardegan, 2000).

Bref, il s'agit d'une méthode praticable et certainement intéressante pour étudier le raisonnement clinique des infirmières puisqu'elle permet l'accès à la pensée (Aitken & Mardegan, 2000; Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993; Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Simmons, 2010). Fait à signaler, nous n'avons pas répertorié d'études qui utilisent cette approche pour explorer le processus de raisonnement clinique lors de priorisation d'interventions infirmières auprès de familles, à domicile, en contexte de vulnérabilité.

Chapitre 3

Cadre de référence et questions de recherche

3.1. Cadre de référence : Modèle sur le raisonnement, Modèle clinique

Dans ce chapitre, nous présentons le cadre de référence utilisé dans cette étude. Il existe plusieurs modèles portant sur le raisonnement clinique en sciences infirmières. Ces modèles rendent généralement compte de processus itératifs et incluent diverses composantes ou mécanismes dont nous avons fait état au chapitre précédent. Soulignons ici qu'une auteure incontournable en sciences infirmières conceptualise le raisonnement clinique selon une progression à travers différents stades, soit Patricia Benner (1982). Avec ses collaborateurs, elle a proposé un modèle qui suggère que les infirmières progressent à travers cinq stades traduisant leurs capacités de raisonnement, au fur et à mesure que se développe leur expertise clinique, soit les stades novice, débutant, compétent, performant et expert (Benner, 1982; Benner & Tanner, 1987; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 1999). Ce modèle est encore utilisé en sciences infirmières pour réfléchir le développement des connaissances et la progression de la carrière des infirmières sur le plan clinique. Les cinq niveaux se traduisent comme suit :

1. *Novice* : la personne suit des instructions comme une procédure où elle applique les règles à la lettre, indépendamment du contexte d'intervention;
2. *Débutant*: la novice a désormais suffisamment d'expérience pour faire face à de vraies situations cliniques, mais il lui manque encore la capacité de prioriser ses interventions;
3. *Compétent* : la personne possède suffisamment d'expérience clinique dans un même environnement (deux ou trois ans) pour être capable de reconnaître les complications avant qu'elles n'arrivent. À ce niveau, elle est capable de prioriser ses interventions;
4. *Performant* : la personne est capable de trouver plusieurs alternatives possibles à une situation, l'action devient plus facile à entreprendre et il y a présence de moins de stress. De plus, elle perçoit la situation comme un tout, et non comme plusieurs éléments; et enfin,

5. *Expert*: la réflexion est qualifiée de *deliberate rationality*. La personne mobilise ses expériences passées et développe plusieurs habiletés, telles l'introspection ou la consultation des pairs, pour trouver d'autres alternatives à une situation donnée.

Ceci dit, chaque infirmière ne progresse pas au même rythme. Certaines infirmières ne deviendront jamais des expertes. Par ailleurs, comme notre recherche a pour but d'explorer le raisonnement clinique comme processus de la pensée plutôt que de déterminer les capacités ou le niveau de raisonnement d'infirmières, nous nous sommes tournées vers un autre modèle, élaboré par une collègue de Benner. Ce modèle s'aligne avec la définition de Banning (2008a) que nous avons retenu, où le raisonnement clinique est un «processus visant l'organisation de la pensée et des idées passant par l'exploration de diverses expériences présentes et futures afin de parvenir à élaborer des conclusions». Ainsi, nous souhaitons explorer le raisonnement clinique comme processus de pensée. Dans cette optique, nous retenons le modèle suivant, illustré à la Figure 1.

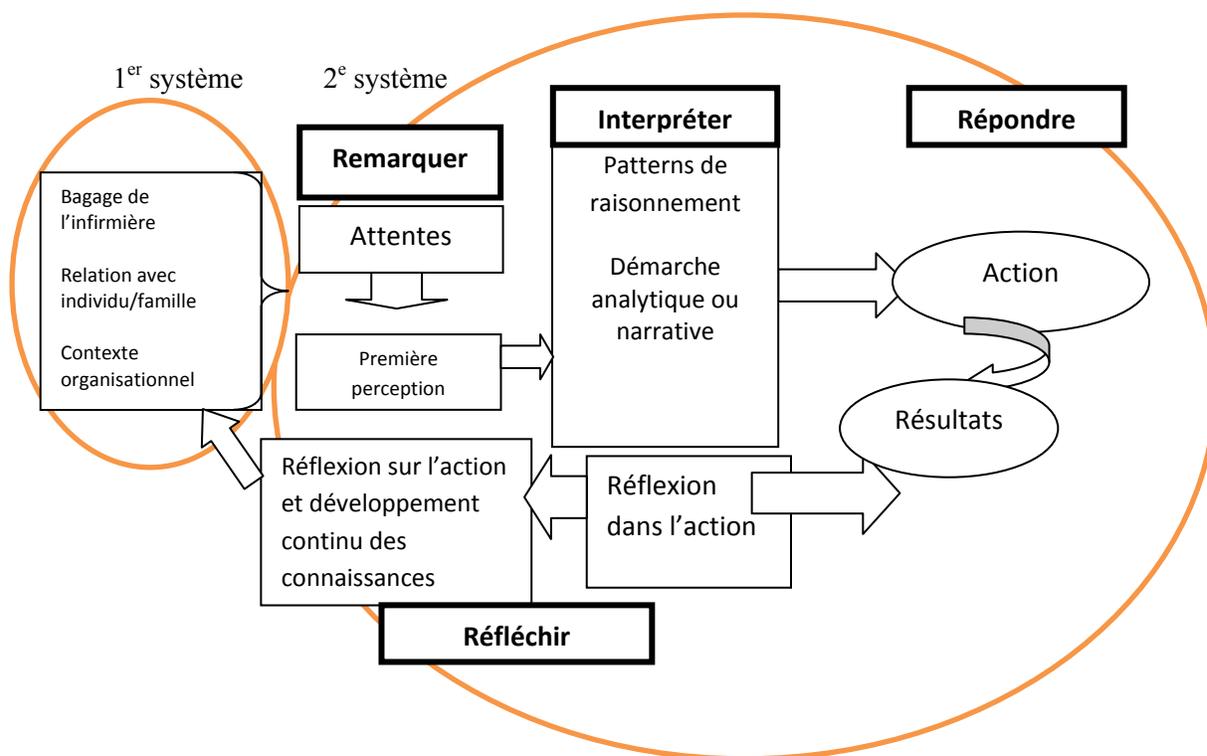


Figure 1. Modélisation du processus de raisonnement clinique (Traduction libre/adaptation de Tanner (2006)).

Ce modèle est privilégié dans le cadre de cette étude pour trois raisons. Premièrement, il rend compte d'un processus cyclique qui tient compte: 1. de l'interaction entre l'infirmière et son client; 2. du contexte organisationnel de l'infirmière, et 3. des caractéristiques propres à l'infirmière, tel que le suggère les éléments qui ressortent dans la recension des écrits. Deuxièmement, ce modèle repose sur une analyse exhaustive et critique de plus de 200 écrits portant sur le jugement et le raisonnement clinique en sciences infirmières (Tanner, 2006). Enfin, il tient compte de l'individu et de sa famille, une vision systémique qui rappelle la complexité des situations dans lesquelles les infirmières du programme SIPPE mobilisent leur raisonnement clinique.

Tel que le présente la Figure 1, le modèle est composé de deux principaux systèmes en interaction. Le premier système représente des caractéristiques individuelles, environnementales et relationnelles qui peuvent influencer le processus de raisonnement clinique de l'infirmière. Il comprend le bagage de l'infirmière, soit ses savoirs cliniques, théoriques, et personnels par

rapport à la situation de soins. À ceci s'ajoute son degré d'engagement et sa relation de confiance avec le client en tant que personne ou sa famille, sa connaissance des patterns de réponse du patient et ses expériences passées vécues avec d'autres clients/familles. Enfin, il est question de son contexte et de la culture du milieu de soins, ce qui comprend, entre autres, les protocoles de soins et d'organisation typiques de l'environnement de travail qui influencent le processus de raisonnement et de prise de décision de l'infirmière.

Le deuxième système réfère au processus de réflexion dans l'action et comporte quatre processus inter-reliés. Le premier processus se nomme *noticing* (remarquer) et renvoie à la première perception de l'infirmière par rapport à la situation. Le deuxième processus est *l'interprétation de la situation* qui comprend, notamment, les patterns de raisonnement propres à l'infirmière, comme par exemple une démarche analytique ou narrative. Le troisième processus, désigné par le terme *répondre*, réfère à l'action et aux interventions à entreprendre. Enfin, le quatrième processus qui se nomme *réfléchir* est la réflexion ou le retour sur l'action qui renvoie plutôt au développement continu et réflexif de sa capacité d'utiliser ses connaissances acquises pour des expériences futures. Pour nos besoins, ces deux derniers processus ne seront pas directement considérés par cette recherche. Ce sont plutôt les *préalables* à l'action et à l'intervention, soit le raisonnement clinique et son contexte d'épisodes de soins, (Premier système) qui retiendront notre attention.

3.2. Questions de recherche

Considérant le modèle de Tanner (2006) présenté ici, cette recherche propose trois questions pour explorer le raisonnement clinique d'infirmières de première ligne en CSSS/CLSC auprès de familles vivant en situation de vulnérabilité. En particulier, lorsque des infirmières de première ligne en CSSS/CLSC priorisent leurs interventions auprès de familles vivant en situation de vulnérabilité, trois questions ont retenu notre attention :

- 1) Quels types de savoirs sont utilisés et mis en relation durant leur raisonnement clinique?

- 2) Quels processus de raisonnement clinique sont mis en action?
- 3) Quelles dimensions individuelles et du contexte de soins influencent leur raisonnement clinique?

Ces trois questions renvoient directement au premier système, et au processus *remarquer* et *interpréter* (Deuxième système) du modèle de la Figure 1. Le chapitre suivant présente la méthode déployée pour répondre à ces questions de recherche.

Chapitre 4

Méthode

4.1. Devis de recherche

Cette étude s'appuie sur un devis qualitatif à visée exploratoire. Il s'avère que le devis qualitatif demeure la meilleure option lorsque nous en connaissons très peu sur le sujet (Creswell, 2003). À l'heure actuelle, nous n'avons pas trouvé d'étude documentée sur l'exercice de raisonnement clinique d'infirmières de première ligne pour prioriser leurs interventions auprès de familles vivant avec de jeunes enfants en contexte de vulnérabilité. Mes questions de recherches commandent une telle recherche où il n'existe aucun a priori ou tests d'hypothèses.

4.2. Contexte de recherche

Cette recherche a été entreprise dans une équipe du programme SIPPE en CSSS/CLSC. Les SIPPE sont implantés depuis 2004 dans tous les CLSC du Québec, dans les services des équipes Enfance/Famille/Jeunesse. Dans le cadre de ce programme, les infirmières effectuent des visites à domicile de la période prénatale jusqu'à l'âge de deux ou cinq ans de vie de l'enfant pour accompagner les familles correspondant à des critères de vulnérabilité, soit l'extrême pauvreté, l'immigration récente ou une mère de moins de 20 ans, dont le suivi est de cinq ans (MSSS, 2004). Les objectifs poursuivis sont de renforcer les compétences parentales et le pouvoir d'agir des jeunes mères/parents; de favoriser le développement optimal du bébé; et d'assurer l'accès des familles à des ressources pour améliorer leurs conditions de vie, en considérant leurs besoins et capacités, ainsi que l'intégration socioprofessionnelle des parents (MSSS, 2004). Aux visites à domicile s'ajoutent le suivi des familles au CSSS/CLSC, l'entretien du lien par des contacts téléphoniques, et la référence et l'accompagnement dans les ressources du territoire. En CSSS/CLSC, ce programme est offert par des équipes interprofessionnelles, majoritairement composées d'infirmières et de travailleurs sociaux et auxquelles s'ajoutent nutritionnistes, éducatrices spécialisées, psychologues, orthophonistes et organisatrices communautaires. Les infirmières y jouent donc un rôle central auprès des familles, surtout durant les phases prénatales

et durant la première année de vie du bébé. Les SIPPE sont généralement considérés comme un programme essentiel auprès des familles vulnérables et sont en voie de pérennisation au Québec (MSSS, 2004).

4.3. Milieu de réalisation de l'étude

Le milieu privilégié fut un CSSS/CLSC près de Montréal. Ce milieu a démontré de l'ouverture à accueillir cette étude dans la continuité de la participation de l'équipe SIPPE à une recherche évaluative intitulée *Évaluation du volet soutien des jeunes parents des SIPPE*, dirigée par Sylvie Gendron et collaborateurs (financement MSSS, 2004-2011). Au moment de la planification de cette étude, la région comptait un nombre important de familles (plus de 200 familles) dont 80% avait de faibles revenus et 15% avait récemment immigré. Le suivi SIPPE était assuré par six infirmières, soit quatre infirmières en poste depuis plus de quatre ans et deux depuis moins d'un an. Leur intervention s'étend sur un vaste territoire géographique, principalement en milieu rural. L'environnement était connu par l'étudiante-chercheuse, ce qui a facilité l'établissement de liens et la compréhension des réalités vécues.

Dans ce milieu, les familles se retrouvent dans le programme SIPPE selon le processus qui suit. Premièrement, une évaluation prénatale par une infirmière en périnatalité est effectuée pour toutes les clientes enceintes référées. Par la suite, les clientes répondant aux critères des SIPPE sont assignées à une intervenante pivot de l'équipe par l'assistante-infirmière chef selon les disponibilités et les intérêts. Cette dernière effectue une évaluation des besoins et réfère, lorsque nécessaire à d'autres professionnels du CLSC/CSSS. À noter que s'il s'agit d'un premier bébé, des infirmières sont privilégiées pour l'accompagnement des familles étant donné un nombre important de questions entourant la grossesse, l'allaitement et le développement du bébé. À la fin, les familles se retrouvent dans l'un des trois volets du programme SIPPE, soit OLO pour les femmes ayant un secondaire cinq et un risque nutritionnel; le PSJP pour les jeunes mères de

moins de 20 ans à la naissance de leur bébé; et, NÉ-GS pour les femmes ayant plus de 20 ans à la naissance de leur bébé et les femmes immigrantes depuis moins de cinq ans.

Enfin, environ 200 familles sont suivies par l'équipe dans le cadre du programme SIPPE. Selon les infirmières de l'étude, bien que le programme prescrive la fréquence des visites et interventions à appliquer, cette fréquence varie selon les besoins physiques, sociaux ou économiques des familles, l'évaluation de la situation clinique, ou les demandes particulières des clientes. Dans les faits, les infirmières priorisent davantage, en termes d'intensité de contacts, les familles ayant moins d'acquis parentaux et personnels et ayant plus de besoins matériels ou sociaux. Par exemple, une famille avec un premier bébé aurait davantage de besoins qu'une famille étant à sa seconde grossesse où les acquis en matière de connaissances des ressources communautaires, professionnelles et des habiletés parentales seraient plus grands. De plus, lorsqu'une famille est accompagnée par d'autres professionnels de la santé ou a recours à divers ateliers offerts par le CLSC, l'infirmière se permet de diminuer la fréquence des visites, car elle juge les besoins d'intervention moins grands.

4.4. Échantillon

Il s'agit d'un échantillonnage intentionnel permettant une certaine hétérogénéité et une certaine profondeur pour enrichir notre capacité interprétative (Creswell, 2003; Patton, 1990). Deux unités d'échantillonnage ont ainsi été retenues pour répondre aux questions de recherche : les infirmières et les épisodes de soins. Deux infirmières correspondant aux critères de sélection suivants ont participé à l'étude :

1. Être infirmière dans les SIPPE depuis au moins deux ans, notamment pour avoir été en mesure d'accumuler une expérience en tant qu'infirmière équivalent au troisième niveau de compétence de Benner & Tanner (1987) : compétent (Benner, Hooper-Kyriakidis, &

Stannard, 1999; Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003). À ce niveau, l'infirmière devrait être capable de prioriser ses interventions (Benner & Tanner, 1987).

2. Comprendre et parler couramment le français.
3. Accompagner au moins cinq familles SIPPE afin d'être exposée à une variété de situations d'intervention durant la période de collecte de données.

Aussi, les participantes ne devaient pas travailler sur appel ou sur l'équipe volante. Elles devaient faire partie de l'équipe régulière.

Par ailleurs, les épisodes de soins faisant l'objet de la collecte de données devaient correspondre à la pratique habituelle des SIPPE soit : des soins à domicile ou au CLSC faisant partie du suivi régulier d'une famille. Afin de circonscrire la réalité étudiée et permettre une certaine profondeur d'analyse, seules des épisodes de soins se déroulant durant la période prénatale jusqu'à un an de vie du bébé ont été retenues.

4.5. Entrée dans le milieu, recrutement et préparation des infirmières

L'entrée dans le milieu s'est amorcée par un premier contact téléphonique entrepris auprès de la chef de programme du CSSS/CLSC. La collaboration de la chef de programme a été essentielle pour permettre l'accès aux infirmières. Une fois l'approbation obtenue du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de ce CSSS, la chef de programme a identifié deux infirmières correspondant aux critères de sélection proposés. Lorsque contactées individuellement par téléphone, elles ont accepté de participer.

Une première rencontre individuelle a eu lieu avec chaque infirmière où il a été question d'expliquer la nature de l'étude et son implication possible en vue d'assurer un consentement libre et éclairé. Au terme de cette rencontre, une date a été fixée pour une séance de préparation à la méthode *think aloud* et une copie du formulaire de consentement a été remise à la personne

pour consultation. Chacune a ainsi bénéficié d'un moment de réflexion après la première rencontre individuelle avant de signer ce formulaire.

Par la suite, une séance de préparation à la méthode *think aloud* a été offerte aux deux infirmières recrutées à un moment autorisé par la chef de programme. Avant d'amorcer cette formation, le consentement libre et éclairé a été obtenu par voie de signature du formulaire de consentement de chaque participante, individuellement. Une fois toutes les clarifications assurées quant à leur participation, un exercice de mise en pratique de la méthode *think aloud* a été entrepris. En particulier, l'importance de dire tout haut ce qu'elles pensent durant leur intervention a été soigneusement expliquée aux infirmières. Par la suite, chaque infirmière a reçu une vignette et a pratiqué la méthode sous l'observation de sa collègue. Ce fut une occasion d'apprendre en observant autrui. Les vignettes contextuelles ont été préparées grâce à l'expérience professionnelle de l'étudiante-chercheuse et ses connaissances cliniques et validées par la directrice de recherche (Appendice A). À tour de rôle, chacune a lu sa vignette à haute voix, puis a rendu compte, pour enregistrement audio, de son raisonnement clinique dans la situation. Mon intervention s'est limitée au propos suivant : dire aux participantes d'énoncer tout ce qu'elles pensent à haute voix (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006). Suite à chaque pratique, il y eu une rétroaction sur la méthode, et non sur le raisonnement clinique. Les collègues ont aussi été invitées à discuter de la méthode. Finalement, toutes les questions soulevées par cette pratique ont été discutées pour assurer, à nouveau, une bonne compréhension de la démarche.

