

Université de Montréal

Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive
avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées

par

Véronique Dubé

Faculté des sciences infirmières

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

Mars 2012

© Véronique Dubé, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive
avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées

présentée par :

Véronique Dubé

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Cossette
Présidente-rapporteuse

Francine Ducharme
Directrice de recherche

Johanne Goudreau
Membre du jury

Cécile Michaud
Examinatrice externe

Sylvie Cossette
Représentante du doyen de la FESP

Résumé

Cette recherche visait à développer, mettre à l'essai et évaluer les effets d'une intervention de pratique réflexive (IPR) avec des infirmières œuvrant auprès d'aînés hospitalisés. Fondée sur la théorie du *Human Caring* de Watson (1979) et sur le modèle de réflexion structurée de Johns (2006), l'étude a été réalisée au moyen d'un devis mixte. Le développement et la mise à l'essai de l'IPR ont été réalisés au moyen d'une approche qualitative de type recherche-action. L'évaluation de l'intervention a été effectuée à l'aide d'une approche qualitative et d'une approche quantitative de type quasi-expérimental avec groupe de comparaison (GC). Au terme de l'IPR, les infirmières étaient invitées à décrire les retombées perçues de cette intervention, soit les habiletés et les savoirs infirmiers développés suite à une pratique réflexive (PR), ainsi que leur perception de la PR comme moyen d'amélioration de leur pratique professionnelle. De plus, comparativement à un GC, trois hypothèses étaient formulées : les infirmières du groupe expérimental (GE) ayant bénéficié d'une IPR amélioreraient significativement leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des aînés; identifieraient davantage d'interventions infirmières adaptées à la clientèle âgée hospitalisée, et obtiendraient un niveau de réflexion supérieur.

L'étude a été effectuée auprès de 43 infirmières (GE = 22; GC = 21) travaillant dans un centre hospitalier universitaire. L'IPR s'est déroulée sur une période de 22 semaines. Elle comprenait huit ateliers thématiques d'une durée de 75 minutes chacun, dispensés aux trois semaines, combinés à des lectures et à des exercices individuels. L'IPR portait sur trois thèmes centraux du séjour hospitalier des aînés : la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Des données qualitatives et quantitatives ont été colligées par le biais de questionnaires ouverts (vignettes, écrit réflexif) et standardisés (*Kogan's Attitudes Toward Old People Scale*, *Palmore's Facts on Aging Quiz*) pré et post-intervention pour les deux groupes. Les infirmières du GE ont également complété un questionnaire sur l'expérience de la PR et certaines d'entre elles ont participé à des

groupes de discussion focalisée. Une analyse de contenu thématique, selon l'approche de Miles et Huberman (2003), a été réalisée sur les données qualitatives, alors que des tests de classement de Wilcoxon ont été effectués sur les données quantitatives.

Les résultats soulignent que les infirmières ont développé différentes habiletés nécessaires à une PR telles que l'introspection, l'ouverture aux autres et l'analyse critique. Les participantes reconnaissent que l'IPR leur a notamment permis de développer des savoirs empirique, éthique, esthétique, personnel et émancipatoire. De plus, elles perçoivent que l'IPR est un moyen d'amélioration de la pratique professionnelle puisqu'elle peut, entre autres, contrer la routinisation des soins. Par ailleurs, comparativement au GC, les infirmières du GE ont amélioré significativement leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des aînés. Cependant, aucune différence significative entre le GE et le GC n'a été révélée suite à l'IPR quant au nombre d'interventions adaptées aux situations vécues par les aînés hospitalisés et au niveau de réflexion atteint. Les hypothèses de recherche ont ainsi été partiellement soutenues.

Cette étude démontre le potentiel d'une IPR comme approche de développement professionnel novateur qui valorise l'expérience des infirmières, tout en leur permettant de modifier positivement leurs attitudes à l'égard des aînés et d'ajuster leurs connaissances aux besoins de cette clientèle hautement fragile et vulnérable.

Mots-clés : pratique réflexive, développement professionnel, soins infirmiers gériatriques, personnes âgées hospitalisées, intervention éducative, devis mixte, recherche-action, devis quasi-expérimental.

Abstract

The purpose of this research was to develop, field-test and evaluate the effects of a reflective practice intervention (RPI) with nurses who care for hospitalized elders. Based on the theory of Human Caring put forth by Watson (1979) and on the Model for Structured Reflection developed by Johns (2006), the study used a mixed design. A qualitative action-research approach was used for the development and testing of the RPI. The evaluation of the intervention used a qualitative approach and a quantitative quasi-experimental approach with a comparison group (CG). Upon completion of the RPI, the nurses were invited to identify the benefits of the intervention on their skills and nursing knowledge and on their perception of the RP as a way of improving their professional practice. Three hypotheses were advanced: following this RPI and compared with the CG, nurses in the experimental group (EG) would improve their attitudes and knowledge regarding elders, identify a larger number of nursing interventions adapted to the hospitalized elder clientele, and achieve a higher level of reflection.

The study was carried out with 43 university-hospital nurses (EG = 22; CG = 21). The RPI spanned a 22-week period. It included eight thematic workshops each 75 minutes long, delivered at three-week intervals, combined with reading assignments and individual exercises. The RPI focused on three themes central to elder hospitalization: medication, mobilization, and discharge planning.

Qualitative and quantitative data were collected through questionnaires, both open-ended (vignettes, reflective essays) and standardized (*Kogan's Attitudes Toward Old People Scale*, *Palmore's Facts on Aging Quiz*), completed pre- and post-intervention by both groups. Nurses from the EG also completed a questionnaire on the RP experience and some took part in focus groups. A thematic content analysis was carried out on the qualitative data using the approach proposed by Miles and Huberman (2003), and Wilcoxon rank tests were run on the quantitative data.

Results show that the nurses developed different skills and abilities required for a RP, including introspection, openness to others, and critical analysis. The participants recognized that the RPI allowed them, among other things, to develop empiric, ethical, esthetic, personal and emancipatory knowledge. Moreover, they saw the RPI as a means of improving professional practice, particularly thanks to its potential for countering the routinization of care. Furthermore, compared with their CG counterparts, the EG nurses significantly improved their attitudes and knowledge regarding elders. However, no significant inter-group differences emerged following the RPI in terms of either the number of interventions adapted to situations experienced by hospitalized elders or the level of reflection achieved. Research hypotheses were partly supported.

This study demonstrates the potential of a RPI as an innovative professional development approach that valorizes the experience of nurses while allowing them to change their attitudes towards elders in a positive fashion and to adjust their knowledge according to the needs of this frail and vulnerable clientele. Possible avenues of pursuit are proposed for clinical practice, training, management and research.

Key words: reflective practice, professional development, gerontologic nursing, hospitalized elderly, educative intervention, mixed design, action research, quasi-experimental design.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	xiii
Liste des figures	xiv
Dédicace	xv
Remerciements	xvi
Chapitre 1 : Problématique	1
Chapitre 2 : Recension des écrits et cadre de référence	11
Réflexion et pratique réflexive : l'origine et l'évolution des concepts	12
Pratique réflexive et sciences infirmières	16
Préalables et limites de la pratique réflexive	17
Études empiriques sur la pratique réflexive	19
La pratique réflexive dans un contexte académique.....	20
La réflexion par l'écriture	20
La réflexion au moyen de méthodes verbales	26
La réflexion par la combinaison de méthodes écrites et verbales	27
La pratique réflexive dans un contexte clinique	29
Mieux comprendre l'utilisation de la réflexion et le développement d'une pratique réflexive chez des infirmières	30
Perception des changements suite à l'utilisation de la pratique réflexive par des infirmières	32
Évaluer une pratique réflexive auprès d'infirmières	33

Cadre de référence	36
La théorie du <i>Human Caring</i> de Watson (1979)	36
Le modèle de réflexion structurée de Johns (2006)	38
Chapitre 3 : Méthode	43
Devis	44
Phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive	44
Phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive	46
Évaluation qualitative	46
Évaluation quantitative	47
Milieu, recrutement et échantillon	48
Intervention de pratique réflexive	52
Description de l'intervention	52
Modalités de l'intervention de pratique réflexive	53
Contenu de l'intervention de pratique réflexive	54
Déroulement de l'intervention de pratique réflexive	61
Outils de collecte de données	67
Questionnaire de données sociodémographiques	67
Phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive	67
Journal de bord de l'investigatrice	67
Journal réflexif de l'infirmière	68
Phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive	69
Évaluation qualitative	69

Questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières	69
Groupes de discussion focalisée (<i>focus group</i>)	70
Évaluation quantitative	72
Version traduite du <i>Kogan's Attitudes Toward Old People Scale</i>	72
Version traduite du <i>Palmore's Facts on Aging Quiz</i>	73
Vignettes	74
Écrit réflexif	75
Analyses des données	77
Analyse des données sociodémographiques	77
Phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive	78
Journal de bord de l'investigatrice	78
Journal réflexif de l'infirmière	78
Phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive	79
Évaluation qualitative	79
Questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières	79
Groupes de discussion focalisée (<i>focus group</i>)	80
Évaluation quantitative	80
Versions traduites du <i>Kogan's Attitudes Toward Old People Scale</i> et du <i>Palmore's Facts on Aging Quiz</i>	80
Vignettes	81
Écrit réflexif	81
Considérations éthiques	85
Chapitre 4 : Résultats	87
Description des caractéristiques sociodémographiques des participantes	88

Contexte de l'étude	93
Déroulement de l'intervention de pratique réflexive au moyen de la recherche-action	93
Perception des infirmières de leur expérience de pratique réflexive	95
Aspects appréciés et moins appréciés de l'intervention de pratique réflexive	96
Maintenir la tenue d'ateliers de pratique réflexive?	99
Résultats issus de l'analyse qualitative des données	100
Habilités nécessaires à la pratique réflexive	100
Savoirs infirmiers	103
Pratique réflexive comme moyen d'amélioration de la pratique professionnelle	108
Résultats issus des analyses statistiques des données	110
Effets de l'intervention de pratique réflexive sur les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées	111
Effets de l'intervention de pratique réflexive sur le nombre d'interventions infirmières adaptées aux besoins des personnes âgées hospitalisées en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé	116
Effets de l'intervention de pratique réflexive sur le niveau de réflexion des infirmières	122
Chapitre 5 : Discussion	127
Caractéristiques de l'échantillon	128
Développement et mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive	131
Recherche-action, structure de l'intervention et contexte de l'étude	131
Perception des infirmières de leur expérience de pratique réflexive	133

Évaluation de l'intervention de pratique réflexive	136
Résultats de l'évaluation qualitative	137
Habilités nécessaires à la pratique réflexive.....	137
Savoirs infirmiers	138
Pratique réflexive comme moyen d'amélioration de la pratique professionnelle	141
Résultats de l'évaluation quantitative	143
Attitudes	143
Connaissances	145
Interventions infirmières	145
Niveau de réflexion	148
Considérations théoriques de l'étude.....	150
Considérations méthodologiques et limites de l'étude	152
Implications de l'étude	156
Implications pour la recherche	156
Implications pour la pratique professionnelle	159
Implications pour la formation	160
Implications pour la gestion des soins	161
Références	165
Appendice A : Synthèse des recherches sur la pratique réflexive effectuées dans les milieux académiques auprès d'étudiantes infirmières ou d'infirmières étudiantes	185
Appendice B : Synthèse des recherches sur la pratique réflexive effectuées dans les milieux cliniques auprès d'infirmières diplômées...	199
Appendice C : Principes andragogiques ayant guidé la structure de l'intervention de pratique réflexive	209

Appendice D :	Questionnaire de données sociodémographiques	213
Appendice E :	Journal de bord de l'investigatrice	217
Appendice F :	Journal réflexif de l'infirmière	223
Appendice G :	Questionnaire sur l'expérience de pratique réflexive des infirmières	227
Appendice H :	Guide d'entrevue pour les groupes de discussion focalisée (<i>focus groups</i>)	235
Appendice I :	Traduction du <i>Kogan's Attitudes Toward Old People Scale</i>	241
Appendice J :	Traduction du <i>Palmore's Facts on Aging Quiz</i>	249
Appendice K :	Vignettes et système de codification	253
Appendice L :	Écrit réflexif	279
Appendice M :	Système de codification de l'écrit réflexif.....	285
Appendice N :	Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières du groupe expérimental	289
Appendice O :	Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières du groupe de comparaison	297
Appendice P :	Entente de confidentialité	303
Appendice Q :	Exemples de journaux réflexifs rédigés par des infirmières	305
Appendice R :	Pourcentages d'accords interjuges par ligne directrice pour les vignettes portant sur la médication, la mobilisation et la planification du congé	315
Appendice S :	Exemple d'un écrit réflexif d'une infirmière du groupe expérimental	321
Appendice T :	Pourcentages d'accords interjuges pour les cinq éléments du processus de réflexion de l'écrit réflexif	327

Liste des tableaux

Tableau 1	Modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Traduction libre.	40
Tableau 2	Objectifs généraux et activités de l'intervention de pratique réflexive	57
Tableau 3	Outils de collecte de données en fonction des phases, questions, hypothèses et analyses de l'étude	83
Tableau 4	Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude et comparaison entre les groupes	90
Tableau 5	Comparaison entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison pour les données du <i>Kogan's Attitudes Toward Old People Scale</i> (attitudes) et du <i>Palmore's Facts on Aging Quiz</i> (connaissances)	113
Tableau 6	Nombre d'interventions infirmières adaptées pour chacune des vignettes cliniques avant et après l'intervention de pratique réflexive	119
Tableau 7	Nouvelles interventions infirmières mises à l'essai par les infirmières du groupe expérimental au cours de l'intervention de pratique réflexive	120
Tableau 8	Scores du processus de réflexion pour les groupes expérimental et de comparaison, avant et après l'intervention de pratique réflexive	124
Tableau 9	Niveaux de réflexion des infirmières avant et après l'intervention de pratique réflexive	125

Liste des figures

Figure 1	Spirale de la recherche-action (Kemmis & McTaggart, 1988, p.11)	45
Figure 2	Processus de recrutement et échantillon	51
Figure 3	Déroulement de l'intervention de pratique réflexive selon la spirale de la recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988)	66

*À Marie-Ange,
femme de tête et de cœur,
dont l'amour inconditionnel et la sagesse céleste
ont été sources de réconfort, de confiance et d'inspiration.*

Remerciements

Réaliser des études doctorales venait d'une réflexion murie sur ma pratique professionnelle auprès des personnes âgées, clientèle que j'avais sciemment adoptée. Travailler auprès de cette clientèle donnait un sens inexplicable à ma pratique et me nourrissait. Encore peu populaires auprès de bien des professionnels de la santé, les personnes âgées côtoyées m'incitaient à me dépasser et à développer une gamme d'habiletés. Je souhaitais ardemment partager avec d'autres infirmières ma passion de travailler auprès de ces aînés aux récits de vie fascinants, et tenter de stimuler leur intérêt au regard de ceux-ci. Je m'accordais alors un immense cadeau en poursuivant des études doctorales s'appuyant sur ce souhait. Cependant, j'avais sous-estimé les magnifiques et heureuses rencontres qui jalonnaient mon parcours et tout le soutien que j'obtiendrais. C'est l'ensemble de ces gens et organismes que je désire remercier.

Je tiens à remercier tout particulièrement Docteure Francine Ducharme, ma directrice de thèse pour son immense rigueur amenant au dépassement de soi, pour son art de guider dans le plus grand respect, ainsi que pour son humanisme, sa générosité, son énergie et sa passion débordantes. Non seulement Docteure Ducharme est une chercheuse et une professeure exceptionnelle, elle est une femme remarquable et inspirante. Je suis profondément honorée d'avoir eu le privilège de la côtoyer et d'avoir pu bénéficier de ses innombrables et riches enseignements. C'est avec une immense gratitude que je vous remercie, Docteure Ducharme. Ce chemin parcouru est une voie pour un univers de possibilités et une liberté de pensée absolue!

Mon appréciation se tourne aussi vers les membres du jury pour le temps précieux consacré à la lecture de la présente thèse. Vos commentaires me permettront de poursuivre la réflexion entamée. Je veux également remercier mes professeurs ainsi que l'ensemble du corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. La diversité d'expertises et les multiples perspectives qui émanent de cette faculté sont inestimables pour le développement des compétences des infirmières, et ce, à tous les niveaux de formation.

Je désire remercier Mesdames Danielle Fleury et Esther Leclerc pour leur appui dans ce projet d'études ainsi que pour leur intérêt à l'égard du développement professionnel des infirmières œuvrant auprès des personnes âgées hospitalisées, fragiles et vulnérables. Merci d'avoir cru en la faisabilité de ce projet dans le contexte actuel de mouvance qui prévaut dans nos milieux de soins. Merci de partager cette vision où les aînés doivent être une priorité au sein de notre système de santé québécois et avoir accès à des soins de qualité, parfaitement adaptés à leurs conditions et à leurs besoins, et ce, en toute dignité. Je suis également reconnaissante à l'égard des cogestionnaires clinico-administratifs et des infirmières-chefs d'unités du milieu où j'ai réalisé mon projet de recherche pour l'avoir accepté et soutenu au sein de leur équipe de soins. Mes remerciements vont également à chacune des infirmières qui ont participé à l'étude. Je suis profondément touchée par la confiance que vous m'avez accordée. Votre générosité à témoigner de vos expériences de soins m'a enrichie et ce fut un très grand plaisir de travailler avec vous.

J'ai eu le privilège de poursuivre mes apprentissages en recherche au sein du dynamique et très accueillant Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, et j'aimerais remercier l'équipe dévouée de l'infrastructure ainsi que les chercheurs et étudiants côtoyés pour les échanges stimulants qui m'ont permis d'élargir mes connaissances à l'égard des différentes facettes de la recherche sur le vieillissement. Un merci très particulier à Mesdames Francine Giroux, Diane Saulnier et Doris Tétreault. Votre aide et vos conseils sont inestimables.

Je souhaite remercier les organismes subventionnaires suivants sans lesquels je n'aurais pu me consacrer à temps complet à mes études et amorcer le transfert des connaissances acquises : la Fondation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), la Direction des soins infirmiers du CHUM, le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ), le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS), le Réseau québécois de recherche sur le

vieillessement (RQRV), les Fonds Evelyn-Adam et Virginie-Allaire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) ainsi que l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval (ORIIM/L).

Merci à mon précieux cercle d'amis ainsi qu'à mes collègues d'études et de travail. Votre présence, votre confiance, votre écoute et vos propositions de ressourcement m'ont permis de maintenir mon équilibre tout au long de ce processus.

Enfin, mille mercis à mon fidèle amoureux et *alter ego*, à ma famille et à ma belle-famille qui m'ont appuyée, encouragée, entourée de bons soins et de délicates attentions, en plus de me témoigner régulièrement leur fierté lorsque je ressentais doutes et questionnements. Que de profonds et sincères motivateurs vous faites! Il y a beaucoup de vous dans la concrétisation de ce projet!

Chapitre 1
Problématique

Les infirmières¹ du 21^e siècle doivent composer avec un contexte de travail où des changements s'opèrent de façon quotidienne. Il n'est plus possible de prodiguer des soins uniquement sur la base des connaissances acquises lors d'une formation initiale, d'autant plus que les découvertes scientifiques, les avancées technologiques et la situation de la main-d'œuvre requièrent un renouvellement constant des pratiques.

Le vieillissement de la population nécessite plus particulièrement des ajustements dans les pratiques de soins infirmiers. En effet, les besoins particuliers des personnes âgées pour la préservation de leur autonomie sont souvent en discordance avec la vitesse accrue du travail des infirmières en milieu hospitalier, le manque de formation en soins infirmiers gériatologiques de la majorité des infirmières et les attitudes et stéréotypes négatifs que certaines véhiculent à l'égard des aînés. Ce contexte peut avoir pour effet d'accentuer les aspects techniques au détriment des aspects affectifs ou humanistes des soins offerts aux personnes âgées.

Par ailleurs, le développement professionnel, encouragé tout au long de la formation des infirmières, doit être maintenu par ces dernières à leur arrivée dans les milieux cliniques et soutenu par les employeurs qui désirent dispenser les meilleurs soins et services à la clientèle âgée. Dans cette perspective, la pratique réflexive est perçue par plusieurs (Andrews, 1996; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Johns, 2000b; Johns & Freshwater, 2005) comme l'un des moyens pour favoriser ce développement professionnel. Certains ordres professionnels, notamment en Grande-Bretagne et en Ontario, encouragent notamment leurs membres à l'adopter pour maintenir leurs compétences (Nursing and Midwifery Council, 2006; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2005; Phillips, Schostak, Bedford, & Robinson, 1993). Mais qu'est-ce qu'une pratique réflexive? Le concept de pratique réflexive a fait l'objet de diverses définitions, et ce, dans différentes disciplines telles que l'éducation (Boud, Keogh, & Walker, 1985b; Dewey, 1910/1933; Schön, 1983), la psychologie (Boyd &

¹ Afin de faciliter la lecture, le terme *infirmière* est utilisé compte tenu de la prédominance de femmes au sein de la profession infirmière au Québec. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

Fales, 1983), le travail social (Blumenfield & Epstein, 2001), la physiothérapie (Clouder, 2000), l'ergothérapie (Kinsella, 2001), la médecine (Boenink, Oderwald, de Jonge, van Tilburg, & Smal, 2004) et les sciences infirmières (Bulman & Schutz, 2004; Johns, 2000b; Johns & Freshwater, 2005). Toutefois, malgré le nombre impressionnant d'écrits sur ce concept, sa définition demeure encore imprécise. De façon générale, ce concept peut se définir comme un processus d'apprentissage et de développement au moyen de l'auto-examen de sa pratique professionnelle, incluant les expériences, les pensées, les émotions, les actions et les connaissances qui l'enrichissent (Atkins, 2004; Duffy, 2007). Fondée sur la révision d'une expérience pratique dans le but de la décrire, de l'analyser et de l'évaluer afin d'apprendre de celle-ci, la pratique réflexive vise à influencer positivement l'approche de l'infirmière dans diverses situations de soins (Reid, 1993). Boud et al. (1985b) soulignent que le processus de réflexion sous-jacent à la pratique réflexive se caractérise autant par une activité intellectuelle qu'affective.

Certains auteurs attribuent plusieurs vertus à la pratique réflexive telles que : la reconnaissance des différentes sources du savoir infirmier (empirique, éthique, esthétique, personnel); la valorisation d'une forme de savoir ancré dans la pratique et la reconnaissance de l'expertise des praticiens; la modification et l'amélioration des pratiques cliniques; la possibilité de combler le fossé entre la théorie et la pratique et de rendre visibles certaines connaissances auparavant invisibles; et enfin, l'exploration d'un nouveau moyen d'apprentissage (Boyd & Fales, 1983; Conway, 1994; Driscoll & Teh, 2001; Johns, 2000b; Schön, 1983; Walsh, McAllister, & Morgan, 2002). Pour Rolfe (2002), la pratique réflexive va au-delà de l'apprentissage de nouvelles connaissances. Elle permet une critique des apprentissages en prenant en considération le contexte socioculturel. Reid (1993) mentionne que cette pratique permet d'examiner des activités de soins tenues pour acquises et empêche l'infirmière « réflexive » de sombrer dans le piège de la supposition, de la ritualisation, de l'habitation et de la routine.

Ces attributs demeurent toutefois anecdotiques pour la plupart, puisqu'il existe très peu d'études évaluatives de la pratique réflexive réalisées à ce jour. La majorité des études ayant traité de ce type de pratique en sciences infirmières ont été réalisées dans un contexte académique (Cooper, Taft, & Thelen, 2005; Fakude & Bruce, 2003; Honey, Waterworth, Baker, & Lenzie-Smith, 2006). Certaines de ces recherches ont démontré des bénéfices intéressants pour les étudiantes, tels qu'une meilleure compréhension de la perspective du patient, une prise de conscience de la vulnérabilité humaine, le développement de l'auto-évaluation par rapport à ses comportements et à ses émotions, ainsi qu'une capacité à explorer des solutions alternatives à des problématiques de soins (Cooper et al., 2005; Durgahee, 1997; Fakude & Bruce, 2003). Cependant, dans ces études, la pratique réflexive était liée à une démarche pédagogique souvent rattachée à l'évaluation des étudiantes infirmières et ne reflétait pas son utilisation et son apport en milieu clinique une fois la formation terminée.

Les rares études ayant évalué une pratique réflexive chez des infirmières dans un contexte clinique ont été réalisées dans les champs de spécialisation suivants : les soins critiques pédiatriques (Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck, & Meiers, 2005), la cardiologie (Page & Meerabeau, 2000), la promotion de la santé (Hartrick, 2000), la chirurgie et la psychiatrie (Gustafsson & Fagerberg, 2004). Un seul article portant sur un projet d'amélioration de la qualité des soins à l'aide d'une pratique réflexive auprès de professionnels offrant des soins aux personnes âgées a été recensé, soit celui de Walsh et al. (2002). Cependant, les auteurs de cette étude décrivent davantage la phase préparatoire du processus de changement des pratiques cliniques, que la mise en œuvre de la pratique réflexive elle-même. Dans cet article, aucun résultat relatif à la phase évaluative du projet n'est présenté.

Le développement professionnel par la pratique réflexive, chez des infirmières œuvrant auprès de clientèles âgées hospitalisées, pourrait pourtant, tel qu'il est mentionné précédemment, être une avenue à privilégier pour plusieurs motifs : l'accroissement du nombre d'aînés hospitalisés et leurs besoins particuliers, la

formation initiale des infirmières souvent insuffisante en soins gériatriques, les attitudes et stéréotypes négatifs de certaines infirmières face aux personnes âgées et le contexte de rapidité des soins en milieu de courte durée.

Compte tenu des statistiques d'hospitalisation, bien que les personnes âgées de 65 ans et plus composent actuellement 14 % de la population canadienne, en 2009-2010, elles représentaient 40 % des séjours dans les centres hospitaliers (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2011). De plus, l'hospitalisation des aînés est souvent de plus longue durée. Ainsi, en 2010, la durée moyenne de séjour était de 9 jours pour les personnes âgées de plus de 65 ans, comparativement à 5 jours pour les personnes âgées de moins de 65 ans (ICIS, 2011). Cette clientèle hospitalisée est à risque élevé de subir une diminution de son autonomie dès les premiers jours d'hospitalisation (Graf, 2006; St-Pierre, 1998; Thomas, 2011). En effet, des études ont révélé que de 21 à 77 % des personnes âgées subissaient un déclin de leur autonomie en cours d'hospitalisation (Brown, Friedkin, & Inouye, 2004; Hirsch, Sommers, Olsen, Mullen, & Winograd, 1990; Landefeld, Palmer, Kresevic, Fortinsky, & Kowal, 1995). Cette perte d'autonomie peut menacer la qualité de vie des aînés et compromettre leur retour à domicile (Graf, 2006; Kresevic et al., 1998).

Dans ce contexte, plusieurs recherches ont tenté d'étudier les risques encourus par les personnes âgées hospitalisées, et d'autres ont permis d'évaluer différentes interventions infirmières pour améliorer la qualité des soins dispensés à cette clientèle (Bergqvist, Ulfvarson, & Karlsson, 2009; Covinsky et al., 1998; Inouye et al., 1993; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000; Landefeld et al., 1995; Lopez et al., 2002; Markey & Brown, 2002; Ornstein, Smith, Foer, Lopez-Cantor, & Soriano, 2011). Toutefois, selon les observations cliniques de l'investigatrice, les interventions des infirmières dans les milieux cliniques sont surtout centrées sur les besoins biophysiques et les aspects techniques du soin (ex. : soin d'hygiène, aide à l'alimentation) négligeant ainsi souvent les besoins psychophysiques et psychosociaux des personnes âgées hospitalisées. Pourtant, selon Watson (1979), la pratique infirmière se caractérise par une vision holiste de l'être humain, intégrant les

besoins biophysiques, psychophysiques et psychosociaux. Par ailleurs, l'investigatrice a également observé que dans le contexte actuel, les infirmières doivent composer quotidiennement avec des problématiques prévalentes et interreliées qui risquent de compromettre l'autonomie des personnes âgées hospitalisées. Ces problématiques, pour lesquelles les infirmières se sentent peu outillées à intervenir, et ce, malgré les guides de pratiques exemplaires disponibles (Capezuti et al., 2008; Hartford Institute for Geriatric Nursing, 2008, 2009; Mezey, Fulmer, Abraham, & Zwicker, 2003) concernent la médication (besoins biophysiques), la mobilisation (besoins psychophysiques) et la planification de congé (besoins psychosociaux). Pour une vision holiste de la personne âgée et des soins qu'elle requiert, des interventions d'assistance dans la satisfaction des besoins humains et de création d'un environnement de soutien, de protection ou de correction eu égard à ces problématiques seraient à promouvoir, tel que le propose Watson (1979).

Par ailleurs, à l'instar d'Estabrooks (1998), d'Estabrooks, Chong et al. (2005) et d'Estabrooks, Rutakumwa et al. (2005), il appert que les infirmières des milieux de pratique préfèrent avoir recours aux interactions avec leurs patients, à leur expérience professionnelle auprès de la clientèle et aux échanges entre collègues, plutôt qu'aux écrits scientifiques sur les pratiques exemplaires, pour guider leurs interventions. En somme, les infirmières se réfèrent davantage aux connaissances acquises de façon informelle et interactive. Ces mêmes auteurs soulignent qu'une meilleure compréhension de l'utilisation des différentes sources de savoir infirmier comprenant les savoirs éthique, esthétique, personnel et empirique pourrait davantage mettre en relief la complexité des connaissances nécessaires à la pratique de soins de qualité. Dans cette visée, la pratique réflexive peut favoriser l'émergence de ces savoirs et est cohérente avec la perspective infirmière du *caring* de Watson (1979). En effet, le *caring* a servi d'inspiration aux fondements de la pratique réflexive au moyen d'une de ses composantes importantes, la conscience de soi et des autres, habileté nécessaire à toute pratique réflexive (Johns, 2001, 2004b). Cette habileté est soutenue, entre autres, par certains facteurs caratifs que l'infirmière utilise pour

prodiguer des soins, telle que proposée par la théorie du *Human Caring*, notamment le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste et la culture d'une sensibilité à soi et aux autres. Dans cette perspective, la pratique réflexive apparaît être une avenue prometteuse pour le développement professionnel d'infirmières qui s'appuie sur la conception du *caring* en tant que modèle de la discipline infirmière.

De plus, étant donné que la formation initiale ne prépare pas nécessairement les infirmières à dispenser des soins adaptés à la clientèle âgée, des moyens novateurs doivent être utilisés pour développer leurs connaissances et habiletés dans les milieux de soins (Wade, 1999). En effet, bien qu'il y ait eu au cours des dernières années une amélioration des programmes de baccalauréat en sciences infirmières pour y inclure une formation sur les soins aux personnes âgées, selon les dernières études recensées, seulement 52 % des programmes universitaires canadiens dispensaient, en 2002, un cours obligatoire portant sur la gérontologie (Baumbusch & Andrusyszyn, 2002). Peu de ressources spécialisées dans le domaine des soins aux personnes âgées sont également disponibles pour soutenir les infirmières en formation (Thornlow, Auerhahn, & Stanley, 2006). Dans ce contexte, la pratique réflexive s'avère un des moyens pour permettre le développement des apprentissages issus des expériences cliniques des infirmières auprès des personnes âgées (Atkins, 2004). Il semble qu'elle pourrait même, selon certaines études (Hartrick, 2000; Peden-McAlpine et al., 2005), être un moyen de modifier les attitudes des infirmières. À cet égard, il semble que les attitudes et les stéréotypes négatifs des infirmières envers le vieillissement ne soient pas différents de ceux de la population en général. Plusieurs font référence au vieillissement comme synonyme d'improductivité, d'invalidité, de lenteur, d'inactivité et de maladie, encourageant ainsi l'âgisme dont sont victimes les aînés. Ces attitudes et ces stéréotypes négatifs peuvent avoir des répercussions sur la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées (Lovell, 2006; Söderhamn, Lindencrona, & Gustavsson, 2001). St-Pierre (1998) dénote, par exemple, que l'occurrence élevée d'incontinence et de chutes chez l'aîné amène le personnel à normaliser la dépendance, ce qui renforce, en retour, les stéréotypes à leur égard.

Enfin, comme mentionné, le contexte de travail des infirmières en soins hospitaliers de courte durée en est un de rapidité d'exécution où la planification de l'épisode de soins vise la réduction maximale de la durée du séjour hospitalier. D'après les observations de l'investigatrice, les soins requis par la personne âgée, dans ces conditions, sont souvent précipités et peu adaptés au rythme de cette dernière. Il peut arriver que l'infirmière surestime les capacités de l'ainé, croyant qu'il a le même potentiel de récupération qu'un jeune adulte, ou encore sous-estime ses capacités en effectuant elle-même les activités requises, encourageant ainsi une perte d'autonomie. Une prise de conscience, par une réflexion sur les soins dispensés concernant la médication, la mobilisation et la planification du congé lors de l'hospitalisation d'une personne âgée, pourrait être l'amorce d'un changement de pratique et une ouverture à la discussion sur la façon de repenser les soins destinés à cette clientèle. Dans une étude exploratoire, Glaze (2001) a découvert que le fait de développer des habiletés réflexives avait pour effet d'encourager les infirmières à vouloir repousser les limites de leur pratique et à mobiliser leur entourage professionnel. La pratique réflexive pourrait ainsi avoir un effet mobilisateur et de transformation chez les infirmières œuvrant auprès des personnes âgées hospitalisées.

En somme, en permettant à l'infirmière de faire un retour sur l'expérience et à l'analyser, une pratique réflexive, s'appuyant sur la théorie du *Human Caring*, pourrait faire émerger de nouvelles perspectives, modifier positivement des attitudes à l'égard d'une clientèle et transformer des pratiques de soins, ce qui semble particulièrement pertinent dans le contexte actuel des soins hospitaliers offerts aux personnes âgées. Ayant fait l'objet de peu d'études évaluatives, la pratique réflexive semble être une approche de développement professionnel qu'il serait particulièrement pertinent d'évaluer chez des infirmières œuvrant auprès d'une clientèle âgée hospitalisée nécessitant des soins humains, adaptés et offerts par des infirmières faisant preuve de *caring*.

Dans cette perspective, cette étude avait pour buts :

1. de développer et de mettre à l'essai une pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées;
2. de décrire les habiletés et les savoirs développés par les infirmières au cours d'une pratique réflexive, ainsi que leur perception de la pratique réflexive en tant que moyen d'amélioration de leur pratique professionnelle;
3. d'évaluer les effets de cette pratique sur les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées;
4. d'évaluer les effets de cette pratique sur les interventions infirmières d'assistance dans la satisfaction des besoins humains et de création d'un environnement de soutien, de protection ou de correction au regard de trois problématiques prévalentes chez la clientèle âgée hospitalisée, soit la médication, la mobilisation et la planification du congé;
5. d'évaluer les effets de cette pratique sur le développement du niveau de réflexion des infirmières au regard des soins dispensés aux aînés hospitalisés en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Chapitre 2
Recension des écrits et
cadre de référence

Le deuxième chapitre présente une revue des écrits traitant de la pratique réflexive de même que le cadre de référence de l'étude. La première section retrace l'historique du concept de pratique réflexive, incluant le concept de réflexion. Ces deux concepts étant souvent utilisés de façon interchangeable dans les écrits, ils seront distingués en apportant quelques définitions marquantes dans leur évolution. La deuxième section dresse l'état des connaissances à partir d'études empiriques portant sur la pratique réflexive. Comme ce type de pratique émerge du milieu académique, une sous-section traite des études empiriques dans ce milieu, alors qu'une autre se concentre sur les recherches réalisées en milieu clinique. Nous concluons par le cadre de référence de l'étude.

Réflexion et pratique réflexive : l'origine et l'évolution des concepts

Bien que nous puissions retracer les origines de la réflexion à la Grèce antique, le concept de pratique réflexive n'a fait son apparition dans les sciences infirmières qu'au début des années 1980, pour atteindre son apogée dans les années 1990. Malgré les nombreux écrits recensés sur la pratique réflexive, peu d'auteurs s'entendent sur une définition précise (Jarvis, 1992; Mackintosh, 1998). Un historique de la pratique réflexive et de son concept apparenté, la réflexion, est donc présenté en premier lieu.

Rolfe (2003) allègue que le concept de pratique réflexive tire ses origines d'aussi loin que 400 ans avant Jésus-Christ. À l'époque, Socrate introduisait la maïeutique, mot d'origine grecque signifiant « art de faire accoucher les esprits ». En association avec le travail de sage-femme de sa mère, Socrate affirmait qu'il faisait accoucher les esprits des pensées qu'ils contenaient sans le savoir ou sans en être conscients. Socrate se positionnait alors comme un interrogateur. Il posait des questions à ses interlocuteurs dans le but de faire émerger les idées de ceux-ci, pour ensuite examiner la cohérence de ces idées (Mazel, 1987). Socrate posait ainsi les premiers jalons de la définition générale de la réflexion, soit un retour de la pensée sur elle-même en vue d'examiner plus à fond une idée, une situation ou un problème

(Office québécois de la langue française, 2011). Par ailleurs, en questionnant ses interlocuteurs, Socrate les guidait dans leur réflexion, élément facilitant d'une pratique réflexive comme le propose maintenant Boud, Keogh et Walker (1985b) et Johns (1999a, 1999b, 2004a, 2006).

Dewey, philosophe américain issu des domaines de la psychologie et de l'éducation, sera au 20^e siècle l'un des premiers à s'intéresser à la réflexion dans son ouvrage « *How we think* » (Dewey, 1910/1933, 2004). Il définira ainsi la pensée réfléchie liée à l'expérience :

« l'examen serré, prolongé, précis d'une croyance donnée ou d'une forme hypothétique de connaissances, examen effectué à la lumière des arguments qui appuient celles-ci [ces connaissances] et des conclusions auxquelles elles aboutissent. » (Dewey, 2004, p.15)

À partir de cette définition, il élaborera cinq étapes distinctes de la réflexion qu'il associera à l'expérience : 1) la personne qui s'adonne à la réflexion doit être en présence d'une difficulté à résoudre; 2) elle doit définir cette difficulté; 3) elle doit détailler les solutions possibles; 4) elle doit établir les bases de la solution retenue et enfin, 5) elle doit poursuivre l'observation et l'expérimentation jusqu'à l'adoption ou le rejet de la solution retenue pour répondre à sa difficulté.

C'est au cours des années 1970 et 1980 que le concept de réflexion sera associé à la pratique professionnelle. Schön, pédagogue américain, s'intéresse particulièrement au rôle de la réflexion dans le savoir professionnel. Avec son collègue Argyris, il a la conviction qu'il existe un savoir invisible chez les professionnels praticiens (Argyris & Schön, 1974, 1978; Schön, 1983). Tous deux proposent alors une théorie de l'action qui a pour postulat que les professionnels praticiens choisissent leurs actions en considérant la particularité de la situation et utilisent des théories générées par un répertoire de connaissances issues de leurs expériences, de leurs formations, de leurs valeurs, de leurs croyances et de leurs stratégies antérieures (Argyris & Schön, 1974). Schön (1983) développe dès lors les notions de réflexion-dans-l'action et de réflexion-sur-l'action. Il définit la réflexion-

dans-l'action comme un processus par lequel un praticien identifie un nouveau problème et réfléchit en même temps qu'il agit, en effectuant une sélection d'expériences antérieures pour résoudre le problème en question. Quant à la réflexion-sur-l'action, Schön la définit comme la rétrospection d'une action entreprise dans le but de découvrir les connaissances utilisées pour résoudre un problème particulier, en analysant et en interprétant ces connaissances. La réflexion-sur-l'action permet au praticien de spéculer sur les différentes solutions possibles et sur les connaissances supplémentaires requises. L'accent au niveau de la réflexion est mis sur ce qui aurait pu être fait différemment. Schön (1983) est d'avis que le savoir ne peut reposer que sur des notions théoriques apprises : ce nouveau savoir s'acquiert par le professionnel praticien au gré des expériences qui s'ajoutent à sa formation initiale. À la suite de ces propositions, les écrits en sciences infirmières utiliseront régulièrement la notion de réflexion-sur-l'action comme synonyme de pratique réflexive.

C'est en 1991 que Van Manen ajoute la notion de réflexion anticipatoire aux notions de réflexion-dans-l'action et de réflexion-sur-l'action. La réflexion anticipatoire permet, selon cet auteur, de songer aux différentes possibilités ou alternatives pouvant survenir dans l'action à poser, de planifier les choses à faire et d'anticiper l'expérience (Van Manen, 1991). Ce type de réflexion permet d'entrer en contact avec les individus et les situations d'une façon organisée. La réflexion anticipatoire n'a toutefois pas fait l'objet d'autant d'écrits que la réflexion-sur-l'action ou la réflexion-dans-l'action.

Boyd et Fales (1983), issues des domaines de la psychologie et de l'éducation, à l'instar d'Argyris et Schön (1974, 1978) et de Schön (1983), avancent que la réflexion est la clé pour un apprentissage par l'expérience. Elles proposent une définition de l'apprentissage réflexif qui ajoute la notion de changement à la suite de la réflexion. Elles définissent ainsi la réflexion :

« Un processus permettant d'examiner et d'explorer une préoccupation émanant d'une expérience afin d'en créer et d'en clarifier sa propre signification et qui aura pour résultat une perspective conceptuelle modifiée. » (p. 100, traduction libre)

Boud et al. (1985b), tout comme Boyd et Fales (1983), mettent l'accent sur un aspect important de la réflexion, soit l'aspect de changement de comportement ou d'attitude à la suite de cette réflexion, mais ajoutent une dimension affective (et non seulement intellectuelle) à la réflexion. Boud et al. (1985b) définissent ainsi la réflexion :

« Une activité dans laquelle la personne reprend une expérience, la considère, la retourne dans tous les sens et l'évalue. (...) C'est une activité affective et intellectuelle dans laquelle un individu s'engage à explorer ses expériences dans le but de le mener vers de nouvelles compréhensions et appréciations de ses expériences. » (p. 19, traduction libre)

Pour ces auteurs, les résultats de la réflexion peuvent être nombreux : synthèse personnelle, état affectif nouveau, intégration, appropriation ou validation de connaissances ou d'attitudes, décision de s'engager dans de nouvelles actions.

En 1991, Mezirow, andragogue américain reconnu, départage les actions non réflexives et réflexives de l'apprenant. Pour lui, les actions non réflexives ne permettent que de prendre conscience d'une expérience, alors que les actions réflexives permettent de créer des liens entre les perceptions, les pensées, les jugements, les émotions et les actions de l'apprenant. À partir des écrits de Boud et al. (1985b) et de Mezirow (1991), Wong, Kember, Chung et Yan (1995) proposeront trois catégories d'apprenants réflexifs : le non réflexif, le réflexif et le réflexif critique (*non-reflector, reflector, critical reflector*). Ces catégories ont été utilisées dans certaines études portant sur la pratique réflexive d'infirmières et seront explicitées ultérieurement dans la revue des écrits empiriques.

La section suivante présente l'évolution du concept de la pratique réflexive en sciences infirmières.

Pratique réflexive et sciences infirmières

Au cours des années 1990, le concept de pratique réflexive a été grandement cité dans les écrits en sciences infirmières. Une vague d'intérêt est soulevée par ce concept, notamment au Royaume-Uni, alors que le *United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting* (1990) affirme que la pratique réflexive est à la base du développement professionnel et qu'il oblige les infirmières à faire usage de ce type de pratique et à la documenter dans un portfolio professionnel individuel.

Néanmoins, même si les écrits abondent au cours de cette décennie, peu d'auteurs définissent ce qu'est précisément la pratique réflexive (Atkins & Murphy, 1993; Jarvis, 1992) et un manque de consensus se fait sentir sur ce qu'est une pratique réflexive (Carroll et al., 2002). Jarvis (1992) formule la définition suivante :

« La pratique réflexive est plus qu'une pratique sensée. C'est une forme de pratique qui cherche à problématiser les situations professionnelles afin qu'elles puissent devenir des situations d'apprentissage et qu'ainsi, le praticien puisse continuer d'apprendre et de développer sa pratique. » (p.180, traduction libre)

Pour Reid (1993), la pratique réflexive est un processus utilisant la réflexion, et qui influence les approches du praticien face aux différentes situations rencontrées. D'après cette auteure, la pratique réflexive permet d'influencer la pratique professionnelle de deux façons : 1) en questionnant pourquoi les résultats se produisent et 2) en élargissant ce qui est perçu comme le savoir au-delà du savoir empirique. Ce sont les écrits de Johns (Johns, 1991, 1995a, 1995b, 1998c, 2000b, 2004a, 2006) qui aideront le praticien réflexif à répondre partiellement à ces deux questions, en offrant un guide de réflexion structurée qui sera bonifié au fil du temps. Ce guide de réflexion permet de se questionner sur sa pratique et de faire émerger différentes sources de savoir. Cet auteur (2004a) promeut l'utilisation d'un tel guide pour aider le praticien réflexif débutant à mettre par écrit sa réflexion.