Au terme de cette séance, des épisodes de soins correspondant aux critères de sélection ont été identifiés pour chaque infirmière, à l'aide de leur agenda. Il s'agissait de fixer un horaire d'entretiens où chacune s'est assurée de disposer d'environ une heure suivant sa rencontre avec une famille pour compléter la collecte de données. Ainsi, sept épisodes de soins ont été

identifiés : quatre pour la première infirmière et trois pour la deuxième infirmière (six à domicile et une au CLSC).

4.6. Collecte des données

La collecte de données a comporté quatre sources. Premièrement, un questionnaire sociodémographique auto-administré a permis de recueillir de l'information pour décrire le profil des deux participantes (Appendice B). Ce questionnaire a été administré à la fin de la première séance de la collecte de données avec chaque participante.

Deuxièmement, des comptes rendus, enregistrés sur support audio, selon la méthode *think aloud* ont été effectués après chaque épisode de soins. Cette collecte de données s'apparente à la version rétrospective de la méthode *think aloud* (Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010). Lorsque la rencontre a eu lieu à domicile, l'infirmière a dû revenir au CLSC pour l'enregistrement audio de son compte rendu dans l'heure suivant sa rencontre avec la famille. Les infirmières ont ainsi raconté à haute voix ce qu'elles avaient pensé tout au long de la visite avec des interventions minimales de ma part pour les inviter à raconter leur pensée plutôt que leurs actions. Cette partie de la collecte de données a permis de répondre aux questions de recherche numéro un et numéro deux et a duré environ 20 minutes (Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010).

Troisièmement, l'application de la méthode *think aloud* a été suivie par un entretien semi-dirigé qui a également été enregistré sur support audio (Savoie-Zajc, 2003). Le guide d'entretien est présenté à l'Appendice C. Ceci a permis de clarifier des éléments rapportés via la méthode *think aloud* pour aider l'étudiante-chercheuse à mieux comprendre le propos. De plus, ce guide visait l'exploration des dimensions individuelles et du contexte de soins qui influencent le raisonnement clinique des infirmières (question de recherche numéro deux). Au fil de la recherche, le guide a été ajusté afin d'assurer l'exploration de dimensions pertinentes à la

recherche. Par exemple, les attentes des infirmières face aux familles accompagnées ont été abordées en détail pour tenter de mieux saisir les intentions guidant leurs interventions.

Enfin, le journal de bord de l'étudiante-chercheuse comprenait des notes d'observation, telles que des réactions non verbales des participantes durant les entretiens, pour compléter et mieux qualifier les enregistrements audio. Ces observations ont été complétées par des réflexions sur le déroulement de la collecte de données ainsi que des questions ou thèmes qui seraient pertinents à explorer pour le prochain entretien (Savoie-Zajc, 2003). Un exemple d'extrait du journal de bord a été rédigé à l'Appendice F.

4.7. Préparation et gestion des données

Les *verbatim* des comptes rendus *think aloud* et des entretiens ont été transcrits intégralement par l'étudiante-chercheuse. Le processus de vérification des *verbatim* a été effectué en réécoutant chaque cassette durant une lecture de chaque *verbatim* afin d'assurer la qualité de la transcription (Poland, 2002). Les cassettes des enregistrements ont été identifiées par des codes anonymes et ont été classées avec les questionnaires sociodémographiques dans le bureau de la directrice de l'étudiante-chercheuse. Les transcriptions effectuées ont été classées dans des fichiers électroniques protégés par un mot de passe. Des copies électroniques des transcriptions ont été remises à ma directrice en cas de perte informatique. Les données du journal de bord pour chacune des infirmières ont été séparées par épisodes de soins. Pour chaque épisode de soins, j'ai regroupé le *verbatim* avec mes notes d'observation. Également, pour chaque transcription, j'ai fait une synthèse, en page couverture, contenant les informations permettant de coder les données selon les caractéristiques particulières de l'infirmière (expérience, diplôme, groupe d'âge, statut d'emploi, nombre de familles suivies) et du contexte d'épisodes de soins (stade de développement de la famille (prénatal ou postnatal), âge du bébé, rang de naissance, fréquence des rencontres, âge de la mère à la naissance de son bébé, durée de la relation avec l'infirmière, utilisation de

ressources professionnelles ou communautaires). Ceci a permis de contextualiser chaque *verbatim*.

4.8 Analyse des données

Deux méthodes d'analyse des données qualitatives ont été utilisées, soit une analyse interprétative descriptive (Creswell, 2003; Tesch, 1990) et le comptage de segments de contenu des *verbatim* pour effectuer des analyses comparatives et élaborer nos interprétations (Miles & Huberman, 1991).

4.8.1. *Analyse interprétative descriptive*

Cette analyse avait pour but d'identifier les savoirs utilisés par les infirmières ainsi que leurs processus de raisonnement clinique (questions de recherche numéro un et deux). La méthode employée s'apparente à celle proposée par Tesch (1990) ou au processus de codification ouvert décrit par Creswell (2003). Il s'agissait de :

1. Segmenter les *verbatim* en unités de sens, afin de repérer le type de savoirs mobilisés par les infirmières ainsi que les processus de raisonnement clinique utilisés;
2. Attribuer des codes pré-établis aux unités de sens. En particulier, ces codes proviennent de types de savoirs identifiés par certains auteurs (question de recherche numéro un) (Dallaire & Blondeau, 2002; Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993) et de processus de raisonnement clinique proposés par d'autres auteurs (question de recherche numéro deux) (Astrom, Norberg, Hallberg, & Jansson, 1993; Banning, 2008a; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007; Charlin, Tardif, & Boshuizen, 2000; Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993; Greenwood, 2000; Simmons, 2010; Tanner, 2006; Westfall, Tanner, Putzier, & Padrick, 1986). Une liste de codes potentiels, selon les auteurs retenus, est présentée à l'appendice E. L'attribution des codes a procédé par des cycles de retours successifs aux données pour assurer la crédibilité; et

3. Regrouper les verbatim de chaque code apparenté, construire une catégorie qui regroupe ces différents codes apparentés et définir ces catégories, selon la signification qui prend forme à travers la codification. Ces catégories ont alors été peaufinées pour devenir de plus en plus précises et descriptives. Elles sont présentées au chapitre cinq pour illustrer la définition et la signification attribuée à chaque thème.

4.8.2. Analyses comparatives

Des analyses comparatives entre les catégories issues des analyses interprétatives descriptives ont suivi afin de rendre compte de patterns particuliers que suggère le modèle de Tanner (2006) (question de recherche numéro trois). Dans un premier temps, une modélisation a été proposée pour organiser la séquence de ces analyses comparatives. Ce modèle est présenté au chapitre des résultats. Puis, les analyses comparatives ont été faites par comptage de segments de contenu, déjà codés, lorsque des catégories ont été croisées par paires (Miles & Huberman, 1991). Ainsi, une séquence de quatre comparaisons a été effectuée: 1. Le type de priorité d'intervention selon les épisodes de soins; 2. Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention; 3. Les processus de raisonnement clinique selon les épisodes de soins; et 4. Les processus de raisonnement clinique selon les caractéristiques individuelles/professionnelles des infirmières. Bien qu'un exercice de comptage de fréquence d'apparition de segments de contenu ait eu lieu à travers ces analyses comparatives comportant le croisement de catégories, les comparaisons en soit, demeurent qualitatives. Il ne s'agissait donc pas d'entreprendre des analyses statistiques, mais bien de pouvoir identifier quels segments de contenu apparaissent le plus souvent selon les caractéristiques d'épisodes de soins (Par exemple : type de familles ou d'infirmières). Cette procédure a permis de mieux nous repérer à travers les différentes dimensions du processus de raisonnement clinique et d'en réfléchir ses paramètres contextuels et individuels, en particulier.

4.9 Critères de qualité

Toute recherche qualitative doit respecter des critères de qualité pour démontrer de la rigueur scientifique. Nous avons retenu pour cette présente étude les critères suivants : l'imputabilité procédurale, la transférabilité et la crédibilité (Creswell, 2003; Guba & Lincoln, 1989).

L'imputabilité procédurale renvoie à une description détaillée du déroulement de la recherche. Celle-ci a été documentée via le journal de bord afin de permettre la préparation de ce rapport de recherche. Par ailleurs, les données des *verbatim*, des questionnaires et du journal de bord ont été présentées à la directrice de recherche comme preuve de leur existence et de leur production au cours de la recherche.

La transférabilité renvoie à la capacité du lecteur d'un rapport de recherche de transférer les résultats à son contexte particulier. Il importe donc de bien décrire le contexte de la recherche et les participants afin que les lecteurs puissent décider dans quelle mesure les résultats sont transférables à leur contexte particulier. Ainsi, le questionnaire sociodémographique, l'entretien semi-dirigé et les observations recueillies via le journal de bord ont permis de mieux décrire le contexte d'épisodes de soins et les caractéristiques des participantes à l'étude qui font l'objet des résultats au chapitre suivant.

Enfin, la crédibilité réside essentiellement dans la « pertinence et la justesse des résultats ainsi que du lien entre les observations empiriques et leur interprétation » (Laperrière, 1997). Plusieurs mécanismes ont permis d'assurer la crédibilité, tels :

1. La préparation des infirmières avec des mises en situation pour l'apprentissage de la méthode *think aloud* (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006);

2. La collecte répétée de données avec chaque infirmière, ce qui a permis à chacune d'améliorer ses habiletés en ce qui a trait à la méthode *think aloud* (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006);
3. Le compte rendu du raisonnement clinique des infirmières immédiatement ou peu après leurs interventions (Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010);
4. L'entretien semi-dirigé suivant le compte rendu du *think aloud*, ce qui permet de clarifier et d'approfondir des éléments plus ou moins compris par l'étudiante-chercheure;
5. La vérification des transcriptions pour assurer la justesse des données soumises à l'analyse;
6. Une connaissance approfondie du programme SIPPE par l'étudiante-chercheure et par la directrice, ce qui permet de comprendre, en contexte, les données recueillies;
7. Des échanges constants entre l'étudiante responsable de l'étude et la directrice de recherche pour assurer un suivi rigoureux du processus de collecte de données et de son analyse. La directrice de recherche a aussi lu mes transcriptions et mes autres matériels servant de données pour les analyses.
8. La collaboration avec ma directrice et de ma co-directrice de recherche pour effectuer l'interprétation des données;

4.10. Considérations éthiques

Le formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche désigné (CÉR) est présenté à l'Appendice D. La recherche n'a débuté que lorsque que le CÉR a donné son accord pour procéder. Avant toute participation, les deux infirmières ont dû fournir un consentement libre et éclairé. Par ailleurs, ni les infirmières, ni les familles ne peuvent être reconnues dans le rapport de recherche. Les données nominales n'ont pas été transcrites et l'identité des participantes n'est pas dévoilée à travers l'analyse des données. Les *verbatim* et les questionnaires sociodémographiques ont été codifiés par numéro et gardés en lieu sûr, sous clef ou protégés par mot de passe. À tout moment, les participantes ont pu se retirer de l'étude en

cours et tous les propos sont restés confidentiels. Enfin, dans ce rapport de recherche, il n'est guère mention du milieu de l'étude.

Chapitre 5

Résultats

Dans ce chapitre, les résultats sont présentés selon l'ordre suivant. Premièrement, les caractéristiques des infirmières participantes ainsi que les savoirs qu'elles mobilisent lorsqu'elles raisonnent sont présentés. Deuxièmement, une description des sept épisodes de soins est exposée. Troisièmement, les priorités, pour chaque situation d'intervention, sont identifiées. L'ensemble de ces éléments permet, à la fois, de décrire les participantes et les épisodes de soins et d'identifier des dimensions individuelles et du contexte qui peuvent exercer une influence sur le raisonnement clinique des infirmières. Quatrièmement, les processus de raisonnement clinique mis en action par les infirmières dans ces épisodes de soins sont abordés. Finalement, une mise en relation des divers résultats est amenée afin d'apporter des éléments de réponse au but poursuivi par cette étude.

5.1 Les infirmières participantes

Dans cette section, nous présentons un aperçu des infirmières participant à cette étude, leurs attentes par rapport aux familles et les savoirs qu'elles ont mobilisés au cours des sept épisodes de soins explorés.

5.1.1. *Caractéristiques des participantes*²

Les deux infirmières ayant participé à cette étude ont le même niveau de formation académique. Elles détiennent, toutes les deux, un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. De plus, elles sont à l'emploi du même CSSS depuis qu'elles ont reçu leur diplôme.

Elles se différencient l'une de l'autre sur les dimensions suivantes : l'âge; le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière; le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière dans le programme SIPPE; le nombre de jours travaillés par semaine; et le nombre de familles accompagnées dans le cadre du programme SIPPE.

² Les participantes sont décrites selon des termes généraux afin de préserver leur anonymat.

En particulier, une participante:

1. Est plus âgée que l'autre infirmière;
2. A plus d'années d'expérience en tant qu'infirmière que sa collègue;
3. A été formée au niveau collégial plusieurs années plus tôt que l'autre (fin des années 1980 vs début des années 2000);
4. Est exposée à un nombre plus important d'interventions SIPPE;
5. A plus d'années d'expérience en tant qu'intervenante du programme SIPPE que sa consœur;
6. Travaille à temps plein plutôt qu'à temps partiel comparativement à l'autre participante; et,
7. Accompagne plus de familles que l'autre infirmière

Ainsi, malgré le type de diplôme similaire, il s'agit d'infirmières différentes à plusieurs égards, pour viser l'hétérogénéité souhaitée.

5.1.2. *Les attentes des infirmières par rapport aux familles qu'elles accompagnent*

Dans l'ensemble, les deux participantes de cette étude sont principalement préoccupées par le bien-être des familles. Toutefois, elles expriment cette préoccupation à des niveaux différents. En effet, l'une met plutôt l'accent *sur les bébés et les enfants*, notamment en termes de leur bien-être, leur santé physique et mentale, leur développement, leur sécurité, la réponse à leurs besoins particuliers et la prévention de la négligence. Par exemple, le *verbatim* suivant se rapporte à la sécurité et au développement des enfants:

(Je m'attends à ce que) les enfants soient en sécurité et bien traités et qu'ils aient réponse à leurs besoins. (C'est) pareil pour toutes mes familles ou à peu près, je m'attends à ce que la sécurité et le développement des enfants ne soient pas compromis.

L'autre infirmière rend davantage compte d'une *vision systémique de la famille*. Elle se préoccupe du bien-être des différents acteurs de la famille et de considérations liées aux

compétences sociales des personnes, telles l'autonomie ou la confiance en soi. L'exemple suivant illustre ces préoccupations :

Moi, j'espère que quand la plus vieille va avoir cinq ans là (...) que cette famille soit bien. Qu'elle n'ait plus besoin de nos services (...) que ses filles se développent bien (...) que la mère n'ait pas trop de problèmes de discipline. (J'espère) avoir fait une différence là (...) pour ces enfants là. (...) de rendre (cette cliente) autonome (...) qu'elle puisse s'organiser toute seule avec son petit bébé (...). Qu'elle se fasse confiance. (Que) cette jeune maman là, va être capable à un moment donné, de se débrouiller toute seule pour pouvoir s'occuper de son petit enfant.

5.1.3. Les savoirs mobilisés par les infirmières dans les épisodes de soins à l'étude

Cette section présente les types de savoirs qu'utilisent les infirmières lorsqu'elles raisonnent durant les épisodes de soins qui ont fait l'objet de la recherche. Nos analyses rendent compte de deux catégories de savoirs, soit les savoirs empiriques et personnels.

Savoir empirique

Le savoir empirique se fonde sur la notion traditionnelle en sciences selon laquelle la réalité est un phénomène accessible par les sens (Dallaire & Blondeau, 2002). En ce qui nous concerne ici, le savoir empirique est le résultat d'une collecte de données réalisée par les infirmières durant leur prestation de soins par observation, mesure ou entrevue. Notre analyse des *verbatim think aloud* des infirmières suggère que les savoirs empiriques mobilisés dans les situations d'intervention de l'étude sont de deux ordres, soit des connaissances relatives au contexte de soins et des connaissances relatives à la situation clinique des familles.

Connaissance du contexte de soins. Il est question ici de savoirs qui ont trait à la connaissance du programme SIPPE, à l'organisation du système de santé et de services sociaux, et aux ressources, qu'elles soient professionnelles ou économiques, auxquelles les familles peuvent avoir accès via le réseau de services. L'exemple qui suit suggère que l'infirmière connaît des ressources dont les familles peuvent bénéficier :

La famille dit : « *Ensuite, on s'en va directement au centre de bénévolat* ». L'infirmière réplique: « *Première chose, c'est une excellente idée d'aller au centre de bénévolat. C'est la première ressource quand il nous arrive un problème comme ça* ».

Dans un autre exemple, l'infirmière fait appel à ses connaissances du milieu hospitalier et ce que peut impliquer une chirurgie d'un jour. Ce savoir lui permet d'accompagner une mère ayant un bébé allaité de cinq semaines dans sa prise de décision quant à l'organisation d'un bref séjour à l'hôpital pour son enfant de trois ans, en besoin de chirurgie d'un jour:

Est-ce que tu as fait le tour de tes possibilités, parce que, une chirurgie d'un jour à Ste-Justine, c'est long, c'est toute la journée. Est-ce que c'est vraiment pertinent d'amener un bébé de cinq semaines dans un hôpital?

Connaissance de la situation clinique de la famille. Ces connaissances réfèrent aux données recueillies au sujet de la situation clinique antérieure ou actuelle vécue par les personnes ou la famille. Dans ce qui suit, nous en avons identifié trois. Premièrement, il peut s'agir de connaissances reliées aux domaines de la santé physique ou mentale, incluant des signes et symptômes d'un problème de santé. Dans cet exemple, il s'agit de données empiriques recueillies au sujet d'une situation de santé physique :

Je m'enlignè du côté de l'hypothèse peut-être du muguet, parce que je trouve que ça l'air de ça au niveau de ses seins. Je vais voir dans la bouche du bébé. Il n'y a rien, rien d'apparent. On déshabille le bébé, les fesses sont rouges vin.

Deuxièmement, dans le contexte de ce programme de promotion de la santé, il peut s'agir de connaissances reliées aux habitudes de vie. L'exemple qui suit réfère aux habitudes de vie reliées à l'hygiène dentaire où l'infirmière agit en amont pour modifier des habitudes nuisibles à la santé bucco-dentaire de l'enfant : « *Ensuite, j'avais fixé un objectif avec elle pour sa fille de 18 mois qui (...) buvait, bref à la bouteille, des onces de punch par jour. Ce qui était très dangereux. Le risque de carie dentaire était très élevé.* » Un autre exemple aborde des habitudes de vie

relatives à la contraception afin que l'infirmière oriente son enseignement auprès d'une cliente dans sa recherche d'un moyen de contraception adapté à sa situation: « *On a déjà parlé du condom, on s'entend que le niveau d'efficacité est quand même peu élevé à long terme. Il faut vraiment en faire une utilisation parfaite, ce qui, en général, n'est pas le cas.* » Par ailleurs, il peut aussi s'agir d'habitudes de vie en matière d'hygiène permettant à l'infirmière d'agir de manière préventive pour la santé physique et le confort des familles:

Je reviens avec le fait qu'on peut, oui, laver, éliminer (les puces de lit), mais il faut quand même traiter pour ne pas que le problème revienne. Je lui parle, en mettant l'accent sur l'importance (que) ce n'est pas agréable qu'il ait des piqûres un peu partout sur le corps. Ce n'est pas agréable pour les enfants, ce n'est pas sain. Puis, ça se multiplie à une vitesse exponentielle.