Johns (2004a) favorise également une pratique réflexive accompagnée par un facilitateur qui guide et soutient le praticien réflexif débutant. L'expression de la pratique réflexive peut ainsi se faire également de manière verbale en permettant par exemple au praticien de raconter une expérience de soins à une personne expérimentée et de confiance qui l'écouterà et le guidera dans les apprentissages pouvant être tirés de cette expérience. Johns affirme qu'une pratique réflexive accompagnée permet : d'exposer et de confronter les perceptions du praticien à d'autres perspectives; de dépister et de comprendre les facteurs pouvant avoir limité l'atteinte d'une expérience optimale; de découvrir et d'explorer de nouvelles façons de répondre à une situation et; d'être soutenue afin de poser les actions appropriées pour résoudre les problèmes rencontrés.

Dans la même ligne de pensée que Boud et al. (1985b), Atkins et Murphy (1993) et Atkins (2000) reconnaissent que la pratique réflexive est orientée vers la reconnaissance des émotions chez l'infirmière pour en dégager son savoir expérientiel. Elles précisent toutefois que l'infirmière, pour devenir une praticienne réflexive, doit développer certaines habiletés préalables. Elles décrivent ces habiletés comme étant : la conscience de soi, la description, l'analyse critique, la synthèse et l'évaluation.

Bien que la pratique réflexive soit valorisée dans le domaine des sciences infirmières, certains préalables doivent être mis en place pour sa concrétisation et quelques limites subsistent quant à son utilisation. La section suivante décrit ces préalables et ces limites.

Préalables et limites de la pratique réflexive

La pratique réflexive demande du temps, de l'énergie et de l'engagement, autant de la part du praticien réflexif que de l'accompagnateur, en plus de ressources humaines et financières du milieu de soins qui désire développer une telle pratique (Andrews, 1996; Andrews, Gidman, & Humphreys, 1998; Burton, 2000;

Heath, 1998c). En effet, Clarke, James et Kelly (1996) soulignent que les milieux de soins ont un rôle à jouer dans le développement et le soutien de praticiens réflexifs. Ils doivent avoir une prédisposition à la collaboration, à l'autonomie, à la promotion et à l'amélioration continue.

Bien que la pratique réflexive semble être source de grandes possibilités pour le domaine des sciences infirmières, des auteurs exposent des limites à son utilisation. Andrews (1996) avance notamment trois limites à la pratique réflexive : 1) les personnes peuvent trouver difficile de verbaliser le rationnel qui soutient leurs actions; 2) elles peuvent ne se rappeler que de ce qu'elles veulent bien se rappeler et; 3) elles n'expriment pas nécessairement toujours ce qu'elles font. Pour Astor, Jefferson et Humphrys (1998), il semble particulièrement difficile de mesurer la profondeur de la réflexion, d'autant plus que la réflexion est objective et subjective. Néanmoins, pour Andrews, Gidman et Humphreys (1998), la meilleure façon d'évaluer l'apprentissage issu de la pratique réflexive est de démontrer l'application de cet apprentissage dans un contexte de soin.

À la lumière des écrits recensés, nous pouvons résumer que la pratique réflexive en sciences infirmières :

- est ancrée dans la pratique (Argyris & Schön, 1974, 1978; Schön, 1983);
- est fondée sur les expériences comme moyen d'apprentissage (Boud et al., 1985b);
- reconnaît différentes sources de savoir (empirique, éthique, esthétique et personnel) (Johns, 1995a, 1995b, 1998a, 1998b, 1998c, 2000a, 2000b, 2004b, 2006);
- permet de développer de nouvelles connaissances et de modifier positivement sa pratique (Boyd & Fales, 1983; Reid, 1993; Schön, 1983);
- est facilitée lorsqu'accompagnée par un guide et orientée à l'aide d'un modèle (Boud et al., 1985b; Johns, 1995b, 1999a, 1999b, 2004a; Wilkinson, 1999);

- peut s'exprimer à l'oral (échange avec un guide-facilitateur ou auprès de pairs) et à l'écrit (Burns & Bulman, 2000; Johns, 2004a; Schutz, 2007; Somerville & Keeling, 2004);
- nécessite des habiletés individuelles telles que la conscience de soi, la description, l'analyse, la critique, la synthèse, l'évaluation, ainsi que l'engagement (Andrews, 1996; Andrews et al., 1998; Atkins & Murphy, 1993; Schutz, 2007);
- nécessite l'appui des milieux de soins en octroyant du temps, des ressources humaines et financières, ainsi qu'en ayant une prédisposition au soutien, à la collaboration, à l'autonomie professionnelle et à l'amélioration continue (Andrews, 1996; Andrews et al., 1998; Burton, 2000; Heath, 1998c).

La section suivante présente des études empiriques ayant porté sur la pratique réflexive en sciences infirmières.

Études empiriques sur la pratique réflexive

Il a été mentionné précédemment que le nombre d'écrits sur la réflexion et la pratique réflexive foisonne. De façon générale, une vaste majorité de ces écrits sont théoriques ou anecdotiques. Peu d'entre eux sont des études empiriques.

Différents critères ont déterminé le choix des articles retenus suite à la consultation de trois bases de données : *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MEDLINE et *Education Resource Information Center* (ERIC). Ainsi, les écrits en anglais ou en français et identifiés comme étant des études empiriques ont été retenus. Les études devaient porter sur le concept de réflexion ou de pratique réflexive et être repérables au moyen de mots-clés reconnus ou de combinaisons de mots-clés suggérées par les thésaurus des bases de données consultées (*reflection, reflective practice, nursing practice and reflection, professional practice and reflection*). Les études devaient également avoir été réalisées auprès d'étudiantes infirmières ou d'infirmières. Suivent maintenant les

études répertoriées portant sur la pratique réflexive dans un contexte académique, puis celles qui ont été réalisées dans un contexte de soins.

La pratique réflexive dans un contexte académique

Le domaine de l'éducation s'est particulièrement intéressé à la pratique réflexive comme stratégie d'enseignement afin de susciter une démarche d'apprentissage enracinée dans l'expérience des étudiants, visant ainsi à combler l'écart entre la théorie et la pratique. Comme le domaine de l'éducation est le précurseur de la pratique réflexive, l'investigatrice s'est donc intéressée aux moyens utilisés dans ce domaine pour développer et évaluer une pratique réflexive auprès d'étudiantes. Les études concernant ces moyens sont présentées dans les paragraphes qui suivent et font l'objet d'une synthèse à l'appendice A.

Deux moyens ont surtout été utilisés pour développer et évaluer une pratique réflexive : l'écriture et l'oralité. Certaines études ont tenté de combiner ces deux moyens. Les sections suivantes présentent les études portant sur la réflexion par l'écriture, la réflexion au moyen de méthodes verbales et la réflexion par une combinaison des formes écrite et orale.

La réflexion par l'écriture

Cooper et al. (2005), Honey et al. (2006) et Callister, Luthy, Thompson et Memmott (2009) ont réalisé des études qualitatives sur la pratique réflexive en utilisant des écrits dits réflexifs. Cooper et al. décrivent l'écrit réflexif comme la description d'une situation ou d'un incident, ainsi que les pensées et les émotions suscitées par cette situation ou cet incident. Honey et al. présentent l'écrit réflexif comme un écrit de 1000 mots décrivant la réflexion de l'étudiant sur une expérience d'apprentissage professionnelle en lien avec un contexte de stage, alors que Callister et al. décrivent l'écrit réflexif comme une situation clinique devant répondre aux questions : quoi?, et puis quoi? et maintenant quoi? (*what?, so what?, now what?*).

Dans l'étude de Cooper et al. (2005), le but était d'explorer les réponses cognitives et affectives d'étudiantes infirmières lors de leur dernière expérience clinique au baccalauréat, alors que pour Honey et al. (2006), il s'agissait d'évaluer l'utilité d'un écrit réflexif auprès d'étudiantes infirmières dans un module de formation sur la santé mentale et l'invalidité. Quant à Callister et al. (2009), ils avaient pour but de décrire le raisonnement éthique de 70 étudiantes infirmières à travers leur écrit réflexif dans le cadre d'un cours portant sur l'éthique. Ces trois études ont permis de constater que les écrits réflexifs permettaient notamment de mettre en évidence des habiletés utilisées par les étudiantes lors d'un processus de réflexion (ex. : prise de conscience de la vulnérabilité humaine, autoévaluation, perspectives du patient), ainsi que les émotions vécues par les étudiantes (ex. : peur et anxiété, sentiment d'être seules et d'être non préparées, manque de confiance).

Chirema (2007), Fakude et Bruce (2003), Jensen et Joy (2005) et Wong et al. (1995), ont utilisé un autre moyen, soit le journal réflexif pour promouvoir la réflexion et l'apprentissage chez des infirmières étudiantes. Dans ces études, le journal réflexif est un outil qui comprend la description d'une expérience clinique, d'un événement significatif ou d'un incident critique, de même que l'analyse de cette description avec ou sans guide facilitant celle-ci. La fréquence de la tenue du journal est également variable (ex. : d'une rédaction unique à une rédaction hebdomadaire sur une période de huit semaines). Plus précisément, Wong et al. (1995) ont effectué une étude qualitative visant à évaluer le niveau de réflexion des étudiantes infirmières au moyen de ce type de journaux réflexifs. Ces chercheurs ont tout d'abord élaboré des systèmes de codification des niveaux de réflexion. Le premier système de codification, fondé sur le processus de réflexion de Boud et al. (1985b), comprend six éléments : le retour sur les émotions, l'association, l'intégration, la validation, l'appropriation et les résultats de la réflexion. Le deuxième système de codification, fondé sur les écrits de Mezirow (1991), propose trois catégories : non-réflexif, réflexif et réflexif critique (*non-reflector*, *reflector* et *critical reflector*). La catégorie non-réflexif signifie que l'apprenant ne présente aucune évidence de réflexion, alors que la catégorie réflexif démontre la présence de l'un ou plusieurs des trois premiers

éléments du processus de réflexion de Boud et al. (retour sur les émotions, association, intégration). Pour être dans la catégorie réflexif critique, il doit y avoir apparence de changement dans la pratique de l'apprenant.

Quarante-cinq journaux réflexifs ont été analysés à l'aide de ces deux systèmes de codification. Il appert que la codification, selon les écrits de Boud et al. (1985b), n'a pas surmonté le test de fiabilité interjuges avec un score de concordance oscillant seulement entre 0,5 et 0,75. Le fait que les catégories n'étaient pas mutuellement exclusives est une des explications de ce résultat. La codification, d'après les niveaux de réflexion de Mezirow (1991), a été plus concluante avec un score de concordance de 0,88 entre les juges. D'après cette deuxième codification, les juges ont départagé les journaux réflexifs comme suit : 13,3 % non-réflexifs, 75,6 % réflexifs et 11,1 % réflexifs critiques.

Chirema (2007) a répliqué l'étude de Wong et al. (1995) auprès de 42 infirmières étudiantes. Tout comme Wong et al., cette auteure a obtenu un score de concordance entre 0,5 et 0,75 pour la codification selon le cadre de référence de Boud et al. (1985b), alors qu'il était de 0,95 pour les niveaux de réflexion de Mezirow (1991). Elle a également classé les journaux selon cette dernière codification avec des résultats comparables à l'étude de Wong et al. : 21 % non-réflexifs, 67 % réflexifs et 12 % réflexifs critiques.

À la lumière de ces deux dernières recherches, il apparaît que le journal réflexif peut être un outil permettant de déterminer le niveau de réflexion dans un écrit. Il semble que le niveau supérieur de réflexion (réflexif critique) soit cependant plus difficile à atteindre et que la majorité des infirmières se situent au niveau réflexif. Toutefois, ces études n'ont évalué les journaux réflexifs que de façon transversale. Il serait intéressant d'évaluer si la tenue d'un journal réflexif permet l'évolution de la réflexion sur une plus longue période et de constater l'atteinte ou non d'un niveau supérieur de réflexion avec le temps, à la suite d'une intervention de pratique réflexive.

Deux études retenues ont néanmoins permis d'évaluer la progression des niveaux de réflexion d'étudiantes infirmières dans le temps. Jensen et Joy (2005) ont réalisé une étude descriptive dans le but d'examiner le niveau de réflexion d'étudiantes infirmières bachelières dans le cadre d'un cours sur l'évaluation de la santé. Au moyen des sept niveaux de réflexion de Mezirow (1981), 60 journaux réflexifs, rédigés à trois moments différents au cours de la session (début, mi et fin de session), ont été codifiés par deux chercheurs. Une corrélation interjuges de 0,74 a été atteinte concernant le nombre d'items de réflexion codifiés, alors qu'une corrélation de 0,63 a été atteinte concernant l'identification du niveau de réflexion. Les résultats ont permis de constater une décroissance dans le nombre d'items de réflexion entre les trois temps de mesure (217, 182 et 174 items). Il en est de même pour les niveaux de réflexion élevés où les étudiantes ont moins bien performé avec le temps, passant de 80 % au premier temps de mesure, à 60 % au deuxième temps et à 50 % au dernier temps de mesure. Ces résultats peuvent laisser entrevoir que le processus de réflexion et les habiletés requises pour passer à un niveau supérieur de réflexion peuvent nécessiter davantage de guidance, de critique et de rétroaction et n'implique pas uniquement la répétition de la rédaction de journaux réflexifs.

Fakude et Bruce (2003) ont, quant à eux, réalisé une étude quasi-expérimentale permettant d'évaluer si la tenue hebdomadaire d'un journal réflexif par un groupe de 20 étudiantes infirmières, sur une période de huit semaines, avait pour effet d'améliorer le processus de réflexion de ces étudiantes. Le groupe de comparaison, composé de 23 étudiantes infirmières, n'avait pas à rédiger de journaux. Les deux groupes étaient ensuite soumis à un exercice d'écriture en lien avec une situation clinique et devaient l'analyser. Une comparaison des performances de chacun des groupes a été effectuée selon six items issus du cycle de réflexion de Gibbs (Palmer, Burns, & Bulman, 1994) : la description de la situation, l'exploration des émotions, l'évaluation, l'analyse, l'exploration d'alternatives et la façon d'agir dans de futures situations. Bien qu'il y ait eu une amélioration de 5 à 20 % selon les items entre les journaux réflexifs et l'exercice d'écriture finale pour le groupe

expérimental, cette amélioration n'était pas significative ($p > 0,05$). Cependant, en comparant les groupes, deux des six items étaient significativement plus élevés dans le groupe expérimental que dans le groupe de comparaison, soient l'exploration d'alternatives et la façon d'agir dans de futures situations. À partir des résultats de cette étude, il semble que d'autres recherches soient nécessaires pour évaluer comment le processus de réflexion peut être facilité et développé.

C'est en partie ce qu'ont tenté Duke et Appleton (2000) en procédant à une étude quantitative ayant deux buts : déterminer s'il existe une différence dans le degré d'atteinte d'habiletés réflexives par des étudiantes infirmières ($n = 62$) d'un module de formation en soins palliatifs au cours d'une année scolaire, et évaluer si ces habiletés réflexives se développent dans le temps. Les travaux des étudiantes permettant d'évaluer le degré d'atteinte de leurs habiletés réflexives ($n = 160$) se composaient d'un écrit réflexif portant sur un incident pratique lié aux apprentissages effectués dans le cadre du module de formation. Une grille d'évaluation comprenant un système de notation (A, B+, B, C et F) et douze habiletés réflexives fondées sur une revue des écrits (la description, l'aspect central, l'analyse des émotions, l'analyse des connaissances, l'analyse de l'influence du contexte, la synthèse, l'implication pour la pratique, l'implication pour l'apprentissage, la planification de l'action, la clarté de l'écrit, la référence à des sources de connaissances et l'auto-évaluation) a été élaborée par les chercheurs. Les auteurs ont comparé deux groupes, soit un groupe ayant suivi un seul module de formation et un second groupe en ayant suivi deux. Il s'est avéré que les étudiantes des deux groupes ont significativement amélioré certaines habiletés réflexives, et il appert que les habiletés réflexives peuvent progresser au cours d'une année académique. Bien que ces résultats soient prometteurs, il faut préciser qu'il existe très peu d'information dans cet article quant à la façon de codifier ces écrits réflexifs et à savoir s'il y a eu ou non un accord interjuges.

L'incident critique a aussi été utilisé comme moyen de révéler la pratique réflexive d'infirmières étudiantes, et ce, dans deux études (Martin & Mitchell, 2001;

Perry, 1997). L'incident critique réfère à la description d'un événement récent et aux gestes posés par la personne qui rédige ou raconte cet événement. Il fait référence à une situation particulière, unique, jugée importante dans la vie du professionnel qui le raconte. Il découle de ces deux études que les incidents critiques semblent être un moyen utilisé dans une pratique réflexive permettant de faire ressortir des zones d'amélioration. Cependant, Wilkinson (1999) souligne l'importance d'une pratique réflexive variée, n'utilisant pas uniquement un retour sur des événements critiques de soins, mais également un retour sur des situations quotidiennes de soins sur lesquelles un regard nouveau peut aussi faire ressortir des zones d'amélioration.

Enfin, Coffey (2005) et Jasper (1999) ont tous deux utilisé un autre moyen écrit pour documenter la pratique réflexive, soit le portfolio. Le portfolio est défini par certains comme un registre tenu par un professionnel dans lequel il documente des expériences cliniques significatives qui traduisent ses apprentissages et qui lui offre la possibilité de lier ses décisions et ses actions à des notions théoriques. Le portfolio est habituellement tenu sur une période de temps considérable permettant au professionnel de garder une trace de ses apprentissages et de son développement professionnel. Dans ces études, la tenue d'un portfolio s'est révélée une expérience positive pour les étudiantes leur permettant de développer des habiletés réflexives telles que l'habileté à prendre des risques personnels et émotionnels en explorant leurs expériences, la conscience de soi et l'introspection et de voir la progression de leur apprentissage. Elles ont aussi trouvé difficile de développer des habiletés d'écriture réflexive, mentionnant que ce type d'écriture n'est pas un processus naturel : il nécessite d'être appris et mis en pratique (Jasper, 1999). Néanmoins, les infirmières soulignent avoir acquis une pensée analytique et critique, s'être développées personnellement et reconnaître l'écriture comme un moyen d'apprentissage. Le portfolio semble donc un moyen écrit pertinent pour développer une pratique réflexive individuelle et les habiletés qu'elle requiert. Cependant, il nécessite une implication à moyen ou long terme et ne mise pas sur le partage des expériences des infirmières, ce qui peut rendre ce moyen moins attractif comme premier contact avec la pratique réflexive par des infirmières en milieu clinique.

Somme toute, quatre moyens ont été utilisés pour stimuler la réflexion par l'écriture : l'écrit réflexif, le journal réflexif, l'incident critique et le portfolio. L'écrit et le journal réflexifs semblent être des moyens stimulant la pratique réflexive et permettant de développer ses habiletés sous-jacentes. Ces moyens pourraient être adaptés au contexte d'infirmières œuvrant en milieu clinique. L'incident critique pourrait également être utilisé en milieu clinique, mais une crainte subsiste compte tenu de la connotation négative qu'il peut susciter, ce moyen ne portant que sur des situations de soins sous-optimales. Quant au portfolio, il apparaît comme une stratégie intéressante à développer à moyen ou long terme et semblerait plus adapté pour des infirmières ayant déjà été formées à la pratique réflexive. La section suivante propose une étude portant sur les méthodes verbales permettant de stimuler la réflexion.

La réflexion au moyen de méthodes verbales

Une seule étude utilisant uniquement une méthode verbale pour stimuler la réflexion a été retenue. Cette étude qualitative a été réalisée dans le but d'évaluer le processus et les résultats d'apprentissage de groupes de pratique réflexive offerts à des infirmières étudiantes d'un diplôme professionnel (Platzer, Blake, & Ashford, 2000b). Ces groupes, composés de 6 à 10 participantes et d'un ou deux facilitateurs, se sont rencontrés à 15 reprises au cours d'une année scolaire. Ils étaient fondés sur des principes andragogiques et offerts selon un style non directif et non structuré permettant aux participantes d'explorer et de réfléchir sur des aspects de leur pratique qu'elles étaient libres de décider par exemple, leur rôle de gestionnaire, de mentor ou de clinicienne au sein d'une équipe multidisciplinaire. Les résultats de cette étude démontrent que ces groupes ont permis d'offrir du soutien affectif, de la réassurance, des encouragements, de la rétroaction et des critiques constructives par les pairs. Ces groupes ont aussi permis aux participantes d'obtenir différentes perspectives, parfois contradictoires, et la possibilité de modifier leurs attitudes ou leurs comportements face à certaines situations. Compte tenu des résultats obtenus, ce moyen mériterait

d'être exploré plus en profondeur auprès d'infirmières en milieu professionnel. La prochaine section fait état des études ayant utilisé un agencement de méthodes écrites et verbales.

La réflexion par la combinaison de méthodes écrites et verbales

Quelques études se sont penchées sur la combinaison de méthodes écrites et orales comme stratégies de développement d'une pratique réflexive et ont révélé des résultats prometteurs. L'étude de Wong et al. (1997) a plus particulièrement retenu notre attention par la description de la combinaison de ces méthodes. Ces auteurs ont réalisé une recherche-action dans le but d'explorer de nouvelles stratégies d'apprentissage pour préparer des étudiantes infirmières à devenir des praticiennes réflexives. Sur une période de deux sessions, 73 étudiantes devaient rédiger quatre journaux réflexifs, un écrit réflexif et participer à quatre séances réflexives de groupe permettant d'échanger verbalement idées et réflexions sur des thèmes prédéterminés. Les résultats révèlent qu'à chacun des cycles de la recherche-action, la plupart des étudiantes ont progressé dans leurs habiletés réflexives, passant d'une forme plus descriptive à une forme plus critique de réflexion. Les chercheurs mentionnent également la complémentarité des approches écrites et verbales qui permet aux étudiantes un exercice individuel et de groupe.

Durgahee (1997) a aussi utilisé deux approches réflexives : le *story telling* invitant des infirmières étudiantes (n = 110) à la tenue d'un journal personnel relatant des incidents observés ou vécus et leurs réactions, pensées et émotions, de même que le partage du contenu de ce journal lors de séances réflexives en groupe de 11 participantes (n = 60). Cette approche réflexive mixte a permis aux infirmières de prendre conscience d'elles, de se dévoiler, de révéler des attitudes, des préjugés et des stéréotypes et de débattre sur certaines décisions infirmières.

Les résultats de ces études sont complémentaires à ceux de Davies (1995) qui a pour sa part effectué une étude par théorisation ancrée auprès de six étudiantes

infirmières dans le but de connaître les effets de la réflexion sur leur expérience clinique au cours d'une période de six mois. Au terme d'une expérience de pratique réflexive composée de sessions de rétroaction à la fin de chaque journée de stage, complétées par la tenue d'un journal, ces activités ont permis aux étudiantes de décrire leurs émotions, de partager leur expérience, de résoudre des problèmes et d'identifier les motifs des gestes et actions posés en plus de se centrer davantage sur le client et ses problèmes, plutôt que sur elles-mêmes.

L'étude exploratoire de Heidari et Galvin (2003) nous fait connaître, quant à elle, les perceptions de 32 étudiantes infirmières concernant des groupes d'apprentissage actif (*action learning groups*) incluant la rédaction d'écrits réflexifs. Ces groupes d'étudiantes, accompagnés par un tuteur, se rencontraient aux deux semaines pour une durée de deux heures. Les cinq groupes de discussion étaient un lieu de partage et d'apprentissage entre pairs où il était possible de lier la théorie à la pratique. Différents avantages et quelques difficultés ont néanmoins été soulevés. Ainsi, le soutien reçu de la part des pairs et du tuteur a été perçu comme un avantage. La structure flexible et conviviale des groupes a aussi été perçue comme étant un élément positif de ce type d'apprentissage réflexif. Certaines étudiantes auraient cependant préféré avoir davantage de structure et de direction dans les groupes et la qualité et les habiletés du tuteur ont été révélées comme une composante vitale au succès des groupes d'apprentissage actif. La durée et la fréquence ont par ailleurs, été mentionnées comme étant des aspects difficiles à gérer dans ce contexte académique.

En somme, autant les méthodes écrites que verbales évaluées dans les études effectuées en contexte académique, semblent être des moyens pour favoriser une pratique réflexive. Toutefois, des recherches offrant une définition plus claire de la méthode utilisée (ex. : écrit réflexif, incident critique, ateliers), des précisions concernant les modalités entourant son utilisation, l'usage ou non d'un cadre guidant la réflexion et la fréquence et la durée d'utilisation de la méthode retenue, guideraient davantage le choix de la méthode à privilégier (verbale, écrite ou combinaison) pour développer une pratique réflexive optimale.

La section suivante porte sur les études ayant abordé la pratique réflexive auprès d'infirmières dans un contexte clinique.

La pratique réflexive dans un contexte clinique

En milieu clinique, les recherches sur la pratique réflexive comportant des objectifs clairs et une méthodologie structurée sont peu nombreuses. La plupart des écrits rapportent des expériences personnelles de pratique réflexive (Lau & Chan, 2005; Moloney & Hahessy, 2006), ou encore des projets cliniques d'application d'un modèle de réflexion pour certaines problématiques précises comme la gestion de la douleur (Ochieng, 1999), l'amélioration de la qualité des soins (Walsh et al., 2002) ou la compréhension d'une population peu étudiée (Kilpatrick & Purden, 2007).

Parmi les études empiriques recensées, certains chercheurs ont tenté de comprendre l'utilisation de la réflexion par des infirmières en exercice (Flanagan, 2009; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Teekman, 2000), ou encore de connaître la perception des infirmières quant aux changements dans leur pratique suite à l'utilisation d'une pratique réflexive (Mantzoukas & Jasper, 2004; Paget, 2001). D'autres ont développé et implanté une pratique réflexive pour identifier des besoins d'apprentissage (Page & Meerabeau, 2000), en tant que méthode de promotion de la santé (Hartrick, 2000) ou encore comme moyen de résoudre des problèmes issus de la pratique (Taylor, 2001). Enfin, certains auteurs ont évalué l'efficacité d'une intervention de pratique réflexive pour améliorer : la réflexion chez des infirmières (Spencer & Newell, 1999); le raisonnement clinique auprès d'infirmières novices (Forneris & Peden-McAlpine, 2007) et; les soins à la famille (Peden-McAlpine et al., 2005). Une description de ces études suit, alors que l'appendice B en présente un tableau synthèse.

Mieux comprendre l'utilisation de la réflexion et le développement d'une pratique réflexive chez des infirmières

Les études qualitatives de Cirocco (2007), Teekman (2000), Gustafsson et Fagerberg (2004), Flanagan (2009), Hartrick (2000), Page et Meerabeau (2000) et Taylor (2001) ont porté sur la compréhension de l'utilisation de la réflexion chez des infirmières et le développement d'une pratique réflexive.

Les études de Cirocco (2007), Teekman (2000) et Gustafsson et Fagerberg (2004) rapportent toutes les trois que les infirmières font usage de réflexion dans la pratique. À la lumière des résultats de l'étude descriptive transversale de Cirocco (2007) réalisée auprès de 34 infirmières d'une unité de gastroentérologie d'un centre hospitalier universitaire affilié ontarien, toutes les infirmières ont mentionné faire usage d'une pratique réflexive, mais à des fréquences variables. En moyenne, 56 % des infirmières en font usage seulement une fois par année. Teekman (2000) a également constaté que les infirmières utilisaient une pensée réflexive dans leur pratique. Dans le but de comprendre comment les infirmières utilisent la réflexion au quotidien, Gustafsson et Fagerberg (2004) ont réalisé une étude phénoménographique auprès de quatre infirmières sur la réflexion utilisée lors de situations de soins. Au moyen d'entrevues semi-dirigées d'une durée de 45 à 60 minutes, les résultats de leur étude démontrent que ces infirmières font usage de réflexion-dans-l'action et de réflexion-sur-l'action, et qu'elles l'utilisent surtout pour des considérations éthiques, pour trouver le courage nécessaire lors de situations de soins difficiles, et pour la créativité qu'elle procure lors de situations complexes. Ces résultats rapportent également que la réflexion a permis à ces infirmières de percevoir la personne comme unique, de rejoindre l'autre par l'empathie, d'apprendre et de se développer en tant que professionnelles.

Ces études ont permis de démontrer que les infirmières utilisent la réflexion dans le cadre de leurs activités professionnelles et qu'elle leur permet différents types de réflexion (dans et sur l'action), pour des buts différents (pour passer à l'action,

pour évaluer, pour revoir leur façon de faire). Cependant, dans ces études, aucune intervention spécifique n'a été effectuée pour guider le processus de réflexion de ces infirmières et pour s'assurer qu'elles possédaient les habiletés préalables à la réflexion.

Néanmoins, quelques études ont tenté d'explorer le développement d'une pratique réflexive auprès des infirmières suite à une intervention. Ainsi, Flanagan (2009), lors d'une étude phénoménologique, a tenté de capturer le processus réflexif d'infirmières suite à l'implantation d'un modèle de pratique de soins en préchirurgie qui incluait une pratique réflexive infirmière individuelle. Quant à Hartrick (2000), il a développé une expérience pédagogique émancipatoire comprenant un processus réflexif. Page et Meerabeau (2000) ont utilisé la pratique réflexive comme moyen d'identifier des besoins d'apprentissages relatifs à la réanimation cardiorespiratoire alors que Taylor (2001), pour sa part, a intégré une pratique réflexive aux différents cycles d'une recherche-action ayant pour buts de faciliter l'identification de problèmes cliniques, d'établir un processus de résolution de problèmes et d'améliorer la qualité des soins dispensés. Ces interventions, réalisées au moyen de différentes approches qualitatives (phénoménologique, exploratoire, recherche-action), ont permis une pratique réflexive effectuée en groupe et ont utilisé une combinaison de méthodes écrites (ex. : journaux et écrits réflexifs) et verbales (ex. : entrevues individuelles, séances de groupe, réponses orales à des questionnaires). Ces recherches, bien qu'elles n'avaient pas pour but d'évaluer une pratique réflexive, ont donné lieu à quelques retombées éclairantes. Ces études avancent, entre autres conclusions, que le développement d'une pratique réflexive a permis aux infirmières d'identifier des problématiques cliniques (Page & Meerabeau, 2000; Taylor, 2001), de reconnaître des zones d'amélioration (Hartrick, 2000; Page & Meerabeau, 2000) et de modifier positivement certaines attitudes professionnelles, dans ce cas-ci au regard de la promotion de la santé des familles (Hartrick, 2000). La section suivante présente les études ayant porté sur la perception des changements issus de la pratique réflexive par des infirmières.

Perception des changements suite à l'utilisation de la pratique réflexive par des infirmières

Afin de découvrir si les infirmières ayant été formées à la pratique réflexive avaient perçu des changements dans leur pratique clinique, Paget (2001) a effectué un sondage rétrospectif multiméthodes. À l'aide de groupes de discussion, de questionnaires postaux et d'entrevues téléphoniques, il a découvert que les infirmières avaient modifié leur pratique suite à un cours portant sur la pratique réflexive. Parmi les 72 répondantes aux questionnaires, 83 % percevaient la pratique réflexive comme utile ou très utile et 78 % mentionnaient avoir effectué des changements à leur pratique.

Mantzoukas et Jasper (2004), dans une étude ethnographique menée auprès de 16 infirmières provenant de quatre unités de soins de médecine, portent cependant un regard différent sur la pratique réflexive. Au terme d'une observation de la dispensation de leurs soins auprès de deux patients, d'une interview sur leur processus de décision et de réflexion, et de la rédaction d'un écrit réflexif, les infirmières ont aussi reconnu la pratique réflexive comme un moyen de développer leur pratique, bien que la culture des unités de soins ne favorise pas la pratique réflexive. À cet effet, les médecins et les gestionnaires considèrent la pratique réflexive comme une méthode non valide d'acquisition de connaissances, une méthode qui ne rivalise pas avec la pratique fondée sur des résultats probants. Les auteurs concluent qu'il y a de nombreux défis à considérer lors de l'implantation d'une pratique réflexive, dont la culture du milieu.

Ces études, comportant des résultats complémentaires, soulignent que la pratique réflexive peut être perçue par les infirmières comme un moyen permettant d'effectuer des changements dans leur pratique, mais qui doit néanmoins être soutenue et reconnue par les différents acteurs des milieux de soins. Les études évaluatives recensées sur la pratique réflexive auprès d'infirmières font l'objet de la section suivante.

Évaluer une pratique réflexive auprès d'infirmières

Seules deux recherches évaluatives et une étude pilote évaluative d'une pratique réflexive auprès d'infirmières ont été recensées à ce jour. La première recherche a permis d'implanter et d'évaluer une intervention de pratique réflexive visant l'amélioration des soins à la famille (Peden-McAlpine et al., 2005). La seconde a permis d'implanter et d'évaluer une pratique réflexive pour améliorer le raisonnement critique chez des infirmières novices (Forneris & Peden-McAlpine, 2007). L'étude évaluative pilote de Spencer et Newell (1999) visait quant à elle, à démontrer que l'utilisation de matériel éducatif pouvait promouvoir la réflexion chez des infirmières.

Plus précisément, Peden-McAlpine et al. (2005) ont réalisé une étude phénoménologique visant à révéler les changements survenus dans la pratique professionnelle de huit infirmières en soins critiques pédiatriques suite à une intervention de pratique réflexive ciblant une approche centrée sur la famille. L'intervention de pratique réflexive était constituée de trois composantes : la lecture et l'analyse d'un texte sur une situation de soins entre une infirmière et une famille; l'observation d'un échange entre une infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et une famille puis; une discussion réflexive sur les deux premières composantes avec une ICS. Cette étude souligne le potentiel de la pratique réflexive pour transformer les attitudes négatives que peuvent avoir les infirmières. Ces auteurs ont constaté que cette intervention de pratique réflexive a permis à ces infirmières de reconnaître et de recadrer des idées préconçues à l'endroit des familles telles que leur besoin de soutien émotionnel et l'apport d'informations sur les fonctionnements de la famille pouvant modifier le contexte des soins à prodiguer à l'enfant. Ce changement d'attitudes a permis aux infirmières de modifier leur pratique en incluant les familles dans leur cible d'intervention plutôt que de les laisser en périphérie des soins.

Dans le cadre d'une étude de cas, Forneris et Peden-McAlpine (2007) ont implanté, auprès de dyades formées de six infirmières novices et d'infirmières préceptrices en milieu hospitalier, une pratique réflexive dans le but d'améliorer le raisonnement critique des infirmières novices au cours de leurs six premiers mois de pratique. La pratique réflexive à l'étude se traduisait par une intervention d'apprentissage contextualisé fondée sur la réflexion mise en place dans le cadre d'un programme d'intégration à l'emploi d'un centre hospitalier américain. L'intervention d'apprentissage comportait quatre composantes : un journal réflexif tenu par chacune des infirmières novices pendant la période de l'étude; trois entrevues individuelles (pré, mi, et post-projet) entre les infirmières novices et les chercheurs dans le but de soutenir le processus de développement de la pensée critique; l'accompagnement quotidien des infirmières novices sous un mode de préceptorat par des infirmières expérimentées pour une durée de trois mois; des groupes de discussion guidés aux deux semaines durant les quatre premiers mois de l'étude et mensuellement par la suite pour les infirmières novices. Cette étude a conclu que les infirmières novices avaient amélioré leur raisonnement critique au cours de l'étude et qu'elles utilisaient davantage leurs connaissances, reconnaissaient l'impact de la culture du milieu sur les soins dispensés, et prenaient plus en considération le point de vue du patient. Cette pratique a également permis aux infirmières novices d'explorer leurs propres perceptions, en plus d'apprécier la perspective des autres et de s'engager ainsi dans un raisonnement critique. Bien que la taille de l'échantillon soit modeste, les résultats de cette étude ont pu démontrer une retombée intéressante pour la pratique des infirmières. Cette étude est l'une des rares à avoir décrit de façon détaillée les composantes de l'intervention mise en place. Un article publié antérieurement par ces auteurs (Forneris & Peden-McAlpine, 2006) décrit les fondements et les principes de l'apprentissage contextualisé, du raisonnement critique et de l'intervention privilégiée.

Enfin, Spencer et Newell (1999) ont réalisé une étude pilote évaluative, à mesures répétées, auprès de 19 infirmières. Cette étude quantitative avait pour but d'évaluer l'amélioration du niveau de réflexion chez des infirmières à l'aide de

matériel éducatif écrit sur la réflexion. Le matériel éducatif comprenait : de l'information offerte par l'Ordre professionnel de Grande-Bretagne concernant le développement professionnel des infirmières post-diplomation, une définition de la réflexion selon Boud et al. (1985b), le modèle du processus de réflexion de ces derniers auteurs, ainsi que des exemples de niveaux de réflexion d'après l'étude de Wong et al. (1995). Les infirmières étaient informées qu'elles pouvaient utiliser des références pour soutenir leurs propos. Un écrit réflexif pré et post-envoi du matériel éducatif servait à déterminer l'amélioration des habiletés de réflexion de ces infirmières. Les chercheurs ont utilisé les travaux de Wong et al. (1995), présentés précédemment, et leur catégorisation fondée sur les écrits de Mezirow (1991) pour déterminer les niveaux de réflexion des infirmières. Ainsi, les écrits réflexifs (pré et post) ont fait l'objet d'une classification, par trois juges, dans l'une des trois catégories : non-réflexif, réflexif et réflexif critique. Les degrés d'accord entre les juges variaient entre 0,65 et 0,77. Le test de Wilcoxon s'est avéré non significatif quant à l'amélioration du niveau de réflexion pré et post écrit réflexif. Cependant, en retirant les écrits réflexifs pré-test ayant été classés dans la catégorie « réflexif critique », une amélioration significative a pu être notée. Ce choix a été fait considérant que les infirmières se situant dans la catégorie « réflexif critique » étaient déjà à un niveau de réflexion élevé et ne pouvaient s'améliorer davantage (effet plafond). Les résultats ont ainsi démontré que les infirmières avaient amélioré leur niveau de réflexion à l'aide du matériel éducatif fourni.

En résumé, les études sur la pratique réflexive sont majoritairement qualitatives et exploratoires. Parmi les études recensées, certaines comportent des faiblesses méthodologiques ou une description insuffisante, notamment au niveau de l'approche utilisée pour développer la pratique réflexive. Un manque d'information sur la façon dont les chercheurs ont analysé leurs données et sur la façon d'en tirer des conclusions, caractérisent également plusieurs des études inventoriées. De plus, plusieurs études font abstraction de la façon dont les infirmières sont préparées à utiliser une pratique réflexive, focalisant sur les résultats et moins sur le processus de développement de cette pratique. Nous remarquons également qu'il n'existe pas de

consensus parmi les études recensées quant à la durée optimale d'une intervention de pratique réflexive conduisant à l'adoption d'un changement de pratique. De façon générale, la pratique réflexive semble cependant être un moyen reconnu et apprécié des infirmières pour leur développement professionnel et qui permettrait un changement positif d'attitudes, l'amélioration des connaissances, l'intégration de nouvelles interventions infirmières et l'augmentation du niveau de réflexion des infirmières. Compte tenu de ces constats, d'autres études sont nécessaires.

La section suivante présente le cadre de référence de l'étude.

Cadre de référence

Positionnant la discipline infirmière dans un juste équilibre entre une science humaine et un art, la théorie du *Human Caring* (1979), élaborée par Jean Watson, peut servir de fondement à la pratique réflexive. Johns (2001, 2004a), qui a élaboré un modèle de réflexion structurée, est d'avis que la pratique réflexive est inspirée des fondements du *caring* en partageant des points communs, notamment la conscience de soi et des autres, habileté nécessaire à la pratique réflexive et élément essentiel du *caring*. Compte tenu de leur complémentarité et de leur cohérence, la théorie du *Human Caring*, et le modèle de réflexion structurée de Johns (2006), ont été retenus comme cadre de référence à la présente étude.

La théorie du Human Caring de Watson (1979)

La théorie originale du *Human Caring* est la perspective infirmière retenue dans cette étude. Selon cette théorie, le but des soins infirmiers est d'aider la personne à atteindre un niveau supérieur d'harmonie entre son âme, son corps et son esprit. Cette théorie s'articule autour de dix facteurs caratifs que l'infirmière utilise pour prodiguer des soins à la personne (Watson, 1979) :

1. Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.
2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.

3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.
6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision.
7. La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.
8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction.
9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
10. La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques.

Les facteurs caratifs tendent à préciser la nature du *care* en sciences infirmières, qui se veut distincte, mais complémentaire à la nature du *cure* des sciences médicales. Pour Watson (1979), les besoins humains, bien que se présentant sous une forme hiérarchique, réfèrent à une interaction holiste et dynamique des besoins biophysiques (respiration, élimination, alimentation et hydratation), psychophysiques (activité, sexualité), psychosociaux (appartenance, accomplissement) et intrapersonnels (actualisation de soi). Certains facteurs caratifs de cette théorie, soit le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste et la culture d'une sensibilité à soi et aux autres, sont, tels que mentionnés précédemment, particulièrement cohérents au développement d'une pratique réflexive. Dans cette perspective, la pratique réflexive, fondée sur l'expérience, la description d'événements et la reconnaissance des émotions qu'ils suscitent, sollicite l'infirmière à faire appel à la conscience de soi et de ses émotions pour une meilleure compréhension de l'expérience vécue par la personne soignée, ce qui rejoint la théorie du *Human Caring* de Watson (1979). La pratique réflexive amène l'infirmière à réviser ses perceptions et ses façons de faire en vue d'améliorer une future expérience et d'enrichir sa pratique.

Par ailleurs, même si tous les facteurs caratifs sont interreliés et utiles à l'intervention auprès des aînés, les huitième et neuvième facteurs caratifs de la théorie

du *caring*, soit l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction, apparaissent particulièrement centraux aux préoccupations cliniques considérées dans cette étude au regard des soins à la personne âgée hospitalisée. En lien avec le facteur caritatif portant sur l'assistance dans la satisfaction des besoins humains, le rôle de l'infirmière consiste à aider les personnes dans leurs activités quotidiennes et à faciliter leur croissance et leur développement. En ce qui a trait au facteur de création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction, il peut être défini comme un ensemble de stratégies ou de mécanismes visant à réguler des variables internes et externes qui affectent la vie et le bien-être d'une personne. Par exemple, Watson décrit le confort, l'intimité, la sécurité et le cadre de vie propre-esthétique comme des variables qui affectent l'environnement externe et avec lesquelles l'infirmière doit composer. À travers une pratique réflexive centrée sur ces facteurs, l'infirmière est invitée à jouer son rôle d'accompagnatrice de la personne âgée hospitalisée dans le maintien de son autonomie. Nous avons privilégié ces facteurs caritatifs, entre autres raisons, du fait qu'ils peuvent faire référence à des activités cliniques concrètes pour les infirmières. Comme les infirmières sont souvent encore peu familières avec l'utilisation de conceptions infirmières pour guider leur pratique, nous voulions rendre pragmatique et accessible cette expérience de pratique réflexive, tout en étant guidée par une conception explicite de la discipline infirmière.