Troisièmement, les connaissances empiriques portant sur la situation clinique peuvent référer à l'environnement de vie des familles, soit économique, social, familial ou physique. L'exemple qui suit a trait à l'environnement social de la famille: « *Je n'ai pas beaucoup investigué sur leur réseau (aujourd'hui). Je le connais très bien. Donc, je sais c'est qui leurs ressources, vers qui ils vont aller.*»

Ainsi, les savoirs empiriques dont ont fait part les infirmières dans les épisodes de soins analysés sont généralement reliés à leur expérience clinique du milieu de soins et de la situation des familles. Par ailleurs, on observe que l'infirmière, à travers l'expérience de santé de son client/famille tend à utiliser ce type de savoir de façon prescriptive. L'infirmière évalue les différentes possibilités s'offrant à sa cliente, mère d'un jeune bambin de cinq semaines, qui doit être toute une journée en chirurgie pour son autre enfant. L'infirmière utilise les informations pour arriver à prendre une décision pour agir.

On a évalué c'est quoi ses possibilités, c'est quoi ses ressources. Mis à part amener le bébé avec elle. Qu'est-ce qu'elle peut faire? À qui elle pourrait le confier? Elle a fait avec moi une liste avec qui elle se sentirait à l'aise de le confier. Et à qui elle ne le demanderait pas, même si ce sont des gens de son réseau. Exemple : elle pourrait demander à sa belle-mère, mais elle ne demandera pas à sa jeune sœur de 16 ans.

Savoir personnel

Il s'agit d'un savoir qui renvoie à la connaissance de soi comme personne unique de par ses caractéristiques personnelles et professionnelles. Ceci peut inclure la connaissance de ses limites, ses habiletés, ses acquis et ses capacités qui contribuent tous à la compréhension de la santé et du bien-être d'une personne, ainsi qu'au succès de ses interventions infirmières (Dallaire & Blondeau, 2002). L'exemple qui suit suggère un savoir personnel, car la participante est consciente de ses limites en termes d'impact de son intervention sur une famille. Cependant, elle croit en ses capacités, et elle décide de poursuivre ses interventions sur le plan des habitudes de vie auprès de cette famille dans le but de modifier, éventuellement, des comportements alimentaires.

J'ai quand même poursuivi, mais au niveau alimentation, je n'ai pas beaucoup d'impacts dans cette famille. Par contre... on a réussi avec le punch et l'eau. Donc, (...) les petits pas et un objectif à la fois... (Il y a) des choses qui fonctionnent. Je n'abandonne pas l'idée de faire des enseignements au niveau alimentaire. Même si c'est dans une sphère dans laquelle, moi je considère avoir le moins d'impacts. Je peux en avoir un peu, donc je persévère là-dessus.

Dans un autre exemple, la participante fait appel à ses valeurs et à ses attentes. Elle observe que la situation est émotive pour la cliente et elle intervient tout de même selon sa conception à elle de ce qui est préférable ou non pour cette famille. L'infirmière utilise son savoir personnel à l'effet qu'il est essentiel de laisser un jeune bébé dormir seul dans sa chambre:

La maman est trop avec le petit bébé. La maman dit : « c'est une grosse journée aujourd'hui, on a décidé que le bébé allait dormir dans sa chambre ». J'ai vu là que ça venait la chercher beaucoup. Qu'elle va trouver ça difficile (...) il va falloir en parler souvent (...) aux prochaines visites. J'ai l'impression, pour quelque temps, il va pleurer beaucoup. Elle va aller le chercher (dans son lit). Elle risque de le recoucher avec elle, éventuellement. C'est sûr qu'à ce niveau-là, j'ai pensé plein de petites choses, au niveau du détachement.

Pour mettre en perspective le recours à ces différents savoirs, les trois figures suivantes illustrent la répartition des différents savoirs mobilisés par les participantes de l'étude, soit leurs

savoirs empiriques et personnels à travers les sept épisodes de soins. La Figure 2 représente les types de savoirs mobilisés par les deux participantes.

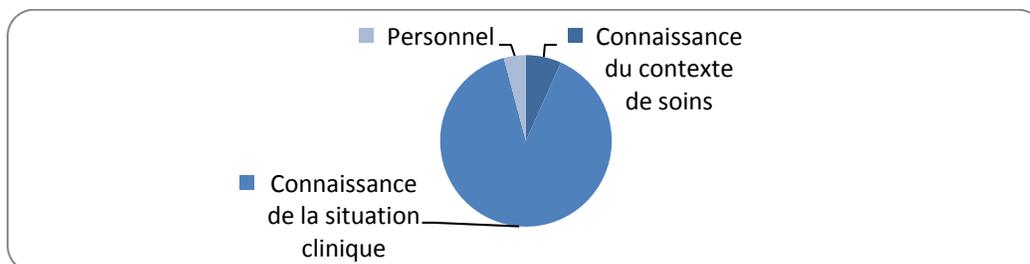


Figure 2. Les types de savoirs mobilisés par les deux participantes dans les sept épisodes de soins.

Un bilan des savoirs mobilisés par les deux participantes à travers les sept situations d'intervention faisant l'objet de cette étude suggère que le savoir empirique de l'ordre des connaissances relatives à la situation clinique est celui le plus utilisé dans les processus de raisonnement clinique pour les deux participantes, suivi par le savoir empirique de l'ordre des connaissances du contexte de soins. Aussi, les données suggèrent que le savoir personnel est rarement utilisé pour les deux participantes.

La Figure 3 représente les types de savoirs mobilisés selon chaque infirmière.

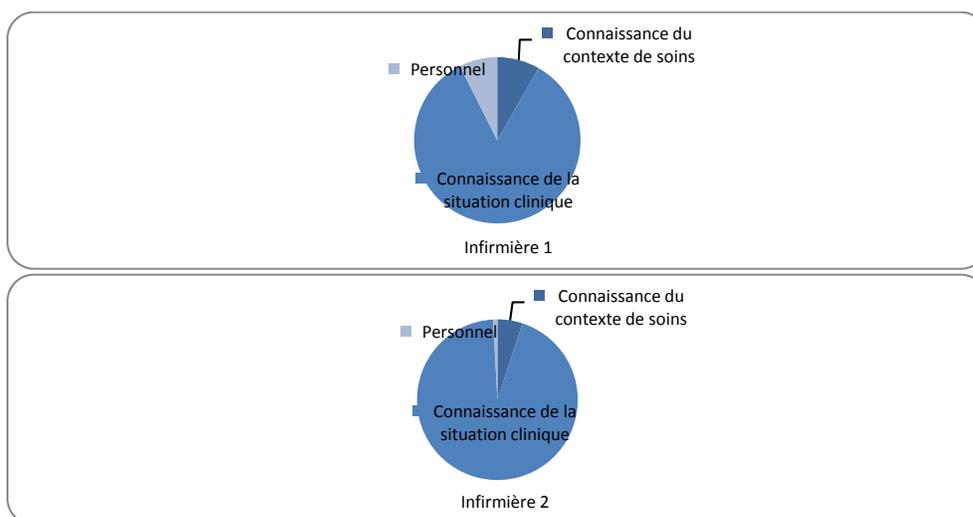


Figure 3. Les savoirs mobilisés pour chaque infirmière dans les sept épisodes de soins.

Ainsi, une comparaison qualitative des différents types de savoirs mobilisés, selon les infirmières, suggère que la première infirmière semble avoir mobilisé un répertoire ayant des proportions différentes de types de savoirs. En effet, elle mobilise davantage de savoirs personnels et de savoirs empiriques de l'ordre de la connaissance du contexte de soins que sa collègue durant son raisonnement clinique. La portée de cette différence pourrait néanmoins être limitée étant donné le même ordre de priorité aux trois types de savoirs mobilisés pour les deux infirmières.

5.2. Description des épisodes de soins

Cette section rend compte des épisodes de soins afin d'identifier des éléments du contexte qui pourraient entrer en jeu dans le raisonnement clinique des infirmières lorsqu'elles priorisent leurs interventions.

Les éléments contenus dans le Tableau 1 (c.f. p. 56) sont des caractéristiques du contexte qui peuvent possiblement influencer le processus de raisonnement clinique, selon le modèle retenu pour cette recherche (Tanner, 2006). Ses rubriques sont décrites dans ce qui suit :

1. Programme : Il s'agit ici de distinguer si les parents sont rencontrés dans le cadre du PSJP, du programme NÉ-GS, ou OLO. Cette information permet de préciser s'il s'agit de mères adolescentes ou non. Selon la recension des écrits, plus les mères sont jeunes, plus elles pourraient être vulnérables et plus les priorités d'intervention peuvent être multiples (Grady & Bloom, 2004; Langille, 2007; Leadbeater & Way, 2001; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Rogers, 1997; Shi, Stevens, Lebrun, Faed, & Tsai, 2008; Thato, Rachukul, & Sopajaree, 2007; Theroux, 2007).

2. Première naissance : «oui» signifie qu'il s'agit d'un premier bébé au sein du noyau familial; «non» signifie que deux à trois enfants résident sous le même toit. Cet élément renvoie, entre autres, à l'expérience acquise comme parent. Les besoins d'intervention seraient d'autant

plus variés et prioritaires pour un premier bébé comparativement à un second bébé (Appleton, 1994; Balbus & Malina, 2009; Newland & Cowley, 2003; Williams, 1997).

3. Ressources : il s'agit d'indiquer si les familles reçoivent des services (oui ou non) d'autres professionnels de la santé des équipes SIPPE ou du CSSS/CLSC, ou d'intervenants d'organismes communautaires tels que les centres de bénévolat, la *Maison de la famille*, des ressources d'aide au budget ou en aide/sécurité alimentaire. Les familles utilisant des ressources pourraient être moins «priorisées» par les infirmières (Appleton & Cowley, 2003; Newland & Cowley, 2003; Tanner, 2006; Thompson et al., 2007).

4. Fréquence des rencontres : la fréquence selon laquelle l'infirmière participante intervient auprès de cette famille durant la période de collecte de données. Cet élément peut être associé au processus de raisonnement clinique, en ce sens qu'une meilleure connaissance de la situation actuelle de la famille peut influencer le raisonnement clinique en élaboration. Elles doivent prioriser les besoins d'intervention de ces familles vulnérables pour cibler les plus urgents nécessitant un suivi plus fréquent ou plus soutenu (William, 1997; MSSS, 2004).

5. Durée du suivi : nombre de mois depuis lequel l'infirmière connaît cette famille. Selon les écrits, plus les infirmières ou les intervenants connaissent les personnes depuis un certain temps, plus le raisonnement clinique en serait facilité (Appleton & Cowley, 2003; Appleton & Cowley, 2008; Tanner, 2006; Thompson et al., 2007).

Tableau 1
Le contexte des épisodes de soins à l'étude

Épisode	Infirmière	Programme	Première naissance	Ressources	Fréquence des rencontres	Durée du suivi
1	1	NÉ-GS	Non	Oui	Hebdomadaire	18 mois
2	1	NÉ-GS	Non	Oui	Hebdomadaire	6 mois
3	1	PSJP	Non	Oui	2 semaines	24 mois
4	1	OLO	Oui	Non	Hebdomadaire	6 mois
5	2	PSJP	Non	Oui	2 semaines	24 mois
6	2	OLO	Oui	Non	2 semaines	10 mois
7	2	PSJP	Oui	Non	2 semaines	11 mois

Le Tableau 1 suggère qu'il y a une certaine variabilité en ce qui a trait aux dimensions suivantes, ce qui permet de distinguer les épisodes de soins et qui témoigne de l'hétérogénéité souhaitée pour cette étude exploratoire. Ainsi, pour près de la moitié des familles, la mère est âgée de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant, il s'agit d'un premier enfant, l'intervention comporte les contributions d'intervenants d'autres ressources que l'infirmière, le suivi est hebdomadaire ou elles connaissent l'infirmière depuis 18 mois ou plus.

Toutefois, lorsque les données sont examinées pour chaque infirmière séparément, le contexte de l'épisode de soins est différent. Pour la première infirmière, les épisodes de soins comportent davantage de clientes âgées de plus de 20 ans, de familles ayant un deuxième bébé et utilisant d'autres ressources communautaires ou professionnelles, ainsi que de visites effectuées hebdomadairement. Pour la seconde infirmière, il s'agit d'épisodes de soins comportant plutôt des clientes âgées de moins de 20 ans, ayant un premier bébé, qui n'utilisent pas d'autres ressources

que l'infirmières, ainsi que des visites effectuées aux deux semaines. Une seule dimension du contexte est similaire à travers les sept épisodes de soins. En effet, toutes ces familles sont accompagnées depuis six mois ou plus.

Un dernier élément, non compris dans le Tableau 1, mais autant essentiel à la description des épisodes de soins, est le lien de confiance entre la famille et l'infirmière, selon le point de vue des infirmières. Il s'agit d'un élément à considérer pour notre analyse, car la littérature suggère qu'elle peut renforcer ou faciliter le raisonnement clinique des infirmières (Appleton & Cowley, 2003). Les deux infirmières ont rapporté avoir établi un bon lien de confiance avec toutes les familles ayant participé aux épisodes de soins faisant l'objet de cette étude. Elles interprètent qu'il y a une marque de confiance et qu'elles deviennent une référence pour ces familles à partir de divers critères. Par exemple, la participation active des familles, leur manifestation d'intérêt et d'ouverture lors des rencontres et leur réceptivité face aux enseignements infirmiers constituent des indicateurs de confiance :

Ils sont super réceptifs aux enseignements. Elle démontre beaucoup d'intérêt. Elle m'a raconté justement son aventure, comment elle est arrivée comme réfugiée(...) je trouve que c'est une marque de confiance.

De plus, elles perçoivent être crédibles et être des modèles de référence pour les familles. Par exemple, l'une d'elles remarque :

Elle a des fois quand même des petites questions, ce qu'elle n'avait pas avant. Même s'ils ont eu dix avis différents, avant, ils vont quand même me demander qu'est-ce qui en est.

À cet égard, nos analyses des *verbatim* ne permettent pas de distinguer des variations entre les deux participantes de cette étude.

5.3. Les priorités d'intervention

Le Tableau 2 (c.f. p.59) présente un aperçu de la priorité d'intervention des infirmières pour chacun des sept épisodes de soins étudiés. Pour chaque famille, la priorité d'intervention est décrite selon quatre dimensions : 1. Le degré d'urgence; 2. La personne ayant identifiée la priorité; 3. La nature de la priorité; 4. La finalité poursuivie à travers la priorité énoncée.

En particulier, le degré d'urgence est soit prioritaire ou secondaire : un degré d'urgence prioritaire renvoie à une situation qui nécessite une réponse immédiate ou rapide; tandis qu'un degré d'urgence secondaire renvoie à des situations qui sont traitées à moyen-long terme ou abordées à titre préventif, c'est-à-dire que le problème n'est pas encore présent. La personne qui identifie la priorité d'intervention est soit l'infirmière ou la famille. La nature de la priorité offre un aperçu du domaine d'intervention dont il est question (social ou physique). Enfin, la finalité poursuivie indique s'il s'agit d'une intervention qui s'inscrit plutôt dans la routine des interventions SIPPE ou qui répond aux besoins plus particuliers de la famille.

Tableau 2
Les priorités d'intervention durant les épisodes de soins

Famille	Infirmière	Degré d'urgence	Priorité identifiée par	Nature de la priorité	Finalité poursuivie
1	1	Prioritaire	Famille	Social (ressources financières)	Répondre aux besoins particuliers
2	1	Secondaire	Infirmière	Santé physique : Pucés de lit	Routine des interventions SIPPE
3	1	Secondaire	Infirmière	Alimentation bébé	Routine des interventions SIPPE
4	1	Prioritaire	Famille	Problèmes d'allaitement/muguet	Répondre aux besoins particuliers
5	2	Secondaire	Infirmière	Développement bébé/grossesse mère	Routine des interventions SIPPE
6	2	Secondaire	Infirmière	Bien être psychologique de la mère et du bébé (lien d'attachement mère-enfant)	Routine des interventions SIPPE
7	2	Prioritaire	Famille	Santé physique (gastroentérite/déshydratation)	Répondre aux besoins particuliers

Le Tableau 2 indique qu'il y a presque autant de situations dont le degré d'urgence prioritaire nécessite une réponse immédiate ou rapide que de situations de degré d'urgence secondaire qui renvoient à des situations traitées à moyen-long terme ou à titre préventif; ou encore, dont les priorités sont identifiées par la famille ou par l'infirmière. De plus, il semble que la nature de la priorité est majoritairement axée sur des problèmes ou des préoccupations de santé physique et très peu sur des préoccupations d'ordre psychologique ou sociale. Finalement, on retrouve presque autant d'épisodes de soins dont la finalité de l'intervention est prioritairement axée sur la réponse à des besoins particuliers que sur l'application de la routine des interventions SIPPE.

Un autre pattern ressort, toutefois, lorsque le degré d'urgence est qualifié de prioritaire, ce qui nécessite une réponse immédiate ou rapide. Ce type de priorité est toujours identifié par la famille et la finalité poursuivie par l'infirmière est axée sur la réponse à ces besoins particuliers, de nature physique ou sociale. L'infirmière semble ainsi accorder la priorité à ce qui est exprimé par la famille, et ajuste son intervention durant cet épisode de soins.

Lorsque le degré d'urgence est d'ordre secondaire, il s'agit d'une situation identifiée par l'infirmière et qui s'inscrit dans l'application de la routine des interventions SIPPE, notamment formulée en termes de préoccupations cliniques de santé physique. Dans ces situations, c'est l'infirmière qui semble établir la priorité et qui décide d'un plan d'intervention. Ce plan d'intervention apparaît basé sur l'application du programme SIPPE dans une optique préventive (renforcement des compétences et des capacités d'agir des familles) ou pour répondre à une problématique de soins à plus long terme, sans toutefois tenir nécessairement compte des préoccupations de la famille, car elles n'en formulent pas de manière explicite.

5.4. Les processus de raisonnement clinique

Cette section, le cœur de l'étude, rend compte des processus de raisonnement clinique des infirmières à travers les sept épisodes de soins. À titre de rappel, nous définissons le processus de raisonnement clinique comme étant un **processus d'organisation de la pensée et d'idées par l'exploration des diverses expériences du présent et du futur afin d'en tirer ou d'en arriver à des conclusions** (Banning, 2008a). Nos résultats renvoient essentiellement à deux types de processus de raisonnement clinique, soit le processus de raisonnement clinique narratif et le processus de raisonnement clinique qui relie des informations ensemble afin d'en formuler une proposition.

5.4.1. *Processus de raisonnement clinique narratif*

Il s'agit d'un processus de raisonnement qui comporte un récit détaillé de l'expérience de santé et de maladie des personnes et permettant une meilleure compréhension de l'être humain et l'élaboration de nouvelles connaissances (Astrom, Norberg, Hallberg, & Jansson, 1993; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Tanner, 2006). Dans cette étude exploratoire, ce processus se manifeste de deux manières.

Premièrement, l'infirmière raconte une histoire ou un scénario pour faire du sens de la situation d'intervention et de l'expérience des personnes ou familles, incluant un retour sur le passé, le présent et le plan pour les interventions à venir. Il s'agit généralement d'un processus qu'elle utilise en début d'exercice de *think aloud*. Elle utilise ses savoirs, ses observations et ses évaluations de l'atteinte d'objectifs fixés antérieurement pour décrire et comprendre la situation qui se présente à elle. Ces histoires repartent du début de son suivi SIPPE avec cette famille; abordent sa relation avec la famille; ou mettent en contexte sa visite à domicile ou au CLSC. Elles servent à raconter l'intervention ou à illustrer le but du suivi ou de l'intervention planifiée. Il arrive que le propos relate des sujets abordés, sans nécessairement élaborer un fil conducteur. Par exemple, le *verbatim* suivant provient d'une infirmière racontant les interventions qu'elle avait planifiées pour une famille et son constat de leur situation actuelle :

Ils trouvaient ça très difficile de penser que peut-être ils ne seraient pas capables de faire des cadeaux aux enfants. (...) Ils étaient très tristes, très désappointés d'eux. Ils avaient (...) bien fait leur budget au début. Ils étaient confiants. Là, ce n'est (plus) du tout ça... Ils étaient vraiment désappointés. (Pour) leur temps des fêtes, ils voient ce qui s'en vient, (...) ils trouvent ça triste un peu. Au départ, (...) je voulais reparler de contraception, je (...) je voulais parler de son allaitement, de la contraception, tous les sujets d'actualité, la santé et tout ça. Et, finalement, on n'a pas (...) abordé ni l'allaitement, ni la contraception, parce qu'il y avait beaucoup d'autres points à aborder. Puis, (...) c'étaient des points que j'ai abordé dans les autres rencontres aussi. (...) Il n'y avait pas une nécessité d'aborder absolument ces points là aujourd'hui.

Deuxièmement, le processus de raisonnement narratif rend compte de justifications de l'infirmière quant à ses décisions, ses choix et ses actions auprès de la famille. C'est généralement

un processus en cours ou en fin d'exercice de *think aloud*. Dans l'exemple suivant, l'infirmière justifie pourquoi elle évalue périodiquement l'allaitement de sa cliente:

Je suis revenue sur son allaitement. Comment ça va son allaitement? On a parlé, c'est quoi un allaitement qui est bien installé à cinq semaines? Un sein qui a plus de lait que l'autre, etc... Qu'est-ce que je fais? Donc, j'ai évalué. C'est quoi son rythme d'allaitement? Est-ce qu'elle donne plus un sein que l'autre? Est-ce (qu'elle) tire au tire-lait. Elle donne plus le sein? Ou elle donne plus le lait dans la bouteille? Donc, on a refait un peu l'évaluation complète de son allaitement. Parce que son bébé a cinq semaines, c'est... en général un allaitement qui est bien installé à cinq semaines. On a une prise de poids qui est extraordinaire chez le bébé. Donc, on n'a pas un allaitement qui est problématique. Ça va bien, elle n'a pas de douleur, elle n'a pas de problème, et le bébé engraisse. Par contre, je considère que ça nécessite une réévaluation périodique. Juste pour s'assurer qu'elle continue d'être sur la bonne voie. Donc, on a tout évalué ça.

5.4.2. *Processus de raisonnement clinique de mise en relation d'informations pour formuler une proposition (MRI+FP)*

Il s'agit d'une démarche qui, à travers la collecte de données, comporte la recherche d'informations, et leur mise en relation afin de mieux comprendre la situation, telles que des données cliniques relativement à la santé de la mère ou celle de son bébé dans l'expérience de santé vécue. Les infirmières utilisent des données cliniques d'une situation antérieure ou de la situation actuelle, ainsi que leurs savoirs infirmiers. Ensuite, elles les énoncent ou concluent une proposition à partir de laquelle elles poursuivent leur intervention. Le *verbatim* suivant illustre un processus de raisonnement clinique où l'infirmière énonce que les difficultés d'allaitement entraînent une prise de poids insuffisante. Par la suite, à travers les informations qu'elle recueille et relie, l'infirmière énonce la proposition suivante : l'ensemble des observations reliées confirme que le problème est le muguet. Ce qui, manifestement, amène des difficultés d'allaitement.

1. L'infirmière relie des informations :

Elle a des difficultés d'allaitement qu'elle n'avait pas la semaine d'avant. Ça allait super bien. (...) Donc, là, j'y demande qu'est-ce qu'elle a dans le fond? On pèse le bébé, première des choses.

2. L'infirmière énonce une proposition :

Le bébé n'a pas pris beaucoup de poids. Limite inférieure. Donc, ok y'a peut-être quelque chose.

3. L'infirmière relie des informations :

Elle me dit que son problème principal c'est la douleur, douleur au mamelon. Ok. Là, on... je fais dans ma tête d'où ça peut venir la douleur. Je pense, pis je lui explique en même temps. Je dis : En général la douleur peut-être causée par plusieurs facteurs, j'y nomme les facteurs, le positionnement, plein d'affaires... J'y nomme ça. Pis j'y dis : « on va regarder qu'est-ce qui s'applique dans ton cas ». Là je lui explique. La douleur a commencé quand tout ça. Et là, elle m'explique comment ça commencé, elle me montre ses seins. Pis en effet, elle a les seins... les mamelons rouges et tout ça. Ah, déjà, ce n'est pas bon signe. On investigue. Puis, (...) je m'enligne du côté de l'hypothèse, peut-être, du muguet, parce que je trouve que ça l'air de ça au niveau de ses seins. Je vais voir dans la bouche du bébé. Y'a rien. Rien d'apparent. Et là, on déshabille le bébé... les fesses (sont) rouges vin.

4. L'infirmière énonce une proposition :

Donc tout de suite dans ma tête je fais l'addition : sein + douleur + fesses du bébé rouge + etc..., bref, elle a tous les symptômes d'un début d'infection à champignons.

L'infirmière poursuit selon une même séquence de raisonnement :

1. L'infirmière relie des informations :

Elle met le bébé au sein, mais là tout suite, ok on a un problème de positionnement parce que c'est évident que ça doit pincer, de un. Elle n'a pas l'air bien du tout. Elle est toute crispée, pis la bouche du bébé est dans une position où ça favorise beaucoup la douleur. Donc, j'y demande comment ça va? Effectivement, ça cause de la douleur. Donc, je regarde c'est quoi son niveau de tolérance. Je lui dis que moi je trouve qu'elle n'a pas l'air bien. Elle me dit effectivement, elle est un peu coincée, tout ça. On fait le repositionnement, ça diminue la douleur.

2. L'infirmière énonce une proposition :

Mais c'est sûr qu'avec un problème sous-jacent y va y avoir peut-être de la douleur pour quelques jours encore.

3. L'infirmière relie des informations :

Elle me dit : « j'ai essayé de me tirer du lait, ça ne fonctionne pas ». Ok j'ai dit : « t'as essayé quelles méthodes? ». « À la main et au tire-lait. Au tire-lait ça ne fonctionnait pas du tout. À la main ça a quand même marché un peu ». Là je lui demande : « Comment elle s'y est prise »? Elle me montre sa technique à la main. Ça fonctionnait un peu mais ce n'était pas du tout une technique qui est productive.

4. L'infirmière énonce une proposition

Donc, je me suis dit, hypothèse un, ça marche pas vraiment bien parce que sa technique laisse à désirer.

5. L'infirmière relie des informations :

Et ensuite, on investigue pourquoi ça ne marche pas avec le tire-lait. Donc, je lui demande de sortir son tire-lait, je lui demande de me le montrer, qu'est-ce qu'elle a fait? Comment elle s'est installée? Et je constate qu'il manque une pièce dans son tire-lait.

6. L'infirmière énonce une proposition :

Donc, c'est bien évident que ça ne marchait pas.

À titre comparatif, la Figure 4 présente la fréquence d'apparition des différents processus de raisonnement clinique mobilisés par les infirmières dans cette étude pour les sept épisodes de soins.

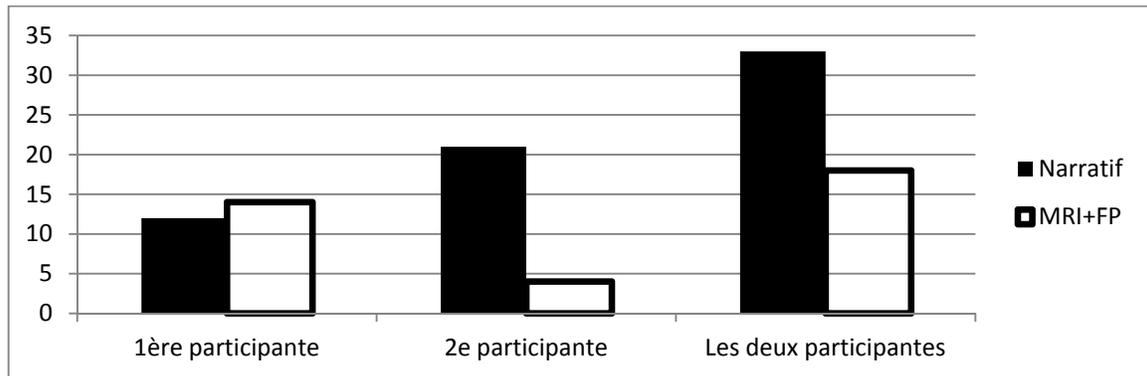


Figure 4. Les processus de raisonnement clinique utilisés par les participantes dans les sept épisodes de soins.

Ce bilan suggère que le processus de raisonnement clinique narratif semble fréquemment utilisé. Toutefois, la première participante semble utiliser davantage de processus de raisonnement clinique MRI+FP et moins de processus de raisonnement clinique narratif que la deuxième. Elle aurait, en somme, un répertoire plus varié que sa consœur.

5.5. Principaux constats de l'analyse descriptive

Avant de présenter la dernière partie des résultats, une synthèse des principaux constats issus des résultats présentés à date s'impose. Ceci permet de souligner ce qui distinguerait les infirmières, ainsi que les contextes des épisodes de soins.

Premièrement, les infirmières se distinguent sur le plan de leurs caractéristiques individuelles. L'une possède une formation collégiale plus récente, moins d'années d'expérience et d'exposition au programme SIPPE, ainsi que des attentes davantage ciblées sur le bébé plutôt que sur la famille. De plus, elle semble avoir recours à un répertoire de savoirs un peu plus varié que l'autre infirmière. Enfin, elle utilise un peu moins fréquemment de processus de raisonnement clinique narratif et un peu plus de processus de raisonnement clinique qui comporte la mise en relation d'informations lui permettant d'énoncer une proposition à partir de laquelle poursuivre son intervention.

Deuxièmement, les résultats d'analyses comparatives suggèrent aussi que les infirmières n'interviennent pas tout à fait dans les mêmes contextes de soins. Le contexte de l'épisode de soins est différent selon chacune et se distingue selon deux tendances. La première a décrit son raisonnement clinique dans davantage de situations comportant des visites effectuées hebdomadairement auprès de femmes ayant déjà un autre enfant, et utilisant d'autres ressources communautaires ou professionnelles. Les autres épisodes de soins, ceux de la seconde infirmière, ont plutôt lieu dans le cadre de visites effectuées aux deux semaines chez des clientes âgées de moins de 20 ans, qui n'utilisent pas d'autres ressources que l'infirmière, et vivant l'expérience d'un premier bébé. Une seule dimension du contexte est similaire à travers les sept épisodes de soins : toutes ces familles sont accompagnées depuis plus de six mois.

Troisièmement, il y a deux principaux patterns en ce qui concerne l'établissement de priorités d'intervention durant les épisodes de soins. Soit que les infirmières interviennent prioritairement en fonction de routines SIPPE, c'est-à-dire qu'elles appliquent le programme SIPPE tel qu'il est

défini par le MSSS et le CLSC attiré. Ou alors, lorsque les familles expriment un besoin, elles interviennent prioritairement selon ces besoins exprimés par la famille. Il s'agit alors généralement d'une situation qui comporte la nécessité d'une réponse immédiate suggérant ainsi que les infirmières tentent de demeurer à l'écoute des familles. Considérant les différences entre les deux infirmières, ainsi que différents contextes d'épisodes de soins, il reste à savoir dans quelle mesure il est possible de départager l'influence de ces conditions sur le raisonnement clinique des infirmières.

5.6. Modélisation

Dans cette section, les résultats d'analyse résultant de la recherche de patterns ou de liens entre les caractéristiques des infirmières, les éléments de l'épisode de soins, les processus de raisonnement clinique et les priorités d'intervention sont présentés. Il s'agit ici de modéliser des dimensions ou conditions pour mieux comprendre le processus de raisonnement clinique en jeu lorsque les infirmières priorisent leurs interventions auprès de familles en situation de vulnérabilité.

La Figure 5 présente une première modélisation. Ce modèle s'inspire de celui de Tanner (2006) retenu comme cadre de référence pour cette recherche (voir chapitre 3) et propose que les caractéristiques de l'épisode de soins, ainsi que les caractéristiques individuelles et professionnelles des infirmières, peuvent influencer le processus de raisonnement clinique et les priorités d'intervention qui en résultent. Par ailleurs, le type de priorité d'intervention pourrait également être influencé par les caractéristiques de l'épisode de soins (Appleton & Cowley, 2008; Horrocks, Pollocks, Harvey, Emond, & Shepherd, 1998; Newland & Cowley, 2003; Williams, 1997).

Nous y avons précisé les quatre dimensions suivantes, à partir des résultats de nos analyses. En particulier, la Figure 5 précise les quatre dimensions suivantes, à partir des résultats de nos analyses. Nous spécifions les résultats témoignant de *variations* entre les participantes ou les épisodes de soins, afin de poursuivre des analyses comparatives permettant de repérer des patterns.

1. Les processus de raisonnement clinique : ceux-ci incluent les processus de raisonnement narratif ou MRI+FP.
2. Le type de priorité d'intervention: axé sur les besoins particuliers identifiés par la famille ou axé sur l'application de la routine des interventions SIPPE;
3. Les caractéristiques de l'épisode de soins : il s'agit de l'âge de la mère; le rang de naissance du bébé; l'utilisation d'autres ressources professionnelles ou communautaires; la fréquence des rencontres entre l'infirmière et la famille; et la durée de la relation entre l'infirmière et la famille;
4. Les caractéristiques individuelles ou professionnelles de l'infirmière : il s'agit du nombre d'années depuis l'obtention du diplôme de formation infirmière initiale; du nombre d'années d'expérience comme infirmière; du nombre d'années d'exposition au SIPPE; et des attentes de l'infirmière par rapport aux objectifs de son intervention.

Enfin, les chiffres insérés dans chacune des flèches de la Figure 5 présentent l'ordre de la séquence des analyses et des questionnements que nous avons exploré.

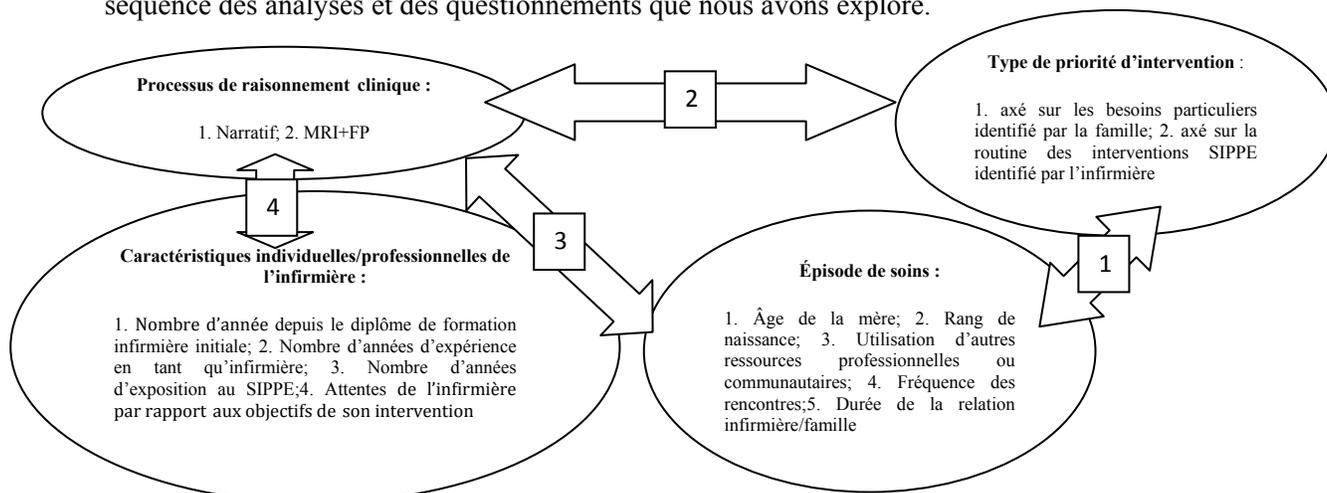
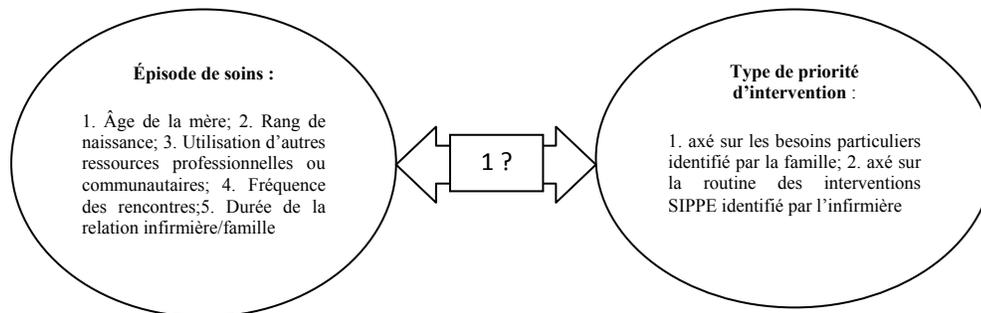


Figure 5. Modélisation du raisonnement clinique et séquence des analyses pour la modélisation.

Dans ce qui suit, nous présentons, en séquence, les résultats se rapportant aux patterns observés entre ces quatre dimensions et qui permettent de différencier les processus de raisonnement clinique selon les caractéristiques du contexte et des acteurs en présence, ainsi que du type de priorité d'intervention.

5.6.1. Caractéristiques des épisodes de soins et le type de priorité d'intervention



Le Tableau 3 présente une synthèse descriptive des sept épisodes de soins selon le type de priorité d'intervention, tout particulièrement en termes d'urgence.