Le modèle de réflexion structurée de Johns (2006)

Initialement développé en 1991 par Christopher Johns (1991), le modèle de réflexion structurée a fait l'objet de nombreux raffinements au fil du temps. La quinzième et dernière version de ce modèle (Johns, 2006) a été retenue dans la présente étude afin de guider le processus de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive. Ce modèle est fondé sur les différentes sources du savoir infirmier proposées par Carper (1978), soit les savoirs empirique, éthique, esthétique et personnel, et offre un cadre permettant une compréhension de

l'apprentissage que l'on peut faire à travers la réflexion. Selon Johns (2006), l'infirmière est en premier lieu, invitée à décrire une situation clinique vécue, pour ensuite la soumettre à une analyse guidée et structurée par des questions. Ce modèle est particulièrement approprié pour les infirmières voulant s'initier à la pratique réflexive, puisqu'il les guide à travers 20 questions facilitant leur réflexion. Les questions, simples et courtes, précisent la source de savoir à laquelle elles renvoient, permettant ainsi à l'infirmière de déterminer le savoir utilisé ou à développer. Johns (2000b, 2004a) a défini chacun des savoirs infirmiers en s'appuyant notamment sur les écrits de Carper (1975, 1978). Pour cet auteur, le savoir empirique réfère aux évidences empiriques indiquant les actions les plus efficaces à entreprendre et se fonde sur des connaissances systématiques et organisées. Le savoir éthique pour sa part, fait référence au processus utilisé par l'infirmière pour agir dans le meilleur intérêt du patient en fonction de règles éthiques et morales. Le savoir esthétique relève de l'art du soin et se révèle par la manière unique que possède l'infirmière de saisir, d'interpréter et d'envisager une situation de soin, alors que le savoir personnel se traduit par l'expérience unique acquise par l'infirmière, comprenant ses valeurs, ses croyances, ses attitudes et ses émotions. Johns ajoute le concept de réflexivité à son modèle. Pour cet auteur, ce concept réfère aux connaissances tacites qui peuvent surgir d'une réflexion sur les expériences antérieures. Une traduction des questions du modèle de réflexion structurée de Johns est présentée au tableau 1.

Tableau 1

Modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Traduction libre

Pistes de réflexion	Source de savoir
Décrire une expérience qui semble significative	Esthétique
Quels aspects de cette expérience semblent significatifs pour que j'y porte attention?	Esthétique
Quelles étaient les émotions des personnes impliquées et pourquoi se sont-elles senties ainsi?	Esthétique
Comment me suis-je sentie et pourquoi me suis-je sentie ainsi?	Personnel
Qu'est-ce que j'essayais d'atteindre et est-ce que je l'ai atteint?	Esthétique
Quelles étaient les conséquences de mes actions sur le patient, les personnes impliquées et moi-même?	Esthétique
Quels facteurs (personnel, organisationnel, professionnel, culturel) influencent :	Personnel
- la façon dont je me suis sentie?	
- la manière dont j'ai pensé?	
- la façon dont j'ai répondu à la situation?	
Quelles connaissances m'ont aidée ou auraient pu m'aider?	Empirique
Jusqu'à quel point ai-je agi de la meilleure façon et en accord avec mes valeurs?	Éthique
Comment cette situation peut-elle être reliée à d'autres expériences?	Personnel
Si la situation se reproduisait, comment pourrais-je agir différemment?	Réflexivité
Quelles seraient les conséquences d'agir de façon différente pour le patient, pour les autres personnes impliquées, pour moi-même?	Réflexivité
Quels facteurs m'empêchent d'agir différemment?	Personnel
Maintenant, comment est-ce que je me sens par rapport à cette expérience?	Personnel
Est-ce que je me sens mieux outillée pour faire face à des expériences comparables?	Réflexivité
Est-ce que je me sens mieux outillée pour aider les autres à faire face à des expériences comparables?	
Est-ce que je me suis rapprochée de mon idéal de pratique?	
Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette réflexion?	

À partir de la réflexion effectuée au moyen de ce modèle, l'infirmière peut anticiper comment elle pourrait agir différemment dans une situation similaire, identifier les zones d'amélioration, les cibles à atteindre, ainsi que les facteurs qui facilitent et contraignent son action. Ce modèle permet d'accéder en profondeur à l'apprentissage par l'expérience : il procure à l'infirmière l'occasion de réfléchir sur

son raisonnement clinique et sur l'action posée dans une situation liée à sa pratique. Dans le cadre de notre étude, ce modèle a servi d'assise à l'intervention de pratique réflexive puisqu'il a offert aux infirmières une structure permettant d'encadrer la description des expériences cliniques au regard de la médication, de la mobilisation et de la planification du congé de personnes âgées hospitalisées, l'analyse de ces expériences, ainsi que les échanges entre pairs.

Le chapitre suivant présente la méthode utilisée pour réaliser cette recherche.

Chapitre 3
Méthode

Le présent chapitre porte sur la méthode retenue pour réaliser cette étude. Il comprend : le devis de l'étude, les questions et hypothèses de recherche, la description du milieu, de l'échantillon et du processus de recrutement des participantes, la présentation de l'intervention de pratique réflexive, le déroulement de l'étude, les outils de collecte de données, l'analyse des données, et enfin, les considérations éthiques.

Devis

Un devis mixte a été retenu pour la présente étude. Le développement et la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive ont été réalisés au moyen d'une approche qualitative de type recherche-action. L'évaluation de cette intervention a été effectuée à l'aide d'une approche mixte, soit une approche qualitative combinée à une approche quantitative de type quasi-expérimental avec groupe de comparaison et mesures pré et post-intervention. Une telle approche suggère qu'un phénomène est mieux compris s'il est examiné selon différentes perspectives. C'est ainsi que la combinaison de données qualitatives et quantitatives est considérée comme complémentaire et comme permettant de rehausser les forces de chacune de ces approches, plutôt qu'associée à des paradigmes opposés et irréconciliables (DeCuir-Gunby, 2008).

Les approches de recherche utilisées sont expliquées dans les sections suivantes, en fonction des deux phases de l'étude : la phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive et la phase d'évaluation de cette intervention.

Phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive

Inspirée de la spirale de la recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988), une approche qualitative a été utilisée pour le développement et la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive. D'après ces auteurs, cette spirale est composée de

deux cycles. Le premier comprend trois étapes : la planification, l'action et l'observation, et la réflexion. La première étape, soit celle de la planification, sert à évaluer le contexte où l'étude est menée. Elle permet également au chercheur de préparer son entrée sur le terrain de recherche, de rencontrer les participants et d'identifier une problématique. L'étape de l'action et de l'observation sert à définir la problématique et les interventions à mettre en œuvre pour la résoudre avec les participants. Enfin, la troisième étape, soit celle de la réflexion, offre la possibilité de faire un retour sur le problème et les solutions qui ont été mises en œuvre pour en faire l'analyse.

Le deuxième cycle de cette spirale comprend ces trois mêmes étapes, soit : la planification révisée, l'action et l'observation, et la réflexion. Ce dernier cycle peut se répéter autant de fois qu'il est nécessaire pour que la problématique initiale soit résolue de façon adéquate par et pour les participants. La figure 1 présente cette spirale de recherche-action telle que proposée par Kemmis et McTaggart (1988).

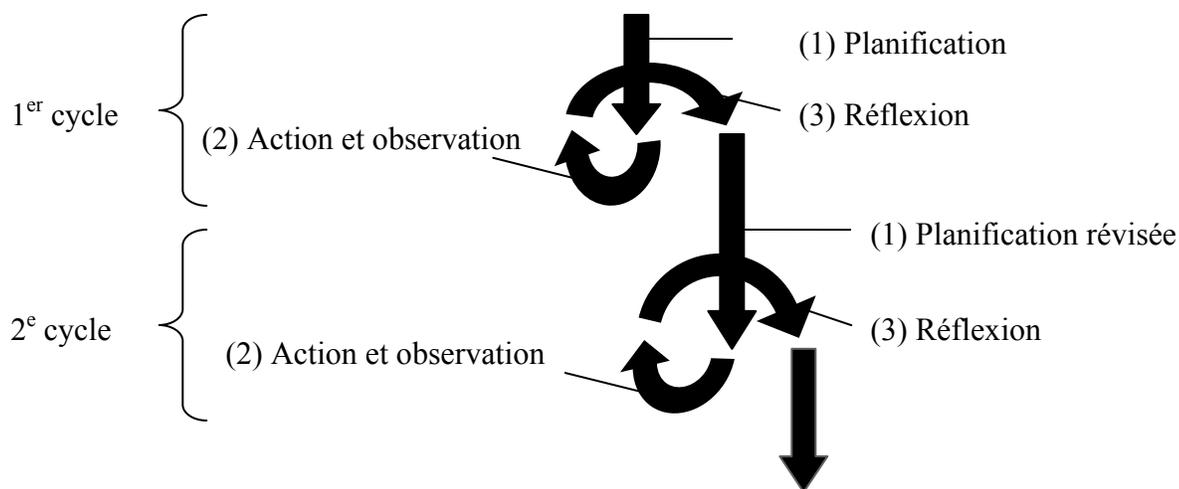


Figure 1. Spirale de la recherche-action (Kemmis & McTaggart, 1988, p.11).

Cette approche de recherche-action a été utilisée par les professionnels de la santé pour améliorer l'efficacité de leur travail, et ce, dans différents contextes (Meyer, 2006; Meyer & Batehup, 1997; Stringer & Genat, 2004b). Elle a plus

particulièrement été utilisée en sciences infirmières, puisqu'elle allie la créativité à l'investigation et à la résolution de problèmes, éléments valorisés par les praticiens. La recherche-action est particulièrement appropriée pour réduire l'écart entre la théorie et la pratique, ce que la pratique réflexive vise également. En effet, la recherche-action a pour objectif d'influencer directement le monde de la pratique (Dolbec, 2003) et elle est perçue, par certains, comme un instrument de développement personnel et professionnel, ce qui en fait une approche adaptée et cohérente à l'objet de cette étude. Elle mise sur le partage des pouvoirs et des savoirs entre les chercheurs et les praticiens, laissant place à la coconstruction et à l'*empowerment* (Lavoie, Marquis, & Laurin, 1996).

Phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive

Évaluation qualitative

L'identification et la mise en application des solutions issues d'une démarche réflexive par les praticiens sont un objectif central permettant de conclure les cycles de la recherche-action (Stringer & Dwyer, 2005). Ainsi, au terme du développement et de la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive, nous avons évalué qualitativement les retombées possibles de cette intervention au moyen des trois questions de recherche suivantes :

Q₁ : Quelles habiletés nécessaires à la pratique réflexive les infirmières perçoivent-elles avoir développées?

Q₂ : Quels types de savoir (empirique, éthique, esthétique, personnel) les infirmières perçoivent-elles avoir développés?

Q₃ : En quoi les infirmières perçoivent-elles la pratique réflexive comme un moyen d'amélioration possible de leur pratique quotidienne?

Évaluation quantitative

L'approche quantitative de type quasi-expérimental avec groupe de comparaison et mesures pré (T_0) et post-intervention (T_1) a été retenue pour vérifier les hypothèses de recherche. Ce devis est reconnu pour être utile lorsqu'une recherche est effectuée en milieu naturel et qu'elle ne peut se contraindre aux exigences d'un devis expérimental (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Burns et Grove (2005) soulignent que cette approche est un moyen alternatif au devis expérimental, notamment lorsque le chercheur n'a pas la possibilité de randomiser les participants au sein des groupes. Cette situation s'appliquait à la présente étude. En effet, l'intervention de pratique réflexive a été implantée sur certaines unités de soins et les infirmières qui l'ont expérimentée, étant celles travaillant dans ces unités, n'ont pas été assignées au hasard à l'un ou l'autre des groupes.

Les hypothèses de notre étude s'énonçaient comme suit :

Comparativement à un groupe de comparaison, les infirmières ayant participé au développement et à la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive (groupe expérimental) :

H₁ : auront modifié leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des personnes âgées;

H₂ : auront identifié significativement plus d'interventions infirmières d'assistance dans la satisfaction des besoins humains et de création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction adaptées aux besoins des aînés hospitalisés eu égard à la médication, à la mobilisation et à la planification du congé;

H₃ : auront développé un niveau de réflexion supérieur au regard des soins dispensés aux aînés hospitalisés en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Comme mentionné au chapitre précédent, la théorie du *Human Caring* de Watson (1979) a été retenue en tant que perspective infirmière pour cette étude. Deux facteurs caratifs interreliés sont centraux au développement et à la mise à l'essai de la pratique réflexive dans la présente recherche, soit : l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains fait référence aux interventions prodiguées par les infirmières au regard de la médication (besoin biophysique), de la mobilisation (besoin psychophysique) et de la planification du congé (besoin psychosocial) auprès de la personne âgée hospitalisée. Quant à la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction, il s'agit de la mise en place d'interventions issues des meilleures pratiques de soins actuellement connues selon les guides de pratiques (Hartford Institute for Geriatric Nursing, 2008, 2009; Registered Nurses' Association of Ontario, 2005; Zwicker & Fulmer, 2008; Zwicker & Picariello, 2003) visant à éviter les risques pour la santé des aînés hospitalisés et favorisant le confort et la sécurité de ces derniers, et ce, en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Milieu, recrutement et échantillon

L'étude s'est déroulée au sein de cinq unités de soins de médecine-chirurgie d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Ce centre comprend 993 lits d'hospitalisation et de nombreuses cliniques externes réparties sur trois sites. Il offre des services spécialisés et ultraspecialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. Sa mission est concentrée autour de cinq axes : les soins et les services cliniques, l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et la promotion de la santé.

Cette étude a été menée plus précisément auprès d'infirmières détentrices d'un poste à temps complet ou à temps partiel, sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit et dispensant des soins à des patients âgés. Comme ce centre hospitalier se

compose de plusieurs sites, les participantes du groupe expérimental et celles du groupe de comparaison ont été recrutées sur deux sites différents afin d'éviter la contamination possible entre les groupes. Cinq unités ont été retenues, compte tenu qu'elles étaient comparables sur le plan du ratio infirmière-patients, de l'expérience clinique des infirmières et de leur désignation en tant qu'unités de médecine. De plus, ces cinq unités ont accueilli entre 46 et 63 % de personnes âgées au cours des années 2006-2008². La moyenne d'âge des aînés hospitalisés se situait de 74,4 à 78,7 ans et leur moyenne de durées de séjour était supérieure à la moyenne canadienne de 9 jours.

Afin de déterminer sur quel site seraient recrutées les participantes des groupes expérimental et de comparaison, nous avons tenu compte d'aspects liés à la faisabilité du projet, soit le contexte organisationnel du milieu (ex. : le nombre de projets qui devaient débiter au cours de notre étude), ainsi que le potentiel de recrutement des infirmières. Étant donné que le site possédant trois unités de soins (site 1) devait être moins sollicité par des projets organisationnels et que ce site avait un bassin plus grand d'infirmières pour le recrutement à l'intervention de pratique réflexive, le groupe expérimental a été recruté sur les trois unités de ce site, alors que le groupe de comparaison a été recruté au sein de deux unités de soins du site 2.

Pour mesurer les changements à la suite de la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive, nous avons initialement prévu un échantillon de 60 infirmières, soit 30 infirmières dans le groupe expérimental et 30 infirmières dans le groupe de comparaison. Cette taille échantillonnale soutenait les aspects de faisabilité du projet en milieu clinique (contexte, durée, déroulement, coût) et est reconnue (Field, 2005) comme une valeur standard permettant de se rapprocher d'une courbe normale reflétant la population à l'étude. Toutes les infirmières (n = 127) issues des cinq unités de soins ont ainsi été invitées à participer au projet sur une base volontaire. Afin d'effectuer le recrutement pour l'étude, l'investigatrice, accompagnée des

² Données obtenues auprès de la Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance (DGIQP) du centre hospitalier où s'est déroulée l'étude.

infirmières-chefs d'unité, a tenu 27 rencontres entre mai et novembre 2010, et ce, sur les trois quarts de travail. Au total, 89 infirmières ont assisté à ces rencontres d'information et de recrutement. La Direction des soins infirmiers, la Direction des regroupements clientèles et la Direction générale adjointe aux affaires cliniques du centre hospitalier ont encouragé la réalisation de ce projet en offrant leur appui financier et logistique afin que l'intervention de pratique réflexive se déroule à l'extérieur des heures de travail et que les infirmières soient rémunérées.

Au début de l'étude, 30 infirmières ont manifesté leur intérêt à participer au développement et à la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive (groupe expérimental), et ont signé le formulaire d'information et de consentement. De ce nombre, 25 infirmières ont effectivement participé à l'ensemble de l'intervention et parmi celles-ci, 22 infirmières ont rempli les questionnaires post-intervention. Par ailleurs, 26 infirmières ont consenti à faire partie du groupe de comparaison et de ce nombre, 21 infirmières ont complété les questionnaires pré et post-intervention. Un total de huit infirmières du groupe expérimental et de cinq infirmières du groupe de comparaison ont abandonné le projet entre la signature du consentement et la fin du projet. Les raisons invoquées pour les abandons étaient : manque de temps ($n = 3$), démission du centre hospitalier au cours de l'étude ($n = 2$), congé préventif pour maternité ($n = 1$), arrêt de travail ($n = 3$), aucun motif donné ($n = 4$). La figure 2 présente le processus de recrutement et l'échantillon final.

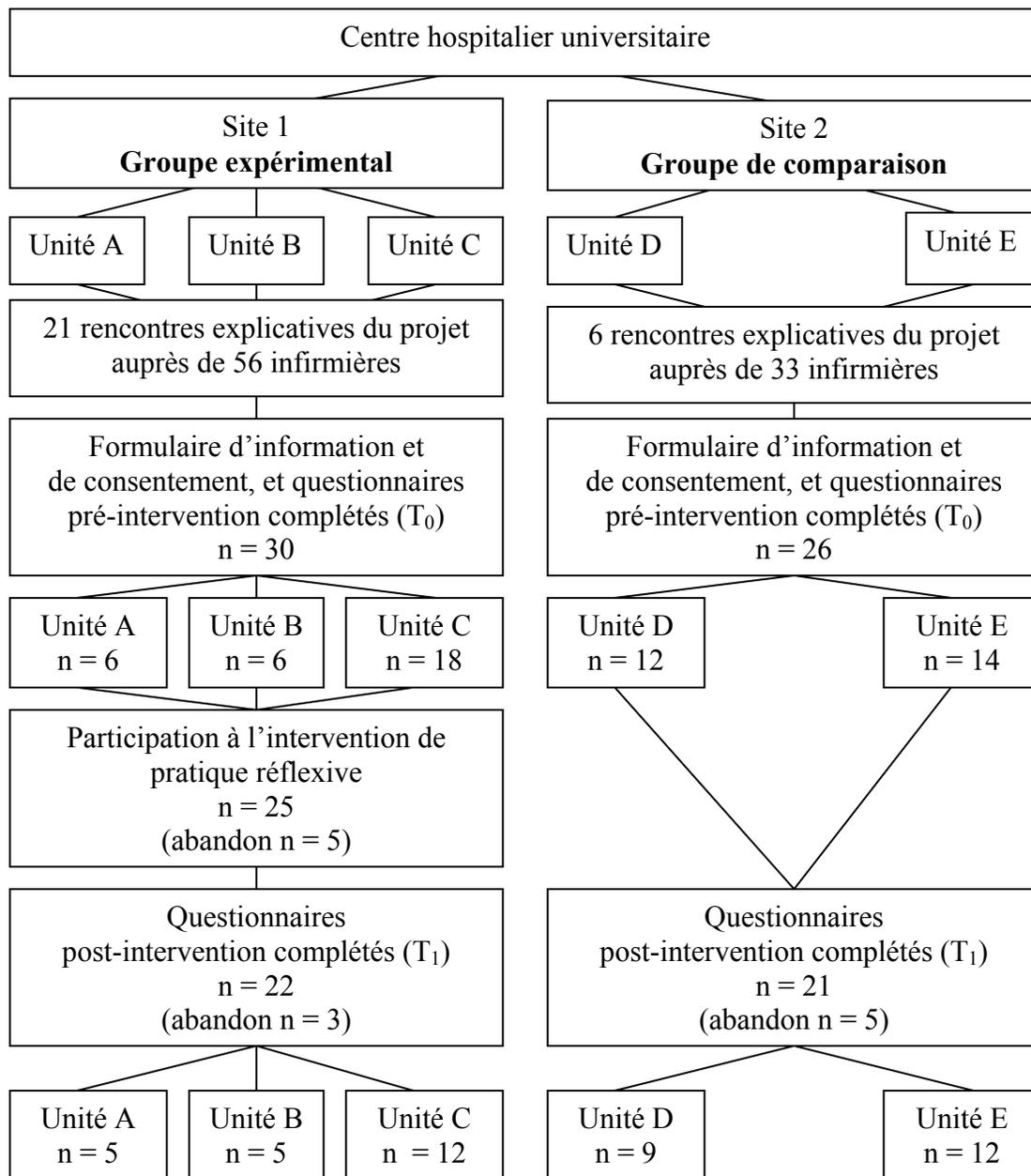


Figure 2. Processus de recrutement et échantillon.

Intervention de pratique réflexive

Description de l'intervention

Guidée par la théorie du *Human Caring* (Watson, 1979) et le modèle de réflexion structurée de Johns (2006), l'intervention de pratique réflexive a été développée sur la base de la revue des écrits empiriques présentée précédemment et de certains écrits théoriques, en respectant des principes andragogiques et d'apprentissage réflexif et expérientiel valorisant les différents types de savoir (Bailey & Graham, 2007; Boud, Keogh, & Walker, 1985a; Bulman & Schutz, 2004; Burns & Bulman, 2000; Carper, 1975, 1978; Ghaye, 2005; Heath, 1998a; Johns, 2000b, 2004a, 2006; McGrath & Higgins, 2006; Mezirow, 1990, 2000; Moon, 2001, 2004; Platzer, Blake, & Ashford, 2000a; Reed & Procter, 1993; Schön, 1983). Ces principes reconnaissent que l'adulte apprenant a besoin de comprendre pourquoi certaines connaissances sont nécessaires afin de pouvoir les accepter et d'avoir un certain contrôle sur son expérience d'apprentissage (Knowles, 1984). La reconnaissance des expériences antérieures soutenant les nouveaux apprentissages est au cœur de l'intervention de pratique réflexive. Ainsi, lors de cette intervention, des allers-retours entre les anciennes et les nouvelles perceptions, émotions et connaissances des infirmières en tant qu'adultes apprenantes ont été privilégiés.

L'accent a aussi été mis sur le développement de savoirs variés en accord avec le modèle de réflexion structurée de Johns (2006). L'investigatrice, agissant comme guide et facilitatrice de cette expérience de pratique réflexive, devait respecter certains principes permettant l'expression de cette pratique par les infirmières. Une attention particulière était accordée à : souligner la valeur et la contribution personnelle de chacune des participantes; être à l'écoute des infirmières; rétroagir sur les progrès; favoriser un espace permettant aux idées de surgir et; assumer le rôle de médiatrice permettant l'expression de points de vue contradictoires et fournissant de nouvelles sources d'information (Driscoll & Teh, 2001; McCormack, Wright, Dewar, Harvey, & Ballantine, 2007; van der Zijpp & Dewing, 2009). Les principes

andragogiques ayant guidé la structure de cette intervention de pratique réflexive sont détaillés à l'appendice C.

Les activités retenues dans le cadre de l'intervention étaient : des ateliers en petits groupes où les échanges et l'interactivité entre les infirmières participantes et la guide-facilitatrice étaient privilégiés; des réflexions individuelles guidées et écrites dans un journal réflexif basé sur le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) et mettant à l'avant-plan les expériences cliniques des infirmières; des lectures orientées vers les pratiques exemplaires en soins infirmiers gériatriques concernant les trois problématiques retenues (médication, mobilisation, planification du congé); l'application concrète des apprentissages par l'essai, en milieu clinique, d'interventions choisies par les infirmières et issues de ces pratiques exemplaires. En somme, l'intervention de pratique réflexive permettait d'expérimenter la réflexion-sur-l'action tout en encourageant une réflexion-dans-l'action telle que proposée par Schön (1983). La section suivante détaille les modalités de cette intervention.

Modalités de l'intervention de pratique réflexive

L'intervention de pratique réflexive a été dispensée aux infirmières du groupe expérimental sur une période de 22 semaines.

Au cours de cette intervention :

- Huit ateliers de pratique réflexive d'une durée de 75 minutes chacun ont été dispensés à un intervalle de trois semaines;
- Trois journaux réflexifs ont été rédigés par les infirmières, soit un journal par thème retenu pour l'intervention (médication, mobilisation, planification du congé);
- Trois lectures orientées vers des pratiques exemplaires en soins infirmiers gériatriques sur les thèmes précédemment mentionnés ont été réalisées (une lecture par thème);

- Trois interventions infirmières issues des pratiques exemplaires et choisies par chacune des infirmières ont été mises à l'essai et commentées (une par thème).

Tel qu'il est mentionné dans la revue des écrits, il n'existe actuellement pas de consensus sur la durée d'une intervention de pratique réflexive conduisant à l'adoption d'un changement de pratique. La durée et le nombre d'activités retenues dans cette intervention ont donc été motivés par différents facteurs : le dosage suggéré par certaines études ayant proposé une intervention de pratique réflexive comportant des méthodes écrites et verbales (Forneris & Peden-McAlpine, 2007; Peden-McAlpine et al., 2005; Taylor, 2001); la notion même de pratique réflexive qui propose une période de temps suffisamment longue entre l'événement clinique et son analyse pour permettre à l'infirmière d'en extraire ses apprentissages et d'obtenir des points de vue complémentaires et; la faisabilité du projet, compte tenu que les infirmières étaient fréquemment sollicitées pour différentes activités au moment du projet (heures supplémentaires, sessions d'information, activités de formation et rencontres d'équipe avant ou après leurs quarts de travail). Nous avons opté pour des ateliers de groupe relativement courts (75 minutes) aux trois semaines, afin de laisser place à une réflexion individuelle sur des expériences cliniques et de permettre la mise à l'essai d'interventions infirmières. Nous avons déterminé que chacun des groupes serait composé de quatre à huit infirmières, permettant ainsi suffisamment d'échanges et de diversité d'expériences, tout en ne compromettant pas l'aspect convivial et intime des ateliers. Il est à préciser que, compte tenu d'un horaire de travail fluctuant, les infirmières n'étaient pas assignées au même groupe tout au long de l'intervention.

Contenu de l'intervention de pratique réflexive

Le contenu de l'intervention de pratique réflexive a été construit, comme déjà mentionné, autour de trois grandes problématiques de soins rencontrées par une forte majorité de personnes âgées hospitalisées et pour lesquelles l'investigatrice avait été fréquemment consultée dans son travail d'infirmière clinicienne spécialisée auprès de

la clientèle âgée : la médication, la mobilisation et la planification du congé. Ayant rarement l'occasion d'en discuter et connaissant peu les interventions infirmières spécifiques qui pourraient alimenter leur pratique, les infirmières manifestaient un intérêt particulier pour ces thématiques. Afin de mieux comprendre les éléments de l'intervention, un résumé de son contenu est présenté dans les paragraphes suivants.

Les deux premiers ateliers de pratique réflexive ont d'abord permis aux infirmières de se familiariser avec la théorie du *Human Caring* de Jean Watson, le modèle de réflexion structurée de Johns, de même qu'avec les concepts de réflexion et de pratique réflexive. Les infirmières ont également été amenées, au cours de ces premiers ateliers, à réfléchir sur la situation des personnes âgées dans la société et dans le contexte hospitalier, ainsi qu'à confronter leurs perceptions avec des écrits et des données scientifiques.

Pour les six ateliers subséquents, les infirmières se sont penchées sur les deux facteurs caratifs définis précédemment, soit l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction. Ces facteurs caratifs étaient discutés en lien avec les thèmes de la médication, de la mobilisation et de la planification du congé. Chacun de ces thèmes faisait l'objet de deux ateliers.

Plus précisément, deux ateliers ont permis aux infirmières, à partir de leurs expériences de soins auprès des personnes âgées hospitalisées, d'identifier et de documenter les problématiques rencontrées en lien avec la médication, puis de se questionner sur les interventions infirmières qu'elles effectuaient en les comparant avec celles souhaitées ou reconnues comme étant les meilleures pratiques de soins dans les écrits. Chacune des infirmières devait par la suite choisir une modification ou une nouvelle intervention issue de ces meilleures pratiques de soins au regard de la médication qu'elle devait expérimenter entre les deux ateliers. Lors du deuxième atelier, elles devaient partager l'intervention mise à l'essai ainsi que les résultats obtenus auprès de la clientèle.

Au cours des ateliers subséquents, les infirmières se sont intéressées à la mobilisation et à la planification du congé des aînés hospitalisés en respectant la même structure que pour le thème de la médication.

Le tableau 2 présente sommairement les activités et les objectifs généraux qui sous-tendent l'intervention de pratique réflexive. Précisons que les infirmières avaient reçu le contenu général de l'intervention lors du premier atelier. Le contenu détaillé de l'intervention était remis aux infirmières au début de chaque atelier.

Tableau 2

Objectifs généraux et activités de l'intervention de pratique réflexive

	Objectifs généraux	Activités
Introduction		
Semaine 1	Se familiariser avec la théorie du <i>Human Caring</i> et les notions de pratique réflexive (habiletés, modèle de réflexion, types de savoir, etc.)	<u>Atelier 1.</u> « <i>La pratique réflexive ou comment tirer profit de ses expériences professionnelles</i> »
Semaines 2 et 3	Consolider des notions de pratique réflexive. S'initier à la recherche de références scientifiques. Enrichir ses connaissances sur le vieillissement.	Lectures sélectionnées Recherche d'articles liés au vieillissement
Semaine 4	Mettre au défi les perceptions et connaissances liées au vieillissement. Discuter de problématiques de soins rencontrées.	<u>Atelier 2.</u> « <i>Vieillesse : mythes ou réalités?</i> »
Médication		
Semaines 5 et 6	Adopter une démarche écrite de réflexion structurée permettant de décrire et d'analyser une expérience clinique au regard de la médication chez l'aîné.	Tenue d'un journal réflexif

Tableau 2 (suite)

Objectifs généraux et activités de l'intervention de pratique réflexive

	Objectifs généraux	Activités
Médication (suite)		
Semaine 7	Cerner les problématiques rencontrées au regard de la médication chez l'aîné (à partir des journaux réflexifs). Discuter des pratiques exemplaires.	<u>Atelier 3.</u> « <i>Une pilule, une petite granule... la complexité de la médication!</i> »
Semaines 8 et 9	S'approprier les pratiques exemplaires sur la médication. Enrichir son éventail d'interventions. Constaté certains bénéfices pour la clientèle.	Lectures sélectionnées Application d'une nouvelle intervention infirmière
Semaine 10	Partager les interventions mises à l'essai et les résultats constatés.	<u>Atelier 4.</u> « <i>La cascade de la médication : puis-je y mettre un frein?</i> »
Mobilisation		
Semaines 11 et 12	Adopter une démarche écrite de réflexion structurée permettant de livrer et d'analyser une expérience clinique au regard de la mobilisation chez l'aîné.	Tenue d'un journal réflexif

Tableau 2 (suite)

Objectifs généraux et activités de l'intervention de pratique réflexive

	Objectifs généraux	Activités
Mobilisation (suite)		
Semaine 13	Cerner les problématiques rencontrées au regard de la mobilisation chez l'aîné (à partir des journaux réflexifs). Discuter des pratiques exemplaires.	<u>Atelier 5.</u> « <i>Bouger, c'est la santé!</i> »
Semaines 14 et 15	S'approprier les pratiques exemplaires sur la mobilisation. Enrichir son éventail d'interventions. Constaté certains bénéfices pour la clientèle.	Lectures sélectionnées Application d'une nouvelle intervention infirmière
Semaine 16	Partager les interventions mises à l'essai et les résultats constatés.	<u>Atelier 6.</u> « <i>Le secret de la longévité? Je me remue.</i> » a dit Monsieur Gilles
Planification du congé		
Semaines 17 et 18	Adopter une démarche écrite de réflexion structurée permettant de livrer et d'analyser une expérience clinique au regard de la planification du congé chez l'aîné.	Tenue d'un journal réflexif

Tableau 2 (suite)

Objectifs généraux et activités de l'intervention de pratique réflexive

	Objectifs généraux	Activités
Planification du congé (suite)		
Semaine 19	Cerner les problématiques rencontrées au regard de la planification du congé chez l'aîné (à partir des journaux réflexifs). Discuter des pratiques exemplaires.	<u>Atelier 7.</u> « <i>Viellir chez soi, le premier choix</i> »
Semaines 20 et 21	S'approprier les pratiques exemplaires sur la planification du congé. Enrichir son éventail d'interventions. Constater certains bénéfices pour la clientèle.	Lectures sélectionnées Application d'une nouvelle intervention infirmière
Semaine 22	Partager les interventions mises à l'essai et les résultats constatés. Résumer les discussions tenues au cours de cette intervention de pratique réflexive.	<u>Atelier 8.</u> « <i>Un congé bien mérité...</i> »

Déroulement de l'intervention de pratique réflexive

L'intervention de pratique réflexive s'est déroulée selon les quatre cycles de la spirale de la recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988). Une description détaillée du déroulement de ces différents cycles est présentée dans les paragraphes suivants, alors que la figure 3 schématise ce déroulement.

1^{er} cycle - Planification

La phase de planification a servi, dans un premier temps, à obtenir l'approbation du comité scientifique de l'Université, ainsi que l'approbation du comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier. Des rencontres ont ensuite eu lieu avec les responsables de la Direction des soins infirmiers, de la Direction des regroupements clientèles, de la Direction générale adjointe aux affaires cliniques, ainsi qu'avec les cogestionnaires et les infirmières-chefs des unités de soins visées par le projet. Par la suite, les rencontres avec le personnel ont été effectuées. Il est à noter que les infirmières-chefs et les infirmières des groupes expérimental et de comparaison ont été rencontrées séparément pour éviter une possible contamination. Les attentes des infirmières ont été validées, ainsi que leur adhésion au processus (consentement). Même si l'investigatrice connaissait bien le terrain de recherche pour avoir travaillé au sein de l'établissement pendant les trois années précédant l'amorce de cette étude, elle a pu se mettre à jour avec les pratiques de soins et la réalité des infirmières au moment du projet. Elle a porté une attention plus particulière aux outils de travail utilisés par les infirmières, aux échanges intra et interdisciplinaires, aux rapports interservices, aux activités de soins réalisées, ainsi qu'aux événements particuliers. Elle a noté ses observations dans un journal de bord au moyen de notes cursives.

1^{er} cycle - Action et observation

Au cours de cette phase, les deux premiers ateliers de l'intervention de pratique réflexive ont été offerts à plusieurs reprises afin de rejoindre toutes les infirmières, en fonction de leurs horaires de travail. Le premier atelier a été dispensé 10 fois, alors que le deuxième atelier l'a été à sept reprises. L'investigatrice a effectué un résumé de ces ateliers dans son journal de bord.

1^{er} cycle - Réflexion

À la suite des deux premiers ateliers, les infirmières étaient invitées à décrire et à analyser, au moyen d'un journal réflexif inspiré par le modèle de réflexion structurée de Johns, une expérience clinique vécue au regard de la médication chez une personne âgée hospitalisée. Ce journal réflexif a servi à alimenter les discussions tenues lors de l'atelier subséquent.

2^e cycle - Planification révisée

Au cours de cette phase qui amorce le 2^e cycle, circonscrite par le troisième atelier, les infirmières ont pu partager l'expérience décrite et analysée dans leur journal réflexif. À partir de ces discussions, les problématiques communes sur la médication chez l'aîné ont été identifiées, de même que des pistes de solutions pouvant aider à remédier à certaines de ces situations problématiques. Ces pistes de solutions ont ensuite été comparées avec certaines pratiques exemplaires tirées du chapitre *Reducing Adverse Drug Events* (Zwicker & Fulmer, 2008) publié dans le *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* de Capezuti et al. (2008). Ce troisième atelier a été dispensé à sept reprises.

2^e cycle - Action et observation

Cette phase du 2^e cycle, se situant entre les troisième et quatrième ateliers, a permis aux infirmières de débiter les changements de pratique relatifs aux interventions privilégiées à l'étape précédente. Elles devaient s'approprier les pratiques exemplaires discutées, introduire dans leurs soins une nouvelle intervention infirmière de leur choix, documenter l'ajustement de cette intervention et son effet auprès du patient.

2^e cycle - Réflexion

Le quatrième atelier, dispensé à sept reprises, a servi de lieu de partage, d'échange, de réflexion et de renforcement pour le maintien des changements de pratique au regard de la médication. À cette étape, l'investigatrice a pu analyser les journaux réflexifs des infirmières, y observer les habiletés réflexives, les interventions utilisées auprès de la clientèle et rajuster la prochaine série d'ateliers. Les infirmières devaient aussi entamer un second journal réflexif en lien avec une expérience de soins se rapportant à la mobilisation chez la personne âgée hospitalisée.

3^e cycle - Planification révisée

Cette étape du 3^e cycle s'est déroulée lors du cinquième atelier, selon la même structure que l'étape de la planification révisée du 2^e cycle présentée ci-dessus, à l'exception qu'elle avait pour thème la mobilisation. Les infirmières étaient invitées à consulter les pratiques exemplaires relatives à ce thème (prévention des chutes et utilisation des contentions), et disponibles sur le site Internet du *Hartford Institute for Geriatric Nursing* (2008, 2009)

(http://consultgerirn.org/topics/falls/want_to_know_more;

http://consultgerirn.org/topics/physical_restraints/want_to_know_more)

ainsi que sur le site du *Registered Nurses' Association of Ontario* (2005)

(<http://ltctoolkit.rnao.ca/resources/falls#Best-PracticesStandards>). Cet atelier a été offert à sept reprises.

3^e cycle - Action et observation

Réalisée entre le cinquième et le sixième atelier, cette étape, portant sur la mobilisation, avait la même structure que l'étape action et observation lors du 2^e cycle de la spirale de la recherche-action.

3^e cycle - Réflexion

Le sixième atelier, dispensé à huit reprises, concluant le thème de la mobilisation, avait également la même structure que lors du 2^e cycle. Cette étape a permis de pousser la réflexion sur le contexte difficile et les routines contraignantes empêchant l'instauration de nouvelles pratiques et de renforcer les changements de pratique expérimentés. L'investigatrice analysait les journaux réflexifs des infirmières, les interventions mises à l'essai auprès de la clientèle et planifiait la prochaine série d'ateliers. Les infirmières devaient entamer un troisième journal réflexif en lien avec une expérience de soins relative à la planification du congé d'une personne âgée hospitalisée.

4^e cycle - Planification révisée, action et observation, réflexion

Lors du septième atelier, les infirmières discutaient du dernier thème ciblé par ce projet, la planification du congé chez l'aîné hospitalisé. Encore une fois, ce 4^e cycle suivait la même structure. Le chapitre *Discharge Planning for the Older Adult* (Zwicker & Picariello, 2003) publié dans *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* de Mezey et al. (2003), orientait le choix des nouvelles interventions infirmières à mettre à l'essai. Cet atelier a été offert à huit reprises.

Le huitième et dernier atelier dispensé à huit reprises, a permis d'échanger sur les expériences d'intervention de chacune des infirmières sur la planification du congé et de pousser la réflexion sur le travail interdisciplinaire à accomplir pour arriver à améliorer cette planification du congé pour la clientèle âgée. Lors de cette dernière étape, l'investigatrice a finalisé l'analyse des journaux réflexifs des infirmières et a peaufiné les instruments de collectes de données permettant d'évaluer l'expérience de pratique réflexive. Une synthèse du parcours effectué depuis le premier atelier a conclu cette intervention.

La figure suivante illustre le déroulement de l'intervention de pratique réflexive selon la spirale de la recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988).

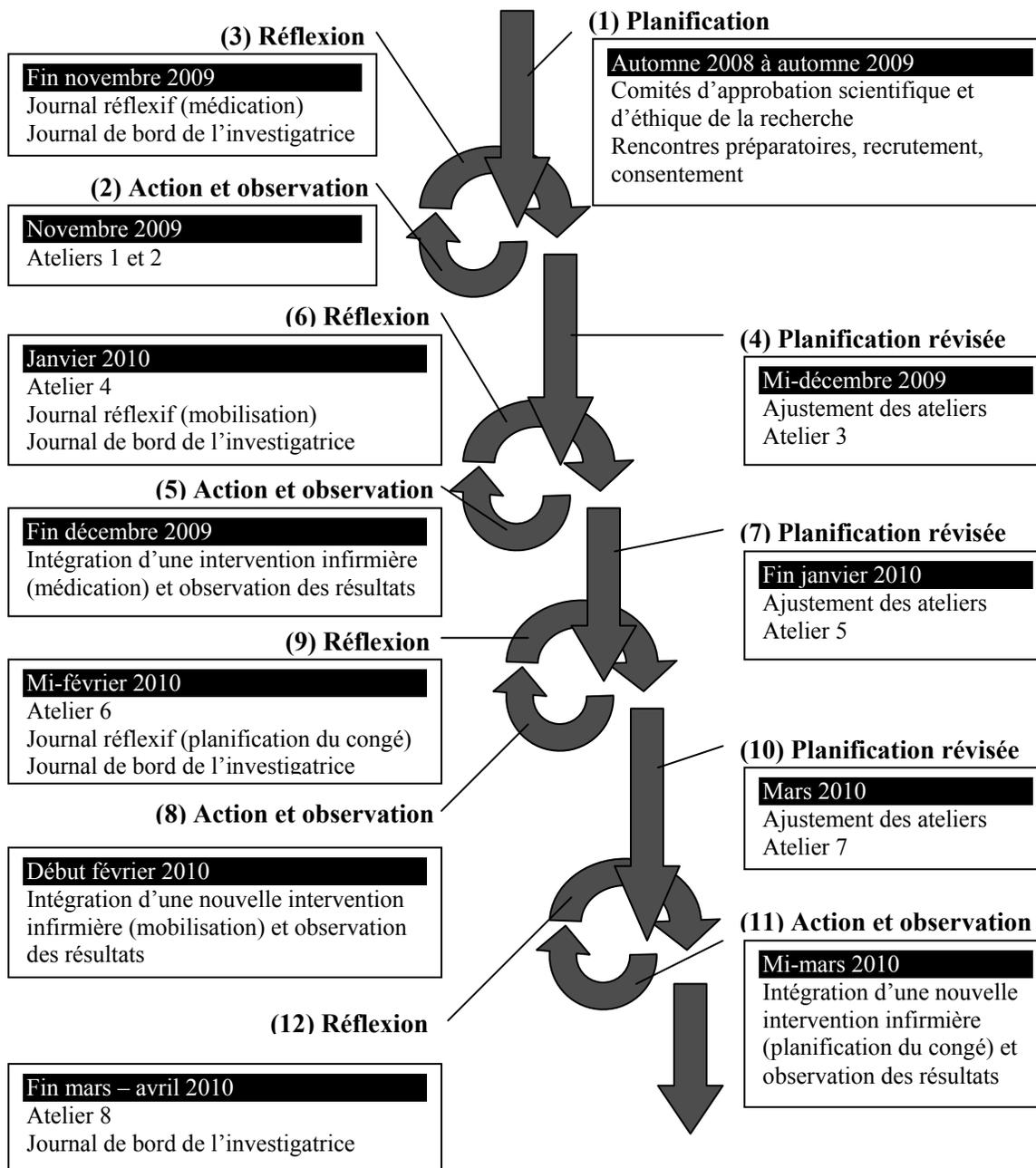


Figure 3. Déroulement de l'intervention de pratique réflexive selon la spirale de la recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988).

Outils de collecte de données

Différents outils de collecte de données ont été utilisés dans cette étude. Le questionnaire de données sociodémographiques est décrit en premier lieu, alors que les autres outils sont présentés en fonction des deux phases de l'étude : la phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive et la phase d'évaluation de l'intervention.

Questionnaire de données sociodémographiques

Afin de décrire les participantes à l'étude et d'effectuer une comparaison entre les deux groupes d'infirmières, les données suivantes ont été recueillies au début de l'étude : âge, sexe, formation, année d'obtention du diplôme, années d'expérience à l'unité, années d'expérience au sein du centre hospitalier, quart de travail, poste occupé. Le questionnaire de données sociodémographiques est présenté à l'appendice D.

Phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive

Le développement et la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive ont été documentés au moyen de deux instruments : le journal de bord de l'investigatrice et le journal réflexif des infirmières.

Journal de bord de l'investigatrice

Cet outil avait pour but de documenter le contexte et le processus de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive, ainsi que la conformité de l'intervention d'un groupe à l'autre, étant donné que chacun des ateliers était répété plusieurs fois. À l'aide de notes cursives, ce journal a permis à l'investigatrice de consigner des observations quant aux soins et aux services sur les unités, ainsi que les échanges, les commentaires et critiques sur le déroulement des

ateliers (Laperrière, 2003). Ces notes cursives prises sur le vif, ont servi de repères à l'élaboration d'un compte rendu extensif du contexte de l'étude (ex. : échanges intra et interdisciplinaires, rapports interservices, activités de soins, événements particuliers survenus au moment de l'étude tels que mesures administratives mises en place lors de débordements à l'urgence, éclosion de maladies infectieuses, modification de zonages de clientèles dans les unités) et du déroulement des ateliers de pratique réflexive. Ce compte rendu, rédigé le plus tôt possible après les observations, permettait d'alimenter les ateliers par des situations récentes liées aux soins.