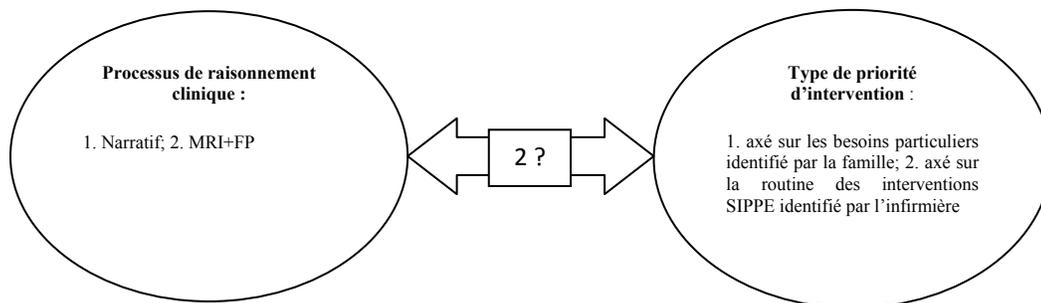
Tableau 3
Les sept épisodes de soins selon le type de priorité d'intervention

Degré d'urgence	Épisodes de soins
Prioritaire : Besoins particuliers identifiés par la famille	Une situation : mère âgé de moins de 20 ans; premier bébé ; n'utilise pas de ressources professionnelles ou communautaires; visite aux deux semaines; durée de la relation infirmière/famille de moins de 12 mois; nature de la priorité : santé. Une situation : mère âgé de plus de 20 ans; deuxième bébé; utilise une ressource professionnelle ou communautaire; visite hebdomadaire; durée de la relation infirmière/famille de plus de 12 mois; nature de la priorité : sociale. Une situation : mère âgé de plus de 20 ans; premier bébé; n'utilise pas de ressources professionnelles ou communautaires; visite hebdomadaire; durée de la relation infirmière/famille de moins de 12 mois; nature de la priorité : santé.
Secondaire : Application de la routine des interventions SIPPE	Une situation : mère âgée de plus de 20 ans; deuxième bébé; utilise ressources professionnelles ou communautaires; visite hebdomadaire; durée de la relation infirmière/famille de moins de 12 mois; nature de la priorité : santé. Une situation : mère âgée de plus de 20 ans; premier bébé; n'utilise pas de ressources professionnelles ou communautaires; visite aux deux semaines; durée de la relation infirmière/famille de moins de 12 mois; nature de la priorité : santé. Deux situations : mère âgée de moins de 20 ans; deuxième bébé; utilise ressources professionnelles ou communautaires; visite aux deux semaines; durée de la relation infirmière/famille de plus de 12 mois; nature de la priorité : santé.

Un examen des sept épisodes de soins, selon qu'il s'agisse de répondre à des priorités exprimées par les familles ou établies par le cadre du programme, permet de déceler une tendance générale. On remarque que l'application de la routine des interventions semble plus présente lorsqu'il s'agit d'épisodes de soins auprès de familles qui ont un deuxième bébé; qui ont recours à d'autres ressources professionnelles ou communautaires. Ainsi, il se peut que les infirmières modifient leur façon de prioriser leurs interventions, non seulement en réponse à un besoin urgent exprimé par la famille, mais aussi selon les caractéristiques de la famille rencontrée dans l'épisode de soins. Il se peut que lorsqu'il s'agit d'un deuxième bébé, les familles expriment moins de besoins dans l'urgence, d'autant plus qu'elles semblent utiliser d'autres ressources professionnelles ou communautaires. Dans ce cas, les infirmières auraient plus de latitude pour

appliquer la routine d'intervention SIPPE. Par ailleurs, nous constatons que peu de priorités d'ordre social ont été identifiées (une seule). Dans ce cas, même si c'est un deuxième bébé, l'infirmière répond à l'urgence exprimée.

5.6.2. *Processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention*



Mis à part notre observation que le type de priorité d'intervention pour une situation de santé pourrait varier selon qu'il s'agit d'un deuxième bébé ou plus, nous avons examiné s'il y a des patterns entre les processus de raisonnement clinique et le type de priorité d'intervention. Le Tableau 4 présente la fréquence d'apparition, ainsi que la proportion relative du type de processus de raisonnement clinique décelée dans le discours des infirmières pour tous les épisodes de soins, selon le type de priorité d'intervention.

Tableau 4
Les processus de raisonnement clinique pour les sept épisodes de soins selon le type de priorité d'intervention

Type de priorité d'intervention	Processus de raisonnement clinique		
	Narratif n (%)	MRI+FP n (%)	Total
Prioritaire : Besoins urgents identifiés par la famille	12 (63)	7 (37)	19
Secondaire : Routine des interventions SIPPE appliquée par l'infirmière	21 (65)	11 (35)	33

Le Tableau 4 suggère qu'il n'y a pas de différence quant au type de processus de raisonnement clinique apparent selon le type de priorité d'intervention. L'analyse de contenu des verbatim suggère que les infirmières utilisent le processus de raisonnement clinique narratif selon des proportions similaires, peu importe le type de priorité d'intervention. De même, le processus de raisonnement clinique MRI+FP est également mobilisé selon les mêmes proportions quel que soit le type de priorité d'intervention.

Toutefois, sachant que les infirmières sont différentes selon certaines caractéristiques, et qu'elles ont recours de manière quelque peu différente aux savoirs et processus de raisonnement clinique présentés plus tôt, des analyses ont été effectuées pour chacune. Le Tableau 5 présente la fréquence d'apparition, ainsi que la proportion relative, des processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention pour la première infirmière.

Tableau 5
Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention.
Première infirmière

Type de priorité d'intervention	Processus de raisonnement clinique		
	Narratif n (%)	MRI+FP n (%)	Total
Prioritaire : Besoins urgents identifiés par la famille	6 (50)	6 (50)	12
Secondaire : Routine des interventions SIPPE appliquée par l'infirmière	6 (43)	8 (57)	14

Ces données suggèrent qu'il n'y a pas de différence notable quant au type de processus de raisonnement clinique mobilisé par la première infirmière, selon le type de priorité d'intervention : elle recourt autant à un processus narratif qu'à un processus de MRI+FP que ce soit une priorité d'intervention identifiée par la famille ou qui renvoie à l'application de la routine SIPPE.

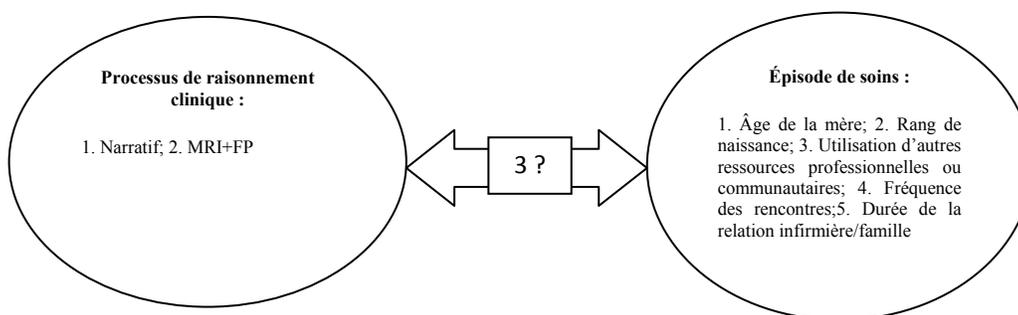
Le Tableau 6 présente les données pour la deuxième infirmière.

Tableau 6
Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention.
Deuxième infirmière

Type de priorité d'intervention	Processus de raisonnement clinique		
	Narratif n (%)	MRI+FP n (%)	Total
Prioritaire : Besoins urgents identifiés par la famille	6 (86)	1 (14)	7
Secondaire : Routine des interventions SIPPE appliquée par l'infirmière	15 (83)	3 (17)	18

Les données du Tableau 6 suggèrent qu'il n'y a pas de différence quant au type de processus de raisonnement clinique mobilisé par chacune de ces infirmières selon le type de priorité d'intervention. Par contre, il semble encore une fois que la deuxième infirmière a davantage recours au processus de raisonnement clinique narratif. En somme, les résultats suggèrent que ce ne serait pas le type de priorité d'intervention qui ferait en sorte que les infirmières mobilisent un processus de raisonnement clinique plutôt qu'un autre.

5.6.3. *Processus de raisonnement clinique et caractéristiques des épisodes de soins*



Sachant que les caractéristiques de l'épisode de soins pourraient avoir une incidence sur le type de priorité d'intervention, nous avons tenté d'examiner si ces caractéristiques pouvaient entrer en jeu dans le processus de raisonnement clinique, tel que le suggère le modèle de Tanner (2006). En particulier, le Tableau 7 qui suit, permet de distinguer si le recours au raisonnement clinique MRI+FP semble plus prépondérant selon certaines caractéristiques des épisodes de soins. À prime abord, ce type de raisonnement semblerait plus souhaitable car il illustre un processus de pensée un peu plus organisé que la narration (Fonteyn, 1998). Le tableau suivant présente le nombre et la proportion de ce processus de raisonnement clinique.

Tableau 7
Analyse de contenu des verbatim :
Processus de raisonnement clinique MRI+FP selon les caractéristiques des épisodes de soins

Processus de raisonnement clinique	Caractéristiques des épisodes de soins : n (%)											
	Âge de la mère à la naissance du bébé		Durée de la relation infirmière – famille		Expérience parentale de la mère		Utilisation d'autres ressources que l'infirmière SIPPE		Fréquence des rencontres		Attentes de l'infirmière	
	moins de 20 ans (%)	plus de 20 ans (%)	moins de 12 mois (%)	plus de 12 mois (%)	1 ^{er} enfant (%)	Déjà parent (%)	Oui (%)	Non (%)	À la semaine (%)	Aux 2 semaines (%)	Bien-être du bébé (%)	Bien-être de la famille (%)
MRI+FP	4 (18)	14 (48)	12 (43)	6 (26)	7 (35)	11 (35)	11 (35)	7 (35)	11 (55)	7 (23)	14 (54)	4 (16)
Total	22	29	28	23	20	31	31	20	20	31	26	25

Les données présentées dans le Tableau 7 suggèrent, d'une part, qu'il ne semble pas y avoir de différence quant au recours du processus de raisonnement clinique examiné selon l'expérience parentale de la mère ou l'utilisation de ressources autres que l'infirmière des SIPPE. D'autre part, il y aurait davantage de recours à ce processus de raisonnement clinique selon différentes caractéristiques des épisodes de soins : 1. une mère qui a plus de 20 ans; 2. l'infirmière et la famille se connaissent depuis moins de 12 mois; et 3. elles se rencontrent hebdomadairement, ce qui signifie que le bébé est plus jeune (moins de six semaines) vu les directives du programme SIPPE³. Dans de tels épisodes, il semble donc que les infirmières recueillent et relient des informations plus fréquemment pour organiser ou justifier leur intervention.

³ Le programme SIPPE suggère que la fréquence des rencontres soit hebdomadaire dans les six premières semaines de vie du bébé.

Toutefois, sachant que les infirmières sont différentes et sont exposées à des épisodes de soins différents, les tableaux suivants permettent d'examiner les données pour chaque participante. Le Tableau 8 concerne la première infirmière.

Tableau 8
Analyse de contenu des verbatim :
Processus de raisonnement clinique MRI+FP selon les caractéristiques des épisodes de soins.
Première infirmière.

Processus de raisonnement clinique	Caractéristiques des épisodes de soins n(%)											
	Âge de la mère à la naissance du bébé		Durée de la relation infirmière – famille		Expérience parentale de la mère		Utilisation d'autres ressources que l'infirmière SIPPE		Fréquence des rencontres		Attentes	
	moins de 20 ans (%)	plus de 20 ans (%)	moins de 12 mois (%)	plus de 12 mois (%)	1 ^{er} enfant (%)	Déjà parent (%)	Oui (%)	Non (%)	À la semaine (%)	Aux 2 semaines (%)	Bien-être du bébé (%)	Bien-être de la famille (%)
MRI+FP	3 (50)	11 (55)	8 (67)	6 (43)	3 (75)	11 (50)	11 (50)	3 (75)	11 (55)	3 (50)	26 (100)	0
Total	6	20	12	14	4	22	22	4	20	6	26	0

Les données présentées dans ce tableau suggèrent que le recours au processus de raisonnement clinique MRI+FP ne se distingue pas selon l'âge de la mère à la naissance du bébé, ni la fréquence des rencontres. Cependant, pour cette infirmière, il apparaît que ce processus de raisonnement clinique serait plus fréquent dans des situations où c'est un premier enfant et que la famille n'utilise pas d'autres ressources. À noter que ces deux dernières dimensions sont inter-reliées dans cet échantillon.

Le Tableau 9 présente les données pour la deuxième infirmière.

Tableau 9
Analyse de contenu des verbatim :
Processus de raisonnement clinique MRI+FP selon les caractéristiques des épisodes de soins.
Deuxième infirmière

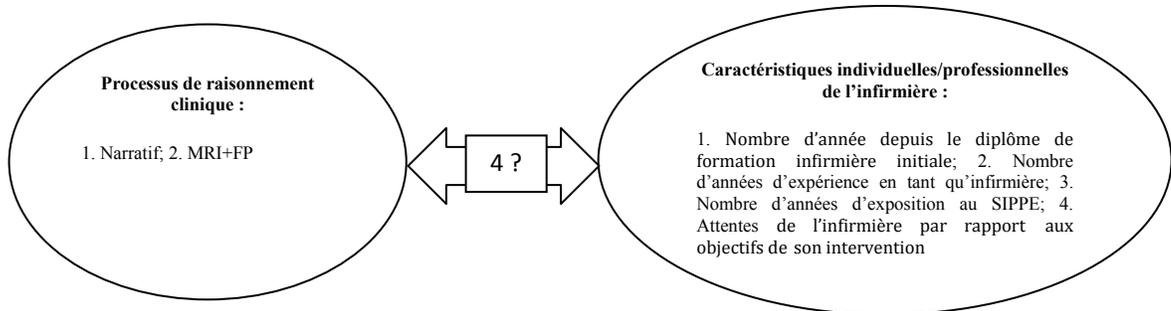
Processus de raisonnement clinique	Caractéristiques des épisodes de soins n(%)											
	Âge de la mère à la naissance du bébé		Durée de la relation infirmière – famille		Expérience parentale de la mère		Utilisation d'autres ressources que l'infirmière SIPPE		Fréquence des rencontres		Attentes	
	moins de 20 ans (%)	plus de 20 ans (%)	moins de 12 mois (%)	plus de 12 mois (%)	1 ^{er} enfant (%)	Déjà parent (%)	Oui (%)	Non (%)	À la semaine (%)	Aux 2 semaines (%)	Bien-être du bébé (%)	Bien-être de la famille (%)
MRI+FP	1 (6)	3 (33)	4 (25)	0 (0)	4 (25)	0 (0)	0 (0)	4 (25)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	25 (100)
Total	16	9	16	9	16	9	16	9	0	25	0	25

Les données présentées dans ce tableau soulignent que même si cette infirmière a peu recours au processus de raisonnement clinique considéré, il apparaît, néanmoins, qu'elle utilise davantage ce raisonnement clinique lorsque la mère est plus âgée; que c'est un premier enfant; que la famille n'utilise pas d'autres ressources; et qu'elle rencontre la famille aux deux semaines.

Même s'il ne s'agit pas du même portrait pour les deux infirmières, on dénote une certaine tendance pour les deux infirmières : il y a davantage de processus de raisonnement clinique MRI+FP lorsque c'est un premier enfant et que la famille n'a pas recours à d'autres ressources professionnelles ou communautaires que le programme SIPPE. Autrement, bien que le processus de raisonnement clinique semble invoqué différemment selon l'âge de la mère, la fréquence des rencontres, ou les attentes de l'infirmière, il importe de souligner que ces caractéristiques des épisodes de soins seraient plutôt fonction de l'échantillon. La première infirmière avait tendance à voir des familles avec des mères plus âgées, des fréquences hebdomadaires et des attentes axées sur le bien-être du bébé. La seconde infirmière avait tendance

à suivre des mères plus jeunes, une fréquence aux deux semaines et des attentes axées sur le bien-être de la famille.

5.6.4. *Processus de raisonnement clinique et caractéristiques des infirmières*



Enfin, sachant que le processus de raisonnement clinique MRI+FP serait davantage utilisé chez la première infirmière, le Tableau 10 présente les caractéristiques individuelles/professionnelles et les processus de raisonnement clinique mobilisés pour chacune des infirmières afin de distinguer si ce sont les caractéristiques individuelles ou professionnelles qui pourraient nous aider à comprendre les processus de raisonnement clinique mobilisés.

Tableau 10
Les caractéristiques individuelles/professionnelles de l'infirmière et les processus de raisonnement clinique selon l'infirmière

Caractéristiques individuelles et professionnelles et Processus de raisonnement clinique mobilisés	Infirmières	
	Première	Deuxième
Processus de raisonnement clinique narratif	Fréquent	Fréquent
Processus de raisonnement clinique MRI+FP	Peu fréquent	Peu fréquent
Âge (années)	-	++
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	-	+++
Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière dans les SIPPE	-	++
Nombre de jours travaillés par semaine	-	+
Nombre de familles accompagnées dans le cadre des SIPPE	-	++
Savoirs personnels	Peu fréquent	Peu fréquent
Savoirs empiriques : connaissance de la situation clinique	Fréquent	Fréquent
Savoirs empiriques : Connaissance du contexte de soins	Peu fréquent	Peu fréquent
Attentes	Bien-être bébé	Bien-être famille

Enfin, on sait aussi qu'elles sont différentes en termes de caractéristiques individuelles ou professionnelles, et qu'elles ont recours à des répertoires différents de savoirs. Les processus de raisonnement clinique mobilisés par l'infirmière semblent correspondre à la fois aux caractéristiques de l'infirmière et du contexte d'épisodes de soins. En effet, tel que déjà mentionné, l'infirmière qui mobilise plus de raisonnement clinique narratif, a une vision plus systémique de la famille et plus de difficultés à prioriser ses interventions. Le Tableau 10 qui suit suggère peut-être une autre piste de référence. En effet, on peut constater que les infirmières n'ont pas le même âge et nombre d'années d'expérience. Toutefois, elles ont le même niveau de scolarité qui se différencie selon une formation plus récente pour l'une d'elles. Cette différence aurait tendance à mobiliser un autre processus de raisonnement clinique : MRI+FP.

En résumé, cinq principaux constats peuvent être formulés au terme de ces analyses comparatives. Premièrement, il semble y avoir une tendance générale pour les infirmières d'appliquer la routine SIPPE lorsque c'est un deuxième bébé et qu'il s'agit de familles utilisant d'autres ressources communautaires ou professionnelles. Autrement, si la famille exprime un besoin urgent, l'infirmière répond prioritairement à ceci, que ce soit un premier ou un deuxième bébé.

Deuxièmement, le processus de raisonnement clinique narratif est fréquemment mobilisé dans les épisodes de soins pour chacune des infirmières.

Troisièmement, il n'apparaît pas que le type de priorité d'intervention invoque des processus de raisonnement différents pour les deux infirmières.

Quatrièmement, le processus de raisonnement clinique MRI+FP semble être invoqué plus fréquemment lorsqu'il s'agit d'une famille dont c'est le premier bébé et qui n'utilise pas d'autres ressources communautaires ou professionnelles que le programme SIPPE.