De façon plus précise, le journal de bord de l'investigatrice était scindé en huit sections. Une première section permettait de consigner les observations de l'investigatrice sur le déroulement de chacun des ateliers, ainsi que ses réflexions personnelles, ses impressions, ses craintes, ses « bons coups », ses relations et ses réactions. La seconde section offrait la possibilité d'inscrire les éléments-clés des échanges entre les participantes, leurs réactions, ainsi que leur compréhension des thèmes discutés. Les contenus abordés, les écarts de contenus entre ce qui était initialement prévu et ce qui avait été effectivement abordé et leurs motifs, étaient colligés dans la troisième section du journal. De même, les activités et les exercices initialement prévus et effectivement réalisés lors de l'intervention, étaient présentés respectivement dans les quatrième et cinquième sections de ce journal. La sixième section quant à elle, référait à la structure de l'atelier et aux écarts notés. Enfin, les deux dernières parties de ce journal étaient consacrées aux commentaires ou observations générales, ainsi qu'aux effets concrets de la pratique réflexive mentionnés par les infirmières lors des ateliers. L'appendice E présente la structure du journal de bord utilisé par l'investigatrice.

Journal réflexif de l'infirmière

Basé sur le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) et rédigé par les infirmières, le journal réflexif avait pour but de permettre aux infirmières de décrire

et d'analyser une expérience significative vécue lors de la dispensation de soins aux personnes âgées hospitalisées à l'unité entre les ateliers de pratique réflexive, afin de se préparer aux discussions subséquentes. Ce journal réflexif devait être complété à trois reprises par chacune des infirmières du groupe expérimental, soit pour chacun des thèmes discutés : la médication, la mobilisation et la planification du congé. Il permettait de faire ressortir les savoirs empirique, éthique, esthétique et personnel utilisés par les infirmières, ainsi que leur pratique actuelle et celles qu'elles jugeaient optimales. Enfin, les interventions pouvant faire l'objet d'une amélioration concluaient ce journal. Un modèle de journal réflexif est présenté à l'appendice F.

Phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive

Évaluation qualitative

Deux outils ont permis de répondre aux questions de recherche portant sur la perception des infirmières quant aux habiletés requises pour la pratique réflexive (Q₁), aux savoirs développés au cours de l'intervention de pratique réflexive (Q₂) et à la pratique réflexive en tant que moyen d'amélioration de leur pratique professionnelle (Q₃), soit : un questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières et des groupes de discussion focalisée (*focus groups*). L'utilisation de ces deux outils a permis, par la triangulation des données recueillies, de mieux capter l'éventail de points de vue des infirmières par rapport à ces trois questions, ainsi que leurs similarités (Denzin & Lincoln, 2008; Stringer & Dwyer, 2005).

Questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières.

Élaboré par l'investigatrice, cet outil, complété de façon anonyme par les infirmières du groupe expérimental, comprenait 11 questions ouvertes nécessitant des réponses brèves portant sur les habiletés réflexives (ex. : Quelles habiletés croyez-vous avoir développées?), les savoirs développés (ex. : Pourriez-vous décrire dans vos propres mots ce qu'est pour vous une pratique réflexive et ce que cela nécessite comme

savoirs?), et la pratique réflexive en tant que moyen permettant d'améliorer la pratique quotidienne (ex. : Selon vous, en quoi la pratique réflexive peut-elle être un moyen d'améliorer la pratique infirmière?) Accompagné d'une courte lettre explicative et pouvant être complété en 30 minutes, ce questionnaire a été distribué une semaine après la fin des ateliers.

Ce questionnaire permettait également de faire un retour sur les nouvelles interventions infirmières mises à l'essai par les infirmières, ainsi que sur les résultats obtenus chez le patient âgé. Une question sur chacun des thèmes était posée : « Lors des ateliers n°4 (médication), n°5 (mobilisation) et n°7 (planification du congé), vous avez été invitée à introduire une nouvelle intervention de soins auprès d'au moins un patient âgé hospitalisé. Pourriez-vous s.v.p., présenter une des interventions que vous avez mise à l'essai en lien avec chacun de ces thèmes et identifier des changements observés auprès du patient? ».

Enfin, ce questionnaire permettait de connaître les perceptions des infirmières sur différents aspects de l'intervention de pratique réflexive. Des questions portaient ainsi sur l'expérience de pratique réflexive et sur ses aspects les plus et les moins appréciés (ex. : Comment décririez-vous votre expérience de pratique réflexive lors des huit ateliers auxquels vous avez participé? Qu'avez-vous le plus apprécié lors de cette expérience de pratique réflexive?). D'autres questions portaient sur les possibilités d'amélioration de l'intervention (ex. : Que proposeriez-vous pour l'amélioration des ateliers de pratique réflexive?), sur la pertinence de poursuivre cette intervention (ex. : Pourquoi serait-il pertinent de poursuivre des ateliers de pratique réflexive? De quelle façon?), et sur la transférabilité à d'autres clientèles (ex. : Avec quelles clientèles serait-il pertinent d'utiliser la pratique réflexive? Pourquoi?). Ce questionnaire est fourni à l'appendice G.

Groupes de discussion focalisée (focus groups). Deux semaines après le dernier atelier de pratique réflexive, trois groupes de discussion focalisée ont été réalisés, un sur chacun des quarts de travail. Ces groupes visaient à recueillir d'autres

données sur les trois questions de recherche. Ce type d'approche a l'avantage d'obtenir le point de vue de plusieurs participants en une courte période de temps et de permettre à chacun d'enrichir, de compléter ou de nuancer les propos des autres (Geoffrion, 2003; Loiselle et al., 2007; Polit & Hungler, 1995).

Un guide d'entrevue de groupe comprenant six thèmes de discussion a été élaboré par l'investigatrice. Le premier thème du guide ouvrait sur des questions générales à l'égard de l'expérience de pratique réflexive (ex. : Parlez-moi de votre expérience d'ateliers de pratique réflexive?). Le deuxième thème portait sur les habiletés nécessaires à l'utilisation d'une telle pratique (ex. : Parlez moi des habiletés que vous pensez avoir développées ou renforcées au cours de ce projet?), alors que les sources du savoir infirmier étaient discutées au cours du troisième thème (ex. : Quels savoirs ou connaissances croyez-vous avoir développés au cours de ces ateliers?). Le quatrième thème traitait des effets des ateliers de pratique réflexive sur la pratique professionnelle des infirmières et sur les patients (ex. : En quoi les ateliers sur la pratique réflexive vous ont-ils permis de modifier votre pratique au regard de la médication?), alors que le cinquième portait sur les perceptions de la pratique réflexive par les infirmières (ex. : En quoi les ateliers de pratique réflexive peuvent-ils être un moyen d'améliorer la pratique infirmière?). Les autres commentaires pertinents liés à cette expérience concluaient ce guide d'entrevue. Le guide d'entrevue de groupe est proposé à l'appendice H.

Au total, 11 infirmières ayant participé à l'intervention de pratique réflexive et représentatives des infirmières de chacun des quarts de travail, ont volontairement pris part à ces groupes de discussion focalisée. D'une durée se situant entre 52 et 85 minutes, chacun des groupes était composé de trois à quatre infirmières. Ces groupes ont été animés par une infirmière externe au projet, accompagnée d'une observatrice. Cette infirmière et cette observatrice ont été rencontrées préalablement afin de leur présenter le contexte de l'étude et le guide d'entrevue de groupe. Détentricice d'une formation de deuxième cycle en sciences infirmières, l'animatrice possédait une vaste expérience en animation de groupe, alors que l'observatrice a été

formée par l'investigatrice sur son rôle et ses responsabilités. Les échanges lors des groupes de discussion focalisée ont été enregistrés sur bande audionumérique.

Évaluation quantitative

Des versions traduites du *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* (Kogan, 1961) ainsi que du *Palmore's Facts on Aging* (Palmore, 1977) ont servi à tester l'hypothèse concernant les changements dans les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées (H₁). Notre deuxième hypothèse (H₂), qui visait à vérifier si une augmentation significative du nombre d'interventions infirmières adaptées aux besoins des aînés en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé, se produisait suite à une intervention de pratique réflexive, a été testée au moyen de trois vignettes cliniques. L'écrit réflexif a permis de tester la troisième et dernière hypothèse (H₃) consistant à déterminer le changement dans le niveau de réflexion des infirmières suite à l'intervention. Les paragraphes suivants présentent chacun de ces outils.

Version traduite du Kogan's Attitudes Toward Old People Scale. Cet outil, développé par Kogan (1961), a servi à tester notre première hypothèse concernant les changements dans les attitudes à l'égard des personnes âgées chez les infirmières (H₁). Il comprend 34 items auxquels les participants sont invités à répondre sur une échelle de type Likert à six choix de réponses, variant de fortement en désaccord à fortement en accord. Parmi les 34 items, 17 expriment un sentiment négatif à l'égard des aînés (ex. : La plupart des personnes âgées sont irritables, grincheuses et désagréables), alors que les 17 autres expriment un sentiment positif à l'égard de ceux-ci (ex. : La plupart des personnes âgées sont enjouées, agréables et ont un bon sens de l'humour). Ainsi, 17 paires d'items négatifs-positifs composent l'outil. Le temps requis pour remplir cet instrument est estimé à 15 minutes. Afin d'obtenir un score, les items à réponses négatives sont inversés. Les scores varient entre 34 et 204, un score élevé représentant une attitude plus positive à l'égard des aînés. Lors de sa première validation (Kogan, 1961), cet outil a été administré à trois échantillons

d'étudiants en psychologie ($n = 168$, $n = 128$ et $n = 186$). L'auteur précise que les coefficients de fiabilité entre les items négatifs et les items positifs se situent entre 0,66 et 0,83, et ce, pour les trois échantillons. Par ailleurs, la corrélation entre les items négatifs et les items positifs se situe entre 0,46 et 0,52 pour les trois échantillons. Les résultats à cette échelle ont aussi été corrélés avec les résultats d'autres instruments, dont l'anomie et les attitudes à l'endroit des minorités (validité concurrente). Le *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* a été largement utilisé dans différentes études depuis son élaboration et demeure toujours d'actualité (Barbiere, 1989; Hweidi & Al-Obeisat, 2006; LeBlanc, 1995). Étant en langue anglaise, ce questionnaire a été traduit en français d'après la méthode traduction-retraduction (*backtranslation method*) en prenant en considération les équivalences (Duffy, 2006). La retraduction dans la langue d'origine a été validée par un traducteur. L'instrument a par la suite été prétesté auprès de trois infirmières bachelières provenant du centre hospitalier participant à l'étude, mais ne travaillant pas dans les unités de soins retenues, afin d'en valider la clarté, la compréhension et le temps de complétion. La traduction du *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* est présentée à l'appendice I.

Version traduite du Palmore's Facts on Aging Quiz. Cet outil a servi de mesure pour détecter les changements dans les connaissances à l'égard des personnes âgées chez les infirmières (H_1). Conçu en 1977, il comprend 25 énoncés auxquels il faut répondre par un vrai ou faux (ex. : Les cinq sens tendent à décliner avec la vieillesse; La majorité des personnes âgées se sentent malheureuses la plupart du temps). Ce quiz prend moins de cinq minutes à compléter. Les réponses à chacun des énoncés sont justifiées par des écrits scientifiques recensés par le concepteur de l'instrument. Palmore (1977) mentionne que cet outil peut servir d'introduction à des groupes de discussion et d'échange, permettre de mesurer et de comparer différents groupes, d'identifier les idées fausses les plus fréquentes, et enfin, de mesurer de façon indirecte les biais à l'égard des aînés. Palmore a administré cet instrument à trois échantillons (étudiants non diplômés ($n = 87$), étudiants diplômés ($n = 44$) et professeurs ($n = 11$) d'une même discipline). Les étudiants non diplômés ont obtenu

une moyenne de 65 %, alors que les étudiants diplômés et les professeurs ont obtenu, respectivement, des moyennes de 80 et de 90 %. Ces résultats démontrent que l'outil peut discriminer les connaissances selon le niveau de formation. Le *Palmore's Facts on Aging Quiz* a été couramment utilisé dans différentes études (Enright, 1990; Giles, Paterson, Butler, & Stewart, 2002; Stewart, Giles, Paterson, & Butler, 2005). Étant en langue anglaise, ce questionnaire a aussi été traduit en français selon la méthode utilisée pour le *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* et a été prétesté auprès des mêmes trois infirmières, afin d'en valider la clarté, la compréhension et le temps nécessaire pour le compléter. L'instrument traduit peut être consulté à l'appendice J.

Vignettes. Trois vignettes cliniques ont été développées par l'investigatrice. Ces vignettes avaient pour but de dénombrer les interventions identifiées par les infirmières des groupes expérimental et de comparaison, eu égard à l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et à la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction en lien avec les problématiques liées à la médication, à la mobilisation et à la planification du congé, avant et après l'intervention de pratique réflexive, puis de comparer ce nombre d'interventions entre les deux groupes (H₂).

Les trois vignettes inspirées de situations cliniques rencontrées par l'investigatrice, présentent sommairement l'histoire d'un patient âgé hospitalisé aux prises avec des problématiques liées à la médication (première vignette), à la mobilisation (deuxième vignette) et à la planification du congé (troisième vignette). À partir de ces vignettes, les infirmières des deux groupes devaient mentionner et justifier quelles auraient été leurs interventions. Ces vignettes ont été prétestées auprès des mêmes trois infirmières bachelières afin d'en valider leur précision, la clarté, la compréhension, leur utilité pour les soins dispensés à la personne âgée hospitalisée, leur contextualisation avec le rôle de l'infirmière et le temps requis pour les compléter.

Une grille de codification a été élaborée par l'investigatrice à partir des protocoles recensant les meilleures pratiques de soins infirmiers gériatriques face aux trois problématiques mentionnées précédemment. Les écrits de Zwicker et Fulmer (2008) pour la médication, du *Hartford Institute for Geriatric Nursing* (2008), du *Registered Nurses' Association of Ontario* (2005), de Mion, Halliday et Sandhu (2008) et de Timmerman (2007) pour la mobilisation, et ceux de Zwicker et Picariello (2003) pour la planification du congé, ont été utilisés comme références pour ces pratiques exemplaires. Ainsi, 17 interventions infirmières différentes pouvaient être effectuées pour la vignette traitant de la médication, sept pour la vignette sur la mobilisation et 14 pour la vignette sur la planification du congé. Cette grille a fait l'objet d'une validation auprès de deux infirmières étudiantes dans un programme de troisième cycle en sciences infirmières et possédant une expertise clinique auprès des personnes âgées. Les trois vignettes, ainsi que leur système de codification respectif, sont présentés à l'appendice K.

Écrit réflexif. Cet outil, comprenant 16 questions, avait pour but de comparer le niveau de réflexion atteint par les infirmières du groupe expérimental à celui des infirmières du groupe de comparaison à la suite de l'intervention de pratique réflexive (H₃). Bien qu'il y ait quelques aspects similaires entre le journal réflexif présenté précédemment et l'écrit réflexif, ce dernier est plus détaillé. En plus de demander à l'infirmière de décrire une expérience clinique vécue lors de soins dispensés auprès d'une personne âgée au cours des quatre dernières semaines, 14 questions inspirées du processus de réflexion de Boud et al. (1985b) guident l'infirmière dans l'analyse de son écrit. L'infirmière doit, par exemple, préciser les événements significatifs qui ressortent de la situation clinique décrite et préciser à quoi elle a pensé lors de cette situation. Elle est par la suite amenée à réfléchir sur les connaissances, les émotions et les attitudes qui ont influencé sa perception avant d'agir dans cette situation, puis à faire un retour sur ces différents aspects en mentionnant quelles connaissances, émotions et attitudes auraient pu influencer sa perception et sa façon d'agir dans cette situation. La conclusion de cette réflexion se termine par deux questions sur l'amélioration possible de sa pratique professionnelle : « À partir de cette réflexion et

dans une situation similaire, comment pourriez-vous améliorer votre pratique? »; « Est-ce que cette réflexion sur cette situation clinique modifiera votre pratique clinique? ». L'écrit réflexif se complète en 45 minutes et se retrouve à l'appendice L.

L'écrit réflexif a aussi été prétesté afin d'en valider la précision, la clarté, la compréhension, l'utilité pour l'évaluation du niveau de réflexion des infirmières par rapport aux soins dispensés à la personne âgée hospitalisée, la contextualisation avec le rôle de l'infirmière et le temps nécessaire pour le compléter.

Un système de codification de l'écrit réflexif a été élaboré par l'investigatrice d'après le cadre d'analyse de Boud et al. (1985b) et de Mezirow (1991), adapté par Wong et al. (1995) et Spencer et Newell (1999). Plus précisément, la codification de l'écrit réflexif portait sur cinq éléments du processus de réflexion de Boud et al., soit : le retour sur les émotions, l'association et l'intégration, la validation, l'appropriation, les résultats de la réflexion. La catégorisation était effectuée selon les trois niveaux de réflexion de Mezirow : non-réflexif, réflexif et réflexif critique (*non-reflector, reflector, critical reflector*). Le système de codification est présenté à l'appendice M. Ce système a aussi fait l'objet d'une validation auprès de deux infirmières étudiantes dans un programme de troisième cycle en sciences infirmières et possédant une expertise clinique auprès des personnes âgées. Cette validation a permis de raffiner le système de codification en le mettant à l'épreuve avec les cinq premiers écrits réflexifs rédigés par les infirmières participantes.

Enfin, il importe de noter que certains des outils ont permis de recueillir des données qualitatives complémentaires aux données quantitatives obtenues, nous permettant ainsi d'effectuer une triangulation méthodologique (Burns & Grove, 2005). C'est notamment le cas pour le journal de bord de l'investigatrice, le questionnaire relatant l'expérience de pratique réflexive des infirmières, les groupes de discussion focalisée, les vignettes et l'écrit réflexif qui nous ont permis d'enrichir les réponses à nos hypothèses de recherche.

La section suivante présente les analyses effectuées sur les données recueillies en vue de répondre aux questions de recherche et de vérifier les hypothèses.

Analyses des données

Suite à une première analyse visant à déterminer si les deux groupes (groupe expérimental et groupe de comparaison) étaient comparables avant l'intervention de pratique réflexive, les données collectées ont été analysées en fonction des questions et hypothèses de l'étude. Une description des analyses effectuées se retrouve aux paragraphes suivants, alors que le tableau 3 expose une synthèse des outils de collecte de données en fonction de ces analyses.

Analyse des données sociodémographiques

Des statistiques descriptives pour décrire le profil des infirmières et une vérification de l'équivalence des groupes expérimental et de comparaison, au moyen de tests de Mann-Whitney, ont été effectuées. Nous avons retenu ce test non paramétrique pour les variables continues (plutôt que le test-t indépendant bilatéral [*t*]), étant donné que l'un des postulats requis pour ce test paramétrique, soit la normalité de la distribution des données, n'était pas rencontré. Le test de Mann-Whitney est le test non paramétrique le plus puissant et il est reconnu comme une alternative lorsqu'il y a violation des postulats préalables au test-t (Siegel & Castellan, 1988).

Pour les variables catégorielles, l'équivalence entre les groupes a été évaluée par des tests du Khi-deux de Pearson (χ^2) ou, le cas échéant, des tests exacts de Fisher lorsqu'un regroupement des variables en deux catégories (tableau de fréquence 2X2) était possible. Ces analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel *PASW Statistics 18*.

*Phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive**Journal de bord de l'investigatrice*

Chacun des journaux de bord de l'investigatrice (n = 9) a été rédigé à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (*Microsoft Office Word*), suite à la prise de notes cursives. Tout au cours de l'étude, l'investigatrice annotait ces journaux en marge pour en faire ressortir les idées récurrentes et divergentes. Elle notait également les stratégies aidant le déroulement de l'intervention de pratique réflexive afin de faire les ajustements nécessaires entre chacun des ateliers. Les journaux ont été importés dans le logiciel *QDA Miner* version 3.2.3 et une analyse de contenu thématique selon l'approche proposée par Miles et Huberman (2003) a été effectuée. Plus précisément, nous avons analysé les segments de données en fonction de leur catégorisation dans les huit sections composant la structure du journal : (a) observations et impressions de l'investigatrice, (b) échanges et réactions des infirmières par rapport aux thèmes discutés; (c) contenus abordés, écarts et motifs; (d) activités et exercices prévus; (e) activités et exercices réalisés; (f) structure de l'atelier et écarts; (g) commentaires ou observations générales des infirmières; (h) effets perçus de la pratique réflexive par les infirmières. Ces sections constituaient les grandes catégories de l'analyse ou les méta-codes. Nous avons ensuite procédé à un deuxième niveau de codage en résumant des segments de données. Nous avons raffiné ce deuxième niveau en identifiant des codes thématiques. Un livre de codes comprenant les méta-codes et les codes thématiques a par la suite été édité dans le logiciel *QDA Miner*. Des tableaux synthèses permettant de visualiser rapidement les méta-codes et les codes thématiques, de même que les segments de textes relatifs à ces codes, ont été créés.

Journal réflexif de l'infirmière

Les journaux réflexifs de chacune des infirmières du groupe expérimental ont été transcrits dans un logiciel de traitement de texte (*Microsoft Office Word*). L'investigatrice a ensuite codé ces journaux en faisant ressortir les différentes

habiletés réflexives utilisées par les infirmières : (a) conscience de soi, (b) description, (c) analyse, (d) synthèse et (e) évaluation. Les savoirs empirique, éthique, esthétique et personnel, expliqués par les participantes, ainsi que les interventions infirmières réalisées et les interventions optimales identifiées ont également fait l'objet d'une codification.

Phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive

Évaluation qualitative

Questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières.

Tous les questionnaires relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières ont été transcrits dans un logiciel de traitement de texte (*Microsoft Office Word*), puis importé dans le logiciel *QDA Miner* version 3.2.3. Ces questionnaires ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique selon l'approche proposée par Miles et Huberman (2003). Plus précisément, nous avons procédé à l'analyse des données en fonction de leur répartition selon les 11 questions structurant le questionnaire. Ces sections constituaient les grandes catégories ou les méta-codes de l'analyse : (a) habiletés réflexives; (b) savoirs développés; (c) moyens d'amélioration de la pratique; (d) interventions infirmières tentées au regard de : la médication, (e) la mobilisation, (f) la planification du congé; (g) résultats constatés chez le patient suite aux interventions portant sur la : médication; (h) mobilisation, (i) planification du congé; (j) aspects appréciés et (k) aspects moins appréciés de l'intervention de pratique réflexive; (l) possibilités d'amélioration de l'intervention; (m) pertinence de la poursuite de cette intervention; (n) transférabilité à d'autres clientèles. Tout comme nous l'avons fait pour le journal de bord, nous avons procédé à une codification de segments de données. Nous avons par la suite regroupé ces segments de données en des codes thématiques répondant aux trois questions de recherche, soit les habiletés réflexives développées, les types de savoir développés et la perception des infirmières sur la pratique réflexive en tant que moyen pour améliorer la pratique professionnelle. Enfin, tout comme pour le journal de bord, un livre de codes comprenant les méta-

codes et les codes thématiques a été édité dans le logiciel *QDA Miner*, puis des tableaux synthèses permettant de visualiser rapidement les méta-codes, les codes thématiques et les segments de textes relatifs à ces codes ont été créés.

Groupes de discussion focalisée (focus group). Le verbatim des enregistrements des trois groupes de discussion focalisée a été transcrit dans un logiciel de traitement de texte (*Microsoft Office Word*) puis, encore une fois, importé dans le logiciel *QDA Miner* version 3.2.3 pour en faire également une analyse de contenu thématique. Dans ce cas-ci, les données ont été analysées en fonction des six thèmes du guide d'entrevue de groupe, soit : (a) l'expérience générale de l'intervention de pratique réflexive; (b) les habiletés développées (c) les types de savoir infirmier utilisés; (d) les effets perçus des ateliers de pratique réflexive; (e) les perceptions de la pratique réflexive par les infirmières; (f) les autres commentaires. Tel que mentionné précédemment, nous avons structuré notre analyse avec des méta-codes, puis des codes thématiques avant d'éditer un livre de codes et des tableaux synthèses.

Évaluation quantitative

Versions traduites du Kogan's Attitudes Toward Old People Scale et du Paltmore's Facts on Aging Quiz. Les données recueillies à l'aide de ces deux questionnaires standardisés ont été transcrites dans une base de données puis exportées dans le logiciel *PASW Statistics 18* permettant de faire des analyses statistiques. Pour ces deux questionnaires, le test de Mann-Whitney a été utilisé pour vérifier l'équivalence entre les groupes expérimental et de comparaison avant l'intervention de pratique réflexive, au regard de l'attitude envers les personnes âgées et des connaissances sur les aînés. Les données ont ensuite été analysées au moyen de tests de classement de Wilcoxon pour chacun des groupes afin de vérifier s'il y avait une différence dans les attitudes et les connaissances à l'égard des personnes âgées avant et après l'intervention de pratique réflexive.

Vignettes. Les données issues des trois vignettes ont été transcrites et importées dans le logiciel *QDA Miner* version 3.2.3. Après avoir été formées au système de codification ainsi qu'au logiciel *QDA Miner*, deux infirmières extérieures à l'étude, ayant plus de trente années d'expérience en soins infirmiers et une scolarité de deuxième cycle, ont procédé à la codification de ces vignettes afin d'identifier les interventions infirmières notées par les participantes. Les résultats obtenus par ces deux infirmières ont fait l'objet d'une analyse interjuges. Le pourcentage d'accord entre les juges pour chacune des interventions a été établi de même que le pourcentage d'accord moyen pour chacune des vignettes. Lorsqu'il y avait un désaccord entre les deux infirmières codificatrices, l'investigatrice retournait à chacune des vignettes qu'elle avait préalablement codifiées et sa codification permettait de trancher sur la présence ou non d'une intervention. Le nombre d'interventions infirmières issues de cette démarche était comptabilisé avec le logiciel *PASW Statistics 18* et des tests de Mann-Whitney étaient réalisés afin de déterminer s'il y avait des différences entre les groupes expérimental et de comparaison avant l'intervention. Des tests de classement de Wilcoxon ont été effectués afin de déterminer la différence entre le nombre d'interventions infirmières identifiées pour chacun des groupes (expérimental et de comparaison) avant et après l'intervention de pratique réflexive.

Écrit réflexif. Tout comme pour les vignettes, les écrits réflexifs ont été, dans un premier temps, transcrits, puis importés dans le logiciel *QDA Miner* version 3.2.3. Après avoir été également formées au système de codification de l'écrit réflexif, ces mêmes deux infirmières ont procédé à la codification des éléments du processus de réflexion présents (le retour sur les émotions, l'association et l'intégration, la validation, l'appropriation, les résultats de la réflexion) dans chacun des écrits réflexifs (voir Appendice M).

Dans un deuxième temps, les résultats obtenus par ces deux infirmières ont fait l'objet d'une analyse interjuges. Le pourcentage d'accord entre les juges pour chacun des cinq niveaux de réflexion a été établi, ainsi que le pourcentage d'accord

moyen pour tous les écrits réflexifs. Lorsqu'il y avait un désaccord entre les deux infirmières codificatrices sur la présence ou l'absence de l'un des éléments du processus de réflexion dans l'écrit réflexif d'une infirmière, l'investigatrice retournait à chacun des écrits qu'elle avait préalablement codifiés et sa codification permettait de trancher. Les résultats issus de cette démarche étaient ensuite transcrits dans une base de données du logiciel *PASW Statistics 18*. Le test de Mann-Whitney était utilisé pour vérifier l'équivalence entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison avant l'intervention de pratique réflexive. Suite à cette analyse, les données pré et post-intervention pour chacun des groupes étaient analysées par un test de classement de Wilcoxon.

Dans un dernier temps, une catégorisation d'après les trois niveaux de réflexion de Mezirow : non-réflexif, réflexif et réflexif critique (*non-reflector, reflector, critical reflector*) était effectuée à partir des résultats obtenus ci-dessus et permettait de déterminer la progression ou non des infirmières vers un niveau de réflexion supérieur. Néanmoins, compte tenu du peu d'écrits réflexifs obtenus dans chacune des trois catégories, nous n'avons pu effectuer des tests du Khi-deux pour évaluer la différence entre les groupes expérimental et de comparaison en pré-intervention, ni la différence entre le T_0 et T_1 pour chacun des groupes.

Le tableau 3 présente une synthèse des outils de collecte de données en fonction des phases, questions, hypothèses et analyses réalisées.

Tableau 3

Outils de collecte de données en fonction des phases, questions, hypothèses et analyses de l'étude

Outils	Phases	Questions/Hypothèses/Autres	Analyses
Journal de bord de l'investigatrice	Développement et mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive (IPR)	Décrire le contexte de l'étude. Assurer la conformité de l'intervention au plan initial.	Analyse de contenu thématique selon Miles et Huberman (2003)
Journaux réflexifs de l'infirmière		Documenter le développement et la mise à l'essai de l'IPR : situations cliniques, savoirs, interventions.	
Questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières	Évaluation (qualitative) de l'IPR	(Q ₁) : Quelles habiletés nécessaires à la pratique réflexive les infirmières perçoivent-elles avoir développées?	Analyse de contenu thématique selon Miles et Huberman (2003)
Groupe de discussion focalisée		(Q ₂) : Quels types de savoir les infirmières perçoivent-elles avoir développés? (Q ₃) : En quoi les infirmières perçoivent-elles la pratique réflexive comme un moyen d'amélioration possible de leur pratique quotidienne?	
Questionnaire traduit du <i>Kogan's Attitudes Toward Old People Scale</i>	Évaluation (quantitative) de l'IPR	(H ₁) Comparativement à un GC, les infirmières ayant participé au développement et à la mise à l'essai de l'IPR (GE) auront modifié leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des personnes âgées.	Test de classement de Wilcoxon
Questionnaire traduit du <i>Palmore's Facts on Aging Quiz</i>			

Tableau 3 (suite)

Outils de collecte de données en fonction des phases, questions, hypothèses et analyses de l'étude

Outils	Phases	Questions/Hypothèses/Autres	Analyses
Vignettes	Évaluation (quantitative) de l'IPR	(H ₂) [...] identifieront significativement plus d'interventions infirmières adaptées aux besoins des aînés hospitalisés eu égard à la médication, la mobilisation et la planification du congé.	Codification des vignettes par deux personnes; Fidélité interjuges; Test de classement de Wilcoxon
Écrit réflexif		(H ₃) [...] développeront un niveau de réflexion supérieur.	Codification des écrits par deux personnes; Fidélité interjuges; Test de classement de Wilcoxon

Autres outils :

Questionnaire de données sociodémographiques : Décrire le profil des participantes. Analyses : Test de Mann-Whitney, test de Khi-deux de Pearson, test exact de Fisher.

Considérations éthiques

Le projet de recherche a obtenu son approbation scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et l'approbation du comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier où l'étude a été réalisée. Le formulaire d'information et de consentement du projet d'étude pour le groupe expérimental peut être consulté à l'appendice N, alors que celui du groupe de comparaison est présenté à l'appendice O. Une entente de confidentialité a également été signée. Cette entente était un contrat moral entre les infirmières et l'investigatrice assurant l'anonymat et la discrétion du contenu des discussions et des expériences partagées au sein de chacun des groupes. Cette entente se retrouve à l'appendice P.

Le prochain chapitre présente les résultats de cette étude.

Chapitre 4
Résultats

Ce chapitre porte sur les résultats de l'étude et se divise en cinq sections. La première section consiste en une description des caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude. La deuxième partie révèle le contexte du projet de recherche. La troisième section présente le processus de recherche-action comme stratégie de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive. Les résultats issus de l'analyse qualitative des données relatives aux questions de recherche portant sur le développement et la mise à l'essai de la pratique réflexive viennent ensuite. Enfin, les résultats des analyses statistiques ayant permis de vérifier les hypothèses concernant les effets de la pratique réflexive concluent le chapitre.

Description des caractéristiques sociodémographiques des participantes

Tel que mentionné précédemment, 43 infirmières ont participé à cette étude. De ce nombre, 22 infirmières provenaient de trois unités de soins d'un même site hospitalier et constituaient le groupe expérimental, alors que 21 infirmières de deux unités de soins d'un second site hospitalier, formaient le groupe de comparaison.

D'après le test de Mann-Whitney, l'âge des infirmières du groupe expérimental ($Md = 36$ ans) et du groupe de comparaison ($Md = 41$ ans) était comparable, ainsi que le nombre d'heures travaillées par semaine ($Md_{GE} = 30$ heures, $Md_{GC} = 29$ heures). Le test exact de Fisher nous a permis de vérifier qu'il n'y avait également aucune différence significative dans le ratio hommes-femmes entre les groupes, ni dans la formation initiale des infirmières. Il en est de même pour la comparaison entre le statut d'emploi à temps complet et celui à temps partiel des infirmières dans chacun des groupes.

Les résultats démontrent une seule différence significative entre les groupes, soit une différence eu égard au nombre d'années d'expérience comme infirmière. Les infirmières du groupe expérimental avaient significativement moins d'années d'expérience que celles du groupe de comparaison ($Md_{GE} = 3$ années, $Md_{GC} = 18$ années).

Nous avons vérifié si les données sociodémographiques des infirmières ayant abandonné le projet (GE : n = 8; GC : n = 5) étaient comparables à celles de leur groupe d'appartenance. Les résultats ne soulignent aucune différence significative entre les caractéristiques des infirmières ayant abandonné et celles ayant participé à l'étude.

Les caractéristiques sociodémographiques des infirmières, ainsi que les comparaisons effectuées entre les groupes expérimental et de comparaison sont rapportées au tableau 4.

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude et comparaison entre les groupes

Variables	Échantillon total (n = 43)	GE (n = 22)	GC (n = 21)	Test de Mann-Whitney			
				<i>U</i>	<i>z</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Age							
Moyenne (\bar{x})	40,05 ³	38,86 ⁴	41,24	197,50	-0,58	-0,09	0,56
Écart-type	10,62	11,65	9,63				
Étendue	23 - 57	23 - 55	23 - 57				
Médiane	41,00	36,00	41,00				
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Khi-deux de Pearson (χ^2) ou Test exact de Fisher (<i>p</i>)			
Sexe							
Femme	39 (91)	18 (82)	21 (100)	<i>p</i> = 0,11			
Homme	4 (9)	4 (18)	0 (0)				
Formation initiale							
Diplôme d'études collégiales	36 (84)	19 (86)	17 (81)	<i>p</i> = 0,70			
Baccalauréat	7 (16)	3 (14)	4 (19)				

³ Moyenne pour les 42 infirmières ayant répondu à la question.

⁴ Moyenne pour les 21 infirmières ayant répondu à la question.

Tableau 4 (suite)

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude et comparaison entre les groupes

Variables	Échantillon total	GE	GC	Khi-deux de Pearson (χ^2) ou
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Test exact de Fisher (p)
Niveau de scolarité				
Diplôme d'études collégiales	24 (56)	13 (59)	11 (52)	$\chi^2(1) = 1,15 p = 0,28$ ⁵
Certificat universitaire (1 ^{er} cycle)	5 (11)	3 (14)	2 (10)	
Baccalauréat	14 (33)	6 (27)	8 (38)	
Fonction principale				
Infirmière	28 (65)	16 (73)	12 (57)	$\chi^2(1) = 1,15 p = 0,28$ ⁶
Infirmière clinicienne	10 (23)	4 (18)	6 (29)	
Assistante infirmière-chef	5 (12)	2 (9)	3 (14)	
Statut d'emploi				
Temps complet	13 (30)	6 (27)	7 (33)	$\chi^2(1) = 0,19 p = 0,67$
Temps partiel	30 (70)	16 (73)	14 (67)	
Horaire de travail				
Jour	17 (39)	9 (41)	8 (38)	s.o.
Soir	18 (42)	8 (36)	10 (48)	
Nuit	8 (19)	5 (23)	3 (14)	

⁵ Comparaison effectuée entre la formation collégiale et la formation universitaire⁶ Comparaison effectuée entre les infirmières détentrices d'un poste d'infirmière technicienne et celles détentrices d'un poste d'infirmière bachelière

Tableau 4 (suite)

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières ayant participé à l'étude et comparaison entre les groupes

Variables	Échantillon total	GE	GC	Test de Mann-Whitney			
				<i>U</i>	<i>z</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Heures travaillées par semaine							
Moyenne (\bar{x})	30,03 ⁷	30,60 ⁸	29,49	183,50	-0,70	-0,11	0,48
Écart-type	5,30	4,48	6,05				
Étendue	16 - 40	25 - 40	16 - 40				
Médiane	29,00	30,00	29,00				
Années d'expérience depuis la formation initiale							
Moyenne (\bar{x})	13,00	9,36	16,81	131,50	-2,42	-0,37	0,02*
Écart-type	10,99	10,51	10,38				
Étendue	0 - 34	0 - 34	1 - 33				
Médiane	15,00	3,00	18,00				

* $p < 0,05$ ⁷ Moyenne pour les 41 infirmières ayant répondu à la question⁸ Moyenne pour les 20 infirmières ayant répondu à la question.

Contexte de l'étude

Le contexte dans lequel s'est déroulée l'étude a été décrit dans le journal de bord de l'investigatrice. Une brève description en est maintenant présentée afin de mieux comprendre l'environnement de l'étude.

Tel que mentionné, le projet a été réalisé dans un centre hospitalier universitaire (CHU) montréalais. Ce centre était le lieu de plusieurs projets simultanés au moment de notre étude, de même que d'événements fortuits. Notre projet s'est ainsi inséré dans un milieu en mouvance. Notamment, au moment de l'étude, se sont produits la visite d'Agrément Canada, une pandémie de grippe A (H1N1) et d'autres éclosions infectieuses, des revendications syndicales, ainsi que des réaménagements d'unités.

Les horaires changeants de travail, les congés et les vacances des infirmières participantes, le manque de locaux, ainsi que des problèmes d'accessibilité aux ressources informationnelles et informatiques ont fait en sorte que l'investigatrice a dû adapter l'intervention de pratique réflexive. La section suivante rapporte plus précisément comment s'est déroulée cette intervention au moyen de la recherche-action.

Déroulement de l'intervention de pratique réflexive au moyen de la recherche-action

La démarche participative de recherche-action, au cœur de cette étude, a été présentée aux infirmières dès les premières rencontres explicatives du projet. Les infirmières étaient donc informées que, bien qu'il y avait une structure et des thèmes prédéterminés (la médication, la mobilisation et la planification du congé chez les aînés hospitalisés) pour l'intervention, le développement et la mise à l'essai de cette intervention reposeraient en grande partie sur leurs expériences cliniques, mettraient l'emphase sur la résolution de situations de soins rencontrées dans leur pratique ainsi que sur leurs choix d'interventions infirmières issues des meilleures pratiques. Les infirmières étaient donc parties prenantes de la phase de développement et de mise à

l'essai de cette intervention, alors que l'investigatrice agissait comme guide-facilitatrice balisant la démarche et les discussions lors des ateliers.

Telle que précisée au chapitre précédent, l'intervention de pratique réflexive, comprenant huit ateliers et différentes activités, s'est déroulée comme prévu sur une période de 22 semaines. Cependant, le nombre de séances prévu initialement pour un même atelier a dû être révisé à la hausse afin de rejoindre l'ensemble des infirmières participantes en fonction de leur horaire de travail. Ainsi, 14 ateliers ont été ajoutés aux 48 initialement prévus, portant à 62 le nombre total d'ateliers de pratique réflexive offerts. Bien que l'investigatrice avait initialement planifié dispenser chacun des ateliers à des groupes de quatre à six infirmières à deux reprises sur chaque quart de travail, quatre infirmières en moyenne ont assisté aux ateliers et huit ont dû être offerts selon une modalité d'intervention individuelle (format un à un). Par ailleurs, malgré les efforts mis de l'avant pour rejoindre l'ensemble des 22 infirmières participantes, sept infirmières se sont absentes lors d'un des huit ateliers offerts, deux ont manqué deux ateliers et une n'a participé qu'à la moitié des ateliers.

Plusieurs activités et exercices devaient être réalisés par les infirmières lors de l'intervention. La grande majorité de ces activités et exercices a été effectuée comme prévu dans la structure de l'intervention. Cependant, l'analyse des données du journal de bord de l'investigatrice souligne quelques écarts relativement aux sujets à traiter lors des troisième et quatrième ateliers portant sur la médication. En effet, quatre thèmes devaient être discutés dans le cadre du troisième atelier, mais en raison d'un manque de temps, le thème du savoir empirique, en tant que savoir pour guider les choix d'intervention, a été reporté à l'atelier subséquent. De plus, ce sujet a été amené différemment de ce qui avait été prévu initialement, compte tenu de difficultés liées à l'accès aux bases de données scientifiques au sein du milieu de soins. L'investigatrice a ainsi proposé aux infirmières des lectures dirigées et des liens électroniques pour trouver des informations dont le contenu scientifique était valide. En ce qui a trait aux exercices à effectuer, les infirmières avaient à rédiger des journaux réflexifs, ce qui nous a permis de recueillir 19 journaux réflexifs portant sur la médication, le même

nombre sur la mobilisation et 20 journaux portant sur la planification du congé. Des exemples de ces journaux réflexifs sont fournis à l'appendice Q. Les participantes ont également mis à l'essai de nouvelles interventions infirmières, observé les résultats obtenus auprès de la clientèle et ont volontairement partagé ces informations avec leurs pairs. Les résultats concernant la mise à l'essai de ces nouvelles interventions infirmières seront discutés ultérieurement.

Perception des infirmières de leur expérience de pratique réflexive

Suite à l'intervention de pratique réflexive, nous avons demandé aux infirmières, par le biais du questionnaire sur l'expérience de pratique réflexive, ainsi que lors des groupes de discussion focalisée, comment elles décriraient leur expérience. La grande majorité a mentionné avoir trouvé cette expérience enrichissante.

Une infirmière a plus particulièrement souligné la possibilité de transférer les connaissances acquises lors de cette intervention à des situations à l'extérieur du milieu de travail⁹ :

« Parce que ma mère a 75 ans (...), des fois c'est le p'tit party avec toutes ses petites amies qui viennent, pis y'en a une qui a 80 quelques années, (...) C'est un groupe de personnes âgées et je peux mettre en pratique des choses que j'ai apprises ici. » (GDF1-119; 163-166)

L'intervention de pratique réflexive a également été une occasion permettant aux infirmières de faire un retour sur leurs expériences et d'exprimer ce qu'elles vivent. Le verbatim suivant témoigne de ces propos :

⁹ Les codes entre parenthèses réfèrent à la dénomination de l'instrument, au code d'identification des participantes et au numéro des lignes associées aux verbatim :
 QPR : Questionnaire sur l'expérience de la pratique réflexive
 GDFn^o : Groupe de discussion focalisée et numéro du groupe.

« Ça nous permettait aussi d'évacuer. C'était un moment aussi de nous libérer pour dire ce qu'on avait (...) en arrière, de ventiler. Une occasion de nous ventiler, et de parler de nos expériences » (GDF3-122; 117-120)

Bien que la grande majorité des commentaires décrivant l'expérience de pratique réflexive soient positifs, deux infirmières ont souligné l'aspect « demandant » associé à cette intervention, ainsi que l'incertitude reliée à l'amorce d'une nouvelle démarche d'apprentissage :

« Au début des ateliers, j'avoue que je ne savais pas trop où je m'en allais, ni si je répondais adéquatement aux questions. Mais à force de pratiquer, c'est devenu plus clair. On savait de mieux en mieux comment réfléchir à notre pratique. » (QPR-132; 82-84)

« Cela est demandant, mais combien valorisant. » (QPR-134; 90)

La section suivante porte sur les aspects appréciés et moins appréciés de l'intervention de pratique réflexive par les infirmières.