Enfin, cinquièmement, les infirmières sont bel et bien différentes, en termes de raisonnement clinique mobilisé, de caractéristiques individuelles ou professionnelles tels que : 1. une formation plus récente; 2. des attentes plus systémiques ou non; 3. un âge moindre; 4. un nombre d'années d'expérience différent; ou 5. un recours à des répertoires quelque peu différents de savoirs. Ces cinq principaux constats seront discutés au chapitre suivant.

En somme, le processus de raisonnement clinique des infirmières participant à cette étude ne semble pas être différent selon le type de priorité d'intervention auprès des familles en contexte de vulnérabilité, particulièrement lorsque nous distinguons la priorité selon un degré d'urgence (prioritaire ou secondaire). Les infirmières répondent prioritairement aux besoins exprimés par les familles : lorsqu'il y a un besoin, une demande urgente, elles priorisent ce besoin. Par ailleurs, les résultats suggèrent que les familles dont c'est un premier bébé et où il y a moins de ressources

formelles impliquées auprès des familles, les infirmières auraient tendance, face aux situations de santé, à explorer, relier des informations afin d'en formuler une proposition pour orienter, voire prioriser, leurs actions pour la suite. Il se pourrait que lorsque la situation comporte plus de nouveautés pour la famille, ont moins recours à d'autres ressources, ou suppose davantage de vulnérabilité chez les familles, que ce soit par manque de connaissance, ou de ressources, le raisonnement clinique des infirmières semblerait un peu plus systématique. Toutefois, les caractéristiques des infirmières, notamment en termes de formation ou d'attentes, pourraient entrer en jeu dans le type de raisonnement clinique observé ici.

Chapitre 6
Discussion

Ce sixième chapitre est divisé en quatre sections. Premièrement, nous discutons des résultats de recherche à la lumière du modèle conceptuel de raisonnement clinique de Tanner (2006) et de la littérature scientifique. Deuxièmement, l'application de la méthode *think aloud* sera discutée. Troisièmement, nous présentons les limites et les forces de cette étude. Quatrièmement, nous traitons de notre contribution à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et des principales recommandations issues de ce travail.

6.1. Discussion des résultats de l'étude

6.1.1. *Les principaux constats*

1. Le processus de raisonnement clinique narratif

Dans cette étude, nous avons identifié le processus de raisonnement clinique narratif comme étant le processus mobilisé le plus fréquemment, peu importe le type de priorité d'intervention, les caractéristiques des épisodes de soins et les caractéristiques de l'infirmière et de la relation infirmière/famille. Bien que plusieurs auteurs aient identifié ce type de raisonnement clinique (Astrom, Norberg, Hallberg, & Jansson, 1993; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Greenwood, 2000; Simmons, 2010; Tanner, 2006; Westfall, Tanner, Putzier, & Padrick, 1986), d'autres s'entendent à l'effet qu'il ne s'agit pas d'un processus de raisonnement très élaboré (Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007; Charlin, Tardif, & Boshuizen, 2000; Fonteyn, 1998). Cette importante prévalence du processus de raisonnement narratif dans cette étude apparaît comme un mécanisme pour aider les infirmières à donner du sens aux situations, à les raconter, ou à trier la multitude d'informations dont elles disposent.

Un retour sur les études que nous avons recensées et ayant trait au raisonnement clinique indiquent que celles-ci portent davantage sur des situations cliniques précises, notamment sur des problèmes cliniques, des complications ou des maladies (Lucker & Kenrick, 1992; Cohen-Mansfield & Lipson, 2003; Carr, 2004; Thompson et al., 2007; Appleton & Cowley, 2008; Lopez, 2009). Dans cette étude, il s'agit plutôt de situations cliniques où coexistent de multiples problématiques à caractère à la fois social et physique. Ainsi, les infirmières doivent se doter

d'une vision assez large de la situation des familles pour pouvoir raisonner efficacement. Cette particularité des épisodes de soins pourrait faire en sorte que les infirmières mobilisent davantage le processus de raisonnement clinique narratif. En particulier, la deuxième participante qui dit se préoccuper plutôt du système familial qu'uniquement du bien-être du bébé a tendance à mobiliser davantage ce processus narratif. Cette complexité de données à gérer semble ainsi l'amener à recourir à des processus de raisonnement narratifs pour donner un sens et illustrer le contexte de ses épisodes de soins. Il n'en demeure pas moins que le recours au processus narratif est particulièrement important, ce qui pose la question de la capacité de raisonnement. Nous y reviendrons dans la discussion sur la méthode *think aloud*.

2. Les processus de raisonnement clinique selon le type de priorité d'intervention

Dans cette étude, il n'y a pas de suggestion de différences entre les types de raisonnement clinique mobilisés et le type de priorité d'intervention. Ce ne serait pas le type de priorité qui mobilise un raisonnement clinique plus qu'un autre; que le degré de la priorité soit urgent ou d'ordre secondaire, il n'y a pas de distinction quant au processus de raisonnement clinique mobilisé. En fait, nos résultats suggèrent, à prime abord, que la priorité en termes d'urgence est accordée avant tout aux besoins exprimés par la famille. Puis, si ce ne sont pas des besoins ou des urgences formulées, les infirmières appliquent la routine des SIPPE. Encore faut-il s'assurer qu'il n'y ait pas de besoins particuliers ou de préoccupations avant de procéder à l'application de son plan, ce que les infirmières ont indiqué. Ce que l'on retient, tout de même, c'est que les infirmières SIPPE sont particulièrement à l'écoute des besoins exprimés. Ceci peut faire en sorte que des familles qui expriment moins de besoins, d'urgences, de préoccupations, risquent de ne pas être priorisées ou d'être moins priorisées.

3. Les caractéristiques des épisodes de soins, les priorités d'intervention et le raisonnement clinique des infirmières.

À ce jour, les connaissances scientifiques rendent compte de la réalité complexe des jeunes parents. Plusieurs auteurs sont d'avis que plus les mères sont jeunes, plus elles seraient vulnérables et plus l'accompagnement par les infirmières devrait être soutenu auprès de celles-ci afin de les aider à pouvoir répondre à leurs multiples besoins et à gérer leur nouveau rôle de mère (Grady & Bloom, 2004; Langille, 2007; Leadbeater & Way, 2001; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Thato, Rachukul, & Sopajaree, 2007; Theroux, 2007). Cependant, dans cette étude, l'âge des mères ne semble pas être « associé » au type de priorité d'intervention, ni au raisonnement clinique de l'infirmière. Les résultats suggèrent plutôt que lorsqu'il s'agit d'un deuxième bébé et que les familles ont recours à des ressources communautaires ou professionnelles, les infirmières font l'application de la routine SIPPE. On présuppose ici une priorité accordée à l'action. Ensuite, lorsqu'il s'agit d'un premier bébé et n'a pas recours à d'autres ressources communautaires ou professionnelles, le processus de raisonnement clinique MRI+FP semble être un peu plus fréquent. Ce serait à partir de cet énoncé que les infirmières organisent le parcours de leur intervention, donc priorisent en quelque sorte leurs interventions. Ceci dit puisque peu de situations d'interventions portent sur les besoins sociaux, ce constat serait plus pertinent ou approprié à la situation de santé.

Ainsi, les caractéristiques des épisodes de soins pourraient influencer le raisonnement clinique et les actions posées par les infirmières. Et ce serait quand il y a indications que les parents sont moins expérimentés, ont moins recours à des ressources formelles ou qu'il y aurait plus d'indications de raisonnement clinique autre que narratif pour organiser la suite des interventions.

En effet, la littérature indique que les critères de vulnérabilité et les éléments influençant le raisonnement clinique de l'infirmière sont considérés dans l'élaboration et la priorisation des objets d'intervention par les professionnels de la santé, comme par exemple : 1. Peu de soutien

social; 2. Habiletés parentales déficientes; 3. Lien de confiance entre le professionnel/famille (Appleton & Cowley, 2008; Horrocks, Pollocks, Harvey, Emond, & Shepherd, 1998; Newland & Cowley, 2003; Williams, 1997). Notre autre observation à l'effet que l'infirmière perçoit moins de potentiel de vulnérabilité (deuxième bébé, autres ressources impliquées), et qu'il n'y a pas de préoccupations ou d'urgences formulées par les familles, les infirmières passent plus rapidement à l'action. Ça pourrait dans l'éventualité comporter des risques pour la famille s'il n'y avait pas lieu de détecter une situation à risque.

4. Le processus de raisonnement clinique diffère selon les caractéristiques des infirmières.

Nos résultats suggèrent que le recours à une forme de raisonnement clinique plus élaborée que la narration, soit la MRI+FP pour guider la suite de l'action, serait différencié non seulement en fonction des caractéristiques des épisodes de soins, mais aussi selon des caractéristiques des infirmières. En particulier, ce processus de raisonnement clinique serait davantage utilisé par l'infirmière ayant une formation plus récente et des attentes ciblées.

Selon Benner & Tanner (1987), les deux infirmières sont considérées expertes. Bien que nos critères de sélection devaient être minimalement de deux à trois ans de compétence. Cependant, nous n'avons pas repéré d'étude empirique portant sur la possible influence de l'expérience sur le processus de raisonnement clinique (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006). Ceci dit, le nombre d'années d'expérience ne serait pas le seul critère pour baser le degré de compétence d'une professionnelle. En regard à la littérature scientifique, certains auteurs soutiennent que les infirmières expertes ont tendance à avoir une vision plus ciblée que les infirmières novices en ce qui a trait à leur collecte de données (Hanneman, 1996; Nojima, et al., 2003). D'autres affirment plutôt que ces infirmières sont plus proactives et anticipatives, collectent une plus grande variété de données et les regroupent davantage que leurs consœurs novices (Greenwood & King, 1995; Hoffman, Aitken, & Duffield, 2009; Lamond & Farrell, 1998; Reischman & Yarandi, 2002; Thiele et al., 1991; White et al., 1992).

Par ailleurs, ces deux infirmières considérées expertes, selon Benner & Tanner (1987), ont toutes deux de l'expérience. À l'instar de l'absence d'études qui ont examiné la possible influence du nombre d'années d'expérience sur le raisonnement clinique des infirmières (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hick, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006), nos résultats pourraient suggérer que ce ne serait pas tant le nombre d'années d'expérience qui entre en jeu dans le recours à un raisonnement clinique plus avancé, mais le niveau de formation de l'infirmière, entre autres. À cet égard, on peut supposer que les programmes de formation plus récents invoquent une pratique comportant davantage de raisonnement et de mobilisation de divers savoirs, que d'application de procédures. Le fait que les participantes aient une formation de niveau collégial pourrait expliquer qu'elles aient davantage recours à des savoirs empiriques reliés à leurs observations, plutôt qu'à des savoirs scientifiques. Aussi, cette absence apparente de savoirs scientifiques pourrait expliquer le fait que des processus de raisonnement clinique hypothético-déductifs, plus efficaces selon plusieurs auteurs, n'aient pas été observés (Charlin, Tardif, & Boshuizen, 2000; Greenwood, 2000; Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007). L'on devrait s'attendre à ce que des infirmières bachelières aient davantage recours à des savoirs scientifiques et à des processus de raisonnement clinique hypothético-déductifs, ce que les auteurs ont démontré.

6.2 Réflexions sur l'application de la méthode *think aloud*

Cette étude offre l'opportunité de réfléchir sur l'utilisation de la méthode *think aloud* dans un contexte de recherche. D'une part, notre expérience peut contribuer à la réflexion quant à l'utilisation de cette méthode de manière rétrospective. D'autre part, nous offrons des consignes supplémentaires pour accompagner cette méthode.

Premièrement, la littérature suggérait qu'il était possible d'utiliser la méthode *think aloud* de manière rétrospective lorsque les situations cliniques ne permettent pas une collecte de données en temps réel (Aitken & Mardegan, 2000; Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993; Whyte IV, Cormier,

& Pickett-Hauber, 2010). On retrouve cette méthode pendant l'exploration du processus de raisonnement clinique lors de suivis de patients ayant eu une craniotomie, lors de l'évaluation de l'efficacité de triage au téléphone ou lors d'étude de scénarios en soins critiques (Corcoran et al., 1988; Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993; Fonteyn & Fisher, 1995). Afin d'avoir accès plus facilement à leur mémoire, et d'éviter la transformation de leur pensée qu'aurait amenée l'écriture ou un entretien, les infirmières de cette étude devaient donc penser à voix haute leur raisonnement clinique auprès des familles une à deux heures suivant leur intervention (Aitken & Mardegan, 2000; Fonteyn, Kuipers, & Grobe, 1993; Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010). Nous constatons que l'accès au raisonnement post-accomplissement de l'intervention a été réalisable. Par ailleurs, un entretien semi-dirigé tout de suite après le *think aloud* s'est avéré utile pour clarifier les propos. À ce moment, les infirmières faisaient davantage part de leur réflexions ou justifications au regard de l'intervention plutôt que de leur raisonnement clinique ou leurs actions.

Deuxièmement, malgré un exercice d'appropriation de la méthode avant la collecte de données, à l'aide de vignettes et sous observation de leur consœur, les infirmières de cette étude ont trouvé difficile de raconter leur pensée sans devoir expliquer le contexte d'épisodes de soins à l'étudiante-chercheur et mieux camper la situation clinique. À cet égard, les études recensées suggèrent que la méthode *think aloud* est plutôt utilisée lors de tâches cliniques plus simples, physiques ou relativement circonscrites, jamais dans un contexte d'épisodes de soins sociaux comme celui des SIPPE, ce qui peut en accroître la difficulté (Aitken & Mardegan, 2000; Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006; Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010). Aussi, la littérature indique que la méthode *think aloud* ne permet pas toujours d'accéder efficacement au raisonnement clinique en situations de soins complexes, comme dans notre étude, lorsqu'il s'agit d'interventions familiales SIPPE (Aitken & Mardegan, 2000; Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006).

Pour tenter de faciliter la tâche, dès le deuxième *think aloud*, quelques spécifications ont été apportées afin que les infirmières soient plus précises dans leurs propos et se concentrent sur leurs pensées plutôt que sur leurs actions. Voici ce que s'est avéré plus aidant :

1. Faire une lecture du *verbatim* de leur premier *think aloud* pour mieux comprendre la distinction entre la description de leur pensée et la présentation de l'action entreprise auprès des familles. Cette lecture leur a permis de réaliser que leurs propos étaient axés sur leurs interventions plutôt que sur le processus de raisonnement. Ceci a significativement amélioré les protocoles *think aloud* pour une des infirmières.

2. Rappeler aux infirmières plus fréquemment, à intervalles réguliers, de dire ce qu'elles ont pensé plutôt que comment elles ont agi. Dans ce cas, cette précision a amené l'infirmière à mobiliser davantage le raisonnement clinique narratif dans le but de nous mettre en contexte et de mieux camper l'épisode de soins. Pour l'aider davantage : Ceci n'a ainsi aucunement amélioré les protocoles *think aloud*.

3. Avant l'enregistrement du compte-rendu *think aloud*, faire ressortir, par l'infirmière, les différents thèmes abordés lors de l'épisode de soins pour que l'étudiante-chercheur puisse mieux cibler les propos sur la pensée de l'infirmière. Ceci a aidé l'infirmière à organiser ses propos selon une trajectoire temporelle, ce qui semble avoir facilité l'exercice pour elle.

Il n'en demeure pas moins que l'exercice de nous dire leur pensée plutôt que leurs interventions est demeuré difficile pour les infirmières, d'où, peut-être, la prépondérance de processus narratifs. Bien que ceci puisse être le reflet de la pensée des infirmières participantes, nous ne pouvons exclure que les *verbatim* obtenus rétrospectivement, comme dans cette étude, n'offrent pas une représentation aussi complète que les *verbatim* recueillis concurremment à l'intervention, tel que suggéré par Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber (2010).

6.3. Les forces et les limites de l'étude

Sans aucun doute, une limite de cette étude est la difficulté de l'exercice *think aloud* demandé aux infirmières. Il fut difficile pour les infirmières de nuancer et de discuter de leur raisonnement clinique et de leur pratique, car il y a rarement des moments propices à ces échanges dans leur expérience quotidienne. Il s'agit d'un défi qui peut avoir limité la profondeur ou l'étendue de nos résultats de recherche. Il pourrait aussi y avoir d'autres conditions d'influence qui n'ont pas été « captées » par cette étude.

De plus, le nombre limité d'infirmières et la collecte de données à travers sept épisodes de soins nécessitent l'interprétation des résultats de recherche avec prudence. Il aurait été souhaitable d'effectuer une collecte de données sur plus d'épisodes de soins (notamment des situations sociales aussi qui sont typiques du programme SIPPE) et un plus grand nombre d'infirmières ayant différents niveaux de formation incluant une formation universitaire. Ceci aurait permis d'augmenter la profondeur des analyses et les points de comparaison entre les différentes dimensions.

Ceci dit, cette étude a abordé un sujet peu documenté dans la littérature en science infirmières, soit le raisonnement clinique chez les infirmières œuvrant en contexte de vulnérabilité sociale et offre des éléments de réflexion pour la méthode *think aloud*. Nous sommes d'avis que le domaine particulier des SIPPE où œuvrent un nombre important d'infirmières, mériterait qu'on réfléchisse davantage sur le raisonnement clinique dans un tel contexte de soins.

Finalement, le respect de critères de qualité constitue une force de l'étude. Les éléments suivants assurent une certaine crédibilité aux résultats de cette étude :

1. Un compte-rendu du raisonnement des infirmières peu après leurs interventions (Whyte IV, Cormier, & Pickett-Hauber, 2010), suivi d'un entretien semi-dirigé pour clarifier et approfondir des éléments du compte-rendu du *think aloud*;

2. L'étudiante-chercheuse a effectué la collecte de données, la transcription et la vérification des transcriptions pour assurer la justesse des données soumises à l'analyse;
3. Une connaissance approfondie du programme SIPPE, ce qui permet de comprendre les données recueillies;
4. Une description détaillée du déroulement de la recherche via le journal de bord, ainsi qu'une collaboration étroite et des échanges constants avec ma directrice de recherche pour assurer un suivi rigoureux du processus de collecte de données et de son analyse;
5. Une préparation des infirmières avec des mises en situation pour l'apprentissage de la méthode *think aloud* (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006) et des ajustements à la méthode en cours de route pour les accompagner dans cet exercice difficile; et
6. Une collecte répétée de données auprès de chaque infirmière, ce qui a permis à chacune d'améliorer ses habiletés en ce qui a trait à la méthode *think aloud* (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks & Holm, 2003; Twycross & Powls, 2006);et

Enfin, les résultats pourraient être transférables à un contexte comportant les caractéristiques suivantes : 1. Infirmière travaillant dans les SIPPE en postnatal et desservant un territoire vaste principalement rural; 2. Infirmière ayant une formation collégiale; 3. Infirmière considérée au moins compétente. Toutefois, on doit considérer qu'il s'agit d'une première étude exploratoire dans un tel contexte de soins.