Aspects appréciés et moins appréciés de l'intervention de pratique réflexive

Nous voulions également savoir quels aspects de l'intervention avaient été les plus et les moins appréciés. Parmi les aspects les plus appréciés, les infirmières ont mentionné la structure et les thèmes choisis pour cette intervention :

« J'ai bien aimé la structure. On avait huit rendez-vous, pis au début, on a parlé de la perception d'une personne âgée. Après, on a été étape par étape. On s'est rendues à la fin, à la planification du congé. Ça nous a amenées à avoir une vision plus globale de ce qu'est la personne âgée, c'est quoi ses besoins spécifiques, les capacités et dans tous les aspects. (...) J'ai bien aimé la structure. » (GDF1-131; 926-931)

« Le choix des sujets qui nous touchent de près, à tous les jours, nous vivons des problématiques avec la médication, la mobilisation et la planification du congé. » (QPR-129 ; 156-157)

L'approche systématique a également été soulignée comme étant une force de cette intervention, alors que d'autres participantes ont précisé avoir apprécié le modèle de réflexion structurée de Johns :

« Qu'on m'enseigne une méthode, une façon de réfléchir et de revenir sur ma pratique, mes actions posées afin que je trouve moi-même où sont mes points faibles et mes points forts. » (QPR-132; 166-168)

« L'approche systématique selon [les] problématiques Médicaments / mobilisation / congé – à partir desquelles il est possible de réfléchir sur l'essentiel de la pratique. Le type de savoir selon le modèle de Johns oriente la réflexion efficacement. » (QPR-110; 126-129)

Des participantes ont également souligné leur appréciation des lectures proposées, ainsi que la notion d'auto-apprentissage offerte par cette intervention. Ces deux extraits de verbatim témoignent de cette appréciation :

« La lecture des articles scientifiques qui a augmenté mes connaissances et m'a appris de nouvelles méthodes de soins. » (QPR-131; 163-164)

« Que l'on me permette de réfléchir à ma pratique pour que je puisse m'améliorer de par mes propres réflexions ou à l'aide de collègues, mais sans jamais me dire quoi faire. J'apprécie de me rendre compte que seule ou avec mes collègues, au fond, nous avons les solutions. » (QPR-132; 167-168)

Au début de chacun des ateliers, un résumé de l'atelier précédant était effectué par l'investigatrice. Ce résumé est un élément retenu par plusieurs infirmières :

« Le fait que [la guide-facilitatrice] ait compilé les réponses qui ont été données par un groupe sur un sujet, et de les proposer à un autre groupe, a été très intéressant. » (QPR-135; 176-178)

L'apport du groupe lors de discussions et les possibilités de partager différentes pratiques par le biais des expériences diversifiées ont été notés positivement par la plupart des infirmières :

« Le partage entre collègues venues d'ailleurs. Il faut plusieurs idées pour s'en faire une. » (QPR-110; 125)

« Lorsque l'on racontait nos expériences et qu'on pouvait en débattre tout le groupe ensemble. Cela apportait de nouvelles perspectives sur l'action que l'on avait posée. » (QPR-105; 111-112)

En marge de l'intervention de pratique réflexive, les infirmières ont abordé certaines caractéristiques liées à l'animation des ateliers qu'elles considèrent importantes. Le dynamisme de l'animation, la confiance et la transparence ont été relevés par les participantes comme des qualités importantes pour l'animation de cette intervention de pratique réflexive :

« J'ai aimé avoir pu m'exprimer librement sans avoir l'impression d'être jugée. » (QPR-122; 141)

« Elle nous mettait à l'aise [la guide-facilitatrice]. On a glissé les yeux fermés. On s'est autorisé dans le fond. Elle n'avait pas besoin souvent de nous dire que c'était confidentiel. » (GDF2-113; 771-773)

« Comment ne pas apprécier ces rencontres avec une intervenante des plus dynamique, enjouée? » (QPR-114; 37-38)

Par ailleurs, parmi les aspects les moins appréciés de l'intervention, plusieurs infirmières ont mentionné ne pas aimer les exercices nécessitant l'écriture, notamment la rédaction des journaux réflexifs :

« Les travaux [écrits]. La lecture ne me dérange pas, mais quand il arrive de me pencher à décrire une situation ou ma pensée, je bloque. Il n'y a rien qui me vient à l'esprit. » (QPR-138, 243-244)

Les horaires des ateliers (avant ou après le quart de travail), ainsi que leur fréquence ont également été mentionnés comme des aspects moins appréciés entourant cette intervention de pratique réflexive :

« Faire les rencontres à la fin de 8 heures de travail, c'était un sacrifice. » (QPR-123; 211)

« C'est sûr qu'aux trois semaines, ça revenait souvent, ça revenait vite, ça ne nous laissait pas beaucoup de temps pour appliquer les interventions. (...) C'est sûr, trois semaines, ça a l'air long. Mais des fois, il y a des vacances, des choses comme ça. » (GDF2-128; 815-818)

Enfin, certaines infirmières ont mentionné que la durée des ateliers (75 minutes) était trop courte pour pouvoir approfondir un sujet :

« Le manque de temps parfois. On n'a pas assez de temps pour discuter tellement le sujet était intéressant (...) » (QPR-135; 240-241)

La section suivante aborde la perception des infirmières sur le maintien de la tenue d'ateliers de pratique réflexive.

Maintenir la tenue d'ateliers de pratique réflexive?

Nous avons également demandé aux infirmières si elles poursuivraient, si cela était possible, des ateliers de pratique réflexive et pourquoi. En forte proportion, elles ont mentionné qu'elles poursuivraient les ateliers puisque ces activités leur permettent de peaufiner leur jugement clinique et d'augmenter leur compétence professionnelle. Elles souhaiteraient que cette pratique réflexive soit étendue à d'autres professionnels, ainsi qu'à d'autres clientèles. Elles ont notamment proposé de poursuivre ces ateliers au sein de leur équipe de travail immédiate et d'y inclure aussi bien les membres de l'équipe intradisciplinaire qu'interdisciplinaire. Des conditions à la poursuite des ateliers ont également été précisées. Notamment, les ateliers ne peuvent s'effectuer sur les heures de travail. Ils pourraient avoir lieu avant ou après le quart de travail pour certaines, alors que d'autres préféreraient qu'ils se tiennent sous forme de demi-journées, voire de journées complètes. La fréquence proposée est variable, allant d'ateliers se réalisant mensuellement à trimestriellement. Par ailleurs, les infirmières soulignent l'importance d'être rémunérées. Il a été reconnu par l'ensemble des participantes que ce type d'ateliers pourrait examiner des thématiques touchant non seulement la clientèle âgée, mais aussi toutes les clientèles. La prochaine section rapporte les résultats de l'analyse qualitative des données.

Résultats issus de l'analyse qualitative des données

Nous avons trois questions de recherche (Q) nous permettant d'évaluer le processus de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive. Les résultats sont ici présentés afin de répondre à chacune de ces questions.

Habilités nécessaires à la pratique réflexive

La première question de cette étude visait à décrire quelles étaient les habiletés nécessaires à la pratique réflexive développées par les infirmières au cours de l'intervention de pratique réflexive (Q₁). Pour répondre à cette question, les 22 infirmières ayant participé au projet ont complété le questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive (voir Appendice G) et 11 d'entre elles ont participé aux groupes de discussion focalisée post-intervention (voir Appendice H).

L'analyse thématique des données qualitatives issues de ces deux approches de collecte de données révèle qu'à la suite de leur expérience, la majorité des infirmières ayant participé au groupe expérimental perçoivent avoir une plus grande capacité d'introspection, faire preuve d'une plus grande ouverture, se remettre plus fréquemment en question et prendre davantage conscience des gestes qu'elles posent. Voici des extraits de verbatim qui illustrent ces résultats :

« Je crois que le point de départ est la « prise de conscience » de soi, de l'autre et de sa pratique. Ensuite, le fait de réfléchir ensemble et de partager, de mettre en commun des idées, nous amène à modifier des façons de faire et nous renforce dans notre responsabilité à donner des soins de qualité. » (QPR-124; 842-844)

« Il est important de se remettre en doute, une réflexion sur un acte posé peut juste nous rendre plus efficaces dans notre travail par la suite. » (QPR-105; 253-254)

« Je crois que maintenant, je suis plus portée à m'interroger sur ce que j'ai fait (ou pas), d'utiliser la pratique réflexive au moment de mon intervention ou après. » (QPR-106; 343-344)

Certaines infirmières affirment prendre maintenant un temps d'arrêt pour réfléchir avant d'agir et ne pas seulement être prises dans le tourbillon des tâches à accomplir :

« Après coup, à la toute fin, avec le recul, je me suis dit, c'était quelque chose de bénéfique pour moi parce que ça fait quand même 32 ans que je suis dans le domaine hospitalier, puis on ne s'arrête pas hein! On fait ça par réflexe. On fait ça par conditionnement. Puis on dit : j'ai toujours fait ça. Mais s'arrêter et réfléchir aux gestes que l'on pose. Je trouvais ça agaçant au tout début et après ça, c'est devenu comme un réflexe, naturel. Ben, voyons. Ne serait-ce que de donner une pilule! Je suis en train de donner une pilule, puis tout l'impact que ça occasionne autour, puis maintenant le système Unidose, etc. Mais tu t'arrêtes pas et tu oublies que tu l'as donnée à un humain. En tout cas, pour ma part, j'ai trouvé que s'arrêter sur n'importe quelle petite chose que l'on faisait, le petit geste que l'on posait, pour ma part, juste venir chercher un bagage ici, je trouvais ça riche. » (GDF1-130; 146-157)

Pour certaines infirmières, le fait de prendre un temps d'arrêt leur a permis d'améliorer leurs habiletés de communication auprès du patient âgé et d'entrer en relation avec celui-ci :

« C'est bon aussi pour les patients parce qu'on arrête d'être dans un train qui va à 100 miles à l'heure. On arrête et on se dit, non, non. Regarde, je vais prendre le temps de lire, je vais prendre le temps d'y parler et d'expliquer. Je vais prendre le temps d'avoir un vrai contact avec ce patient-là. » (GDF1-134; 264-267)

D'autres infirmières ont également mentionné avoir amélioré leurs habiletés de communication au sein de leur équipe de travail, tel que cet extrait en témoigne :

« On est plus communicateur, aussi. C'est ça que ça amène. Le fait de réfléchir, c'est qu'on le partage. Je sais ce que l'autre [mon collègue] pense. Ça nous amène à plus communiquer. » (GDF1-134; 716-718)

Par ailleurs, certaines participantes rapportent mieux analyser les situations quotidiennes, en particulier en raison du fait qu'elles ont pu partager avec un groupe de pairs et apprendre différemment. L'infirmière suivante exprime cette réalité :

« On pourrait peut être rajouter ou questionner sur les habiletés, y'en a une, je suis pas certaine qu'elle est ressortie, mais c'est l'habileté d'analyse. Il y a une grosse part d'analyse que l'on fait individuellement et là, ce qui peut nous avoir aidées, c'est de le faire en groupe. On n'avait peut-être pas tendance à le faire et c'est quelque chose que j'ai envie de poursuivre sur cette analyse-là en groupe, de notre travail, de notre pratique. Puis ça, ça va avoir développé cette habileté-là. Parce que l'analyse, comme infirmière, il faut qu'on l'aille, on n'a pas le choix. C'est notre travail, c'est ça. Mais la façon d'analyser, ça nous ouvre une autre porte. D'analyser en groupe. En nous amenant des outils différents. Ça, je pense que ça peut avoir un impact. En tout cas, de mon côté, moi, j'ai toujours aimé travailler en équipe ou partager beaucoup avec mes collègues. Mais là, de le faire plus systématiquement, c'est quelque chose qui pourrait avoir vraiment un impact sur ma pratique. De changer ma façon d'analyser. Si on a vraiment des problèmes précis, de les apporter en groupe, de continuer de les apporter en groupe, de se créer cette plage-là, que ce soit formel ou informel, de se créer ce lieu-là de partage, d'analyser nos situations problématiques ou non problématiques. » (GDF2-128; 583-598)

Une infirmière mentionne avoir progressé dans son habileté à évaluer ses interventions suite à sa participation à l'intervention de pratique réflexive, et plus particulièrement sur les trois thématiques discutées lors de l'intervention :

« Je pense que c'est plus au niveau de l'évaluation de mes interventions que l'activité m'a permise d'aller un peu plus loin (...). Surtout à savoir sur les trois sujets qui sont quand même assez importants chez la personne âgée. Donc, plus de voir le résultat et moi, s'il y a une situation comme ça qui m'arrive la prochaine fois, qu'est-ce que je devrais faire pis pas faire? » (GDF3-106; 466-470)

Une infirmière a aussi souligné être plus proactive dans ses soins et mettre en place plus rapidement des actions pour préserver l'autonomie des patients :

« Je me disais, on va agir. On va aider les patients. On va travailler pour eux autres, pour qu'ils soient autonomes, pour qu'ils se prennent en main. Pour qu'ils aient le goût d'être bien. Parce que dans le fond, c'est ça la santé. Ce que l'on vise le plus, c'est au moins d'être autonome. » (GDF1-134; 240-244)

Pour d'autres, l'intervention de pratique réflexive a été révélatrice d'une possibilité d'améliorer leur savoir empirique, notamment en ayant appris à se documenter sur les interventions adaptées à la clientèle âgée hospitalisée. Les deux verbatim suivants témoignent de ces résultats :

« Je sens que j'ai une mission là-dedans, pis ce n'est pas rien que parce que je suis une bonne personne. C'est basé sur des connaissances, c'est important. Y faut que l'on travaille là-dessus. Ça va être beaucoup plus valorisant pour les infirmières et ça va être meilleur pour les patients. Pis on va peut-être mieux les diriger. » (GDF1-134; 269-273)

« Je vais aller regarder la revue de l'Ordre [des infirmières et infirmiers du Québec], je vais aller chercher des articles, j'essaie de me mettre à jour. » (GDF3-122; 449-450)

En résumé, d'après l'analyse des questionnaires relatant l'expérience de pratique réflexive, ainsi que des groupes de discussion focalisée, la majorité des infirmières semblent avoir développé un éventail d'habiletés au cours de l'intervention. Ainsi, certaines sont davantage capables de remettre en question leur pratique et font preuve d'ouverture face à de nouvelles façons de faire. Elles tendent à prendre un temps de réflexion avant de passer à l'acte, plutôt que de réaliser des tâches successives et machinales. D'autres insistent sur l'amélioration de leurs habiletés de communication, leurs capacités d'analyse et d'évaluation. Enfin, quelques participantes soulignent avoir appris à se documenter sur les interventions infirmières adaptées aux personnes âgées hospitalisées. Les savoirs infirmiers développés par les infirmières font l'objet de la section suivante.

Savoirs infirmiers

La deuxième question de recherche de l'étude portait sur les savoirs infirmiers et visait à décrire les types de savoir (empirique, éthique, esthétique, personnel) que les infirmières croyaient avoir développés (Q₂) suite à l'expérience de pratique réflexive. Tout comme pour la première question de recherche, nous avons utilisé les données collectées au moyen du questionnaire sur l'expérience de la pratique réflexive (voir appendice G), ainsi que celles issues des groupes de discussion

focalisée post-intervention (voir appendice H) pour répondre à cette deuxième question.

À la lumière de notre analyse, il semble que la notion de savoirs infirmiers demeure pour plusieurs infirmières un concept abstrait, bien qu'il ait été abordé dans les ateliers et tout au long de l'écriture des journaux réflexifs. Le verbatim suivant traduit ce malaise chez certaines infirmières :

« Moi, j'ai de la misère avec tous ces termes-là. Les savoirs empiriques, savoirs, (...) les connaissances. » (GDF3-105; 138-139)

En dépit de cette limite liée à la terminologie et à l'aspect conceptuel, plusieurs infirmières ont mentionné avoir développé des savoirs infirmiers au cours de leur expérience. Des exemples sont introduits ci-dessous.

Savoir empirique

Comme le démontrent les extraits suivants, certaines participantes ont élargi leurs connaissances empiriques sur les trois thématiques cliniques :

Médication :

« J'ai compris qu'avec la médication puis ce que [la guide-facilitatrice] nous a donné, des feuillets face à ça, il faut les soulager ces gens-là. Je ne dis pas que je les soulageais pas, mais pas de la même manière. Des fois, j'attendais aux quatre heures, des fois j'attendais une heure de plus ou deux heures de plus. Maintenant, non, j'attends pas, je donne la dose minimale, (...). J'attends plus, on y donne la dose et j'évalue à ce moment-là. Avant, j'avais beaucoup de points d'interrogation, j'avais peur de certaines choses. Maintenant, je me suis dit non. C'est sûr qu'elle est âgée, mais elle a droit à ce qui est prescrit. (...) on surveille les paramètres, comme on fait pour l'évaluation de la douleur, le protocole. Avant, j'avais beaucoup peur, mais maintenant non. » (GDF1-119; 441-451)

Mobilisation :

« La mobilisation est extrêmement importante dont certaines complications [liées à l'immobilisation]. On les avait appris à l'école, mais au fil des ans, ça nous a comme échappé. » (GDF2-107; 266-268)

Planification du congé :

« Moi, ce qui m'a le plus frappée, c'était le congé. En fait, moi comme plusieurs, le congé on en parle, quand c'est le temps du congé. Ça va avec la fin. En fait, le congé, ça se prépare tout le temps. Ça se prépare dès que la personne arrive. Et c'est un processus continu. (...) Ça, je le voyais pas à ce point-là. C'est une évidence, sauf qu'on a le nez collé dessus. (...) Mais on associe le congé avec la fin. (...) Y'a eu beaucoup d'avancées là-dessus avec la documentation qu'on a eue. Y'a beaucoup de nouvelles informations. » (GDF2-113; 203-215).

Savoir éthique

En ce qui concerne le savoir éthique, il s'agit d'un savoir sur lequel les infirmières se sont beaucoup questionnées au cours des ateliers de pratique réflexive. Ce type de savoir est perçu par certaines infirmières comme le savoir s'étant le plus développé au cours de l'intervention de pratique réflexive et qui les a amenées à se questionner sur des interventions usuelles de soins :

« Ça nous pousse à réfléchir encore plus. À analyser et à aiguiser notre jugement. On dirait qu'on se pose de plus en plus de questions, pis est-ce que j'ai agi pour le mieux? Pis moi, c'est beaucoup le côté éthique. Je sais pas. On dirait, ça revient souvent. » (GDF3-106; 506-509)

« Pas donner de l'Haldol (...) pour aller plus vite, pour les soigner et s'en débarrasser. Prendre conscience. Est-ce que c'est vraiment pour le bien du patient que je donne de l'Haldol ou je peux essayer de faire autre chose? » (GDF1-134; 436-468)

« Les fameuses contentions parce que les personnes âgées, elles se mettent à trainer [à déambuler dans le corridor] (...) un moment donné, on décide de les attacher. Elles sont ficelées comme des saucissons dans le lit. Bien moi, ça me fatigue. Je suis plus capable de voir ça (...) on n'a pas besoin d'y mettre des contentions, on le surveille plus! » (GDF1-134; 583-591)

Savoir esthétique

Une seule infirmière a, par ailleurs, nommé explicitement le savoir esthétique et souligne l'avoir utilisé au cours de cette intervention de pratique réflexive. Cet extrait en témoigne :

« Prendre conscience que ma chaleur humaine est un plus pour mes patients. Et ce n'est pas seulement un côté non-professionnel et péjoratif de la vocation. C'est avec cette chaleur humaine que l'on peut transmettre notre savoir au patient, aux autres infirmières, à la famille, à la population, aux autres professionnels. C'est un moyen demandant, exigeant et qui prend du temps sur le coup. Mais il nous permet d'intégrer notre savoir dans les gestes de tous les jours. Respecter la bulle du patient, ne pas le brusquer par nos interventions faites avec automatisme. Lui parler, lui expliquer. Et limiter les médicaments, favoriser la surveillance, notre présence (chaleur humaine) et impliquer la famille. » (QPR-134; 392-398)

Savoir personnel

Le savoir personnel a, quant à lui, été abordé par quelques participantes. Les extraits suivants révèlent un apprentissage de ce type de savoir :

« En général, [j'ai appris] (...) un savoir être et un savoir-faire. » (QPR-125; 294-295)

«« [J'ai appris] le savoir agir auprès d'une clientèle âgée. » (QPR-131; 385-386)

Bien que notre étude se soit concentrée sur quatre types de savoirs (empirique, éthique, esthétique et personnel), l'intervention de pratique réflexive a permis d'exposer un autre type de savoir : le savoir émancipatoire. Les résultats révèlent ce savoir exprimé par les infirmières à la section suivante.

Savoir émancipatoire

Un résultat particulièrement intéressant de cette étude concerne le développement d'un cinquième type de savoir chez les participantes. À travers les propos de certaines infirmières, nous pouvons voir émerger le savoir émancipatoire qui n'avait pas fait l'objet de discussion dans le cadre de l'intervention de pratique réflexive :

« Ça m'a fait réaliser que oui, l'infirmière devait dans le fond prendre sa place et elle a aussi une place à prendre. Je pense que c'est ça. (...) Je sais pas comment le dire. Mais je pense que c'est là que j'ai le plus appris. » (GDF3-106; 151-154)

« On a plus d'emprise que l'on pense. C'est-à-dire, je suis allée en voir des médecins. Je suis pas infirmière depuis bien bien longtemps. Y'a des choses que je n'osais pas faire et maintenant, y'a des médicaments, c'est arrivé quelquefois où y'a des médicaments que j'ai pas donnés, j'ai remis ça en question. Parce que c'était pas pertinent. Le patient avait trop de somnolence par exemple. Il était surmédiqué. On pose la question au suivi médical le lendemain ou on voit directement le médecin. Pis on va lui en parler. C'est quelque chose que j'avais plus les moyens de faire. » (GDF2-113; 216-223)

« Cette façon de pratiquer est un moyen de partager notre savoir, cela pourrait aider les jeunes infirmières comme les plus expérimentées. En plus, cela ferait prendre conscience aux infirmières qu'elles ont un rôle déterminant dans le système de santé! Elles pourraient être plus autonomes et ne pas se contenter d'être des subalternes des médecins. » (QPR-134; 321-324)

En somme, les participantes ont eu recours à différents types de savoirs lors de l'intervention de pratique réflexive. Des savoirs empirique, éthique, esthétique, personnel et émancipatoire ont été mentionnés par les participantes, bien que la terminologie liée à ces différents types de savoirs demeure encore abstraite pour elles. La section suivante présente les résultats portant sur la perception des infirmières quant à l'amélioration de leur pratique professionnelle au moyen de la pratique réflexive.

Pratique réflexive comme moyen d'amélioration de la pratique professionnelle

La troisième question de recherche de cette étude portait sur la perception des infirmières quant à la possibilité que la pratique réflexive puisse être un moyen d'améliorer leur pratique professionnelle quotidienne (Q3). Les questionnaires de pratique réflexive et les groupes de discussion focalisée ont fourni les données permettant d'y répondre.

Les infirmières ont souligné, en forte proportion, que la pratique réflexive pouvait être un moyen d'améliorer leur pratique de différentes façons. Elles ont mentionné qu'elle pouvait être un moyen, entre autres, d'empêcher la routinisation dans les activités de soins, de ne pas tenir pour acquises les façons de faire et de voir autrement les situations auxquelles elles sont confrontées. Les extraits de verbatim témoignent des améliorations perçues par les infirmières :

« C'est qu'on était rendu qu'on faisait tout par automatisme. C'est comme ça, il faut se dépêcher, il faut se dépêcher et on va au plus court et on a comme baissé les bras devant ce que l'on avait à faire. Pis là, on s'est réapproprié. Je veux qu'il aille bien. Y va bouger. Ça nous a stimulé à faire mieux. » (GDF1-134; 624-627)

« Apprendre à me dégager des idées qui, machinalement, me retiennent. Exemple : associer planification du congé et moment du congé. » (QPR-110; 269-270)

« Le partage de l'expérience et les différentes façons d'agir face à un problème. Chaque infirmière avait une piste de solution et c'est cette diversité de solutions que j'ai beaucoup appréciée. » (QPR-123; 143-144)

Effectuée via le partage au sein d'un groupe, la pratique réflexive amène les infirmières à réfléchir sur différentes situations de soins, sur les meilleures façons d'intervenir et sur des pistes de solutions innovantes aux problématiques de soins rencontrées :

« À mon avis, c'est « l'input » des autres qui est la clé de ce projet. En discutant ensemble, nos collègues apportent leurs idées et nous offrent d'autres façons d'aborder un problème et ses solutions. » (QPR-128; 151-153)

La pratique réflexive est, pour une forte majorité d'infirmières participantes, une façon d'améliorer leur pratique puisqu'elles peuvent partager leurs connaissances et leurs compétences, mais également apprendre de leurs pairs et se maintenir à jour. La dimension d'un apprentissage intergénérationnel a également été soulignée par quelques infirmières :

« C'est en même temps une mise à jour. Et ça permettait de voir les différentes connaissances, l'évolution, les mises à jour et permettre de partager aussi, autant [avec des] nouvelles [infirmières] qu'avec les vieilles [infirmières]. Souvent, on apprend des vieilles [infirmières], mais souvent les vieilles [infirmières] apprennent de nous, la nouvelle génération. C'était bien d'échanger. Que ce ne soit pas qu'un groupe d'âge. » (GDF3-122; 453-457)

« Les ateliers proposés ont été pour moi très enrichissants et m'ont donné l'occasion de discuter en groupe de problèmes auxquels nous sommes confrontées lors de notre pratique. L'idée de réfléchir en groupe sur des sujets donnés a permis d'apporter des solutions et des idées nouvelles à des situations qui nous interpellent plus particulièrement. » (QPR-128; 63-66)

D'autres infirmières soulignent que la pratique réflexive peut favoriser la personnalisation des soins dispensés aux patients et à leur famille, rendant plus humain, attentif et sensible, le geste infirmier posé :

« On personnalise plus nos soins. En les personnalisant plus, on fait vivre beaucoup moins d'anxiété. Les patients ont l'impression d'avoir plus un contrôle aussi, d'agir. Tu sais, là agir, que ce soit pour le patient ou pour l'infirmière, agir c'est tellement plus, tu fais (...), t'es pas victime. » (GDF1-134; 526-529)

« En étant toujours sensibilisées aux gestes que l'on pose dans toutes nos interventions, je suis convaincue que la qualité de nos soins sera meilleure et ainsi, chacun y trouvera sa valorisation, surtout lorsqu'on œuvre auprès de la clientèle des personnes âgées malades. » (QPR-130; 857-859)

« J'essaie de prendre plus de temps maintenant le matin. Mettons, tu vois des patients, dans leurs yeux, ils n'osent pas te le dire, mais ils ont besoin de

parler un petit peu ou quoi que ce soit. C'est sûr que ça nous demande un effort parce que notre temps est compté, mais avant, c'était comme des numéros. Maintenant, j'essaie de prendre le temps, pis quand un patient a besoin d'être écouté, bien je le prends. Je finirai à 9 heures. » (GDF1-119; 421-426)

Pour certaines infirmières, la pratique réflexive incite à baser les interventions sur des pratiques exemplaires et ainsi, à viser l'excellence dans la façon de prodiguer les soins :

« Elle [pratique réflexive] favorise le support mutuel, la poursuite de l'excellence, le travail d'équipe, la compréhension mutuelle, le partage de connaissances et de compétences. » (QPR-107; 814-815)

« Favorise le changement dans nos pratiques de soins en tentant de s'approcher des meilleures pratiques. » (QPR-128; 153-154)

En somme, les infirmières ont décrit cette intervention comme un moyen permettant d'améliorer différents aspects de leur pratique professionnelle. Notamment, les automatismes et les routines institués au fil du temps sont ébranlés par le recul permis par cette intervention. Grâce à la réflexion et au partage de leurs expériences, différentes perceptions d'une même situation surgissent, laissant entrevoir des modalités d'intervention différentes. La mise en commun des connaissances et des compétences d'infirmières de niveaux d'expériences variés font de cette intervention une source d'apprentissage. De plus, cette intervention permettrait de faciliter la personnalisation des soins et inciterait les infirmières à tendre vers de meilleures pratiques de soins. La prochaine section présente les résultats issus des analyses statistiques des données.

Résultats issus des analyses statistiques des données

Nous avons également à vérifier trois hypothèses de recherche (H) permettant d'évaluer certains effets de l'intervention de pratique réflexive. Chaque hypothèse est rappelée, suivie des résultats obtenus.

Effets de l'intervention de pratique réflexive sur les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées

La première hypothèse de cette étude stipulait que : comparativement à un groupe de comparaison, les infirmières ayant participé au développement et à la mise à l'essai d'une intervention de pratique réflexive (groupe expérimental), auraient modifié leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des personnes âgées (H_1). Deux instruments ont été retenus pour nous permettre de vérifier cette hypothèse, soit respectivement la traduction du *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* (Kogan, 1961) et celle du *Palmore's Facts on Aging Quiz* (Palmore, 1977).

Pour vérifier l'équivalence entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison avant l'intervention relativement aux attitudes et aux connaissances, nous avons effectué le test de Mann-Whitney. Nous avons ensuite procédé à des tests de classement de Wilcoxon pour vérifier s'il y avait une différence au regard des connaissances et des attitudes pré et post-intervention pour chacun des groupes.

Tel qu'il est mentionné au chapitre 3, le *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* permet d'obtenir des scores variant entre 34 et 204, un score élevé signifiant une attitude positive à l'égard des personnes âgées. Les résultats des analyses ne soulignent aucune différence entre le groupe expérimental ($Md = 163$) et le groupe de comparaison ($Md = 161$) avant l'intervention de pratique réflexive ($U = 225,00$, $r = -0,02$, ns). Cependant, le test de classement de Wilcoxon révèle une différence significative entre la période pré-intervention et la période post-intervention pour le groupe expérimental ($Md_{\text{post}} = 165$, $z = -2,65$, $r = -0,40$, $p < 0,05$), alors qu'aucune différence significative n'a été obtenue pour le groupe de comparaison ($Md_{\text{post}} = 160$, $z = -1,27$, $r = -0,20$, ns). Plus précisément, les infirmières du groupe expérimental avaient une attitude significativement plus positive envers les personnes âgées après l'intervention de pratique réflexive qu'avant l'intervention, alors qu'il n'y a pas eu de changement d'attitude pour les infirmières du groupe de comparaison.

Quant aux connaissances sur le vieillissement, le *Palmore's Facts on Aging Quiz* est un questionnaire permettant d'obtenir un score sur 25, un score élevé démontrant un plus grand nombre de bonnes réponses au quiz sur les connaissances. Comme pour l'instrument précédant, nous avons vérifié, au moyen du test de Mann-Whitney, l'équivalence entre les groupes avant l'intervention de pratique réflexive. Aucune différence significative n'a été relevée entre le groupe expérimental ($Md = 18$) et le groupe de comparaison ($Md = 17$). Toutefois, nous avons constaté qu'il y avait une différence significative entre les temps de mesure pré et post-intervention pour le groupe expérimental ($Md_{\text{post}} = 19$, $z = -2,03$, $r = -0,31$, $p < 0,05$) et aucune différence pour le groupe de comparaison ($Md_{\text{post}} = 17$, $z = -0,63$, $r = -0,10$, *ns*) entre ces mêmes temps de mesure lorsque nous avons fait le test de classement de Wilcoxon. Les infirmières du groupe expérimental ont amélioré significativement leurs connaissances à l'égard des aînés suite à l'intervention de pratique réflexive, alors qu'aucune différence significative n'a été notée pour les participantes du groupe de comparaison. Le tableau 5 rapporte les résultats de ces analyses.

Tableau 5

Comparaison entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison pour les données du Kogan's Attitudes Toward Old People Scale (attitudes) et du Palmore's Facts on Aging Quiz (connaissances)

Instruments Groupe	Temps	Moyenne (\bar{x})	Écart-type	Étendue	Médiane	Test de Mann-Whitney			Test de classement de Wilcoxon			
						<i>U</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	
Attitudes (score sur 204)												
GE (n=22)	Pré	159,42	13,26	122 - 179	163	225,00	-0,02	0,89	-2,65	-0,40	0,01*	
	Post	166,83	13,73	138 - 188	165							
GC (n=21)	Pré	160,52	16,36	132 - 192	161				-1,27	-0,20	0,20	
	Post	159,22	14,08	129 - 180	160							
Connaissances (score sur 25)												
GE (n=22)	Pré	17,41	1,82	13 - 20	18	195,00	-0,14	0,38	-2,03	-0,31	0,04*	
	Post	18,41	2,89	12 - 22	19							
GC (n=21)	Pré	17,05	2,60	11 - 23	17				-0,63	-0,10	0,53	
	Post	17,33	2,39	13 - 22	17							

*p < 0,05

À la lumière de ces résultats quantitatifs, nous pouvons confirmer notre première hypothèse : comparativement aux infirmières du groupe de comparaison, les infirmières ayant participé à l'intervention de pratique réflexive (groupe expérimental) ont modifié positivement leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des personnes âgées.

Les données qualitatives abondent également dans ce sens. En effet, les infirmières ont mentionné à plusieurs reprises, lors des groupes de discussion focalisée et dans les réponses au questionnaire relatant l'expérience de pratique réflexive, avoir tout d'abord pris conscience de leurs attitudes et croyances négatives à l'endroit des personnes âgées. À cet effet, une infirmière a mentionné qu'elle ne croyait pas avoir de préjugés à l'égard des aînés, mais que l'intervention avait été pour elle une façon de lui faire prendre conscience de ceux-ci :

« Cette expérience fut pour moi une prise de conscience d'abord de mes préjugés concernant la personne âgée hospitalisée (je croyais que je n'en avais pas...). » (QPR-124; 53-54)

Ce constat a plus particulièrement été souligné suite aux deux premiers ateliers qui portaient plus spécifiquement sur les mythes et les préjugés existants à l'égard des gens âgés dans notre société. Des infirmières ont souligné que leurs connaissances se sont accrues et qu'elles ont pris conscience de certains mythes qu'elles entretenaient à l'égard des aînés :

« Je crois que mes connaissances sur les personnes âgées se sont enrichies. Par exemple, en faisant tomber certains mythes que j'avais et en précisant ce qu'est le vieillissement normal d'une personne. » (QPR-128; 297-299)

« Ça m'a aidée à faire tomber des mythes, je pense. (...) Parce que même si on a les connaissances, on a fait un cours, on est quand même influencé par les mythes qui sont dans la société, plus particulièrement concernant les personnes âgées. Je pense que ça a collaboré à faire tomber ces mythes-là et à nous ouvrir les yeux. En tout cas, moi, m'ouvrir les yeux sur ce qu'est la réalité. Parce qu'on a l'impression que nous, on ne voit que des personnes âgées dans la population hospitalière, la population est vraiment vieillissante. On a l'impression que toutes les personnes âgées sont malades, elles sont ici.

On les a tous. Finalement, c'est un petit nombre et il ne faut pas généraliser que toutes les personnes âgées sont comme nos patients. » (GDF2-113; 169-177)

Certaines infirmières ont aussi mentionné avoir modifié leurs attitudes :

« Oui, mais je me suis beaucoup améliorée face à ces gens-là. Je donne un petit exemple. Je les prenais un peu comme des enfants et j'étais portée à faire tout pour eux autres. Au contraire, bien là, maintenant, quand j'entends, on va changer la culotte. C'est parce que là, on la lève, on l'amène à la toilette, toutes des choses comme ça. » (GDF1-119; 193-197)

Quant aux connaissances générales relatives aux personnes âgées et dont il a été question au cours des deux premiers ateliers, certaines infirmières affirment avoir fait l'acquisition de nouvelles connaissances, notamment sur des sujets habituellement tabous :

« Je me rappelle, entre autres, sur le suicide [chez les aînés]. Je pensais jamais que c'était tant que cela. On n'en entend pas parler beaucoup. Surtout que c'était très bien documenté et que personne ne s'occupe de cela. C'est comme normal. Alors que la détresse peut arriver à tout âge. » (GDF2-128; 161-165)

« J'ai appris des choses que je ne pouvais pas imaginer chez les personnes âgées telles que leurs capacités d'apprentissage, le risque de suicide, l'homosexualité. » (QPR-123; 49-51)

Ainsi, les données qualitatives corroborent les résultats quantitatifs exposés précédemment et démontrent que certaines attitudes au regard des personnes âgées ont pu être modifiées et que certaines connaissances générales sur les aînés ont été acquises.

Effets de l'intervention de pratique réflexive sur le nombre d'interventions infirmières adaptées aux besoins des personnes âgées hospitalisées en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé

La deuxième hypothèse de cette étude était à l'effet que, comparativement à un groupe de comparaison, les infirmières ayant participé au développement et à la mise à l'essai d'une intervention de pratique réflexive (groupe expérimental), identifieraient significativement plus d'interventions infirmières adaptées aux besoins des aînés hospitalisés eu égard à l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et à la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction en lien avec la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Tel que mentionné, chacune de ces thématiques a fait l'objet d'une vignette clinique où les infirmières devaient décrire, avant et après l'intervention de pratique réflexive, les interventions qu'elles auraient effectuées. Au moyen de lignes directrices contextualisées à ces vignettes (pratiques exemplaires reconnues), deux juges externes ont procédé, indépendamment et à l'aveugle, à la codification des interventions infirmières décrites par les infirmières pour ces trois vignettes. Un score maximal de 17 interventions infirmières pouvait être obtenu pour la vignette portant sur la médication; un score de sept interventions pour la vignette relative à la mobilisation et de 14 interventions pour celle portant sur la planification du congé. Le pourcentage d'accord pour chaque intervention identifiée en lien avec ces vignettes cliniques a par la suite été évalué par deux juges, pour chacune des trois vignettes. Les pourcentages moyens d'accords étaient de : 81 % pour la vignette sur la médication; 82 % pour la vignette sur la mobilisation; et de 86 % pour la vignette portant sur la planification du congé. L'appendice R présente les pourcentages d'accords interjuges par ligne directrice pour chacune des vignettes.

Lorsqu'il y avait divergences entre les juges (ex. : l'un des deux juges attribuait un point à une intervention, alors que le deuxième n'en attribuait pas),

l'investigatrice procédait à une lecture des réponses de la participante et déterminait s'il y avait présence ou non de l'intervention. Par la suite, étaient calculés la moyenne, l'écart-type, l'étendue et la médiane du nombre d'interventions identifiées par les infirmières, pour chacune des vignettes ($n = 3$), pour chaque groupe (groupe expérimental et groupe de comparaison), et à chaque temps de mesure (pré et post).

Comme nous ne rencontrons pas les postulats requis pour des tests paramétriques, nous avons opté, comme mentionné, pour des tests non paramétriques. Tout comme nous l'avons fait pour la première hypothèse, nous avons vérifié l'équivalence entre les groupes avant l'intervention de pratique réflexive au moyen d'un test de Mann-Whitney, puis nous avons effectué des tests de classement de Wilcoxon pour vérifier une éventuelle différence entre le nombre d'interventions infirmières dans les vignettes en pré et en post-intervention de pratique réflexive pour chacun des deux groupes.

Aucune différence significative dans le nombre d'interventions infirmières n'a été notée entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison en pré-intervention pour les vignettes portant sur la médication ($Md_{GE} = 4,45$, $Md_{GC} = 4,00$, $U = 208,50$, $r = -0,08$, *ns*) et sur la mobilisation ($Md_{GE} = 3,50$, $Md_{GC} = 3,00$, $U = 222,00$, $r = -0,03$, *ns*). Cependant, une différence significative est ressortie dans le nombre d'interventions infirmières entre ces deux groupes pour la vignette portant sur la planification du congé ($Md_{GE} = 6,00$, $Md_{GC} = 4,00$, $U = 142,00$, $r = -0,33$, $p < 0,05$). Le groupe expérimental présentait un score plus élevé d'interventions infirmières adaptées à la planification du congé que le groupe de comparaison en période pré-intervention et ces deux groupes n'étaient donc pas équivalents pour cette variable. Cependant, aucune différence significative entre le nombre d'interventions infirmières identifiées en pré-intervention et en post-intervention, et ce, pour les trois vignettes, n'a été démontrée pour le groupe expérimental (médication : $Md_{post} = 5,35$, $z = -0,97$, $r = -0,15$, $p = 0,33$; mobilisation : $Md_{post} = 2,50$, $z = -1,64$, $r = -0,25$, $p = 0,10$; planification du congé : $Md_{post} = 7,50$, $z = -0,85$, $r = -0,13$, $p = 0,40$) et le groupe de comparaison (médication : $Md_{post} = 4,00$

$z = -0,37$, $r = -0,06$, $p = 0,72$; mobilisation : $Md_{post} = 3,00$, $z = -1,24$, $r = -0,19$, $p = 0,22$; planification du congé : $Md_{post} = 5,00$ $z = -1,78$, $r = -0,28$, $p = 0,07$). Le tableau 6 rapporte le nombre d'interventions infirmières adaptées pour chacune des trois vignettes cliniques avant et après l'intervention de pratique réflexive pour les deux groupes.

Tableau 6

Nombre d'interventions infirmières adaptées pour chacune des vignettes cliniques avant et après l'intervention de pratique réflexive

Vignettes Groupe	Temps	Moyenne (\bar{x})	Écart-type	Étendue	Médiane	Test de Mann-Whitney			Test de classement de Wilcoxon		
						<i>U</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Médication (score sur 17)											
GE (n=22)	Pré	4,57	1,62	1,0 - 7,4	4,45	208,50	-0,08	0,58	-0,97	-0,15	0,33
	Post	4,96	1,81	1,5 - 8,5	5,35						
GC (n=21)	Pré	4,31	1,58	1,9 - 8,7	4,00				-0,37	-0,06	0,72
	Post	4,49	1,78	1,0 - 8,0	4,00						
Mobilisation (score sur 7)											
GE (n=22)	Pré	3,36	1,15	1,0 - 6,0	3,50	222,00	-0,03	0,83	-1,64	-0,25	0,10
	Post	2,93	1,16	1,0 - 5,5	2,50						
GC (n=21)	Pré	3,31	1,58	1,0 - 6,0	3,00				-1,24	-0,19	0,22
	Post	3,02	1,24	1,5 - 5,5	3,00						
Planification du congé (score sur 14)											
GE (n=22)	Pré	6,32	2,57	2 - 11	6,00	142,00	-0,33	0,03*	-0,85	-0,13	0,40
	Post	6,86	3,09	2 - 13	7,50						
GC (n=21)	Pré	4,67	2,00	2 - 10	4,00				-1,78	-0,28	0,07
	Post	6,00	2,63	3 - 11	5,00						

* $p < 0,05$

À partir de ces résultats quantitatifs, notre deuxième hypothèse ne peut être confirmée. Dans le cadre de ce projet, les infirmières ayant participé à cette intervention de pratique réflexive (groupe expérimental) n'ont pas identifié davantage d'interventions infirmières adaptées aux besoins des aînés hospitalisés eu égard à l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction que les infirmières issues du groupe de comparaison pour la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Cependant, à la lumière des données recueillies par le questionnaire ouvert relatant l'expérience de la pratique réflexive, les participantes du groupe expérimental ont introduit, à leur répertoire, de nouvelles interventions infirmières issues des meilleures pratiques de soins. Le tableau 7 présente ces interventions mises à l'essai par les infirmières.

Tableau 7

Nouvelles interventions infirmières mises à l'essai par les infirmières du groupe expérimental au cours de l'intervention de pratique réflexive

Médication

- Utiliser des moyens complémentaires à la médication tels que l'application de chaud, de froid, ou l'ajustement du positionnement (QPR-107; 514-515);
 - Réviser le profil pharmacologique avec le médecin, le pharmacien et le patient âgé (QPR-104; 505-506; QPR-128; 532);
 - Évaluer la prise de médication, incluant celle de produits naturels lors de l'évaluation initiale (QPR-106; 511-512; QPR-123; 526-527)
 - Évaluer la médication à risque pour le patient âgé (QPR-105; 508-509; QPR-110; 519-520; QPR-135; 551-553; QPR-138; 555-556)
 - Établir une entente préalable (contrat thérapeutique) avec le patient lors de l'autoadministration de médicaments (QPR-130; 536-541);
 - Susciter l'implication du proche aidant lors de prise de décision au regard de la médication et de l'enseignement (QPR-125; 529-530; QPR-129; 534);
-

Tableau 7 (suite)

Nouvelles interventions infirmières mises à l'essai par les infirmières au cours de l'intervention de pratique réflexive

Médication (suite)

- Évaluer les motifs, les croyances et les connaissances de l'aîné sur sa médication (QPR-108; 517; QPR-132; 543-545).