6.4. Recommandations

La portée des résultats de cette étude suggère deux recommandations principales. La première recommandation est axée sur la formation continue. Dans un contexte de productivité où l'atteinte de cibles et de résultats prime (par exemple : rencontrer le plus de familles possibles dans une

même journée, peu importe la nature du suivi), il semble que peu d'espace soit alloué à la réflexion et aux divers raisonnements que comporte la pratique infirmière. On dénote une quasi absence de supervision clinique, spécifiquement pour les infirmières SIPPE (Gendron, Pierre, Lamontagne, Vyncke, & Goulet, 2011). De plus, il y a peu de lieux pour permettre aux infirmières de réfléchir ensemble. L'utilisation du *think aloud* pourrait être une stratégie d'apprentissage pour le développement des habiletés du raisonnement clinique des infirmières en cours d'emploi (Banning, 2008b). En effet, des espaces de discussion entre collègues portant sur le raisonnement clinique pourraient faire utilisation du *think aloud*. En prenant des situations cliniques fréquemment rencontrées, sous forme de vignettes comme point de départ, les infirmières pourraient mettre en commun leurs protocoles verbaux *think aloud* pour comparer, compléter et réfléchir leurs processus de la pensée. Cela pourrait être l'occasion d'identifier les divers processus de raisonnement clinique utilisés et de mettre en valeur des raisonnements plus efficaces, tels le raisonnement hypothético-déductif ou des scripts afin d'élargir le répertoire des infirmières. À cet égard, il serait pertinent de s'intéresser aux mécanismes mis en place pour la formation des médecins. Enfin, ces propos pourraient aussi s'appliquer à la formation initiale des infirmières. Par exemple, dans les laboratoires cliniques, on pourrait explorer davantage les processus de raisonnement clinique qu'elles mettent en action.

La seconde recommandation est axée sur la recherche. Il pourrait être intéressant d'investiguer si la perspective qu'elles ont, systémiques ou non, mobilise un répertoire de processus de raisonnement différent. Il serait pertinent d'explorer le processus de raisonnement clinique auprès d'infirmières cliniciennes pour savoir si les processus de raisonnement clinique sont différents ou plus diversifiés et de mettre l'emphase sur des situations davantage axées sur des interventions sociales au lieu de situations d'interventions physiques afin de mieux documenter et accompagner la pratique des infirmières du programme SIPPE.

Conclusion

Dans le programme SIPPE, il faut reconnaître que les infirmières font face à des clientèles vulnérables vivant de multiples défis. Elles doivent alors user de leur raisonnement clinique pour accompagner ces familles à travers un suivi qui peut s'avérer complexe. Par exemple, les familles vivent des situations comportant des problématiques comportant à la fois des dimensions sociales et de santé; et elles s'inscrivent dans des trajectoires de vulnérabilité intergénérationnelle. Ainsi, compte tenu des ressources disponibles, les infirmières doivent prioriser leurs interventions pour pouvoir répondre aux besoins de ces familles, tout en tenant compte de contraintes organisationnelles et de la disponibilité des familles.

Nos résultats suggèrent qu'il serait peut-être plus aidant d'orienter l'intervention lorsque les familles expriment des besoins nécessitant des réponses ou solutions dans l'immédiat, surtout dans des situations où de jeunes enfants sont impliqués. Toutefois, cela pose la question du défi de l'intervention lorsque ces mêmes familles vulnérables n'expriment pas d'emblée un besoin, voire même lorsqu'elles ne reconnaissent pas, ou ne désirent pas, laisser transparaître leur vulnérabilité. Cette réalité reflète l'importance pour les infirmières de demeurer vigilantes et d'avoir recours à une diversité de modes de raisonnement centrés sur le point de vue du client pour s'assurer d'une pratique empreinte de qualité et de rigueur professionnelle. En effet, il serait défavorable que les familles exprimant le moins de besoins, d'urgences ou de préoccupations, se voient être moins priorisées.

Au terme de cette recherche, nous croyons qu'il demeure essentiel de développer le potentiel de raisonnement clinique des infirmières dans les milieux cliniques. À cet égard, la méthode *think aloud* serait une approche appropriée à considérer. Aussi, il importe de saisir des opportunités de formation continue qui vont au-delà du développement de savoirs axés sur des contenus, comme par exemple, le développement optimal du bébé, ou les signes de violence conjugale ou de dépression postpartum. Il s'agirait de se concentrer davantage sur des processus de raisonnement clinique, pour raffiner les capacités des infirmières et développer cette compétence centrale au

cœur de la pratique. Cette importante compétence permet d'évaluer, de relier et de guider nos interventions raisonnablement et professionnellement.

Références

- Aday, L.A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health, 15*, 487-509.
- Aday, L.A. (1997). Vulnerable populations: A community-oriented perspective. *Family and Community Health, 19*, 1-18.
- Aitken, L.M., & Mardegan, K.J. (2000). "Thinking Aloud": Data Collection in the Natural Setting. *Western Journal of Nursing Research, 22* (7), 841-853.
- Alvarez-Castillo, F., Cook Lucas, J., & Cordillera Castillo, R. (2009). Gender and Vulnerable Populations in Benefit Sharing: An Exploration of Conceptual and Contextual Points. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 18*, 130-137.
- Astrom, G., Norberg, A., Hallberg I.R., & Jansson, L. (1993). Experienced and skilled nurses' narratives and situations where caring action made a difference to the patient. *Scholarly inquiry for Nursing Practice, 7*, 183-193.
- Appleton, J.V. (1994). The concept of vulnerability in relation to child protection: health visitors' perceptions. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 1132-1140.
- Appleton, J.V., & Cowley, S. (2003). Valuing professional judgement in health visiting practice. *Community practitioner, 76* (6), 215-220.
- Appleton, J.V., & Cowley, S. (2008). Health visiting assessment processes under scrutiny: A case study of knowledge use during family health needs assessments. *Journal of Nursing Studies, 45*, 682-696.
- Balbus, J.M., & Malina, C. (2009). Identifying Vulnerable Subpopulations for Climate Change Health Effects in the United States. *Journal of Public Health Management and Practice, 51* (1), 33-37.
- Banning, M. (2008a). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. *Nurse Education in Practice, 8*, 177-183.
- Banning, M. (2008b). The think aloud approach as an educational tool to develop and assess clinical reasoning in undergraduate students. *Nurse Education Today, 28*, 8-14.
- Barratt, M.S., Roach, M.A., Morgan, K.M., & Colbert, K.K. (1996). Adjustment to motherhood by single adolescents. *Family Relations, 45* (2), 209-215.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing, 87*, 23-31.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking in action approach*. London: W.B. Saunders.
- Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1996). *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment, and ethics*. Broadway, NY: Springer publishing company.
- Bradley, T., Cupples, M.E., & Irvine, H. (2002). A case control study of a deprivation triangle, teenage motherhood, poor educational achievement and unemployment. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 14* (2), 117-123.

- Browne, A.J., Doane, G.H., Reimer, J., MacLeod, M. LP., & McLellan, E. (2010). Public health nursing practice with “high priority” families: the significance of contextualizing “risk”. *Nursing inquiry*, 17 (1), 27-38.
- Brunswick, E. (1943). Organismic achievement and environment probability. *Psychological Review*, 50, 255-272.
- Carr, S. M. (2004). A framework for understanding clinical reasoning in community nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 850-857.
- Châtel, V., & Soulet, M. H. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Charbonneau, J. (1998). La maternité chez les adolescentes : certaines s'en sortent bien. *Recherche sociale*, 5 (1), 3-5.
- Charlin, B., Tardif, J., & Boshuizen, H.P.A. (2000). Scripts and Medical Diagnostic Knowledge: Theory and Applications for Clinical Reasoning Instruction and Research. *Academy medicine*, 75, 182-190.
- Charlin, B., Boshuizen, H.P.A., Custers, E.J., & Feltovich, P.J. (2007). Scripts and clinical reasoning. *Medical Education*, 41, 1178–1184.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2008). Integrated theory and knowledge development in nursing (7^e éd.) St-Louis: Morby/Elseiver.
- Cioffi, J. (1998). Decision-making by emergency nurses in triage assessments. *Accident and Emergency Nursing*, 6, 184-191.
- Cohen-Mansfield, J., & Lipson, S. (2003). Medical Staff's Decision-Making Process in the Nursing Home. *Journals of Gerontology*, 58 (3), 271-278.
- Corcoran, S., & Moreland, H., (1988). Thinking aloud as a strategy to improve clinical decision making. *Heart Lung*, 17 (5), 463-468.
- Corcoran, S., Narayan, S., & Moreland, H. (1988). “Thinking aloud” as a strategy to improve clinical decision making: Heart and Lung. *Journal of Critical Care*, 17, 463–468.
- Cowley, S. (1991). *A grounded theory of situation and process in health visiting CNAA*. Unpublished PhD thesis, Brighton Polytechnic, Brighton.
- Cranley, L., Doran, D.M., Tourangeau, A.E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2009). Nurses' Uncertainty in Decision-Making: A Literature Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6 (1), 3-15.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2e ed.). Thousand Oaks: Sape Publications.
- Dallaire, C., &Blondeau, D. (2002). Le savoir infirmier : une problématique. Dans O. Goulet et C. Dallaire. (Ed.). *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Chenelière Éducation.

- Davison, G.C., Vogel, R.S., & Coffman, S.G. (1997). Think-Aloud Approaches to Cognitive Assessment and the Articulated Thoughts in Simulated Situations Paradigm. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65* (6), 950-958.
- Delor, F., & Hubert, M. (2000) Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medicine, 50*, 1557-1570.
- Dreyfus, H.L., Dreyfus, S.E., & Athanasiou, T. (1986). *Mind over machine, the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Ellermann, C.R., Kataoka-Yahiro, M.R., & Wong, L.C. (2006). Logic Models Used to Enhance Critical Thinking. *Journal of Nursing Education, 45* (6). 220-227.
- Ericsson, K., & Simon, H. (1993). *Protocol analysis: Verbal reports as data*. London: MIT Press
- Fonteyn, M.E. (1997). Thinking strategies for nursing practice. (1^{ère} éd.) Lippincott Williams & Wilking.
- Fonteyn, M.E., & Fisher, A. (1995). Use of think aloud method to study nurses' reasoning and decision making in clinical practice setting. *Journal of Neuroscience Nursing, 27* (2), 430-441.
- Fonteyn, M.E., Kuipers, B., & Grobe, S.J. (1993). A Description of Think Aloud Method and Protocol Analysis. *Qualitative Health Research, 3*, 430-441.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme*. Université de Montréal, Montréal.
- Gendron, S., & Moreau, J. (2010, juin). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents : analyse prénatale*. Communication présentée à la direction de l'évaluation du Ministère de santé et des services sociaux, Québec.
- Gendron, S., Pierre, M., Lamontagne, L., Vyncke, J., & Goulet, C. (2011). *Les modalités d'accompagnement privilégié auprès des jeunes parents des Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) en CLSC : quel rôle pour l'infirmière*. Communication par affiche présentée au Colloque Alice Girard en Mai 2011, Québec.
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F., & Lachance Fiola, J. (2012). *Évaluation du volet Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Portrait de l'intervention PSJP et analyse de l'accompagnement privilégié prénatale et postnatale 0-6 semaines*. Rapport présenté au Comité de suivi interministériel de l'Évaluation du PSJP. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Équipe d'Évaluation du *Programme de soutien aux jeunes parents*. (296 p.).
- Grady, A.M., & Bloom, C.K. (2004). Pregnancy Outcomes of Adolescents Enrolled in a Centering Pregnancy Program. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49* (5), 412-420.
- Greenwood, J., & King, M. (1995). Some surprising similarities in the clinical reasoning of "expert" and "novice" orthopedic nurses: report of a study using verbal protocols and protocol analyses. *Journal of Advanced Nursing, 22* (5), 907-913.

- Greenwood, J., Sullivan, J., Spence, K., & McDonald, M. (2000). Nursing scripts and the organisational influences on critical thinking: report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1106-1114.
- Greenwood, J. (2000). Critical thinking and nursing scripts: the case for the development of both. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 428-436.
- Grégoire, A., Michaud, C., & Gagnon, F. (2008). Besoin d'oxygène! Savoir intervenir efficacement quand vous visitez des domiciles ayant une qualité de l'air déficiente. *Perspective infirmière*, 3, 35-38.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Hanneman, S.K. (1996). Advancing nursing practice with a unit-based clinical expert. *Image The Journal of Nursing Scholarship*, 28 (4), 331-337.
- Higgs, J., Jones, M.A., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). Clinical reasoning in the health professions. (3^e éd.) St-Louis: Morby/Elsevier.
- Hoffman, K.A., Aitken, L.M., & Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1335-1344.
- Holmes, D., & Perron, A. (2006). Les groupes vulnérables : comprendre la vulnérabilité et agir. Dans G. Carroll (éd.), *Pratiques en santé communautaire*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Horrocks, S., Pollocks, J., Harvey, I., Emond, A., & Shepherd, M. (1998). Health visitor understanding and rating of 28 health and social factors used as part of a health visitor caseload weighting system. *Health and Social Care in the Community*, 6 (5), 343-352.
- Huba, G.J., Melchior, L.A., & Panter, A.T. (2001). Innovative models of HIV/AIDS care: A report by the Measurement Group. Récupéré le 29 août 2009 de <http://www.themeasurementgroup.com/knowbase/coopagree/summaryreport.htm>.
- Huberman, A.M. & Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes. (1^{ère} éd.) Belgique : Éditions du renouveau pédagogique.
- Huckabay, L.M. (2009). Clinical Reasoned Judgment and the Nursing Process. *Journal compilation*, 44 (2), 72-78.
- Kuipers, B., Moskowitz, A., Kassirer, J. (1988). Critical decisions under uncertainty: representation and structure. *Cognitive scientist*, 12, 177-210.
- Lamond, D., & Farrell, S. (1998). The treatment of pressure sores: a comparison of novice and expert nurses' knowledge, information and decision accuracy. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (2), 280-286.
- Langille, D.B. (2007). Teenage pregnancy : trends, contributing factors and the physician' s role. *Public health research*, 176 (11), 1601-1602.

- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Poupart, J. & al. (Ed.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Leadbeater, B.J., & Way, N. (2001). *Growing up Fast : Transitions to adulthood of Inner-City Adolescent Mothers*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lee, J.E., & Ryan-Wenger, N. (1997). The think aloud seminar for teaching clinical reasoning: a case study of a child with pharyngitis. *Journal of pediatric Health Care*, 11 (1), 101-110.
- Lefebvre, M., & Dupuis, A. (1993). *Le jugement Clinique en soins infirmiers*. Québec: Les Éditions du renouveau pédagogique.
- Lopez, R.P. (2009). Decision-making for acutely ill nursing home residents : nurses in the middle. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 1001-1009.
- Luker, K.A., & Kenrick, M. (1992). An exploratory study of the sources of influence on the clinical decisions of community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 457-466.
- Matteson, P., & Hawkins, J.W. (1990). Concept analysis of Decision Making. *Nursing Forum*, 25 (2), 4-10.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en situation de vulnérabilité. Cadre de référence. Québec: Gouvernement du Québec.
- Newland, R., & Cowley, S. (2003). Investigating how health visitors define vulnerability. *Community practitioner*, 76 (12), 464-467.
- Nojima, Y., Tomikawa, T., Makabe, S., & Synder, M. (2003). Defining characteristics of expertise in Japanese clinical nursing using the Delphi technique. *Nursing and Health Sciences* 5, 3-11.
- Offredy, M., & Meerabeau, E. (2005). The use of think aloud technique, information processing theory and schema theory to explain decision-making processes of general practitioners and nurse practitioners using patient scenarios. *Primary Health Care Research Development*, 6, 46-59.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (2^e éd.) Paris : Armand Colin.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2^e éd.) California: Sage publication.
- Paul, R., & Elder, L. (2005). *Critical thinking: Tools for taking charge of your professional and personal life*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Paul, R., & Elder, L. (2008). *Mini-guide pour la pensée critique : Concepts et instruments*. Récupéré le 14 mars 2010 de http://www.criticalthinking.org/files/SAM_FR_ConceptsLOCK.pdf.
- Poland, B.D. (2002). *Transcription quality: Handbook of interview research Context & Method*.

London: Sage publication.

- Randell, R., Mitchell, N., Thompson, C., McCaughan, D., & Dowding, D. (2009). Supporting nurse decision making in primary care: exploring use of and attitude to decision tools. *Health Informatics Journal*, *15* (1), 5-19.
- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Pediatric Health Care*, *21* (5), 289-298.
- Reischman, R.R., & Yarandi, H.N. (2002). Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilisation. *Journal of Advanced Nursing*, *39* (1), 24-34.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, *26*, 65-72.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier. (Ed.). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données*. (4^e éd.) Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Scheffer, B.K., & Rubenfeld, M.G. (2006). Critical Thinking: A Tool in Search of a Job. *Journal of Nursing Education*, *45* (6), 195-196.
- Schroeder, D., & Gefenas, E. (2009). Vulnerability: Too Vague and too Broad? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *18*, 113-121.
- Shi, L., Stevens, G. D., Lebrun, L.A., Faed, P., & Tsai J. (2008). Enhancing the Measurement of Health Disparities for Vulnerable Populations. *Journal Public Health Management Practice*, *14* (6), 45-52.
- Simmons, B., Lanuza, D., Fonteyn, M., Hicks, F., & Holm, K. (2003). Clinical Reasoning in Experienced Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, *25* (6), 701-719.
- Simmons, B. (2010). Concept analysis. Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, *66* (5), 1151-1158.
- SmithBattle, L., & Diekemper, M. (2001). Promoting Clinical Practice Knowledge in an Age of Taxonomies and Protocols. *Public Health Nursing*, *18* (6), 401-408.
- Tanner, C.A. (1983). Research on clinical judgment. *Review of research in nursing education*, 1-32.
- Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D.R. (1993). The Phenomenology of Knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, *25* (4), 273-362.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a Nurse: a Research-based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, *45* (6), 204-211.
- Tesch, R. (1991). *Qualitative research: analysis types and software tools*. (1^{ère} éd) Bristol : Falmer Press.
- Thato, S., Rachukul, S., & Sopajaree, C. (2007). Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, *44*, 1158-1164.

- Theroux, R. (2007). Listening to Women's Pregnancy and Postpartum Experiences. *Nursing for Women's Health, 11*(5), 503-505.
- Thiele, J.E., Holoway, J., Murphy, D., Pendarvis, J., & Stucky, M. (1991). Perceived and actual decision-making by novice baccalaureate students. *Western Journal of Nursing, Research, 13* (5), 616-626.
- Thompson, C., Bucknall, T., Estabrookes, C.A., Hutchinson, A., Fraser, K., DeVos, Rien., Binnecade, J., Barrat, G., & Saunders. (2007). Nurses' critical event risk assessments: a judgement analysis. *Journal of clinical Nursing, 18*, 601-612.
- Thorne, S.E., & Hayes, V.E. (1997). *Nursing Praxis: Knowledge and Action*. Thousand Oaks: Sage.
- Though, S.C., Johnston, D.W., Siever, J.E., Jorgenson, G., Slocombe, L., & al. (2006). Does supplementary prenatal nursing and home visitation support improve resource use in a universal health care system? A Randomized controlled trial in Canada. *Journal compilation, 33* (3), 183-194.
- Twycross, A., & Powls, L. (2006). How do children's nurses make clinical decisions? Two preliminary studies. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 1324-1335.
- Walsh, C.M., & Seldomridge, L.A. (2006). Critical thinking: Back to Square Two. *Journal of Nursing Education, 45* (6), 212-219.
- Waterhouse, I. (1981). A bar on abuse Health and Social Services. *Journal XCI*, 1302-1303.
- Westfall, U.E., Tanner, C.A., Putzier, D., & Padrick, K. P. (1986). Activating Clinical Inferences: A Component of Diagnostic Reasoning in Nursing. *Research in Nursing & Health, 9*, 269-277.
- White, J.E., Nativio, D.G., Kobert, S.N., & Engberg, S.J. (1992). Content and process in clinical decision-making by nurse practitioners. *Image Journal of Nursing Scholarship, 24* (2), 153-157.
- Whyte IV, J., Cormier, E., & Pickett-Hauber, R. (2010). Cognitions associated with nurse performance: A comparison of concurrent and retrospective verbal reports of nurse performance in a simulated task environment. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 446-451.
- Williams, D.M. (1997). Vulnerable families: a study of health visitors' prioritization of their work. *Journal of Nursing Management, 5*, 19-24.