Mobilisation

- Évaluer les motifs du patient au refus de se mobiliser (QPR-110; 631-633);
- Déterminer, avec le patient, des objectifs réalistes de mobilisation (ex. : fragmenter les sessions de mobilisation) (QPR-105; 621-622);
- Offrir du soutien à la mobilisation chez le patient confiné en chambre d'isolement infectieux (QPR-128; 651-652);
- Favoriser et susciter l'implication des proches aidants dans la mobilisation du patient âgé (QPR-107; 626; QPR-124; 643-644);
- Limiter l'usage du bassin de lit au profit de la toilette ou de la chaise d'aisance (QPR-124; 645-646);
- Réévaluer l'usage de la contention (QPR-134; 547-549);
- Enseigner et encourager des exercices passifs et actifs à la chambre (QPR-106; 624; QPR-119; 637-638; QPR-122; 640-641; QPR-132; 658-660; QPR-134; 662; QPR-135; 664-667)
- Soutenir les efforts de mobilisation du patient (encouragements, affiches d'exercices, plan de mobilisation ou autre aide-mémoire laissés à la chambre) (QPR-129; 654; QPR-131; 656).

Planification du congé

- Mettre en œuvre le processus de planification du congé dès l'admission (QPR-107; 732-733 ; QPR-132; 753-755);
 - Élaborer un plan du congé et le partager avec le patient, son proche aidant et les membres de l'équipe de soins (QPR-128; 748-749; QPR-129; 751);
 - Commencer l'enseignement relatif à la planification du congé (QPR-110; 737-738; QPR-135; 760-762).
-

Bien que le nombre d'interventions infirmières adaptées à la condition de la personne âgée hospitalisée n'ait pas augmenté de manière significative au plan statistique, les résultats des analyses qualitatives tendent à démontrer que les infirmières ont ajouté certaines interventions à leur répertoire habituel de pratique.

Effets de l'intervention de pratique réflexive sur le niveau de réflexion des infirmières

La dernière hypothèse (H₃) avançait que, comparativement à un groupe de comparaison, les infirmières ayant participé au développement et à la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive, auraient développé un niveau de réflexion supérieur. L'écrit réflexif, rédigé par les infirmières des deux groupes en pré et post-intervention, a été l'outil retenu nous permettant de déterminer ce niveau de réflexion. Un exemple d'écrit réflexif d'une infirmière du groupe expérimental peut être consulté à l'appendice S.

Tel que nous l'avons déjà mentionné, deux juges ont procédé, indépendamment et à l'aveugle, à la codification des écrits réflexifs afin de déterminer s'il y avait présence des éléments suivants du processus de réflexion : le retour sur les émotions, l'association et l'intégration, la validation, l'appropriation et les résultats de la réflexion. L'écrit réflexif permettait d'obtenir un score maximal de cinq points, soit un point pour chacun des éléments du processus de réflexion. Ce score permettait ensuite de déterminer le niveau de réflexion de l'écrit réflexif parmi trois niveaux possibles : non-réflexif, réflexif et réflexif critique (*non reflector*, *reflector*, et *critical reflector*). L'écrit était considéré non-réflexif lorsqu'il obtenait un score de 0. Il était jugé réflexif lorsqu'il obtenait 1 point, c'est-à-dire lorsqu'un des deux éléments du processus de réflexion suivant y apparaissait : retour aux émotions ou association et intégration. Enfin, un écrit réflexif était considéré comme réflexif critique lorsqu'il obtenait un score de 2 points, parce qu'il démontrait l'utilisation de l'un des trois éléments du processus, soit la validation, l'appropriation ou un résultat de la réflexion (voir Appendice M).

Comme pour les vignettes, nous avons déterminé le pourcentage d'accord interjuges pour chacun des éléments du processus de réflexion codifié. Le pourcentage moyen d'accord était de 74 %. L'appendice T permet de prendre connaissance des pourcentages d'accords interjuges pour chacun des cinq éléments du processus de réflexion des écrits réflexifs. Lorsqu'il y avait divergence entre les juges (ex. : l'un des deux juges identifiait la validation dans l'écrit réflexif, alors que le second juge ne la distinguait pas), l'investigatrice procédait à une lecture de l'écrit réflexif et déterminait s'il y avait ou non l'élément du processus de réflexion en question. Les éléments du processus de réflexion décelés dans l'écrit réflexif ont été additionnés puis la moyenne, l'écart-type, l'étendue et la médiane ont été déterminés pour chaque groupe (groupe expérimental et groupe de comparaison) et pour chaque temps de mesure (pré-post).

À nouveau, nous avons conduit des tests non paramétriques de Mann-Whitney et de classement de Wilcoxon. Aucune différence significative quant au score des éléments du processus de réflexion, entre le groupe expérimental ($Md = 4,00$) et le groupe de comparaison ($Md = 4,00$) avant l'intervention de pratique réflexive ($U = 186,00$, $r = -0,17$, ns) n'a été obtenue. Le score des éléments du processus de réflexion du groupe expérimental est demeuré stable entre le T_0 et T_1 ($Md_{\text{post}} = 4,00$, $z = -0,94$, $r = -0,14$, ns), alors que le groupe de comparaison a perdu un point, sans que cette différence ne soit significative ($Md_{\text{post}} = 3,00$, $z = -0,36$, $r = -0,06$, ns). Le tableau 8 rapporte les scores des éléments du processus de réflexion pour les groupes expérimental et de comparaison, avant et après l'intervention de pratique réflexive.

Tableau 8

Scores du processus de réflexion pour les groupes expérimental et de comparaison, avant et après l'intervention de pratique réflexive

Instrument Groupe	Temps	Moyenne (\bar{x})	Écart-type	Étendue	Médiane	Test de Mann-Whitney			Test de classement de Wilcoxon		
						<i>U</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Écrit réflexif (score sur 5)											
GE (n=22)	Pré	3,50	1,65	0 - 5	4,00	186,00	-0,17	0,26	-0,94	-0,14	0,35
	Post	3,77	1,15	1 - 5	4,00						
GC (n=21)	Pré	2,90	1,79	0 - 5	4,00				-0,36	-0,06	0,72
	Post	3,00	1,55	0 - 5	3,00						

À partir des scores obtenus pour le processus de réflexion, chacun des écrits réflexifs (n = 86) était classé dans l'une des trois catégories (non-réflexif, réflexif et réflexif critique) (voir Appendice M). Compte tenu de la petite taille échantillonnale, nous n'avons pu effectuer des tests du Khi-deux pour évaluer la différence entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison en pré-intervention, ni la différence entre le T₀ et T₁ pour chacun de ces groupes. Nous pouvons cependant constater que la majorité des infirmières des deux groupes ont conservé le niveau de réflexion qu'elles avaient au T₀ suite à l'intervention de pratique réflexive. Le tableau 9 présente les niveaux de réflexion, avant et après l'intervention de pratique réflexive.

Tableau 9

Niveaux de réflexion des infirmières avant et après l'intervention de pratique réflexive

Niveau de réflexion		Non-réflexif	Réflexif	Réflexif critique
Groupe				
GE	Pré	1	3	18
	Post	0	3	19
GC	Pré	1	8	12
	Post	2	3	16

Ces résultats quantitatifs ne nous permettent pas de soutenir notre troisième hypothèse à l'effet que les infirmières du groupe expérimental ont développé un niveau de réflexion supérieur au groupe de comparaison suite à l'intervention de pratique réflexive.

Au terme de ce chapitre, nous pouvons avancer que l'intervention de pratique réflexive a été reçue positivement par les infirmières, leur permettant de partager leurs expériences professionnelles et de faire un retour sur celles-ci dans un but d'améliorer leur pratique. L'évaluation de cette intervention souligne que les infirmières du groupe expérimental ont développé certaines habiletés réflexives,

différents types de savoirs infirmiers et que la pratique réflexive les soutient dans l'amélioration de leur pratique infirmière au regard de la médication, de la mobilisation et de la planification du congé des personnes âgées hospitalisées. Les résultats démontrent que les infirmières du groupe expérimental, comparativement aux infirmières d'un groupe de comparaison, ont modifié positivement leurs attitudes et ont amélioré significativement leurs connaissances à l'égard des aînés. Bien que les infirmières du groupe expérimental aient mis à l'essai de nouvelles interventions infirmières issues des meilleures pratiques de soins actuellement connues, nous n'avons toutefois pu démontrer qu'elles mettaient en application un plus grand nombre d'interventions issues de ces meilleures pratiques, quand elles se retrouvent devant une situation clinique fictive (vignette), et ce, comparativement à un groupe de comparaison. Nous n'avons également pu démontrer de différence significative entre les groupes expérimental et de comparaison quant à l'atteinte du niveau de réflexion des infirmières suite à cette intervention. Le prochain chapitre présente la discussion de ces résultats.

Chapitre 5
Discussion

La présente étude, portant sur le développement, la mise à l'essai et l'évaluation d'une pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées, a permis d'obtenir de nombreux résultats ayant des retombées potentielles à divers niveaux et dans différents milieux. Ce chapitre amène à discuter, dans un premier temps, des caractéristiques de l'échantillon de cette étude, et dans un deuxième temps, des principaux résultats issus de la phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive. Nous nous arrêterons plus particulièrement au contexte de l'étude, au tandem chercheur-clinicien issu de la recherche-action, à la structure de l'intervention de pratique réflexive au cœur de cette recherche, ainsi qu'à la perception des infirmières de leur expérience de cette pratique. Dans un troisième temps, nous discuterons des résultats de la phase évaluative de cette intervention. Nous ciblerons plus précisément les habiletés nécessaires à une pratique réflexive, et les savoirs développés par les infirmières dans le cadre de cette intervention. Nous traiterons également de la pratique réflexive en tant que moyen perçu par les infirmières pour améliorer leur pratique professionnelle. Par la suite, nous nous arrêterons sur les résultats portant sur les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des aînés suite à l'intervention de pratique réflexive, ainsi qu'à ses effets sur les interventions infirmières mises à l'essai et sur le niveau de réflexion des infirmières participantes. Enfin, nous discuterons des considérations théoriques, méthodologiques et des limites de l'étude, puis nous exposerons les contributions de cette recherche. Nous conclurons sur les différentes implications de cette étude pour la recherche, la pratique professionnelle, la formation et la gestion.

Caractéristiques de l'échantillon

Cette étude ciblait les infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées dans des unités de soins de courte durée d'un centre hospitalier universitaire. À la lumière des données sociodémographiques, les infirmières de l'échantillon à l'étude sont légèrement plus jeunes ($\bar{x} = 40,0$ ans) que l'âge moyen de l'effectif infirmier québécois ($\bar{x} = 43,7$ ans). Ces infirmières en sont à leur mi-carrière, soit à un moment où bon nombre d'entre elles recherchent de nouveaux

défis, et des occasions pour partager leurs connaissances et expériences (Armstrong-Stassen & Hwan, 2009; Armstrong-Stassen & Ursel, 2009), ce que leur offrait cette intervention de pratique réflexive. L'étendue d'âge de notre échantillon (23 à 57 ans) permettait par ailleurs un maillage entre les infirmières plus âgées, ayant de l'expérience, et les infirmières nouvellement diplômées. Ces jeunes infirmières sont en quête de nouveaux apprentissages, de validation et de reconnaissance de leurs connaissances et de leurs compétences et désirent apprendre des expériences de leurs collègues plus expérimentées (Bethune, Sherrod, & Youngblood, 2005; Greene & Puetzer, 2002; Santucci, 2004). D'une part, lors des ateliers de pratique réflexive, les infirmières novices pouvaient partager, avec des infirmières plus expérimentées, les connaissances nouvellement acquises lors de leur formation initiale, valider leur jugement clinique face à différentes situations de soins vécues avec des personnes âgées hospitalisées, et obtenir les points de vue de ces infirmières seniors. D'autre part, les infirmières expérimentées pouvaient partager leur bagage d'expériences diverses tout en bénéficiant du regard nouveau de ces jeunes recrues sur le système de santé et les soins offerts en contexte hospitalier, ainsi que de leurs connaissances nouvellement acquises lors de la formation initiale. L'hétérogénéité de cet échantillon, en ce qui a trait à l'âge et aux années d'expérience des infirmières, a ainsi été une caractéristique positive pour cette intervention de pratique réflexive, permettant de mettre en valeur les attributs spécifiques des infirmières de différentes générations.

Par ailleurs, le ratio hommes-femmes, ainsi que le niveau de scolarité des infirmières de cette étude, sont comparables à l'ensemble des infirmières québécoises. Effectivement, tout comme à l'échelle provinciale, le ratio infirmiers-infirmières avoisinait 1:10. Quant au niveau de formation, 44 % des infirmières de notre échantillon avaient fait des études universitaires, ce qui se traduit également dans le rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2011c). Ce qui différencie les infirmières de notre échantillon de l'ensemble de celles de la province, concerne le statut d'emploi. En effet, 70 % des infirmières de notre étude avaient un statut d'emploi à

temps partiel, alors que seulement 42 % des infirmières québécoises travaillent à temps partiel ou sur une base occasionnelle (OIIQ, 2011c). Nous croyons que cette caractéristique peut avoir facilité la participation des infirmières à notre étude, celles-ci percevant moins de surcharge associée à leur implication dans un projet de recherche se déroulant sur une période de temps demandant un engagement soutenu, soit sur une période de 6 mois.

Bien que les infirmières du groupe expérimental avaient significativement moins d'années d'expérience que les infirmières du groupe de comparaison ($\bar{x}_{GE} = 9,36$; $Md_{GE} = 3$; $\bar{x}_{GC} = 16,81$; $Md_{GC} = 18$), il appert que cette variable n'a pas eu d'influence sur les résultats. En effet, nous aurions pu nous attendre à ce que les infirmières du groupe de comparaison, plus expérimentées, obtiennent de meilleurs résultats aux différents instruments en pré-intervention, ce qui n'a pas été le cas : les infirmières des deux groupes avaient des résultats comparables avant l'intervention et aucune différence significative entre les groupes n'a été révélée. Nous pouvons penser que le cumul des années ne peut, à lui seul, expliquer le développement professionnel des infirmières au regard des soins à la personne âgée hospitalisée. Il se peut également que les infirmières possédant trois ans d'expérience aient atteint un niveau de compétence professionnelle similaire, au regard des soins aux aînés, à celles ayant 18 ans d'expérience. Ainsi, d'après les écrits de Benner (1982, 1984), les infirmières de notre groupe expérimental se situeraient à un niveau « compétent » sur un continuum à cinq niveaux : novice, débutant, compétent, performant et expert. Le niveau « compétent », habituellement reconnu à des infirmières ayant de deux à trois années d'expérience, se définit par une capacité, de l'infirmière à déterminer ses actions selon des plans à longue portée, lui permettant d'être organisée et efficiente. L'infirmière « compétente » possède un sentiment de maîtrise; et elle est capable de s'adapter et de gérer de nombreuses situations de soins. Benner (1982) affirme que le niveau « compétent » peut être soutenu et renforcé dans les milieux de soins et que de nombreuses infirmières sont susceptibles de demeurer à ce niveau puisqu'il est perçu, par plusieurs, comme un idéal de pratique s'appuyant sur des procédures standardisées. Il se pourrait que les infirmières de notre groupe de comparaison, bien

qu'ayant plusieurs années d'expérience, soient demeurées au niveau « compétent » dans les soins aux aînés, répondant ainsi aux attentes organisationnelles et contextuelles. La section suivante présente une discussion sur la phase de développement et de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive au cœur de notre étude.

Développement et mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive

Le développement et la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive de cette étude ont été réalisés au moyen d'une approche qualitative de type recherche-action. Nous discuterons dans un premier temps, de la recherche-action, de la structure de l'intervention et du contexte de l'étude puis, dans un second temps, de la perception des infirmières de leurs expériences de pratique réflexive.

Recherche-action, structure de l'intervention et contexte de l'étude

L'approche qualitative de recherche-action, utilisée dans cette étude, était particulièrement adaptée pour le développement et la mise à l'essai d'une intervention de pratique réflexive. En effet, cette approche est conséquente avec la notion de pratique réflexive en permettant au tandem investigateur-clinicien, la coconstruction de savoirs, le partage d'expériences et la mise en commun des idées pour la recherche de solutions à des problématiques de soins communes (Dolbec, 2003; Kemmis & McTaggart, 1988; Stringer, 2007; Stringer & Dwyer, 2005; Stringer & Genat, 2004a, 2004b; Wong et al., 1997). Chacun des cycles de planification, d'action, d'observation et de réflexion de la recherche-action, allait de pair avec la structure de l'intervention proposée. En effet, les infirmières participaient aux ateliers en apportant les situations cliniques qui les préoccupaient et en planifiant de quelle manière elles pourraient améliorer leur pratique. Elles retournaient par la suite dans l'action, en tentant une nouvelle intervention et en observant les résultats sur la clientèle âgée. Enfin, elles faisaient un retour sur cette expérimentation et

réfléchissaient avec le groupe sur les avantages et les difficultés de ce changement de pratique.

Bien que l'intervention était structurée autour de thèmes, d'ateliers et d'exercices à réaliser, une flexibilité et une liberté de choix étaient offertes aux infirmières concernant l'angle sous lequel elles pouvaient aborder leurs expériences cliniques et les nouvelles interventions infirmières à intégrer dans leur pratique. Ces possibilités offertes aux participantes, respectent l'approche de la recherche-action selon laquelle les participantes sont parties prenantes de la problématique et de la solution. Tout en étant guidée par une structure systématique liée à un processus de recherche, cette façon de faire tend à permettre une meilleure appropriation par les participantes, des pistes de solution aux problématiques rencontrées et leur laisse un pouvoir décisionnel ancré dans leur pratique individuelle (Stringer & Dwyer, 2005).

Ce type d'approche exige toutefois une connaissance du milieu, une capacité d'adaptation et une flexibilité de la part de l'investigatrice. Afin de structurer une telle intervention adaptée au contexte du centre hospitalier, une connaissance intrinsèque du milieu apparaît un atout. Ainsi, le choix des thèmes de l'intervention de pratique réflexive reflétait les préoccupations concrètes vécues quotidiennement par les infirmières. Le fait que l'investigatrice ait travaillé au sein de ce centre hospitalier et ait une connaissance approfondie de la culture du milieu a permis de faire des choix éclairés quant à ces thèmes et a pu également contribuer à l'adhésion des infirmières au projet. L'approbation du projet par les directions cliniques du centre hospitalier et ses gestionnaires, ainsi que le soutien logistique et la rémunération offerte aux infirmières pour cette intervention qui était considérée comme une activité de développement professionnel et de formation continue, ont probablement aussi contribué à l'engagement des participantes à cette étude.

Étant donné que la recherche-action se réalise en milieu « naturel », elle est soumise à ses aléas : pandémie de grippe, éclosons infectieuses, surcharge de travail, heures supplémentaires, conflits d'horaires sont le reflet actuel de bien des milieux

hospitaliers. Ainsi, pour faciliter la participation des infirmières au projet de recherche malgré ces différentes contraintes, nous avons augmenté la fréquence d'un même atelier et avons offert des séances individuelles lorsque des impondérables ne permettaient pas aux infirmières de se joindre aux ateliers de groupe. Cette souplesse facilitant la participation des infirmières à l'intervention de pratique réflexive a été l'un des aspects appréciés de cette intervention, les infirmières jugeant que l'investigatrice reconnaissait le contexte de travail et les imprévus avec lesquels elles devaient composer au quotidien. Elle rend aussi la perception de la recherche moins contraignante. La section suivante discute plus en profondeur de la perception des infirmières quant à cette expérience de pratique réflexive.

Perception des infirmières de leur expérience de pratique réflexive

Les résultats provenant du questionnaire sur la perception des infirmières quant à leur expérience de pratique réflexive, permettent de constater un éventail de points de vue dont la plupart se retrouvent dans les écrits théoriques et empiriques recensés sur le sujet. Ainsi, les infirmières ayant participé à l'intervention ont mentionné que cette expérience était enrichissante, leur permettant de s'approprier une approche de réflexion systématique et structurée où elles peuvent faire un retour sur les expériences cliniques vécues et les partager au sein d'un groupe. Les infirmières ont reconnu le potentiel de cette intervention et y ont adhéré puisque cette démarche mettait en valeur leurs expériences et que leur expertise était reconnue et encouragée. De plus, cette pratique était compréhensible dans son contenu, flexible, structurée dans la démarche réflexive à effectuer, délimitée dans le temps et orientée vers une visée précise, soit l'amélioration des soins à une clientèle âgée largement côtoyée par ces infirmières. Par ailleurs, le fait de pouvoir partager les expériences de soins vécues a été perçu comme un moyen d'obtenir des opinions complémentaires ou différentes et d'apprendre de celles-ci. Ces résultats renforcent la perspective voulant que la pratique réflexive permette de nouveaux apprentissages et favorise le développement professionnel des infirmières (Gustafsson & Fagerberg, 2004), d'autant plus que les infirmières de notre étude ont mentionné avoir effectivement fait

de nouveaux apprentissages et les avoir transposés à des situations extérieures à leur cadre professionnel.

Tout comme dans l'étude de Platzer et al. (2000b), la pratique réflexive, expérimentée au sein d'un groupe, a été perçue positivement. Dans notre intervention, le groupe agissait non seulement comme un lieu d'approbation et de validation, mais également comme un endroit de rétroaction, d'argumentation et de délibération, permettant aux infirmières d'élargir leur perspective d'une situation et de son analyse. La richesse des partages et des discussions possibles au sein des ateliers de pratique réflexive peuvent être attribuables à différents facteurs, notamment les caractéristiques individuelles des participantes, les règles de fonctionnement établies au sein du groupe, ainsi que le rôle joué par la guide-facilitatrice, tel que décrit dans les écrits recensés (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Heidari & Galvin, 2003; McGrath & Higgins, 2006; Paget, 2001; Platzer et al., 2000a). À cet effet, plusieurs infirmières ont souligné l'importance de certaines caractéristiques liées à l'animation de cette intervention, et notamment la nécessité d'avoir un climat de confiance et de transparence au sein du groupe. Bien que les infirmières pouvaient choisir de présenter et d'analyser autant des situations de soins exemplaires que celles présentant des lacunes, la plupart d'entre elles choisissaient d'aborder des situations de soins où les actions posées étaient considérées sous-optimales. Il était donc primordial que les infirmières ne ressentent pas de jugement au sein du groupe et qu'elles puissent exposer les situations vécues sans crainte de représailles (ex. : plaintes de collègues, dénonciation à la gestionnaire, supervision inhabituelle du travail). L'entente de confidentialité et les règles de fonctionnement au sein des ateliers de pratique réflexive ont fort probablement contribué au climat de confiance. Nous croyons que ces conditions sont essentielles et préalables à une pratique réflexive exercée en groupe et qu'elles doivent être mises en place pour préserver l'une des visées principales de cette approche soit, l'amélioration des pratiques professionnelles. Il demeure néanmoins important de permettre aux infirmières de non seulement réfléchir à des situations jugées critiques ou graves, mais également d'exposer des situations de soins quotidiennes, habituelles. Ces situations récurrentes

ont le pouvoir d'ébranler des façons de faire routinières ou machinales et devraient être considérées comme des expériences pouvant être précurseur d'une réflexion encourageant un changement de pratique (Wilkinson, 1999).

En outre, la crédibilité concernant la compétence professionnelle de la guide-facilitatrice a également été mentionnée par certaines participantes. Bien qu'étant une caractéristique peu documentée, le fait pour les infirmières d'être guidées par une facilitatrice reconnue comme une experte clinique dans le domaine des soins gériatologiques, semble les avoir rassurées sur l'importance de la démarche réflexive entamée et sur la structure de l'intervention proposée.

Par ailleurs, en dépit des aspects appréciés de cette expérience de pratique réflexive, d'autres aspects l'ont été un peu moins. Bien que la tenue d'un journal réflexif ait été reconnue par les infirmières comme étant un outil nécessaire pour permettre d'approfondir la réflexion, certaines d'entre elles ont perçu cet exercice comme étant exigeant et difficile. Ces infirmières ne sont pas les seules à trouver le processus de rédaction fastidieux. Dans le cadre d'études réalisées auprès d'étudiantes devant tenir un journal réflexif, Harris (2005, 2008), ainsi que Hong et Chew (2008), ont obtenu des résultats similaires. Les étudiantes ayant rédigé des journaux réflexifs ont perçu cet exercice comme étant ardu et consommant beaucoup de temps, malgré le fait qu'il fasse la promotion de l'introspection et qu'elles le reconnaissent comme une stratégie d'apprentissage à long terme. Afin de faciliter cet exercice, différentes approches pourraient être adoptées et seraient à considérer dans de futures études, ce qui sera discuté ultérieurement.

Un autre aspect moins apprécié de l'expérience de pratique réflexive, concerne les horaires, la fréquence et la durée des ateliers de cette intervention, qui ont été soulignés par certaines comme n'étant pas idéaux. Le fait de réaliser des ateliers avant ou après le quart de travail pouvait entraîner, chez certaines infirmières, de la fatigue ou des difficultés de gestion de temps en lien avec leurs engagements personnels. La fréquence des ateliers aux trois semaines, était selon d'autres

participantes, trop rapprochée pour leur permettre d'effectuer les activités prévues entre les ateliers (ex. : lectures, rédaction d'un journal réflexif, mise à l'essai d'une intervention infirmière et notation des résultats). En ce qui a trait à la durée des ateliers, des infirmières ont mentionné que l'allocation prévue de 75 minutes était insuffisante et ont proposé des ateliers sur une demi-journée ou une journée entière. Bien que dans un souci de faisabilité, nous ayons tenté de trouver le meilleur compromis en ce qui concerne les horaires, la fréquence et la durée de l'intervention, peu d'études nous permettent de déterminer quelles seraient les meilleures modalités de dispensation d'une telle intervention. Dans un contexte de rareté des ressources où il est particulièrement difficile de libérer les infirmières de leur horaire de travail pour leur permettre de participer à des activités de développement professionnel, d'autres modalités sont à investiguer.

En somme, les infirmières ayant participé à l'intervention de pratique réflexive ont apprécié différents aspects de celle-ci, tels que la reconnaissance de leur expertise, la dispensation d'ateliers réflexifs en groupe, les échanges entre pairs et la flexibilité offerte par et dans le cadre de cette intervention. Parmi les aspects moins appréciés, le travail réflexif écrit ainsi que les horaires, la fréquence et la durée des ateliers, laissent place à la réflexion sur d'autres modalités et études évaluatives. La discussion portant sur la phase d'évaluation de l'intervention de pratique réflexive est présentée à la section suivante.

Évaluation de l'intervention de pratique réflexive

Cette étude visait également à évaluer qualitativement et quantitativement l'intervention de pratique réflexive développée et mise à l'essai. Dans une première section, nous aborderons les résultats de l'évaluation qualitative de cette intervention, plus particulièrement les habiletés nécessaires à la pratique réflexive (Q₁) et les savoirs infirmiers développés (Q₂), ainsi que la pratique réflexive comme moyen d'amélioration possible de la pratique infirmière (Q₃). Dans une seconde section, nous discuterons des résultats issus de l'évaluation quantitative des résultats, soit

ceux portant sur les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées (H₁), les interventions mises à l'essai auprès de cette clientèle (H₂), et enfin, le niveau de réflexion des infirmières (H₃).

Résultats de l'évaluation qualitative

Habiletés nécessaires à la pratique réflexive

Au cours de l'intervention de pratique réflexive, les infirmières ont développé différentes habiletés. Plusieurs de ces habiletés, qualifiées de réflexives, ont été mentionnées par les infirmières soit : la conscience de soi, la description, l'analyse, la critique, la synthèse et l'évaluation. Ces habiletés réflexives sont bien reconnues dans les écrits scientifiques (Atkins & Murphy, 1993; Duke & Appleton, 2000; Schutz, 2007). Notre étude a par ailleurs permis de faire ressortir d'autres habiletés, moins documentées. Les infirmières ont ainsi mentionné prendre du recul avant de passer à l'action, habileté leur permettant de mieux juger d'une situation plutôt que d'exercer une succession de tâches sans y réfléchir. Elles ont également souligné avoir amélioré leurs habiletés de communication avec l'équipe et avec la clientèle. Ces infirmières mentionnent maintenant fournir davantage d'informations à l'équipe soignante, partager leur réflexion et rechercher le point de vue des autres membres de l'équipe. Cette habileté est également, au dire des infirmières, mise au profit des personnes âgées, alors qu'elles mentionnent prendre plus de temps pour discuter avec les patients, mieux comprendre où ils se situent par rapport à leur situation de santé, et enfin, « avoir un vrai contact » avec eux. Loin d'être exclusive à la pratique réflexive, la communication est au cœur du soin relationnel de l'infirmière (Phaneuf, 2002) et est empreinte de *caring*. Elle démontre l'intégration, par les infirmières, de certains facteurs caratifs dans leurs interventions, tels que la culture d'une sensibilité à soi et aux autres et le développement d'une relation d'aide et de confiance (Watson, 1979, 1998). En somme, l'intervention de pratique réflexive semble favoriser le développement d'habiletés réflexives et de communication, habiletés également essentielles à une pratique infirmière empreinte de *caring*.

Savoirs infirmiers

Le développement des savoirs infirmiers faisait également partie des préoccupations de l'étude. Nous voulions déterminer si les infirmières percevaient avoir développé leurs savoirs empirique, éthique, esthétique et personnel à la suite de cette intervention. Bien que plusieurs infirmières aient mentionné le caractère abstrait de la notion de savoirs, nous avons pu relever la présence et l'usage de ces savoirs tout au long de l'intervention de même que déceler le développement du savoir émancipatoire. Dans cette prochaine section, nous discuterons des différents types de savoirs développés par les infirmières.

Savoir empirique. Le savoir empirique réfère aux connaissances organisées systématiquement dans des théories et des règles ayant pour but de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes d'intérêt pour la discipline infirmière (Carper, 1978). Même si la pratique réflexive, comme moyen de développer le savoir empirique, a été peu documentée dans les écrits scientifiques et a fait l'objet de divergences (Rolfe, 2005), les résultats soulignent que ce type de savoir peut être développé si des moyens concrets sont prévus pour soutenir les infirmières dans l'acquisition de nouvelles connaissances issues de la recherche. Ainsi, par le biais des journaux réflexifs, des échanges et des lectures, les infirmières ont mentionné avoir élargi leurs connaissances scientifiques sur la médication, la mobilisation et la planification du congé, les trois thèmes discutés au cours de l'intervention. Comme les infirmières de notre étude étaient peu familières avec les résultats de recherches et les moyens d'y accéder, l'intervention visait à les soutenir dans leur démarche de recherche documentaire et de compréhension des résultats probants issus de travaux de recherche. Ainsi, des lectures sur les meilleures pratiques de soins ont été offertes, et autant que possible, en langue française. Par ailleurs, afin de faciliter l'intégration de ces nouvelles connaissances à leur pratique, les infirmières étaient invitées à choisir, parmi les meilleures pratiques de soins lues et discutées, une intervention infirmière qu'elles devaient mettre à l'essai auprès de patients âgés. Cet aller-retour entre la théorie et la pratique contribue à l'appropriation de ces nouvelles

interventions, comme le suggèrent Dewey (2004) et Schön (1983). Comme les résultats issus de la recherche ne sont pas parmi les premières sources de savoirs utilisées par les infirmières (Estabrooks, Chong, et al., 2005; Estabrooks, Rutakumwa, et al., 2005), la pratique réflexive semble être un des moyens à promouvoir pour faciliter le transfert de connaissances et favoriser ce développement du savoir empirique.

Savoir éthique. Le savoir éthique réfère au processus utilisé par l'infirmière lui permettant d'agir dans le meilleur intérêt du patient en fonction de règles éthiques et morales (Johns, 2000a). À l'instar de l'étude de Gustafsson et Fagerberg (2004), le savoir éthique est celui qui a été le plus souvent mentionné par les infirmières, et celui qui amenait le plus de questionnements. À partir du modèle de réflexion structurée de Johns (2006) soutenant la rédaction de leurs journaux réflexifs, les infirmières se sont largement questionnées sur la nature éthique du soin prodigué. Des questions telles « Ai-je agi pour le mieux? » et « Ai-je agi dans le meilleur intérêt du patient? » ont alimenté les ateliers de pratique réflexive pour chacun des thèmes. À titre d'exemple, des infirmières se sont questionnées sur l'usage de certains médicaments à risque pour la personne âgée tels que l'Haldol® administré lors d'agitation verbale. D'autres se sont questionnées sur les motifs sous-jacents à l'usage de la contention physique, notamment le manque de surveillance. En somme, le savoir éthique a été l'objet d'une forte préoccupation chez les infirmières, leur permettant d'exposer le rôle d'*avocacy* qu'elles endossent pour les patients fragiles et vulnérables au sein des équipes de soins. La pratique réflexive semble éveiller et stimuler ce savoir chez les infirmières, plus particulièrement lorsqu'elles œuvrent auprès d'une clientèle âgée vulnérable comme peut l'être celle des aînés souffrant de problèmes cognitifs sévères. Dans un contexte de soins hospitaliers où l'approche biomédicale est dominante, le savoir éthique infirmier pouvant être développé par la pratique réflexive, semble être un trait d'union pouvant réconcilier la philosophie médicale visant le *cure* avec la philosophie infirmière du *care*.

Savoirs esthétique et personnel. Le savoir esthétique ou l'art des soins infirmiers est associé à la façon unique que possède l'infirmière de saisir, d'interpréter et d'envisager une situation de soins (Johns, 2004a). Le savoir personnel réfère, quant à lui, à l'expérience singulière de l'infirmière composée de ses valeurs, croyances, attitudes et émotions (Johns, 2004a). Moins fréquemment mentionnés, mais néanmoins identifiés, ces deux types de savoirs ont également fait partie des savoirs développés par les participantes à notre intervention de pratique réflexive. L'intuition, la chaleur humaine, les compétences relationnelles, ainsi que la façon d'être avec les patients, ont été relatées comme des ingrédients faisant partie de la pratique quotidienne des infirmières et pouvant être associés à plusieurs des facteurs caratifs de la théorie du *Human Caring* de Watson (1979). Il se peut que ces deux savoirs soient peu explicités par les infirmières œuvrant dans un centre hospitalier universitaire où la valorisation des savoirs dits scientifiques est prédominante, alors que les savoirs tacites et expérientiels sont jugés comme des savoirs de second ordre. Benner (1987) a déjà expliqué, à cet égard, que l'intuition est à tort perçue comme la base d'actions irrationnelles, de gestes posés inconsciemment, de connaissances non fondées ou d'inspiration supranaturelle.

Savoir émancipatoire. D'après Chinn et Kramer (2011), le savoir émancipatoire réfère au savoir permettant d'effectuer des changements sociaux et structureaux, ainsi qu'à l'habileté de reconnaître les barrières créant des conditions sociales injustes et inéquitables, de les analyser en tenant compte du contexte social et politique, dans le but d'améliorer ou de transformer certains aspects vécus par la personne au regard de sa santé. Bien que le savoir émancipatoire ne soit pas défini spécifiquement dans le modèle de réflexion structurée (Johns, 2006) de notre cadre de référence, il a néanmoins été démontré par certaines infirmières de notre étude. Il semble que l'intervention de pratique réflexive ait été un moyen, de non seulement permettre l'expression de ce savoir, mais aussi sa mobilisation. Les infirmières ont réalisé, dans le cadre des ateliers et des exercices, qu'elles avaient une place à prendre au sein de l'équipe interdisciplinaire et que leurs connaissances et leur jugement clinique pouvaient remettre en question des décisions de soins prises à l'encontre du

meilleur intérêt de leur patient. Elles ont pris conscience de leur pouvoir et de leur rôle d'*advocacy*. L'expression de ce savoir émancipatoire s'est plus concrètement affirmée lorsque les infirmières ont identifié des facteurs organisationnels et professionnels limitant leur champ de pratique. Par exemple, la prise de conscience de certains aspects liés à l'organisation du travail tels que : le relevé des prescriptions par l'assistante plutôt que par l'infirmière; la répartition entre l'infirmière et les membres de l'équipe intra et interdisciplinaire des activités de soins concernant la mobilisation, ou encore, le manque de coordination interprofessionnelle pour le congé du patient, a permis aux infirmières d'exprimer comment ces activités influençaient leurs interventions, mais surtout comment, en modifiant l'organisation du travail, elles pourraient prendre pleinement possession de leur pratique professionnelle. En somme, le savoir émancipatoire infirmier développé au cours d'une pratique réflexive pourrait favoriser l'*empowerment* des infirmières. Il pourrait les encourager à participer à l'identification de problématiques de soins, à la recherche des solutions et possiblement les inviter à une modification de leur pratique professionnelle.

Les soins infirmiers gérontologiques requièrent plus que jamais l'utilisation de savoirs diversifiés pour faire face à la complexité des besoins des personnes âgées hospitalisées. La pratique réflexive peut permettre d'exposer les multiples facettes de ces soins, trop souvent considérés comme des soins « simples » ou « de base », ainsi que les savoirs sur lesquels ils reposent.

La section suivante présente la discussion portant sur l'amélioration de la pratique infirmière au moyen de la pratique réflexive.

Pratique réflexive comme moyen d'amélioration de la pratique professionnelle

Comme nous l'avons déjà mentionné au deuxième chapitre du présent ouvrage, plusieurs écrits théoriques avancent que la pratique réflexive peut être un moyen d'améliorer la pratique professionnelle des infirmières. Encore peu d'études empiriques ont cependant tenté d'en faire la démonstration. Dans cette étude, nous

avons exploré le point de vue des infirmières sur la possibilité d'améliorer leur pratique infirmière suite à la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive proposée. Une très grande proportion des infirmières du groupe expérimental nous a affirmé qu'il était possible d'améliorer leur pratique auprès des personnes âgées au moyen de cette intervention. D'après ces infirmières, l'intervention a d'abord permis d'ébranler les mythes et les fausses croyances qu'elles pouvaient entretenir face au vieillissement. Ce nouveau regard pouvait dorénavant les empêcher d'être prises au piège de la routine et leur permettre d'envisager différemment, et selon d'autres perspectives, les situations de soins que vivent les aînés hospitalisés. Le partage des expériences et des connaissances d'infirmières de tous âges a été mentionné comme étant un moyen d'améliorer la pratique professionnelle et un aspect dynamique de cette intervention. Ce constat est en accord avec les écrits d'Estabrooks, Chong et al. (2005) et Estabrooks, Rutakumwa et al. (2005) selon lesquels les infirmières choisissent souvent, en premier lieu, de se tourner vers leurs collègues comme source de connaissances plutôt que d'avoir recours aux écrits scientifiques.

Un autre moyen concret d'améliorer la pratique, selon les participantes, et un facteur de motivation au changement, a été la possibilité de mettre en pratique rapidement les nouveaux apprentissages et de faire un retour sur les résultats de soins obtenus auprès de la clientèle.

En résumé, le développement et la mise à l'essai de cette intervention de pratique réflexive a été un moyen pour les infirmières de développer différentes habiletés reconnues dans les écrits, notamment la conscience de soi, la description, l'analyse critique, la synthèse et l'évaluation, mais également d'en développer d'autres moins fréquemment énoncées, telles que la capacité de prendre du recul face à une situation avant de passer à l'action, ainsi que des habiletés de communication avec les collègues et les patients âgés. Les infirmières ont aussi développé différents types de savoirs infirmiers : les savoirs empirique, éthique, esthétique, personnel et émancipatoire ont pu émerger au cours de cette intervention. De plus, les infirmières participantes reconnaissent que la pratique réflexive peut être un moyen

d'amélioration de leur pratique professionnelle en leur permettant d'échanger et d'apprendre de leurs collègues, de se familiariser avec de nouvelles connaissances et de mettre en pratique rapidement ces nouvelles connaissances en ajoutant de nouvelles interventions à leur pratique.

La section suivante propose une discussion sur les résultats de l'évaluation quantitative de l'intervention de pratique réflexive.

Résultats de l'évaluation quantitative

Dans cette section, nous discuterons des résultats portant sur les attitudes et les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées (H₁), le nombre d'interventions infirmières mises de l'avant par les participantes auprès de cette clientèle (H₂) et enfin, le niveau de réflexion des infirmières (H₃).

Attitudes

Au premier chapitre, nous rappelions que les infirmières ne sont pas à l'abri des attitudes négatives, des mythes et des préjugés à l'endroit des personnes âgées. Lors des deux premiers ateliers de l'intervention de pratique réflexive, nous avons voulu ébranler ces mythes et ces fausses croyances sur les personnes âgées, souhaitant ainsi influencer positivement les attitudes des infirmières. Les participantes à cette intervention ont reconnu avoir des préjugés à l'égard des personnes âgées, les percevant souvent comme une population dépendante, malade et ayant une qualité de vie modeste. La rectification de ces préjugés et de ces mythes par des faits issus de recherches récentes semble avoir permis d'ébranler certaines attitudes négatives de ces infirmières face au vieillissement. Ainsi, les infirmières du groupe expérimental ont obtenu, après l'intervention de pratique réflexive, un score significativement plus élevé au *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* que les infirmières du groupe de comparaison. Nos résultats quantitatifs sont cohérents avec les résultats qualitatifs où les infirmières percevaient avoir modifié leurs attitudes à

l'égard des aînés. Ces résultats sont également compatibles avec ceux des études de Gustaffson et Fagerberg (2004), Hartrick (2000), Peden-McAlpine et al. (2005) et Platzer et al. (2000b), lesquelles ont révélé un changement positif d'attitudes chez des étudiantes et des infirmières suite à une pratique réflexive.

Cette modification d'attitudes est, selon divers théoriciens (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Fishbein, 2005; Rosenberg, Hovland, McGuire, Abelson, & Brehm, 1960), un précurseur important du changement de comportement envers les personnes âgées. Selon ces auteurs, le comportement d'une personne serait déterminé par son intention de changer ce comportement et cette intention serait elle-même déterminée, entre autres choses, par les trois composantes d'une attitude : la composante cognitive (connaissances et croyances), la composante affective (émotions positives et négatives) et la composante conative (disposition à l'action). Cette théorie du comportement planifié soutient ainsi que les infirmières pourraient modifier la façon de dispenser leurs soins auprès des aînés suite à un changement d'attitudes par rapport à cette clientèle. La modification d'attitudes résultant de l'intervention de pratique réflexive serait donc une première étape vers l'intention de changer de comportement à l'égard des aînés, et par la suite, vers le passage à l'action.

Par ailleurs, comme la pratique réflexive peut ébranler les attitudes et les croyances négatives des infirmières à l'égard des personnes âgées, il serait intéressant d'utiliser cette pratique afin d'évaluer son potentiel pour modifier les attitudes des infirmières concernant leur rapport aux données de recherche comme source de savoir leur permettant d'appuyer leurs interventions. En effet, Squires, Estabrooks, Gustavsson et Wallin (2011) soutiennent que l'attitude des infirmières concernant la recherche est la seule caractéristique individuelle connue comme étant reliée de façon constante à l'utilisation de la recherche. La pratique réflexive pourrait ainsi être mise à contribution pour tenter de combler l'écart entre la pratique et la recherche. La prochaine section discute des résultats portant sur les connaissances des infirmières à l'égard des personnes âgées suite à l'intervention de pratique réflexive.

Connaissances

L'intervention de pratique réflexive visait également à introduire de nouvelles connaissances sur le vieillissement. Comme en témoignent les résultats obtenus au *Palmore's Fact on Aging Quiz*, à la suite de cette intervention, les infirmières du groupe expérimental ont significativement amélioré leurs connaissances générales sur le vieillissement, comparativement au groupe de comparaison. Ce résultat est concordant et appuyé par les témoignages d'infirmières ayant mentionné avoir développé leur savoir au cours des ateliers de pratique réflexive. L'ouverture des infirmières pour l'acquisition de nouvelles connaissances a probablement été influencée par la modification des attitudes, bien que, comme le suggèrent Boud et al. (1985b), les apprentissages ne sont pas linéaires et se produisent plutôt de façon interactive entre attitudes et connaissances.

Le développement et la mise à l'essai d'une intervention de pratique réflexive misant sur le partage de différents types de savoirs, incluant le savoir empirique, semblent avoir permis l'acquisition de nouvelles connaissances par les participantes. Cependant, l'outil utilisé dans la présente étude pour mesurer les connaissances ne permettait d'évaluer que les connaissances générales sur le vieillissement. Il serait indiqué de développer et de valider des instruments standardisés permettant de mesurer les connaissances spécifiques des infirmières au regard des soins aux aînés hospitalisés. D'autres études évaluatives s'avèrent ainsi nécessaires pour démontrer la possibilité d'acquisition de connaissances spécifiques auprès d'une clientèle par la pratique réflexive. La section suivante discute les résultats concernant notre deuxième hypothèse.