Appendices

Appendice A

Mises en situation SIPPE

Première mise en situation SIPPE

Vous êtes infirmière pour le programme SIPPE depuis deux ans. Vous suivez dix familles depuis au moins six mois. L'une d'entre-elles vit dans un HLM, sous le seuil de la pauvreté et la jeune mère a 16 ans. Elle ne vit plus avec le père de son bébé qui a maintenant six semaines. Vous vous rendez à domicile pour une visite de routine. Lorsque vous vous présentez à elle, cette dernière est en pleurs et est inconsolable. Elle vous mentionne qu'elle n'est plus capable de l'allaiter, que le bébé ne fait pas encore ses nuits, qu'elle n'a plus d'argent pour acheter des couches à son bébé et qu'elle se sent très fatiguée. Ses seules ressources disponibles sont sa mère qui ne cesse de lui dire quoi et comment faire pour son bébé, ainsi que ses amis qui ne l'appellent presque plus depuis l'arrivée de bébé. Elle est dépassée par la situation et le bébé pleure sans arrêt depuis que vous êtes arrivée. Elle ne semble pas savoir comment le consoler.

Dites tout haut ce que vous pensez au moment de votre intervention auprès de cette jeune mère et de son bébé.

Deuxième mise en situation SIPPE

Vous êtes infirmière pour le programme SIPPE depuis quatre ans. Vous accompagnez 15 familles depuis au moins six mois. Vous visitez une nouvelle famille ayant un bébé de quatre semaines, nouvellement déménagée au Québec depuis huit mois. Dans cet appartement de cinq pièces vivent la grand-mère, l'oncle du bébé, le père et cinq enfants de moins de dix ans. Vous suivez cette famille mexicaine depuis le 4^e mois de grossesse de la mère. La barrière de la langue est difficile, mais vous demandez souvent l'aide d'un interprète lorsqu'il est disponible, ressource offerte au CLSC/CSSS. Lorsque vous vous présentez chez cette famille, vous vous apercevez de l'état de plus en plus insalubre de l'appartement. Ce qui vous inquiète présentement est que le bébé est par terre au milieu des excréments du chien et personne ne semble s'en préoccuper. De plus, la maman vous dit que depuis deux jours, elle a commencé les céréales pour bébé, disant que celui-ci demande toujours la bouteille. Ses ressources sont son oncle et la grand-mère qui disent participer aux travaux de la maison. En questionnant davantage la famille, vous constatez que la mère n'a plus d'argent pour faire l'épicerie de cette semaine.

Dites tout haut ce que vous pensez au moment de votre intervention auprès de cette famille.

Appendice B

Questionnaire sociodémographique

Profil des participantes

1. Depuis combien d'années travaillez-vous?

- a) En tant qu'infirmière : ___ ans OU ___ mois
- b) Dans un CLSC : ___ ans OU ___ mois
- c) Au sein de ce CSSS/CLSC : ___ ans OU ___ mois
- d) Dans les SIPPE : ___ ans OU ___ mois

2. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu?

- | | | | |
|---|---------|----------|---------|
| Diplôme d'études collégiales | ___ (1) | Maîtrise | ___ (5) |
| Certificat universitaire (1 ^{er} cycle) | ___ (2) | Doctorat | ___ (6) |
| Baccalauréat | ___ (3) | Autre : | ___ (7) |
| Diplôme d'études supérieures (2 ^e cycle) ___ (4) | | | |

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? :

Moins de 20 ans ___ 20-29 ans ___ 30-39ans ___ 40-49 ans ___ 50-59 ans ___ 60 et + ___

4. Quel est votre genre? :

Femme ___ Homme ___

5. Statut d'emploi :

Temps partiel ___ Temps plein ___

6. Combien de familles suivez-vous présentement dans le cadre des SIPPE?

___ familles

Appendice C

Guide d'entretien

Maintenant, je vais vous poser des questions pour compléter ce que vous venez de me raconter de votre intervention auprès de cette famille, il y a environ une heure.

1) Clarification

- Pour m'aider à mieux comprendre, pourriez-vous clarifier ce que XXXX veut dire, s'il-vous plaît?

2) Contexte de soins : la famille

Pour nous mettre un peu plus en contexte, parlez-moi de cette famille :

- Depuis combien de temps connaissez-vous cette famille?
- Comment se déroule votre accompagnement avec cette famille?
- Comment se déroule votre relation avec cette famille?
- Quelles sont vos attentes pour cette famille?
- Dans votre intervention auprès de cette famille, avec quels autres intervenants ou ressources collaborez-vous et comment?

3) Contexte de soins : CSSS/CLSC

- De quelle façon la prise en charge/ le suivi SIPPE fonctionne-t-il dans votre équipe? (Poser cette question une seule fois par participante. Si besoin de clarification, reposer la question lors d'un deuxième entretien)

4) Épisode de soins :

- J'aimerais que vous me disiez en vos mots, ce que vous avez priorisé durant cette intervention et pourquoi?

N.B. : À chaque rencontre, lorsque cela est nécessaire, on reviendra sur le dernier entretien pour peaufiner la réflexion.

Appendice D

Formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche

Participants aux entretiens

TITRE DE L'ÉTUDE

L'exercice du raisonnement clinique infirmier pour prioriser des interventions auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité.

ÉTUDIANTE RESPONSABLE DE L'ÉTUDE

Véronique Sauvé, Candidate à la Maîtrise à l'Université de Montréal,

DIRECTRICE

Sylvie Gendron, Ph.D., Professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

INTRODUCTION

Au Québec, les infirmières qui interviennent dans les services de première ligne en Centre de santé et de services sociaux, Centre local de services communautaires (CSSS/CLSC) agissent auprès de plusieurs populations considérées vulnérables. Dans les programmes offerts en CSSS/CLSC, les infirmières œuvrant dans les services de première ligne doivent user de leur raisonnement clinique pour reconnaître les conditions de vulnérabilité et prioriser les situations nécessitant un suivi et un accompagnement, ceci dans l'optique d'éviter d'éventuelles complications et de favoriser la santé des personnes et des familles (Appleton, 1994). Les *Services intégrés en périnatalité et en petite enfance* (SIPPE) constituent un programme qui offre des services à un nombre croissant de familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2004).

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude qualitative est d'explorer le raisonnement clinique des infirmières de première ligne en CSSS/CLSC pour prioriser lorsqu'elles interviennent auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité dans les SIPPE.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Nous sollicitons votre participation pour effectuer cette étude. Plus précisément, nous souhaitons échanger avec vous dans le cadre d'un enregistrement sur bande audio d'une famille choisie suivi d'un entretien semi-dirigé. Cet engagement implique :

- Rencontre individuelle, où il sera question d'expliquer la nature de l'étude et son implication possible en vue d'assurer un consentement libre et éclairé.
- Séance de préparation à la méthode *think aloud* et une copie du formulaire de consentement sera remise à la personne pour consultation.
- Un compte-rendu, enregistré sur support audio par chaque infirmière, selon la méthode «think aloud»
- Un entretien semi-dirigé avec chaque infirmière suite à l'analyse de son compte-rendu enregistré sur bande audio pour poursuivre l'exploration de son raisonnement clinique
- Un court questionnaire sociodémographique sera distribué pour avoir un profil des infirmières

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Vous avez été sélectionné pour participer dans ce projet par votre chef de programme du CLSC, parce que vous êtes parmi les personnes qui travaillent activement auprès des familles du programme SIPPE. C'est votre chef de programme qui, avec votre permission, a donné vos coordonnées afin de nous permettre de vous contacter.

Les personnes interpellées sont toutes des infirmières. Nous faisons appel à des infirmières du programme SIPPE et au chef de programme du CLSC. Les participantes seront libérées et qu'ainsi, leur participation au projet se passe sur les heures de travail. L'endroit de la participation s'effectuera au CLSC. La durée de leur participation sera échelonnée sur 4 semaines pour pouvoir effectuer la séance de préparation et procéder à la collecte de deux ou trois épisodes d'intervention.

BÉNÉFICES POTENTIELS DE LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Votre participation à cette étude contribuera à l'avancement des connaissances dans l'explicitation de leur raisonnement clinique et l'amélioration continue de leur pratique. En effet, il n'existe pas de recherche sur le raisonnement clinique des infirmières de première ligne qui interviennent auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité au Québec. En soi, il s'agit d'un projet original. La littérature rend plutôt compte du raisonnement clinique de médecins ou d'infirmières dans d'autres contextes de soins, dans d'autres pays. De plus, cette recherche s'avère particulièrement pertinente pour vous les infirmières, car vous êtes les principales professionnelles œuvrant en première ligne. Votre collaboration aidera à éclaircir ce sujet. Votre participation sera aussi une occasion de contribuer à la réflexion sur votre pratique au CLSC, dans le cadre du programme SIPPE.

RISQUES ET INCONFORTS

Cette étude ne représente aucun risque ou inconfort pour vous si ce n'est que du temps requis pour l'enregistrement d'une situation sur bande audio et de l'entretien subséquent. Vous pourrez également contacter l'étudiante responsable de l'étude suite à la rencontre si vous avez des questions ou des commentaires à formuler. Vous pourriez ressentir un certain malaise lors des enregistrements.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner des raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante responsable de l'étude. Votre participation, votre retrait ou votre refus de participer à cette étude n'aura aucune conséquence sur vos relations de travail ou avec votre supérieur, ainsi que sur votre rendement.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Toutes les informations recueillies demeureront strictement confidentielles puisque des codes seront utilisés pour vous identifier lors de la collecte des données, l'analyse et la rédaction des résultats. Une fiche d'identité sur laquelle figure votre code d'identification et votre nom, adresse, et numéro de téléphone ainsi le formulaire de consentement signé seront gardés dans un classeur sous clef, séparément des documents de la recherche, afin que votre identité soit gardée confidentielle. La fiche d'identité est importante afin que l'étudiante responsable de l'étude soit en mesure de vous rejoindre pour confirmer la rencontre ou pour obtenir des clarifications après l'entrevue si nécessaire. Les transcriptions des entretiens ainsi que les bandes audio seront gardés

dans le bureau au bureau de Sylvie Gendron du pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal où seule l'étudiante responsable de l'étude et sa directrice auront accès.

La participation dans l'étude restera confidentielle, autre en ce qui concerne ma directrice de recherche et la chef de programme. Malgré que la chef de programme soit la personne qui recommande votre participation dans cette recherche, il ne sera pas question de lui révéler vos propos en dévoilant votre identité. De plus, lors de la séance de préparation à la méthode, il sera demandé de respecter la confidentialité des propos, mais que je ne peux garantir une confidentialité complète.

La fiche d'identité sera détruite tout de suite après la rédaction de la recherche c'est-à-dire au plus tard mai 2012. Les bandes audio ainsi que les documents recueillis (formulaire de consentement, transcription des entretiens, questionnaires sociodémographiques, journal de bord) seront détruits deux ans après la production du rapport de recherche soit en mai 2013.

Les résultats de cette étude seront présentés dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et pourront être publiés dans une revue scientifique mais votre identité ne sera jamais dévoilée. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, les données pourront être consultées par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CSSS/CLSC près de Montréal, adhérant à une politique de stricte confidentialité.

ÉVALUATION ÉTHIQUE

Le présent projet a été soumis pour l'évaluation au Comité éthique du CSSS/CLSC près de Montréal.

PERSONNES À CONTACTER

Pour tout besoin additionnel d'information, vous pouvez vous adresse à :

L'étudiante responsable de l'étude : Véronique Sauvé

- Par courriel : Consulter le répertoire de la Faculté des sciences infirmières

Et Sylvie Gendron

- Par téléphone : (514)- 343-6111
- Par courriel : Consulter le répertoire de la Faculté des sciences infirmières

Vous pouvez signaler toute plainte à la directrice de recherche

INDEMNISATION

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Formulaire de consentement

L'exercice du raisonnement clinique infirmier pour prioriser des interventions auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Étudiante responsable de l'étude : Véronique Sauvé

-Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.-Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans explication. Vous êtes également libre de modifier, rétracter ou ajouter des propos.

-Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

La nature de l'étude, le déroulement de l'étude, les risques et bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je soussigné (e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je soussigné (e), accepte que les entretiens soient enregistrés sur support audio.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement.

NOM DU PARTICIPANT

SIGNATURE

DATE

Je, soussignée,

NOM DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

certifie avoir expliqué à la personne identifiée ci-dessus les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard : lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus sans aucun préjudice.

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Fait à _____, le _____.

L'original du formulaire sera conservé au bureau de Sylvie Gendron du pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal. Une copie signée sera remise au participant. Le projet de recherche et le présent formulaire de recherche ont été approuvés par le CERFM, le _____. No de référence : _____

Appendice E
Liste de codification

17 stratégies, processus de raisonnement clinique

1. Reconnaître un pattern : Identifier des informations qui sont liées entre-elles.
 2. Ordonner les concepts par priorité : Ordonner des concepts en termes d'importance ou d'urgence.
 3. Chercher des informations manquantes : Chercher des infos, des données manquantes sur la situation actuelle et passée.
 4. Faire des hypothèses : Énoncer des explications possibles, potentielles pour expliquer des phénomènes ou la problématique du c/f.
 5. Prédire : Faire des prédictions pour pouvoir anticiper les interventions ou soins thérapeutiques que le c/f recevra.
 6. Relier des informations : relier des informations afin d'en formuler une conclusion.
 7. Énoncer une proposition : Énoncer une proposition afin de guider des décisions entreprises dans le suivi.
 8. Énoncer une règle de pratique : Énoncer une évidence basée sur la pratique.
 9. Faire des choix : Choisir parmi toutes les possibilités pour le c/f.
 10. Juger de la valeur : Juger de la valeur en termes d'utilité, de sens, d'importance pour interpréter la signification des conclusions d'évaluation.
 11. Conclure : Proposer ou décider de la situation : Fournir des explications : Justifier ses actions.
 12. Fournir des explications
- Autres stratégies de pensée :
13. Faire une pause réflexion;
 14. Qualifier, nuancer;
 15. Poser une question;
 16. Supposer;
 17. Généraliser, inférer.

❖ Les processus de raisonnement clinique

- ❖ **Narratif** : processus qui comporte un récit détaillé de l'expérience de santé et de maladies des personnes, et permettant une meilleure compréhension de l'être humain et l'élaboration de nouvelles connaissances (Astrom, Norberg, Halberg, & Jansson, 2003; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Tanner, 2006)
- ❖ **Centré sur un problème** : Identification d'un problème, ses conditions associées, ainsi que sur les solutions pouvant être utilisées pour le résoudre (Banning, 2008a).
- ❖ **Théorique ou hypothético-déductif** : consiste en une approche qui passe par la formulation d'hypothèses et l'élimination d'hypothèses rivales pour en arriver à une décision (Banning, 2008a).
- ❖ **Pratique** : se déroule à travers l'action comme, par exemple, durant la planification ou la prestation des soins (Banning, 2008a).
- ❖ **Inductif** : consiste en un processus qui va du spécifique au général (Banning, 2008a).
- ❖ **Dialectique** : identifie et explore des facteurs en opposition afin de parvenir à résoudre des situations problématiques (Banning, 2008a).
- ❖ **Par problème** : Chercher une ou des solutions à partir de l'identification des besoins et problèmes du client (Banning, 2008a).
- ❖ **Pratique** : Planifie et réalise ses soins auprès d'une famille, dans l'action (Banning, 2008a).
- ❖ **Scripts** : Rendre compte de l'organisation des savoirs des experts lors de routines de soins ou lors de la formulation de diagnostics (Charlin, Boshuizen, Custers, & Feltovich, 2007).
- ❖ **Diagnostic** : Utiliser les informations pour formuler des hypothèses, les évaluer, les éliminer jusqu'au diagnostic final. qui comporte un (Westfall, Tanner, Putzier, & Padrick, 1986).

Les types de savoirs

- ❖ **Empirique** : se fonde sur la notion traditionnelle de la science selon laquelle la réalité est un phénomène objectif, accessible par les sens.
- ❖ **Connaissance de la situation clinique de la famille** : Connaissances réfèrent aux données recueillies au sujet de la situation clinique antérieure ou actuelle vécue par les personnes ou la famille
- ❖ **Connaissance du contexte de soins** : Savoirs qui ont trait à la connaissance du programme SIPPE; de l'organisation du système de santé et de services sociaux; et de ressources, qu'elles soient professionnelles ou économiques, auxquelles les familles peuvent avoir accès via le réseau de services.
- ❖ **Esthétique ou l'art** : renvoie autant à une œuvre de grande beauté qu'aux habiletés à produire une telle œuvre.
- ❖ **Personnel** : représente un savoir essentiel à la compréhension de la santé et du bien-être d'une personne et au succès de plusieurs interventions infirmières.
- ❖ **Éthique** : comprend l'étude de l'être humain et de la vie humaine de même que l'acquisition de diverses théories permettant de mieux cibler la poursuite du bien et de la meilleure action à accomplir.

Dallaire & Blondeau, 2002

Appendice F

Extrait Journal de bord-notes de réflexion

Extrait du 7 décembre 2010 :

La veille de mon second entretien avec la seconde infirmière, j'ai eu une discussion enrichissante avec ma directrice de maîtrise, Sylvie Gendron. Cette discussion m'a fait réfléchir sur l'importance de leur dire, à nouveau, lors de leur enregistrement de think aloud: qu'avez-vous pensé au moment de votre rencontre auprès des familles.

De plus, je me suis rendue compte que dans les entretiens semi-dirigés, il est très important d'attendre avant de leur poser des questions. Et ce, même si elles ne parlent pas pendant un long moment afin de leur permettre de nous dire réellement le fond de leur pensée (raisonnement clinique).

Également, j'ai réalisé que lors de mon second entretien avec la seconde infirmière que moi et cette infirmière, avons réalisé que l'exercice préparatoire avec les vignettes contextuelles, leur permettait un peu plus d'émettre leur pensée, et non juste l'intervention. En effet, lorsque l'infirmière ne nous a pas mis en contexte, elle se sent obligé de nous mettre en contexte et de nous raconter une histoire au lieu de m'indiquer ce qu'elles ont plutôt pensé (raisonnement clinique).