Interventions infirmières

La deuxième hypothèse de notre étude portait sur le nombre d'interventions infirmières adaptées aux besoins des aînés à la suite de l'intervention. Nous émettions l'hypothèse que, comparativement à un groupe de comparaison, les infirmières ayant

participé au développement et à la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive, identifieraient significativement plus d'interventions infirmières adaptées aux besoins d'ânés représentés à partir de trois vignettes cliniques portant sur la médication, la mobilisation et la planification du congé. Cette hypothèse n'a pas été confirmée. À la lumière de ce constat, nous pouvons néanmoins tenter d'expliquer ces résultats par trois éléments : la discordance entre la terminologie utilisée par les infirmières et celle des guides des meilleures pratiques de soins, la préférence des infirmières pour la communication verbale plutôt qu'écrite, et les notes d'évolution de l'infirmière actuellement utilisées dans les milieux de pratique.

Afin de mesurer le nombre d'interventions effectuées par les infirmières, nous avons utilisé des vignettes cliniques présentant des situations de soins pour lesquelles nous demandions aux infirmières de décrire les interventions qu'elles mettraient en œuvre. Étant donné qu'il y a actuellement peu d'instruments standardisés disponibles dans les écrits empiriques permettant de quantifier ou de dénombrer les interventions infirmières, nous avons développé ces trois vignettes cliniques et un système de codification de ces vignettes, basé sur les guides des meilleures pratiques de soins. Même si l'accord interjuges moyen pour chacune des vignettes était supérieur à 80 %, les juges ont trouvé difficile d'associer les interventions mentionnées par les infirmières à celles issues des meilleures pratiques de soins, notamment en raison d'une disparité de langage. En effet, le langage utilisé dans ces guides et celui utilisé par les infirmières dans leurs écrits sont contrastants. Bien que nous ayons tenté de donner des exemples de réponses que les infirmières pourraient fournir à chacune des lignes directrices (voir Appendice K), et que nous ayons validé le système de codification utilisé, des raffinements à ce nouveau système sont nécessaires.

De plus, plusieurs infirmières nous ont mentionné au cours de l'intervention de pratique réflexive et après celle-ci, qu'elles trouvaient difficile d'écrire, qu'il s'agisse de la tenue d'un journal réflexif ou encore des réponses aux questionnaires pré ou post-intervention. La plupart des infirmières nous ont mentionné préférer s'exprimer verbalement, et apprécier de ce fait les ateliers où la discussion plutôt que

l'écrit occupe le premier plan. Ainsi, comme le rapportait Andrews (1996), il se pourrait que les interventions infirmières notées dans les vignettes soient une sous-représentation de la réalité de ce que font effectivement ces infirmières.

Par ailleurs, il importe de noter que différents changements ont été apportés depuis une dizaine d'années dans les notes d'évolution tenues par les infirmières. Les notes d'évolution à contenu majoritairement narratif ont fait place à des notes d'évolution dites « par omission ». Ce type de notes repose sur la règle que l'infirmière n'inscrit que les interventions faites lors de changements dans la condition du patient et que tout ce qui est de l'ordre des soins usuels n'a pas à être consigné. L'écriture narrative a été remplacée par des sections « à cocher », diminuant ainsi le temps requis pour la rédaction de notes en regroupant les interventions par catégories. Néanmoins, ces notes d'évolution sont moins descriptives et davantage axées sur des interventions techniques (ex. : prise de signes vitaux, changement de cathéter ou de pansement), que sur des interventions relationnelles (ex. : explorer les motifs de refus à la mobilisation, connaître les perceptions du patient concernant son congé). Ces nouvelles façons de documenter les soins, bien que consommant moins de temps, pourraient rendre invisible l'éventail des soins dispensés et être une explication possible aux résultats obtenus. Notamment, les infirmières reconnaissent peu les interventions relationnelles, d'enseignement ou les évaluations de la condition de santé d'un patient comme des interventions infirmières, et de ce fait, les ont peu notées dans les vignettes. Il serait judicieux de suivre l'évolution de la documentation clinique des infirmières avec l'introduction obligatoire du plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2011b), ainsi que le virage entamé vers le dossier clinique informatisé afin de s'assurer que les interventions de soins réalisées par les infirmières puissent être convenablement consignées et représentatives de la variété d'activités réalisées par l'infirmière. La section suivante présente une discussion portant sur notre troisième et dernière hypothèse.

Niveau de réflexion

Notre troisième hypothèse portait sur les niveaux de réflexion des infirmières et suggérait que suite à l'intervention de pratique réflexive, les infirmières du groupe expérimental auraient développé un niveau de réflexion significativement supérieur à celui du groupe de comparaison. Pour évaluer ce niveau de réflexion, un écrit réflexif et un système de codification, inspirés des travaux de Boud et al. (1985b) et de Mezirow (1991), ont été utilisés. Au terme de l'intervention de pratique réflexive, ces instruments n'ont pu permettre à l'investigatrice de capter une différence significative entre les niveaux de réflexion des groupes expérimental et de comparaison.

Différentes pistes de réflexion peuvent être explorées pour expliquer ce résultat, notamment certaines considérations méthodologiques. Bien qu'une adaptation du système de codification de Boud et al. (1985b) ait été effectuée et que des exemples d'éléments du processus de réflexion aient été ajoutés à ce système pour faciliter le travail des codificatrices, le pourcentage d'accord moyen interjuges pour les cinq éléments considérés (retour sur les émotions, association et intégration, validation, appropriation et résultats de la réflexion) n'était que de 74 %, laissant pressentir une différence dans la codification des écrits réflexifs. En dépit du fait que nous ayons raffiné les définitions de chacun des éléments du processus de réflexion, nos conclusions vont dans le même sens que les constats de Spencer et Newell (1999) à l'effet que les éléments du processus de réflexion forment des catégories non mutuellement exclusives et exhaustives.

Par ailleurs, la codification inspirée du système de Mezirow (1991) que nous avons également utilisé, et qui reconnaît trois niveaux de réflexion (non-réflexif, réflexif et réflexif critique), ne semble pas être suffisamment sensible au changement de niveau de réflexion, offrant des catégories vastes et peu discriminantes, notamment pour les infirmières expérimentées. C'est ainsi qu'avant l'intervention de pratique réflexive, 18 infirmières du groupe expérimental et 12 infirmières du groupe de comparaison avaient déjà atteint le niveau réflexif critique (effet plafond). Pour ces

infirmières, il n'était possible que de capter une détérioration de leur niveau de réflexion; une amélioration ne pouvant l'être. De plus, le petit nombre d'infirmières des groupes expérimental et de comparaison classé dans les catégories non-réflexif ($n_{GE} = 1$; $n_{GC} = 1$) et réflexif ($n_{GE} = 3$ $n_{GC} = 8$) ne nous a pas permis d'effectuer de comparaisons statistiques entre les groupes.

À la lumière de ces résultats, nous proposons de réviser autant le système de codification de Boud et al. (1985b) que celui de Mezirow (1991). Par exemple, nous pourrions préciser les définitions offertes pour chacun des éléments du processus de réflexion de Boud et al. en les soutenant par plusieurs exemples issus des écrits réflexifs recensés et en les soumettant à des experts au moyen d'une méthode Delphi. Les commentaires issus des experts pourraient nous permettre de raffiner le système de codification jusqu'à ce qu'un niveau de consensus puisse être atteint par ces experts et ainsi accroître l'accord interjuges lors d'une prochaine étude. En ce qui concerne le système de codification de Mezirow, nous pourrions aussi offrir des modèles d'écrits réflexifs soutenant chacun des niveaux, non-réflexif, réflexif et réflexif critique, à partir d'une même situation de soins et procéder également par la suite avec la méthode Delphi.

En résumé, l'évaluation quantitative de l'intervention de pratique réflexive soutient que cette intervention a permis aux infirmières d'améliorer significativement leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des personnes âgées. Cependant, nous n'avons pu démontrer statistiquement l'amélioration du nombre d'interventions infirmières adaptées à la clientèle âgée, ni la progression des infirmières vers un niveau de réflexion supérieur. Différentes propositions relativement à ces résultats ont été énoncées comme le développement et le raffinement d'instruments de collecte de données, et l'amélioration des systèmes de codification utilisés. Certaines considérations théoriques en lien avec cette étude suivent.

Considérations théoriques de l'étude

La théorie originale du *Human Caring* proposée en 1979 par Watson a été utilisée comme perspective infirmière dans le cadre de cette étude. Elle a servi plus particulièrement à offrir aux infirmières une vision humaniste et holiste des soins à dispenser à la personne âgée hospitalisée lors du développement et de la mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive. Les facteurs caratifs de cette théorie servent de guide à la pratique du soin et permettent aux infirmières d'apprécier l'éventail d'interventions infirmières possibles. Bien que Watson ait révisé cette théorie en 2008 (Watson, 2008), notamment en faisant évoluer les facteurs caratifs en un concept de « caritas cliniques » (*clinical caritas processes*) qui laissent une plus grande place à la dimension spirituelle, nous avons privilégié la théorie originale dont le langage nous apparaissait plus accessible, pratique et concret pour des infirmières peu familières avec cette théorie et moins au fait du cheminement de pensée de l'auteur. De plus, la première version de cette théorie recèle des exemples pragmatiques et éloquents pour les infirmières.

Cette théorie est également cohérente avec les fondements de la pratique réflexive infirmière puisqu'elle reconnaît et privilégie les différentes sources du savoir infirmier, laissant place non seulement au savoir empirique, mais également aux savoirs éthique, esthétique et personnel (Watson, 1998, 2008). Deux facteurs caratifs étaient plus particulièrement au centre de l'intervention de pratique réflexive, le facteur portant sur l'assistance dans la satisfaction des besoins humains et celui portant sur la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de correction. Ces deux facteurs caratifs s'opérationnalisèrent autour de trois thèmes retenus pour l'amélioration des interventions de soins auprès des personnes âgées hospitalisées : la médication, la mobilisation et la planification du congé. Ainsi, les infirmières ont pu réfléchir sur ces facteurs de soins et se les approprier dans leur contexte en soulevant des problématiques concrètes et en tentant d'améliorer leur pratique professionnelle par l'ajout d'interventions prodiguées pour répondre aux besoins d'ordre biophysique, psychophysique et psychosocial et prévenir les risques liés à la polypharmacologie, à

l'immobilisation et à la planification sous-optimale du congé des patients âgés. Nous aurions pu retenir l'ensemble des facteurs caratifs dans le cadre de cette intervention de pratique réflexive; cependant, notre décision était fondée sur la prémisse que les infirmières sont encore peu enclines à utiliser un modèle infirmier et que nous voulions leur offrir un premier contact simple, pragmatique et réaliste avec une perspective infirmière explicite. Compte tenu des différents résultats obtenus, nous avons néanmoins pu être témoin de l'utilisation, par les infirmières, de nombreux autres facteurs caratifs dans leurs interventions, par exemple la culture d'une sensibilité à soi et aux autres et le développement d'une relation d'aide et de confiance, ce qui souligne les liens étroits entre les facteurs caratifs proposés par Watson (1979).

En complément à la théorie du *Human Caring* (Watson, 2008), notre cadre de référence était aussi constitué du modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Plus spécifiquement, ce modèle a servi de balise et de structure à la rédaction des journaux réflexifs et a permis de systématiser les discussions lors des ateliers. Il est composé de questions réflexives et permet à l'infirmière de développer ses habiletés réflexives et de mettre à jour les différents types de savoirs infirmiers utilisés et ceux à développer. Il offre également une structure orientant la réflexion de l'infirmière sur ses expériences de soins et l'invite à réviser sa pratique dans le but d'atteindre un « idéal de pratique ». Simple, concret et facile d'utilisation, il a été un élément facilitant la compréhension de ce qu'est une pratique réflexive infirmière, et ce, plus particulièrement auprès d'infirmières n'ayant jamais été formées à la pratique réflexive lors de leur formation initiale.

À la lumière des résultats obtenus, nous croyons que le cadre de référence composé de ces deux modèles a permis de faire ressortir les différents types de savoir infirmiers énoncés, tant par Watson (1979, 2008) que par Johns (2004a, 2006). La théorie du *Human Caring* et le modèle de réflexion structurée pourraient néanmoins faire place à l'intégration d'un nouveau type de savoir tel que le savoir émancipatoire, savoir de plus en plus important dans le renouvellement des rôles des

infirmières. Ainsi, le savoir émancipatoire dont ont fait preuve certaines infirmières de notre groupe expérimental, pourrait être plus explicitement inclus dans la théorie du *Human Caring* et être précisément identifié dans une nouvelle version du modèle de réflexion structurée de Johns (2006). Plus exactement, lorsque nous abordons les questions réflexives suivantes dans ce modèle : « Quels facteurs personnels, organisationnels, professionnels et culturels influencent : (a) la façon dont je me suis sentie?; (b) la manière dont j'ai pensé? et; (c) la façon dont j'ai répondu à la situation? », nous croyons que non seulement le savoir personnel, actuellement identifié par Johns (2006), émerge, mais également le savoir émancipatoire. La théorie du *Human Caring* et le modèle de réflexion structurée pourraient gagner en raffinement par l'introduction de ce savoir.

En somme, notre étude, à travers le développement et la mise à l'essai d'une intervention de pratique réflexive, contribue à la réflexion et à l'appropriation, par les infirmières, de certains facteurs caratifs issus de la théorie de Watson (1979) permettant ainsi d'ouvrir un éventail d'interventions de soins empreintes de *caring* à une clientèle âgée hospitalisée. De plus, notre intervention de pratique réflexive démontre la faisabilité de l'utilisation du modèle de réflexion structurée (Johns, 2006) dans un contexte clinique. Nous proposons d'inclure le savoir émancipatoire comme complément important à la théorie du *Human Caring* ainsi qu'au modèle de réflexion structurée. Pour faire suite à ces considérations théoriques, voici maintenant les considérations méthodologiques et les limites de l'étude.

Considérations méthodologiques et limites de l'étude

Différents critères de scientificité ont été respectés au cours de cette étude. Concernant notre approche de recherche-action, certains critères de véracité, proposés par Stringer et Dewyer (2005), ont été privilégiés soit, la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité (*dependability*), la validité participative (*participatory validity*) et la validité pragmatique (*pragmatic validity*). DeCuir-Gunby (2008) suggère, plus particulièrement, de porter une attention aux critères de véracité (*trustworthiness*) et

de validité dans les études utilisant un devis mixte. Nous aborderons, dans les paragraphes suivants, ces différents critères de scientificité.

Le critère de crédibilité a été respecté par différents moyens, dont l'engagement de l'investigatrice sur une longue durée, l'observation persistante et la triangulation des méthodes de collecte de données. Stringer et Dewyer (2005) avancent qu'une étude rigoureuse requiert que l'investigateur s'engage pour une période de temps sur une longue durée afin d'obtenir une compréhension en profondeur du milieu de recherche, d'établir une relation de confiance avec les participants et d'acquérir une connaissance du milieu à partir de l'intérieur. L'implication de l'investigatrice en tant que guide-facilitatrice de l'intervention de pratique réflexive qui s'est déroulée sur une période de 22 semaines, a contribué à la crédibilité de l'étude. Par ailleurs, cet engagement s'est également concrétisé par une observation persistante du milieu, alors que l'investigatrice était présente sur les lieux de l'intervention plusieurs heures et jours consécutifs. Pour ce qui est de la triangulation, celle-ci implique l'utilisation de sources et de méthodes multiples de données afin de corroborer les résultats issus de la recherche (Stringer & Dwyer, 2005). Comme nous l'avons mentionné précédemment, deux outils nous ont permis de trianguler les données qualitatives et de répondre de façon plus exhaustive aux questions de recherche soit, le questionnaire relatant l'expérience de la pratique réflexive des infirmières et les groupes de discussion focalisée.

Quant à la transférabilité, nous avons tenté de documenter, à travers les journaux de bord de l'investigatrice, le plus de détails possibles sur le contexte de l'étude et sur les participantes afin de permettre d'estimer la possibilité de répliquer cette intervention dans un contexte de soins similaire. La fiabilité (*dependability*) a également été recherchée en ayant un souci de décrire le plus explicitement possible le déroulement de la recherche-action ainsi que les modalités et le contenu de l'intervention de pratique réflexive, de même que les écarts survenus au cours de l'étude.

La validité de la recherche-action a été observée en encourageant la participation des infirmières à l'intervention de pratique réflexive. Plusieurs choix étaient offerts aux infirmières, plus particulièrement dans la mise à l'essai de nouvelles interventions en lien avec les trois thèmes retenus pour cette étude. La validité participative, qui renvoie à la justesse et à l'exactitude de l'interprétation des perspectives, des perceptions et du langage des participantes (Stringer & Dwyer, 2005), a été considérée tout au long de l'intervention de pratique réflexive alors que la guide-facilitatrice faisait, au début de chacun des ateliers, un retour sur l'atelier précédant et offrait un résumé des discussions, des interventions tentées et des interventions issues des meilleures pratiques de soins. Ainsi, les infirmières pouvaient confirmer, corriger ou préciser ce résumé et valider l'interprétation de leurs propos. Par ailleurs, la validité pragmatique, critère habituellement attribué à l'utilité des résultats de la recherche-action (Stringer & Dwyer, 2005), était au cœur de l'intervention de pratique réflexive, puisque les infirmières devaient identifier elles-mêmes les problématiques de soins rencontrées auprès des aînés hospitalisés et mettre à l'essai de nouvelles interventions infirmières issues des meilleures pratiques de soins. Le volet recherche-action de cette étude était étroitement lié à l'identification de problématiques de soins vécues par les personnes âgées hospitalisées et à l'amélioration de pratiques de soins définies par les infirmières elles-mêmes.

Pour l'approche de type quasi-expérimental également utilisée dans la présente étude, la validité et la fidélité étaient des critères de scientificité poursuivis. Ainsi, les groupes expérimental et de comparaison ont été recrutés sur deux sites afin d'éviter la contamination (*diffusion of treatment*) et de menacer la validité interne. Nous avons également documenté et comparé les caractéristiques des infirmières participantes et celles ayant abandonné le projet afin d'éviter un biais lié à la perte des sujets (*mortality*). Nous nous sommes préoccupée de la validité externe en portant notre attention sur les circonstances et les conditions dans lesquelles se déroulait cette étude afin de limiter les biais liés au contexte (*history*). Enfin, une triangulation méthodologique a été effectuée pour clarifier, bonifier ou nuancer les données quantitatives recueillies par les données extraites au moyen des outils qualitatifs.

Une attention particulière a aussi été accordée à la fiabilité des mesures. Le *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* ainsi que le *Palmore's Facts on Aging Quiz* sont des instruments qui ont été largement utilisés et qui possèdent des propriétés psychométriques robustes et documentées. Nous avons également fait preuve de prudence au regard des trois vignettes et de l'écrit réflexif, instruments développés par l'investigatrice et utilisés pour une première fois dans le cadre de cette recherche. À cet effet, nous avons instauré un système de codification par deux juges et évalué le niveau d'accord (fidélité interjuges). La fidélité à l'implantation de l'intervention a été documentée au moyen du journal de bord de l'investigatrice.

Par ailleurs, malgré le souci accordé à ces différents critères de scientificité, différentes limites à cette étude méritent d'être soulevées. Tout d'abord, bien que l'échantillon puisse être considéré suffisant et qu'il ait permis d'atteindre une saturation des données pour le volet qualitatif, il demeure de petite taille, restreignant ainsi les possibilités d'effectuer certains tests statistiques comme il a été possible de le constater lors de l'évaluation des niveaux de réflexion (H₃).

De plus, les quatre instruments de mesure conçus par l'investigatrice dans le cadre de cette étude, soit les trois vignettes et l'écrit réflexif, bénéficieraient d'un raffinement. En ce qui a trait aux deux outils standardisés utilisés (*Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* et *Palmore's Facts on Aging Quiz*), nous pouvons aussi nous questionner sur la pertinence de certains items en relation avec le contexte de vieillissement actuel de la population où les caractéristiques du groupe des 65 ans et plus sont de plus en plus hétérogènes. Nous retrouvons aujourd'hui des aînés du troisième, quatrième, voire du cinquième âge selon les différentes catégories admises dans les écrits (Lefrançois, 2004, 2009) et ces personnes âgées possèdent des caractéristiques différentes. Il serait judicieux et prudent de réviser ces instruments à la lumière de ce contexte du vieillissement actuel.

Par ailleurs, bien que certains auteurs reconnaissent la rémunération comme un moyen légitime à envisager dans les environnements plus hostiles à la recherche (Buckwalter et al., 2009), il se pourrait que certaines infirmières aient accepté de participer à cette étude sur cette base. Cependant, nous estimons que l'implication des infirmières en raison d'avantages pécuniaires uniquement est relativement peu probable, compte tenu des nombreux exercices à réaliser à l'extérieur des heures régulières de travail.

Ainsi, malgré les limites énumérées, un souci a été apporté en vue d'assurer la rigueur scientifique tout au long de cette étude. Les implications découlant de notre étude sont maintenant présentées.

Implications de l'étude

À la lumière des résultats obtenus, il est possible de dégager diverses implications pour les soins infirmiers. Nous présentons, dans la section suivante, les implications pour la recherche, la pratique professionnelle, la formation et la gestion.

Implications pour la recherche

Tel que souligné, peu de recherches ont été effectuées dans les milieux cliniques sur la pratique réflexive et la présente étude est l'une des rares à avoir permis d'évaluer qualitativement et quantitativement les retombées d'une intervention de pratique réflexive. Différentes avenues de recherche peuvent être suggérées à partir des résultats de notre étude, lesquels offrent de nouvelles connaissances dans le champ disciplinaire des sciences infirmières. Nous proposons des études portant sur le développement d'interventions éducatives, des études méthodologiques et des études évaluatives.

Études portant sur le développement d'interventions éducatives

L'intervention de pratique réflexive au cœur de notre étude comprenait différentes activités réalisées par les infirmières : ateliers, tenue d'un journal réflexif, lectures dirigées, mise à l'essai de nouvelles interventions de soins et observations des résultats auprès de la clientèle âgée. Cette intervention a été développée en s'inspirant des écrits portant sur la pratique réflexive, sur des principes andragogiques et avec l'apport d'infirmières via un processus de recherche-action. Certaines infirmières ont mentionné des aspects à améliorer à cette intervention. Parmi ces aspects, elles ont souligné l'aspect fastidieux des exercices écrits ainsi que certaines modalités contraignantes de l'intervention soient les horaires, la fréquence et la durée. Des études permettant de tester d'autres modalités seraient alors à envisager. Par exemple, des ateliers préparatoires à la réflexion écrite pourraient être intégrés à l'intervention de pratique réflexive ou encore, une modalité Web avec forum interactif en présentiel pourrait être incluse à l'intervention, permettant de diminuer le temps de présence sur le lieu de travail tout en conservant les échanges et les interactions au sein d'un groupe de pairs. Afin de potentialiser l'intégration des nouvelles interventions infirmières au moyen de la pratique réflexive et de soutenir la réflexion-dans-l'action des infirmières, un soutien clinique à l'unité de soins pourrait être offert par le guide-facilitateur animant l'intervention de pratique réflexive. En somme, plusieurs autres activités pourraient alimenter la structure de l'intervention développée et être mises à l'essai. La recherche-action est un devis particulièrement pertinent dans le cadre du développement et de la mise à l'essai de ce type de pratique.

Études méthodologiques

Notre étude a permis d'amorcer le développement d'outils de collecte de données de type vignettes, dont le système de codification repose sur les meilleures pratiques de soins actuellement connues. Ce système fait état des interventions infirmières optimales à prodiguer auprès des aînés par rapport à la médication, à la

mobilisation et à la planification du congé. Ces outils pourraient être raffinés, testés en établissant leurs propriétés psychométriques et utilisés ultérieurement dans d'autres études. Par exemple, ils pourraient être mis à profit lors de recherches visant à évaluer les connaissances des infirmières sur ces trois thèmes. Nous avons également développé un écrit réflexif visant à déterminer le niveau de réflexion des infirmières d'après une grille de codification basée sur des écrits théoriques. Encore une fois, cet outil mériterait d'être raffiné, testé et pourrait être éventuellement utilisé autant en milieu académique que clinique. L'écrit réflexif pourrait également être adapté aisément afin d'être utilisé auprès d'infirmières travaillant avec des clientèles variées. Enfin, comme mentionné précédemment, nous suggérons que le *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* et le *Palmore's Facts on Aging Quiz* soient révisés en tenant compte de l'hétérogénéité de la population âgée. Le *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* pourrait, entre autres particularités, tenir compte des différents sous-groupes de personnes âgées, alors que le *Palmore's Facts on Aging Quiz* pourrait transiter vers un format ouvert permettant d'évaluer plus en profondeur les connaissances acquises et laissant place à des réponses nuancées plutôt qu'à une échelle dichotomique restrictive. En somme, notre étude a tenté d'innover dans le développement de nouveaux outils servant à la mesure d'interventions infirmières et des niveaux de réflexion, laissant place à leur raffinement dans des études ultérieures.

Études évaluatives

L'intervention de pratique réflexive s'est déroulée sur une période de 22 semaines et les évaluations post-intervention ont été réalisées rapidement suite à cette intervention. Si la pratique réflexive veut démontrer son apport substantiel au développement professionnel des infirmières, nous sommes d'avis que des études longitudinales pourraient être bénéfiques, notamment pour mesurer le développement de certaines habiletés réflexives, lesquelles peuvent prendre un certain temps pour s'améliorer, ou encore l'acquisition de niveaux de réflexion supérieurs.

Par ailleurs, notre étude a permis de mieux connaître la perception des infirmières sur la pratique réflexive comme moyen pour améliorer leur pratique professionnelle. Il serait intéressant de poursuivre l'évaluation des retombées concrètes de la pratique réflexive par exemple sur l'amélioration des interventions de soins auprès de la clientèle en tenant compte de différents indicateurs (ex. : usage de médicaments à risque pour la clientèle, recours à l'usage de la contention, nombre de chutes, réadmission).

Aux dires des infirmières ayant participé à notre étude, la pratique réflexive pourrait être développée auprès d'autres infirmières que celles œuvrant auprès des personnes âgées et pourrait être mise à l'essai et évaluée au regard de préoccupations cliniques diverses, de clientèles variées et dans différents milieux de soins. Par ailleurs, les infirmières ayant participé à notre étude ont soulevé l'intérêt de bénéficier d'ateliers de pratique réflexive partagés avec des membres de l'équipe intradisciplinaire (ex. : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires) et avec des professionnels de l'équipe interdisciplinaire. Des études pourraient s'intéresser aux différents enjeux de l'utilisation d'une telle pratique au sein des équipes, notamment celui du partage des différents types de savoir entre professionnels d'appartenance disciplinaire différente.

Implications pour la pratique professionnelle

À la lumière des résultats de cette étude, il appert que la pratique réflexive peut être une voie d'amélioration des pratiques cliniques des infirmières œuvrant auprès d'une clientèle âgée hospitalisée. Ainsi, nous considérons qu'il serait pertinent de créer des groupes de pratique réflexive infirmière au sein des milieux de travail afin de favoriser le partage d'expériences professionnelles, de stimuler l'apprentissage entre pairs, d'obtenir des points de vue différents et d'encourager une saine remise en question des interventions routinières enracinées dans des habitudes de travail (plutôt que fondées sur les différentes sources de savoirs infirmiers). Nous pensons que les conseillères en soins spécialisés à la clientèle âgée des milieux

cliniques, pourraient assumer le rôle de guide et de facilitatrice au sein d'ateliers de pratique réflexive de par leur fonction « conseil » non hiérarchique auprès des équipes. Au fait des résultats de la recherche, expertes dans les soins infirmiers gériatriques, respectueuses de la culture organisationnelle du milieu et possédant des habiletés de formation fondées sur les principes d'andragogie, elles pourraient soutenir les infirmières dans l'apprentissage d'une pratique réflexive ciblant les soins requis par les personnes âgées hospitalisées. La pratique réflexive en milieu clinique pourrait être un moyen de développement professionnel à mettre en place, permettant d'enrichir les savoirs collectifs des infirmières et stimulant l'amélioration des soins auprès d'une clientèle fragile et vulnérable.

Implications pour la formation

Bien que plusieurs milieux d'enseignement en soins infirmiers forment déjà les étudiantes infirmières à l'utilisation de la pratique réflexive, celle-ci n'est pas toujours intégrée de façon systématique au niveau des cursus académiques. Pourtant, une prise de contact précoce avec ce type de pratique favoriserait son appropriation par la future clinicienne, ainsi que son maintien tout au cours de sa carrière professionnelle (Atkins, 2000; Wilkinson, 1999). Ainsi, nous soutenons l'importance d'introduire la notion de pratique réflexive dès la formation initiale des étudiantes infirmières et de la maintenir tout au long de la formation comme compétence transversale à développer. Par ailleurs, une réflexion devrait être entamée entre les milieux académiques et les milieux de soins sur les moyens à mettre en place pour assurer le développement, la transition et le maintien d'une pratique réflexive tout au cours de la vie professionnelle des infirmières. Dans le contexte où des moyens d'ajuster les pratiques professionnelles aux nouvelles connaissances disponibles sont recherchés par les milieux de soins et où la formation continue traditionnelle ne semble plus répondre aux besoins des cliniciens, des mécanismes pourraient être mis en place, conjointement par les milieux académiques et cliniques, afin d'encourager les infirmières à poursuivre une pratique réflexive et à la transmettre à leurs pairs. Par exemple, des portfolios réflexifs amorcés lors de la formation initiale pourraient se

transformer en un moyen de développement professionnel requis par les milieux de soins et alimenté par des ateliers de pratique réflexive. Ces ateliers pourraient inclure des étudiantes et des infirmières partageant leurs expériences et leurs connaissances respectives. De surcroît, cette stratégie favoriserait le maillage intergénérationnel et le mentorat, et stimulerait le rapprochement entre la théorie et la pratique. La nouvelle norme de formation continue émise au Québec par l'OIIQ (2011a, 2011d) et exigeant que les infirmières obtiennent 20 heures d'activités de formation continue annuellement, pourrait être une occasion pour les milieux de soins de faire reconnaître des interventions de pratique réflexive comme une activité de développement professionnel accréditée. En somme, compte tenu des résultats obtenus, la pratique réflexive semble un moyen efficace et novateur permettant aux infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances tout en reconnaissant leurs expériences professionnelles et en misant sur ces dernières pour construire de nouveaux savoirs. Les milieux académiques et cliniques gagneraient à s'approprier plus avant cette pratique.

Implication pour la gestion des soins

Nous ne saurions trop insister sur le soutien que requièrent les infirmières désireuses d'introduire une pratique réflexive au cœur de leur développement professionnel. Bien qu'une part de responsabilité appartienne à chacune pour le maintien et l'amélioration de ses compétences professionnelles, il n'en demeure pas moins qu'un milieu de soins dynamique, sécuritaire, attractif et favorisant la rétention de ses professionnelles, doit s'impliquer dans le développement des compétences de celles-ci, notamment en allouant du temps pour des activités de pratique réflexive, en misant sur la reconnaissance de l'expertise des infirmières comme une source de nombreux savoirs et en favorisant les échanges intergénérationnels profitables autant aux infirmières expérimentées qu'aux infirmières en début de carrière.

Dans le contexte où la pénurie de main-d'œuvre est l'une des plus importantes connue à ce jour et où le roulement des infirmières et la complexité des soins ne

cessent de croître, il nous apparaît essentiel de miser sur le développement professionnel continu des infirmières. Dans cette perspective, la pratique réflexive s'avère être un moyen bénéfique. Cette pratique, comme en témoignent les résultats de notre étude, suscite l'intérêt des infirmières et peut permettre de modifier positivement leurs attitudes et d'améliorer leurs connaissances à l'égard d'une clientèle âgée. De plus, les infirmières ont mentionné percevoir la pratique réflexive comme un moyen de reconnaissance puissant et une voie d'amélioration des soins. Par ailleurs, une étude récente de Lawrence (2011) révèle une corrélation positive entre une pratique réflexive critique et l'engagement des infirmières dans leur milieu de travail (*work engagement*). Les gestionnaires désireux d'avoir un personnel hautement qualifié qui connaît et applique les meilleures pratiques de soins, pourraient tirer profit d'une telle intervention de pratique réflexive en offrant et en mettant en place des conditions facilitantes. Notamment, une culture de développement professionnel qui reconnaît, valorise et soutient les différents types de savoirs infirmiers devrait être instaurée par les milieux souhaitant une pratique réflexive (Mantzoukas & Jasper, 2004). Une prédisposition au soutien, à la collaboration, à l'autonomie professionnelle et à l'amélioration continue devrait être des valeurs explicites et vécues par les milieux de soins désirant adopter une pratique réflexive (Andrews, 1996; Andrews et al., 1998; Burton, 2000; Heath, 1998b, 1998c). Des activités réflexives de groupe, accompagnées par un guide, pourraient être introduites sur une base régulière et reconnues comme activités de formation continue (Wilkinson, 1999). Les propositions d'amélioration des pratiques issues du processus de réflexion des infirmières, devraient être soutenues et encouragées par les gestionnaires en soins infirmiers afin de permettre des retombées concrètes sur la qualité des soins. De plus, des espaces dédiés à la réflexion, à l'extérieur des unités de soins, munis d'accès faciles à des bases de données scientifiques et à des personnes-ressources soutenant les infirmières dans leur recherche, sont autant de moyens pour promouvoir une pratique réflexive. En bref, une pratique réflexive nécessite temps, engagement, soutien et confiance pour se concrétiser, éléments devant être partagés par tous les acteurs impliqués.

En conclusion, cette étude a permis de développer et de mettre à l'essai une intervention de pratique réflexive novatrice, systématique et structurée, fondée sur un cadre de référence infirmier respectant et valorisant les principes d'une telle pratique, et élaborée à partir d'une revue exhaustive des écrits scientifiques. Réalisée au moyen d'un devis original et distinctif, auprès d'infirmières œuvrant en centre hospitalier, cette recherche est l'une des rares études évaluatives sur la pratique réflexive combinant une approche qualitative et quantitative. Mettant l'accent sur un processus réflexif au regard de soins dispensés aux personnes âgées hospitalisées, cette intervention offre, en dépit de sa structure, une souplesse dans son application puisqu'elle permet aux infirmières de choisir les aspects d'amélioration de leur pratique en fonction de leurs expériences professionnelles. Les résultats ont démontré que les participantes ont développé une variété d'habiletés nécessaires à la pratique réflexive, différents savoirs infirmiers et qu'elles perçoivent que cette pratique peut améliorer leur pratique professionnelle. Celles qui ont participé à l'intervention ont amélioré leurs attitudes et leurs connaissances à l'égard des aînés. En dépit de ses limites et des résultats moins concluants concernant le nombre d'interventions infirmières adaptées à la clientèle et le niveau de réflexion des infirmières, cette étude offre plusieurs possibilités pour le développement futur et l'évaluation de la pratique réflexive.

Références

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. Dans D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (dir.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Andrews, M. (1996). Using reflection to develop clinical expertise. *British Journal of Nursing*, 5(8), 508-513.
- Andrews, M., Gidman, J., & Humphreys, A. (1998). Reflection: Does it enhance professional nursing practice? *British Journal of Nursing*, 7(7), 413-417.
- Argyris, C. (1982). *Reasoning, learning, and action: Individual and organizational*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. (1^{ère} éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley Pub. Co.
- Armstrong-Stassen, M., & Hwan, S. (2009). The effect of relational age on older Canadian employees' perceptions of human resource practices and sense of worth to their organization. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(8), 1753-1769.
- Armstrong-Stassen, M., & Ursel, N. D. (2009). Perceived organizational support, career satisfaction, and the retention of older workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(1), 201-220.
- Astor, R., Jefferson, H., & Humphrys, K. (1998). Incorporating the service accomplishments into pre-registration curriculum to enhance reflective practice. *Nurse Education Today*, 18(7), 567-575.
- Atkins, S. (2000). Developing underlying skills in the move towards reflective practice. Dans S. Burns & C. Bulman (dir.), *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner* (2^e éd., pp. 28-51). Oxford: Blackwell Science.
- Atkins, S. (2004). Developing underlying skills in the move towards reflective practice. Dans C. Bulman & S. Schutz (dir.), *Reflective practice in nursing* (3^e éd., pp. 25-46). Oxford: Blackwell Publishing.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192.

- Bailey, M. E., & Graham, M. M. (2007). Introducing guided group reflective practice in an Irish palliative care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(11), 555-560.
- Barbieri, M. M. C. (1989). *An examination of changes in knowledge and attitudes among student nurses associated with a planned educational intervention on care of the elderly*. Thèse de doctorat inédite, Temple University.
- Baumbusch, J.L., & Andrusyszyn, M. A. (2002). Gerontological content in Canadian baccalaureate nursing programs: Cause for concern? *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(1), 119-129.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Pub. Co.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87(1), 23-31.
- Bergqvist, M., Ulfvarson, J., & Karlsson, E. A. (2009). Nurse-led medication reviews and the quality of drug treatment of elderly hospitalized patients. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(11), 1089-1096.
- Bethune, G., Sherrod, D., & Youngblood, L. (2005). 101 tips to retain a happy, healthy staff. *Nursing Management*, 36(4), 24-30.
- Blumenfield, S., & Epstein, I. (2001). Promoting and maintaining a reflective professional staff in a hospital-based work department. *Social Work in Health Care*, 33(3-4), 1-13.
- Boenink, A. D., Oderwald, A. K., de Jonge, P., van Tilburg, W., & Smal, J. A. (2004). Assessing student reflection in medical practice. The development of an observer-rated instrument: Reliability, validity and initial experiences. *Medical Education*, 38, 368-377.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985a). Promoting reflection in learning: A model. Dans D. Boud, R. Keogh & D. Walker (dir.), *Reflection: Turning experience into learning* (p. 18-40). London: Kogan Page.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985b). *Reflection: Turning experience into learning*. London: Kogan Page.
- Boud, D., & Walker, D. (1990). Making the most of experience. *Studies in Continuing Education*, 12(2), 61-80.

- Boyd, E. M., & Fales, A. W. (1983). Reflective learning: Key to learning from experience. *Journal of Humanistic Psychology, 23*(2), 99-117.
- Brown, C. J., Friedkin, R. J., & Inouye, S. K. (2004). Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(8), 1263-1270.
- Buckwalter, K. C., Grey, M., Bowers, B., McCarthy, A. M., Gross, D., Funk, M., & Beck, C. (2009). Intervention research in highly unstable environments. *Research in Nursing & Health, 32*(1), 110-121.
- Bulman, C., & Schutz, S. (2004). *Reflective practice in nursing*. (3^e éd.). Oxford: Blackwell Science.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today, 11*(6), 461-466.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. (5^e éd.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Burns, S., & Bulman, C. (2000). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*. (2^e éd.). Oxford: Blackwell Science.
- Burton, A. J. (2000). Reflection: Nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing, 31*(5), 1009-1017.
- Cadman, K., Clack, E., Lethbridge, Z., Millward, J., Morris, J., & Redwood, R. (2003). Reflection: A casualty of modularisation? *Nurse Education Today, 23*(1), 11-18
- Callister, L. C., Luthy, K. E., Thompson, P., & Memmott, R. J. (2009). Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics, 16*(4), 499-510.
- Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M. D., Fulmer, T. T., Gray-Miceli, D., & Kluger, M. (2008). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. (3^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Carper, B. (1975). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Thèse de doctorat inédite, Columbia University.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science, 1*(1), 13-23.
- Carroll, M., Curtis, L., Higgins, A., Nicholl, H., Redmond, R., & Timmins, F. (2002). Is there a place for reflective practice in the nursing curriculum? *Nurse Education in Practice, 2*(1), 13-20.

- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. (8^e éd.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Chirema, K. D. (2007). The use of reflective journals in the promotion of reflection and learning in post-registration nursing students. *Nurse Education Today*, 27(3), 192.
- Cirocco, M. (2007). How reflective practice improves nurses' critical thinking ability. *Gastroenterology Nursing*, 30(6), 405-413.
- Clarke, B., James, C., & Kelly, J. (1996). Reflective practice: Reviewing the issues and refocusing the debate. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 171-180.
- Clouder, L. (2000). Reflective practice: Realising its potential. *Physiotherapy*, 86(10), 517-522.
- Coffey, A. (2005). The clinical learning portfolio: A practice development experience in gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8b), 75-83.
- Conway, J. (1994). Reflection, the art and science of nursing and the theory-practice gap. *British Journal of Nursing*, 3(3), 114-118.
- Cooper, C., Taft, L. B., & Thelen, M. (2005). Preparing for practice: Students' reflections on their final clinical experience. *Journal of Professional Nursing*, 21(5), 293-302.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Kahana, E., Counsell, S. R., Fortinsky, R. H., & Landefeld, C. S. (1998). Improving functional outcomes in older patients: Lessons from an acute care for elders unit. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(2), 63-76.
- Davies, E. (1995). Reflective practice: A focus for caring. *Journal of Nursing Education*, 34(4), 167-174.
- DeCuir-Gunby, J. T. (2008). Mixed methods research in the social sciences. Dans J. Osborne (dir.), *Best practices in quantitative methods* (pp. 125-136). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). *Collecting and interpreting qualitative materials*. (3^e éd.). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Dervin, B. (1992). From the mind's eye of the user: The sense-making qualitative-quantitative methodology. Dans J. D. Glazier & R. R. Powell (dir.), *Qualitative research in information management* (pp. 61-84). Englewood, CO: Libraries Unlimited.

- Dewey, J. (1910/1933). *How we think: A restatement of the reflective thinking to the educative process*. Boston, MA: Heath.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Dolbec, A. (2003). La recherche-action. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (4^e éd., pp. 505-540). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Driscoll, J., & Teh, B. (2001). The potential of reflective practice to develop individual orthopaedic nurse practitioners and their practice. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5(2), 95-103.
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: Determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, 16(22), 1400-1407.
- Duffy, A. (2008). Guided reflection: A discussion of the essential components. *British Journal of Nursing*, 17(5), 334-339.
- Duffy, M. E. (2006). Translating instruments into other languages: Basic considerations. *Clinical Nurse Specialist*, 20(5), 225-226.
- Duke, S., & Appleton, J. (2000). The use of reflection in a palliative care programme: A quantitative study of the development of reflective skills over an academic year. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1557-1568.
- Durgahee, T. (1997). Reflective practice: Nursing ethics through story telling. *Nursing Ethics*, 4(2), 135-146.
- Enright, D. K. (1990). *The effect of an integrated curricular design on the attitudes of nursing students toward the aged*. Thèse de doctorat inédite, University of Connecticut.
- Estabrooks, C. A. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(1), 15-36.
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 118-141.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J., & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476.
- Fakude, L. P., & Bruce, J. C. (2003). Journaling: A quasi-experimental study of student nurses' reflective learning ability. *Curationis*, 26(2), 49-55.

- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fielding, J. (1993). Coding and managing data. Dans N. Gilbert (dir.), *Researching social life* (pp. 227-251). London: Sage Publications.
- Flanagan, J. (2009). Patient and nurse experiences of theory-based care. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 160-172.
- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 410-421.
- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. J. (2006). Contextual learning: A reflective learning intervention for nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 1-18.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. (Traduit par M. B. Ramos). New York, NY: Seabury Press.
- Geoffrion, P. (2003). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (4^e éd., pp. 333-356). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Ghaye, T. (2005). *Developing the reflective healthcare team*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Giles, L. C., Paterson, J. E., Butler, S. J., & Stewart, J. J. (2002). Ageism among health professionals: A comparison of clinical educators and students in physical and occupational therapy. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 21(2), 15-26.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Glaze, J. E. (2001). Reflection as a transforming process: Student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 639-647.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults: It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-68.
- Graham, I. W., Andrewes, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 277-285.

- Greene, M. T., & Puetzer, M. (2002). The value of mentoring: A strategic approach to retention and recruitment. *Journal of Nursing Care Quality, 17*(1), 63-70.
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing, 13*(3), 271-280.
- Harris, M. (2005). Is journaling empowering? Students' perceptions of their reflective writing experience. *Health SA Gesondheid, 10*(2), 47-60.
- Harris, M. (2008). Scaffolding reflective journal writing. Negotiating power, play and position. *Nurse Education Today, 28*(3), 314-326.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing. (2008). Nursing standard of practice protocol: Fall prevention. Repéré le 1 février 2009 à http://consultgerirn.org/topics/falls/want_to_know_more
- Hartford Institute for Geriatric Nursing. (2009). Use of physical restraints with elderly patients. Repéré le 15 avril 2009 à http://consultgerirn.org/topics/physical_restraints/want_to_know_more
- Hartrick, G. (2000). Developing health promoting practice with families: One pedagogical experience. *Journal of Advanced Nursing, 31*(1), 27-34.
- Heath, H. (1998a). Keeping a reflective practice diary: A practical guide. *Nurse Education Today, 18*(7), 592-598.
- Heath, H. (1998b). Paradigm dialogues and dogma: Finding a place for research, nursing models and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing, 28*(2), 288-294.
- Heath, H. (1998c). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 27*(5), 1054-1059.
- Heidari, F., & Galvin, K. (2003). Action learning groups: Can they help students develop their knowledge and skills? *Nurse Education in Practice, 3*(1), 49-55.
- Hirsch, C. H., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., & Winograd, C. H. (1990). The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 38*(12), 1296-1303.
- Holloway, I. (1997). *Basic concepts for qualitative research*. Oxford: Blackwell Science.
- Honey, M., Waterworth, S., Baker, H., & Lenzie-Smith, K. (2006). Reflection in the disability education of undergraduate nurses: An effective learning tool? *Journal of Nursing Education, 45*(11), 449-453.

- Hong, L. P., & Chew, L. (2008). Reflective practice from the perspectives of the bachelor of nursing students in International Medical University (IMU). *Singapore Nursing Journal*, 35(3), 5-6, 8-10,12-15.
- Hweidi, I. M., & Al-Obeisat, S. M. (2006). Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Education Today*, 26(1), 23-30.
- Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale geriatric care program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Les soins de santé au Canada 2011: Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa: ICIS.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12(3), 174-181.
- Jasper, M. A. (1999). Nurses' perceptions of the value of written reflection. *Nurse Education Today*, 19(6), 452-463.
- Jensen, S. K., & Joy, C. (2005). Exploring a model to evaluate levels of reflection in baccalaureate nursing students' journals. *Journal of Nursing Education*, 44(3), 139-142.
- Johns, C. (1991). The Burford Nursing Development Unit holistic model of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1090-1098.
- Johns, C. (1995a). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 226-234.
- Johns, C. (1995b). The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 4(1), 23-30.
- Johns, C. (1998a). Caring through a reflective lens: Giving meaning to being a reflective practitioner. *Nursing Inquiry*, 5(1), 18-24.
- Johns, C. (1998b). Developing a reflective standard of care. *Nursing Times*, 94(8), 54-56.

- Johns, C. (1998c). Opening the doors of perceptions. Dans C. Johns & D. Freshwater (dir.), *Transforming nursing through reflective practice* (pp. 1-20). Malden, MA: Blackwell Science.
- Johns, C. (1999a). Reflection as empowerment? *Nursing Inquiry*, 6(4), 241-249.
- Johns, C. (1999b). Unravelling the dilemmas within everyday nursing practice. *Nursing Ethics*, 6(4), 287-298.
- Johns, C. (2000a). *Becoming a reflective practitioner*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Johns, C. (2000b). *Becoming a reflective practitioner: A reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development, and clinical supervision*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Johns, C. (2001). Reflective practice: Revealing the [he]art of caring. *International Journal of Nursing Practice*, 7(4), 237-245.
- Johns, C. (2004a). *Becoming a reflective practitioner*. (2^e éd.). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Johns, C. (2004b). Becoming a transformational leader through reflection. *Reflections on Nursing Leadership*, 30(2), 24-26.
- Johns, C. (2005). Expanding the gates of perception. Dans C. Johns & D. Freshwater (dir.), *Transforming nursing through reflective practice* (2^e éd., pp. 1-12). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice : A narrative approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Johns, C., & Freshwater, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*. (2^e éd.). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Geelong, Australia: Deakin University.
- Kilpatrick, K., & Purden, M. (2007). Using reflective nursing practice to improve care of women with congenital heart disease: Considering pregnancy. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(3), 140-147.
- Kinsella, E. A. (2001). Reflections on reflective practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 195-198.
- Knowles, M. S. (1984). *Andragogy in action*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Krešević, D. M., Counsell, S. R., Covinsky, K., Palmer, R., Landefeld, C. S., Holder, C., & Beeler, J. (1998). A patient-centered model of acute care for elders. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 515-527.
- Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Krešević, D. M., Fortinsky, R. H., & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *New England Journal of Medicine*, 332(20), 1338-1344.
- Laperrière, A. (2003). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (4^e éd., pp. 269-291). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Lau, P. Y., & Chan, C. W. H. (2005). SARS (severe acute respiratory syndrome): Reflective practice of a nurse manager. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 28-34.
- Lavoie, L., Marquis, D., & Laurin, P. (1996). *La recherche-action: Théorie et pratique. Manuel d'autoformation*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Lawrence, L. A. (2011). Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum*, 46(4), 256-268.
- LeBlanc, P. A. (1995). *Attitudes of nursing students toward the elderly as influenced by lecture-discussion with and without simulation*. Thèse de doctorat inédite, University of Southern Mississippi.
- Lefrançois, R. (2004). *Les nouvelles frontières de l'âge*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lefrançois, R. (2009). *Vieillesse oubliée. Insécurité économique et sociale des aînés*. Sherbrooke: Les Éditions GGC.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Canadian essentials of nursing research*. (2^e éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Lopez, M., Delmore, B., Ake, J. M., Kim, Y. R., Golden, P., Bier, J., & Fulmer, T. (2002). Implementing a geriatric resource nurse model. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 577-585.
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22-26.
- Mackintosh, C. (1998). Reflection: A flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today*, 18(7), 553-557.
- Maddison, C. (2004). Supporting practitioners in the process of reflective practice. Dans C. Bulman & S. Schutz (dir.), *Reflective practice in nursing* (3^e éd., pp. 73-93). Oxford: Blackwell Science.
- Mantzoukas, S., & Jasper, M. A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: A covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 925-933.
- Markey, D. W., & Brown, R. J. (2002). An interdisciplinary approach to addressing patient activity and mobility in the medical-surgical patient. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 1-12.
- Martin, G. W., & Mitchell, G. (2001). A study of critical incident analysis as a route to the identification of change necessary in clinical practice: Addressing the theory-practice gap. *Nurse Education in Practice*, 1(1), 27-34.
- Mazel, J. (1987). *Socrate*. Paris: Fayard.
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G., & Ballantine, K. (2007). A realist synthesis of evidence relating to practice development: Recommendations. *Practice Development in Health Care*, 6(1), 76-80.
- McGrath, D., & Higgins, A. (2006). Implementing and evaluating reflective practice group sessions. *Nurse Education in Practice*, 6(3), 175-181.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. (Traduit par C. Smith). London: Routledge & Kegan Paul.
- Meyer, J. (2006). Action research. Dans C. Pope & N. Mays (dir.), *Qualitative research in health care* (3^e éd., pp. 121-131). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Meyer, J., & Batehup, L. (1997). Action research in health-care practice: Nature, present concerns and future possibilities. *Nursing Time Research*, 2(3), 175-184.

- Mezey, M. D., Fulmer, T. T., Abraham, I., & Zwicker, D. (2003). *Geriatric nursing protocols for best practice*. (2^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Mezirow, J. (1978). Perspective transformation. *Adult Education Quarterly*, 28(2), 100-110.
- Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, 32(1), 3-24.
- Mezirow, J. (1990). *Fostering critical reflection in adulthood: A guide to transformative and emancipatory learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. (1^{ère} éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded source book*. London: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Paris: De Boeck Université.
- Mion, L. C., Halliday, B. L., & Sandhu, S. K. (2008). Physical restraints and side rails in acute and critical care settings: Legal, ethical, and practice issues. Dans E. Capezuti, D. Zwicker, M. D. Mezey, T. T. Fulmer, D. Gray-Miceli & M. Kluger (dir.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3^e éd., pp. 503-520). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Moloney, J., & Hahessy, S. (2006). Using reflection in everyday orthopaedic nursing practice. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(1), 49-55.
- Moon, J. A. (2001). *Short courses & workshops : Improving the impact of learning, training and professional development*. London: Kogan Page.
- Moon, J. A. (2004). *A handbook of reflective and experiential learning. Theory and practice*. London: Routledge Falmer.
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Newman, M. A. (2000). *Health as expanding consciousness*. (2^e éd.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- Nursing and Midwifery Council. (2006). Standards to support learning and assessment in practice. NMC standards for mentors, practice teachers and teachers (p. 60). London: NMC.
- Ochieng, B. M. N. (1999). Use of reflective practice in introducing change on the management of pain in a paediatric setting. *Journal of Nursing Management*, 7(2), 113-118.
- Office québécois de la langue française. (2011). Grand dictionnaire terminologique. Repéré le 4 janvier 2011 à http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index800_1.asp
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2005). Quality assurance. Reflective practice. Repéré le 15 mars 2007 à http://www.cno.org/docs/qa/44008_fsRefprac.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011a). La formation continue pour la profession infirmière au Québec. Norme professionnelle. Repéré le 25 janvier 2012 à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/la-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-quebec>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011b). PTI - Plan thérapeutique infirmier. Repéré le 29 février 2012 à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/encadrement-de-la-pratique/plan-therapeutique-infirmier>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011c). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011 (p. 177). Montréal: OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011d). Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec. Document d'orientation. Repéré le 25 janvier 2012 à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/vers-une-culture-de-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-queb>
- Ornstein, K., Smith, K. L., Foer, D. H., Lopez-Cantor, M. T., & Soriano, T. (2011). To the hospital and back home again: A nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 544-551.
- Page, S., & Meerabeau, L. (2000). Achieving change through reflective practice: Closing the loop. *Nurse Education Today*, 20(5), 365-372.
- Paget, T. (2001). Reflective practice and clinical outcomes: Practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), 204-214.
- Palmer, A., Burns, S., & Bulman, C. (1994). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*. (1^e éd.). Oxford: Blackwell Science.

- Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17(4), 315-320.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York, NY: Wiley.
- Parse, R. R. (1987). *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia, PE: W.B. Saunders.
- Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 35-42.
- Parse, R. R. (1996). Quality of life for persons living with Alzheimer's disease: The human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 126-133.
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parse, R. R. (1999). *Hope: An interntional human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Genck, G., & Meiers, S. J. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501.
- Perry, L. (1997). Critical incidents, crucial issues: Insights into the working lives of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 6(2), 131-137.
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal: Chenelière-McGraw-Hill.
- Phillips, T., Schostak, J., Bedford, H., & Robinson, J. (1993). Assessment of comptencies in nursing and midwifery education and training (the Ace project). *English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visting*, 4, 1-2.
- Platzer, H., Blake, D., & Ashford, D. (2000a). Barriers to learning from reflection: A study of the use of groupwork with post-registration nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1001-1008.
- Platzer, H., Blake, D., & Ashford, D. (2000b). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 689-695.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and methods*. (5^e éd.). Philadelphia, PA: Lippincott.

- Powell, J. H. (1989). The reflective practitioner in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(10), 824-832.
- Reed, J., & Procter, S. (1993). Nursing knowledge: A critical examination. Dans J. Reed & S. Procter (dir.), *Nurse education : A reflective approach* (pp. 14-29). London: E. Arnold.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée. Repéré le 1 février 2009 à <http://ltctoolkit.mao.ca/resources/falls#Best-PracticesStandards>
- Reid, B. (1993). "But we're doing it already!" Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309.
- Rolfe, G. (2002). Reflective practice: Where now? *Nurse Education in Practice*, 2(1), 21-29.
- Rolfe, G. (2003). Reflective practice. Dans L. Basford & O. Slevin (dir.), *Theory and practice of nursing: An integrated approach to caring practice* (2^e éd., p. 483-491). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Rolfe, G. (2005). The deconstructing angel: Nursing, reflection and evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 12(2), 78-86.
- Rosenberg, M. J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P., & Brehm, J. W. (1960). *Attitude organization and change*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Santucci, J. (2004). Facilitating the transition into nursing practice: Concepts and strategies for mentoring new graduates. *Journal for Nurses in Staff Development*, 20(6), 274-284.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. (1^{ère} éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schutz, S. (2007). Reflection and reflective practice. *Community Practitioner*, 80(9), 26-29.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2^e éd.). New York, NY: McGraw Hill.

- Smith, R. (1993). Potentials for empowerment in critical education research. *Australian Educational Researcher*, 20(2), 75-93.
- Söderhamn, O., Lindencrona, C., & Gustavsson, S. M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, 21(3), 225-229.
- Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100(12), 42-45.
- Spencer, N., & Newell, R. (1999). The use of brief written educational material to promote reflection amongst trained nurses: A pilot study. *Nurse Education Today*, 19(5), 347-356.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1-20.
- St-Pierre, J. (1998). Functional decline in hospitalized elders: Preventive nursing measures. *AACN clinical issues*, 9(1), 109-118.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stewart, J. J., Giles, L., Paterson, J. E., & Butler, S. J. (2005). Knowledge and attitudes towards older people: New Zealand students entering health professional degrees. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 23(4), 25-36.
- Strauss, A. L. (1986). *Qualitative data analysis for social scientists*. Cambridge: University Press.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Stringer, E. T. (2007). *Action research*. (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stringer, E. T., & Dwyer, R. (2005). *Action research in human services*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Stringer, E. T., & Genat, W. (2004a). Action research for the health professions. Dans E. T. Stringer & W. Genat (dir.), *Action research in health* (pp. 1-15). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Stringer, E. T., & Genat, W. (2004b). *Action research in health*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

- Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse-nurse relationships through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7(6), 406-413.
- Teekman, B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1125-1135.
- Thomas, M. H. (2011). Health care delivery settings and older adults. Dans S. E. Meiner (dir.), *Gerontologic nursing* (4^e éd., p. 148-175). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Thornlow, D. K., Auerhahn, C., & Stanley, J. (2006). A necessity not a luxury: Preparing advanced practice nurses to care for older adults. *Journal of Professional Nursing*, 22(2), 116-122.
- Timmerman, R. A. (2007). A mobility protocol for critically ill adults. *Dimensions of Critical Care nursing*, 26(5), 175-179.
- Tripp, D. (1993). *Critical incidents in teaching*. London: Routledge.
- United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting. (1990). The Report of the Post-Registration Education and Practice Project. London: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting.
- van der Zijpp, T. J., & Dewing, J. (2009). A case study of learning to become a PD facilitator: 'Climbing the tree'. *Practice Development in Health Care*, 8(4), 200-215.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York, NY: The State University of New York.
- Van Manen, M. (1991). *The tact of teaching: The meaning of pedagogical thoughtfulness*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2007). Ethics in nursing education: Learning to reflect on care practices. *Nursing Ethics*, 14(6), 758-766.
- Wade, S. (1999). Promoting quality of care for older people: Developing positive attitudes to working with older people. *Journal of Nursing Management*, 7(6), 339-347.
- Walsh, K., McAllister, M., & Morgan, A. (2002). Using reflective practice processes to identify practice change issues in an aged care service. *Nurse Education in Practice*, 2(4), 230-236.

- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston, MA: Little Brown.
- Watson, J. (1998). *Le caring: Philosophie et science des soins infirmiers*. (Traduit par J. Bonnet). Paris: Seli Arslan.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Wilkinson, J. (1996). Definition of reflective practice. Dans S. M. Hinchliff (dir.), *Churchill Livingstone's dictionary of nursing* (17^e éd., p.317). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Wilkinson, J. (1999). Implementing reflective practice. *Nursing Standard*, 13(21), 36-40.
- Witmer, D. (1997). Reflective practice: What does it mean for me? *CNO Communiqué*, 1(22), 13-14.
- Wong, F. K. Y., Kember, D., Chung, L. Y. F., & Yan, L. (1995). Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 48-57.
- Wong, F. K. Y., Loke, A. Y., Wong, M., Tse, H., Kan, E., & Kember, D. (1997). An action research study into the development of nurses as reflective practitioners. *Journal of Nursing Education*, 36(10), 476-481.
- Zwicker, D., & Fulmer, T. T. (2008). Reducing adverse drug events. Dans E. Capezuti, D. Zwicker, M. D. Mezey, T. T. Fulmer, D. Gray-Miceli & M. Kluger (dir.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3^e éd., pp. 257-308). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Zwicker, D., & Picariello, G. (2003). Discharge planning for the older adult. Dans M. D. Mezey, T. T. Fulmer, I. Abraham & D. Zwicker (dir.), *Geriatric nursing protocols for best practice* (2^e éd., p. 292-316). New York, NY: Springer Publishing Company.

Appendice A

Synthèse des recherches sur la pratique réflexive effectuées dans les milieux académiques auprès d'étudiantes infirmières ou d'infirmières étudiantes

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
Cadman, Clack, Lethbridge, Milward, Morris et Redwood (2003) Grande- Bretagne	Étude descriptive transversale Identifier les stratégies éducatives utilisées pour développer les habiletés réflexives dans une formation universitaire post- diplôme	Fondée sur les écrits de Wilkinson (1996)	Non précisé	22 étudiantes d'un programme de formation initiale en soins infirmiers (volet adulte) 33 professeurs (adulte, enfant, incapacité, santé mentale) <u>Collecte de données</u> : 2 questionnaires : un pour les professeurs et un pour les étudiantes <u>Analyse des données</u> : Statistiques descriptives (fréquences et pourcentages)	Stratégies utilisées pour enseigner les habiletés réflexives : comparaison des résultats étudiantes/professeurs: lecture (95% / 58%), travail d'équipe (86% / 85%), vidéo (5% / 18%), scénario/cas (50% / 79%), jeux de rôle (14% / 27%), travail personnel (23% / 88%), travail basé sur les modules (cours) (18% / 55%). Pas de consensus entre les étudiantes et les professeurs sur les stratégies utilisées pour enseigner les habiletés réflexives.
Callister, Luthy, Thompson et Memmott (2009) États-Unis	Étude qualitative descriptive Décrire le raisonnement éthique d'étudiantes infirmières	Non définie	Basé sur les écrits de Heath (1998c) et de Vanlaere et Gastmans (2007)	70 étudiantes infirmières (66F/4H) d'un cours d'éthique en nursing (santé maternelle et infantile) <u>Collecte de données</u> : Écrit réflexif : situation clinique et questions « <i>what</i> », « <i>so what</i> », « <i>now what</i> » et principes et théories éthiques. <u>Analyse des données</u> : Évaluation du niveau de réflexion : <i>reflectivity, affective, discriminant,</i> <i>judgmental, conceptual, theoretical.</i> Analyse thématique et retour auprès	Thème majeur : professionnel en devenir (<i>process of becoming</i>) comprenant huit sous-thèmes : 1) pratiquer en tant que professionnelle; 2) manque de confiance en tant qu'étudiant pour aborder une posture éthique; 3) <i>advocacy</i> du patient; 4) n'être que le dispensateur de soin; 5) identifier les dimensions

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
				de cinq étudiantes.	spirituelles de la pratique infirmière; 6) confronter le « vrai monde » des soins de santé; 7) s'engager dans une pratique avec intégrité; 8) <i>caring enough to care</i> . Conscience de soi, capacité de reconnaître les dilemmes éthiques et d'utiliser une réflexion critique pour analyser leur implication et leurs actions dans un dilemme. Haut niveau de réflexion critique (<i>discriminant and judgmental</i>).
Chirema (2007)	Étude de cas	Basée sur les écrits de Boud et al. (1985b) et Mezirow (1990; 1991)	Kolb (1984) pour le journal réflexif; Mezirow pour les niveaux de réflexion (<i>non-reflector, reflector, critical reflector</i>) Boud et al. pour les sous-catégories de réflexion (reconnaître les	42 infirmières étudiantes d'un module de soins palliatifs <u>Intervention</u> : Journal réflexif dans le cadre d'un cours : décrire et analyser événement significatif ou incident critique lors d'une expérience clinique et identifier les besoins futurs d'apprentissage selon le cycle de Kolb (1984) <u>Collecte de données</u> : 1) Journal réflexif (42) 2) Entrevues (20) enreg. et transcrites <u>Analyse des données</u> : 1) 2 niveaux de codification :	1) 61 éléments de réflexion dans les journaux. 1 ^{ère} codification selon Boud et al.: Majorité des éléments dans les catégories : reconnaître les émotions, association et intégration. 2 ^e codification selon Mezirow: 9 <i>non-reflector</i> , 28 <i>reflector</i> , 5 <i>critical reflector</i> . Score de concordance entre 0,5 et 0,75 pour la codification selon Boud et al.; 0,95 avec les niveaux de réflexion de

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
			émotions, association, intégration, validation, appropriation, résultat de la réflexion)	1 ^{er} fondé sur les 6 catégories de Boud et al. 2 ^e fondé sur les 3 catégories de Mezirow Recherche d'éléments en lien avec définitions de ces cadres. Codification à 2 personnes 2) méthode Burnard (1991), inspirée entre autres de Glaser et Strauss (1967), Strauss (1986), Miles et Huberman (1994)	Mezirow. 2) 7 catégories ressorties lors de l'analyse des entrevues dont : promotion de la réflexion sur l'expérience; journal comme élément facilitant l'analyse de l'expérience; possibilité de lier pratique et théorie; prise de conscience de l'appr. et son application; prise de conscience des besoins d'appr. par la rédaction; habiletés nécess. et amélioration de celle-ci lors de rédaction; promotion de l'écriture d'un journal comme partie intégrante d'une pratique réflexive.
Coffey (2005) Irlande	Étude pilote évaluative Évaluer l'expérience de la tenue d'un portfolio par des infirmières étudiantes d'un programme avancé en soins infirmiers	Non définie	Modèle de réflexion structurée de Johns (1995a) pour la portion pratique réflexive	22 infirmières étudiantes <u>Intervention</u> : Sur une année, utilisation d'un portfolio avec 3 éléments (démontrer l'utilisation de résultats de recherche probants dans un champ d'activité; exemple écrit d'une réflexion sur la pratique avec utilisation du modèle de réflexion structurée de Johns (1995a); dossier des apprentissages cliniques.	Présentés selon les 3 thèmes du questionnaire : Dans l'ensemble, expérience positive pour les étudiantes permettant de voir la progression de l'apprentissage. Étudiantes partagées quant à son utilisation comme méthodes d'évaluation : bon moyen de lier la théorie à la pratique ou évaluation difficile

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	gérontologiques			<u>Collecte de données</u> : Questionnaire sur 3 thèmes : expérience globale du portfolio, perception de l'étudiante du portfolio comme méthode d'évaluation, résultat de la complétion d'un portfolio. <u>Analyse des données</u> : Non explicitée	compte tenu que chaque portfolio est unique et demande temps pour sa réalisation. Le portfolio amène à vouloir se développer professionnellement et moyen de partager avec collègues.
Cooper, Taft et Thelen (2005) États-Unis	<i>Naturalistic inquiry</i> Explorer les réponses cognitives et émotives d'étudiantes lors de leur dernière expérience clinique dans un programme de baccalauréat.	Basée sur les écrits de Boud et al. (1985b)	Non précisé	32 étudiantes infirmières <u>Intervention</u> : 5 à 6 écrits réflexifs par étudiante déposés sur le site WebCT de l'université. Description d'une situation ou d'un incident survenu et des pensées et émotions sur cette situation. <u>Collecte de données</u> : 168 écrits réflexifs <u>Analyse des données</u> : Lecture à plusieurs reprises des textes par 3 personnes, émergence de thèmes, catégorisation ad raffinement sur une période de 4 mois.	Résultats présentés sous 7 thèmes : 1) Prendre conscience de la vulnérabilité humaine; 2) Poids des responsabilités de l'infirmière; 3) Reconnaître ses limites; 4) Auto-évaluation; 5) Perspective du patient/famille; 6) Confronter des dilemmes éthiques; 7) Faire face à la réalité vs attentes.
Davies (1995) Australie	Théorisation ancrée Expérience perçue de la réflexion sur la pratique clinique	Basée sur les écrits dont : Benner (1984), Boud et al. (1985a), Mezirow (1981, 1990),	Aucun en respect avec la théorisation ancrée	6 étudiantes infirmières <u>Intervention</u> : Expérience de pratique réflexive : Session de <i>debriefing</i> à la fin de chaque journée de stage Tenue d'un journal au cours des expériences de pratique clinique	Résultats en lien avec les sessions de <i>debriefing</i> : description de l'émotion, partage des expériences, résolution de problèmes et identification des motifs pour l'action.

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	d'étudiantes	Schön (1983, 1987), Powell (1989), ...		<u>Collecte de données</u> : Entrevues individuelles – 3 entrevues par étudiantes, sur une période de 6 mois <u>Analyse des données</u> : Méthode de Glaser et Strauss (1967)	En lien avec la tenue d'un journal : changement de focus de l'apprenant (davantage centré vers le client et ses problèmes).
Duke et Appleton (2000) Grande-Bretagne	Étude quantitative Déterminer les éléments du processus de réflexion qui sont plus difficiles à développer (H ₁) Évaluer si les habiletés réflexives se développent dans le temps (H ₂).	Revue des écrits entre 1985 et 1999 sur la réflexion, la pratique réflexive et le processus de réflexion	Développement, par les auteurs, d'une grille d'évaluation des habiletés réflexives suite à une revue exhaustive des écrits	62 infirmières étudiantes d'un module de soins palliatifs <u>Collecte de données</u> : 160 écrits réflexifs pour H ₁ 51 et 26 écrits réflexifs pairés pour H ₂ <u>Analyse des données</u> : Selon la grille d'évaluation des habiletés réflexives développée par les auteurs Chi-carré pour H ₁ Wilcoxon et ANOVA pour H ₂	Différence significative : certains éléments du processus de réflexion sont plus élevés que d'autres : description de la pratique, identification d'un focus, clarté d'expression, références à des sources et l'auto-évaluation > que analyse des connaissances, influence du contexte sur les soins et planification de l'action. Augmentation des habiletés réflexives dans le temps pour : description, analyse des émotions, connaissances et contexte de soin, synthèse, implication pour la pratique et références aux sources de connaissances.
Durgahee (1997) Grande-Bretagne	Recherche qualitative (approche <i>illuminative</i>)	Basée sur les écrits de Schön (1983) et Boud et al. (1985b)	Non précisé	110 infirmières étudiantes <u>Intervention</u> : <i>Story telling</i> : Tenue d'un journal personnel relatant des incidents observés ou vécus par l'étudiante, ses	<i>Story telling</i> utile pour réfléchir sur l'expérience, débattre décisions infirmières, prendre conscience de soi, se dévoiler, s'entendre pour

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	Révéler les apprentissages effectués par un raisonnement éthique et moral au moyen du <i>story telling</i>			réactions, pensées et émotions. Invitée à partager ses notes lors de séances réflexives sur le journal. <u>Collecte de données</u> : Sur une période de 5 ans observation des participantes lors de 60 sessions réflexives et groupes de discussion <u>Analyse des données</u> : Tout au long du processus. Codification et catégorisation d'après Glaser et Strauss (1967)	prendre confiance, apprentissage éthique par l'expérience clinique, révéler les attitudes, préjugés, stéréotype.
Fakude et Bruce (2003) Afrique du Sud	Étude quasi-expérimentale Évaluer l'efficacité d'un apprentissage réflexif auprès d'étudiantes infirmières de première année.	Basée sur les écrits de Schön, (1983) Atkins, et Murphy (1993) Palmer et al. (1994) Offre définitions terminologiques : expérience clinique, journal, réflexion, apprentissage réflexif.	Cycle réflexif de Gibbs tiré de Palmer et al. - description de la situation, - exploration des émotions, - évaluation, - analyse, - exploration d'alternatives - réponse dans de futures situations	Groupe expérimental : n= 20 Groupe de comparaison : n=23 <u>Intervention</u> : GE : Rédaction d'un journal relatant une expérience clinique, hebdomadaire, sur une période de 8 semaines et analyse selon cycle réflexif. Soutien d'une pers. ress. pour aider étudiants dans la rédaction <u>Collecte de données</u> : Exercice clinique papier à analyser de façon réflexive par les 2 gr. <u>Analyse des données</u> : D'après les 6 items du cycle réflexif, % de bonnes réponses pour q item, comparaison entre ces résultats et l'exercice clinique papier pour GE, comparaison entre GC et GE pour	Résultat plus faible à l'item réponse dans de futures situations que les autres items. Pas de différences significatives intra-GE pour journal et exercice. GE meilleur que GC pour réponse dans de futures situations (p=0,047) Pas de différence significative entre les groupes pour les autres items.

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
Heidari et Galvin (2003) Grande- Bretagne	Étude qualitative Explorer les perceptions des étudiants concernant les <i>action learning groups</i>	Revue des écrits de Schön (1987); Boud et al. (1985b); Platzer et al. (2000a), ...	Non précisé	l'exercice clinique papier. Utilisation du Test Fisher avec seuil à 0,05. 32 étudiantes infirmières de 2 ^e année <u>Intervention</u> : <i>Action learning groups</i> : Rencontre de groupe une fois aux deux semaines pour une durée de deux heures. Objectifs prédéterminés par le groupe. Partage d'expériences issues de la pratique. Écrits pour aider réflexion. <u>Collecte de données</u> : Groupes focalisés (5) 1h à 1h30 enregistrés. Retranscription. <u>Analyse des données</u> : Analyse thématique selon Holloway (1997)	4 thèmes : Buts des ALG perçus comme positifs Soutien au sein des ALG Application pratique et difficultés perçues Aires d'amélioration (intensité, lien théorie et pratique, durée, conférencier).
Honey, Waterworth, Baker, Lenzie-Smith (2006) Nouvelle- Zélande	Étude qualitative évaluative Évaluer l'utilisation d'un écrit réflexif formel dans un contexte d'apprentissage sur l'invalidité/ incapacité	Basée sur les écrits de Boyd et Fales (1983)	Cadre de référence de Tripp (1993) pour l'analyse d'incidents critiques	12 étudiantes infirmières de 2 ^e année <u>Intervention</u> : Écrit réflexif de 1000 mots notés avec critères d'évaluation : description d'une expérience d'apprentissage professionnel, réflexion sur l'expérience en lien avec contexte invalidité/incapacité, lien entre la théorie et la pratique; réflexion sur l'intégration de cette expérience invalidité et pratique infirmière. <u>Collecte de données</u> : 12 écrits réflexifs	Thème central et quatre sous- thèmes : <i>Coping</i> dans la pratique clinique - peur et anxiété - se sentir seule - se sentir non préparée - stratégies de <i>coping</i> A démontré capacité de réflexion mais pas nécessairement sur le contexte d'apprentissage d'invalidité/incapacité. Manque de guidance.

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
				<u>Analyse des données :</u> Approche inductive, analyse ligne par ligne, codification selon l'émergence de patrons et de thèmes par deux personnes, révision par une troisième personne.	
Jasper (1999) Grande- Bretagne	Théorie ancrée Explorer comment les infirmières utilisent et développent des techniques d'écriture réflexive pour soutenir leur développement professionnel.	Non définie	Aucun en respect avec la théorie ancrée	12 infirmières étudiantes inscrites à un cours d'un an (temps partiel) sur la compréhension et l'appréciation de la recherche. <u>Intervention :</u> Produire un portfolio démontrant le développement d'habiletés d'écriture réflexive. <u>Collecte de données :</u> Deux groupes de discussions enregistrés : question initiale sur la réflexion et expérience d'utilisation du portfolio <u>Analyse des données :</u> Strauss et Corbin (1990)	Quatre catégories : - Habiletés réflexives : développement d'habiletés et d'écriture réflexives - Développement d'une pensée analytique et critique - Développement de soi à travers l'écriture réflexive - Écriture comme apprentissage.
Jensen et Joy (2005) États-Unis	Étude descriptive Examiner l'auto-réflexion d'étudiantes infirmières bachelières (étendue et niveau de réflexion) à partir de journaux	Basée sur Mezirow (1981)	Mezirow (1981)	20 étudiantes infirmières d'un cours sur l'évaluation de la santé. Information données sur les 7 niveaux de réflexion de Mezirow avant et pratique écrite avec exemple pour chacun des niveaux de réflexion. <u>Collecte de données :</u> 60 journaux réflexifs de 1 à 2 pages traitant d'une situation ayant mené à	Corrélation interjuges (Pearson) - pour le nombre d'items 0,74 - pour le score total 0,63 significatif 0,01 Décroissance dans le nombre d'entrées de réflexion (217, 182, 174) mais également dans les niveaux de réflexion élevés i.e. niveaux 5 à 7 (80%,

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	réflexifs.			un changement de pensée ou un sentiment d'inconfort. Trois journaux/étudiante : un en début de cours, un à la mi-cours et un à la fin du cours (cours de 12 semaines) <u>Analyse des données</u> : Codification par deux chercheurs selon le cadre de Mezirow	60% et 50%). 18% = 7 ^e niveau de réflexion 41%. = niveau 3 (plus fréquent des niveaux).
Martin et Mitchell (2001) Grande-Bretagne	Étude qualitative Identifier les changements de pratique requis au moyen de l'incident critique.	Non définie	Non précisé	75 incidents critiques provenant de groupes d'infirmières étudiantes, 45 analysés. <u>Intervention</u> : Technique de l'analyse de l'incident critique écrit. Info donnée aux participantes sur ce qui est attendu. <u>Collecte de donnée</u> : Recueil des incidents critiques écrits sur une période d'une année, 45/75 présentaient réflexion. <u>Analyse des données</u> : Technique Cormack : système de classification par similarités au fur et à mesure de l'analyse. Création de zone puis de sous catégories. À deux personnes.	Zone A : Conflit Sous catégorie : entre les infirmières, entre infirmières et médecin, entre infirmières et les autres Zone B : Complaisance Sous-catégorie : à l'égard de sa propre pratique, à l'égard de la pratique des autres, à l'égard de la culture de soins Zone C : Changement Sous-catégorie : Relié à sa propre pratique Relié à la pratique des autres Relié à la culture de soins
Perry (1997) Grande-Bretagne	Étude qualitative Déterminer les thèmes émergents d'une analyse	Revue des écrits sur la pratique réflexive et la technique d'incident	Non précisé	41 infirmières étudiantes d'un cours <i>English National Board (ENB)</i> . Concept de réflexion et technique d'incident critique vus dans le cours. <u>Collecte de données</u> : Incidents critiques	Trois types d'incidents critiques rapportés par les inf. étudiantes : - situations « de vie ou de mort » - pratique sous-optimale

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	d'incidents critiques	critique		<u>Analyse des données</u> : Émergence de thèmes communs à travers les incidents critiques réalisée par un tuteur. Consensus auprès de l'ensemble des tuteurs du cours suite à la première analyse.	- divergences d'opinions Éléments importants émergeants des incidents critiques : - différences d'opinion - charge de travail - dilemme éthique - travail d'équipe bon/mauvais Auto-appréciation des inf. p/r aux incidents critiques : - positif : confiance en soi, bonnes habiletés de négociation, bonne communication, leadership; soutien - négatif : manque de confiance, jugement, reconnaissance de ses limites personnelles, pratique défensive, insécurité personnelle
Platzer, Blake et Ashford (2000b)	Étude qualitative Connaître le processus et les retombées d'un apprentissage de groupes via une pratique réflexive	Revue des écrits sur les groupes et la discussion pour promouvoir l'apprentissage réflexif.	Non précisé	30 infirmières étudiantes d'un diplôme professionnel à temps partiel réparties en 2 cohortes. <u>Intervention</u> : Groupe de pratique réflexive : 15 rencontres sur une période d'une année académique, 6 à 10 participants, 1 ou 2 facilitateurs. Fondé sur les principes andragogiques, approche centrée sur	Processus favorisant le changement : soutien affectif, réassurance, feedback des pairs, encouragement, critique constructive, perspectives contradictaires, points de vue différent, retour sur l'expérience à partir de situation vécue par d'autres

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
				<p>l'étudiant, style non directif, non structuré et non interprétatif. <u>Collecte de données</u> : Entrevues en profondeur semi-structurées sur l'expérience de groupe de pratique réflexive, enregistrement audio. Groupes de pratique réflexive enregistrés pour des données additionnelles. <u>Analyse des données</u> : Transcription des entrevues et groupes de pratique réflexive et analyse avec QSR NUD-IST pour dégager code et catégories.</p>	<p>Résultats en terme de changement de comportement et d'attitudes : ouverture d'esprit, pensée critique, augmentation de la confiance en soi et de l'assurance pour utiliser davantage leur connaissance académique dans la pratique et mettre au défi la pratique des autres, augmentation habileté à comprendre différents points de vue, plus empathique face aux autres, décision autonome.</p>
Wong, Kember, Chung et Yan (1995) Hong Kong	Étude évaluative Évaluer le niveau de réflexion des étudiants au moyen de journaux réflexifs.	Basée sur les écrits de : Boud et al. (1985b), Mezirow (1981, 1990; 1991), Schön (1987), Reid (1993), Jarvis (1992)	Boud et al. (1985b), Mezirow (1991)	<p>45 infirmières étudiantes <u>Intervention</u> : Journal réflexif : Rédigé à la suite d'un cours, session de préparation de 2 heures sur la réflexion et comment faciliter l'apprentissage par l'expérience. <u>Collecte de données</u> : Écrits réflexifs des étudiantes Entrevues en profondeur avec des <i>non-reflector</i> et des <i>critical reflector</i>. <u>Analyse des données</u> : Analyse de contenu pour l'écrit réflexif basé sur processus de réflexion de Boud et al.</p>	<p>1^{ère} codification : selon 6 catégories cadre de Boud et al. : attention aux émotions, association, intégration, validation, appropriation, résultat de la réflexion. Test de fiabilité interjuges score de concordance entre 0,5 et 0,75. 2^e codification selon niveaux de réflexion de Mezirow : <i>non-reflector</i>, <i>reflector</i>, <i>critical reflector</i>. Score de concordance interjuges de 0,88.</p>

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
					Trois catégories : <i>non-reflector</i> (13,3%), <i>reflector</i> (75,6%), <i>critical reflector</i> (11,1%).
Wong, Loke, Wong, Tse, Kan et Kember (1997)	Recherche-action Explorer des stratégies	Basée sur les écrits de : Atkins (1993), Boud et al. (1985b),	Mezirow (1991) : 3 niveaux de réflexion	73 infirmières étudiantes <u>Intervention</u> : 2 semestres : 4 journaux réflexifs sur un thème choisi parmi 8; 4 séances de groupe (9-10 étud. sous forme d'échange); 1 écrit réflexif. Spirale de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988) (3 cycles) <u>Collecte de données</u> : Observation Entrevues avec 15 étudiantes Journaux et écrits réflexifs Réflexion des professeurs <u>Analyse des données</u> : Au fur et à mesure des cycles, méthode non explicite.	Réflexion variable selon les étudiantes. Classification selon Mezirow : <i>non-reflector</i> (7/10 des étudiantes), <i>reflector</i> (1/7), <i>critical reflector</i> (3/10)
Hong Kong	d'enseignement et d'apprentissage qui pourraient maximiser l'appr. réflexif chez des infirmières étudiantes	Schön (1987), Mezirow (1990; 1991) et Jarvis (1992).			

Appendice B

Synthèse des recherches sur la pratique réflexive effectuées dans les milieux cliniques auprès d'infirmières diplômées

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
Cirocco (2007) Canada	Étude pilote – étude descriptive transversale Déterminer l'engagement des infirmières au regard d'une pratique réflexive et l'amélioration de leur pensée critique (<i>critical thinking</i>)	Witmer (1997)	Benner (1984; Watson, 1999)	34 infirmières travaillant en gastroentérologie dans un CHU <u>Collecte de données</u> : Questionnaire élaboré par la chercheure (validation de la compréhension du contenu effectuée) <u>Analyse des données</u> : Statistiques descriptives	Toutes les inf. ont mentionné faire usage de pratique réflexive mais à différentes fréquences : 56% des infirmières en font usage une fois/an. 71% des infirmières utilisent instrument d'autoévaluation permettant de documenter leur pratique réflexive (élaboré par l'Ordre des infirmières et infirmières de l'Ontario). Difficile de déterminer si les inf. engagées dans une pratique réflexive ont augmenté leur pensée critique à partir des données de ce questionnaire.
Flanagan (2009) États-Unis	Étude phénoménologique Capturer le processus réflexif de l'infirmière en lien avec l'expérience d'intégration d'un nouveau modèle de soins. Comprendre l'expérience du patient et de l'infirmière suite à l'implantation d'un	Johns (2005)	Newman (2000) Watson (1999)	4 infirmières 31 patients <u>Intervention</u> : Développement et implantation, sur une période de 2 ans, d'un nouveau modèle de pratique de soins en pré-chirurgie <u>Collecte de données</u> : Auto-enregistrement audio des pensées et réflexions de l'infirmière avec un guide d'entrevue comprenant 12 questions, et ce, à au moins 4 moments différents : avant la visite à la clinique de pré- chirurgie, après la visite initiale, avant ou après la visite de suivi, avant ou après la première visite post-op. pour chaque patient.	6 thèmes émergents: 1) Trouver l'équilibre; 2) Établir la confiance; 3) Prendre soin et lâcher prise sur le contrôle; 4) Faire le choix de changer et explorer la créativité comme expression du changement; 5) Reconnaître la souffrance et les attentes non comblées comme faisant partie du processus de guérison; 6) Pardon de soi et des autres comme partie prenante du processus de croissance spirituelle.

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	nouveau modèle de pratique de soins en pré-chirurgie.			<u>Analyse des données :</u> Analyse thématique selon Van Manen (1990)	
Forneris et Peden-McAlpine (2007) États-Unis	Étude de cas évaluative Évaluer l'implantation d'une intervention d'apprentissage réflexif contextualisée pour améliorer la pensée critique (<i>critical thinking</i>) d'infirmières novices	Fondée sur les écrits de Freire (1970), Schön (1983, 1987), Argyris (1982) Aryris et Schön (1974), Mezirow (1978, 1990, 2000) et autres auteurs. Proposition d'une définition de pensée critique	Modèle de pensée critique dans la pratique élaboré par les auteurs dans un article antérieur : Forneris et Peden-McApline (2006)	6 dyades inf. novices et inf. préceptrices en soins aigus <u>Intervention :</u> Intervention à 4 composantes réparties sur une période de 6 mois : 1) journal réflexif fondé sur un incident critique 2) entretiens individuelles entre inf. novices et chercheuses 3) mentorat inf. novices et inf. précepteurs 4) groupe de discussion pour inf. novices <u>Collecte de données :</u> Entrevues individuelles, groupes de discussion et journaux réflexifs. Enregistrements des entretiens et groupes de discussion. Transcription. Analyse des données selon Stake (1995).	Résultats scindés en trois périodes de 2 mois et intégrés au modèle de pensée réflexive dans la pratique. Période 1 : Compréhension de la pensée critique -> influence de l'anxiété et du pouvoir sur la pensée critique, rassembler les morceaux. Période 2 : Développer des habiletés de pensées critiques -> questionnement comme pensée critique, passage d'un processus de pensée linéaire à un processus de pensée contextuel Période 3 : Évaluer la pensée critique -> émergence du soi en tant que penseur critique.
Graham, Andrewes et Clark (2005) Grande-Bretagne	Étude phénoménologique herméneutique Découvrir la signification de l'expérience de la souffrance mutuelle dans la relation de soin	Non définie	Théorie de Parse (1981, 1987, 1992, 1996, 1998, 1999)	Infirmières (nombre non précisé) d'une unité de soins médicaux aigus d'un hôpital général possédant une expérience variant entre 7 mois et 7 ans. <u>Intervention :</u> Groupes réflexifs pour permettre aux inf. de réviser de façon critique leur pratique clinique et apporter des changements à leur pratique. Trois stades d'une durée de trois mois offerts aux inf. sur une période	Exploration des écrits sur la souffrance mutuelle dans différentes bases de données. Trois concepts centraux : Sentiment d'échec; Réponses traumatiques/frustrantes <i>Bewildering engagement</i>

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	auprès de patients mourants au moyen de la réflexion			de neuf mois. Premier stade : attention sur la pratique infirmières et son développement au moyen de 12 perspectives. Les deux autres stades : présenter des histoires de cas et se concentrer sur certains aspects du soin au patient mourant tels que l'hygiène, la nutrition ou le soulagement de la douleur. <u>Collecte de données</u> : Histoire narrative de l'une des inf. du groupe et signification pour l'ens. de l'équipe de soins. <u>Analyse des données</u> : Interprétation heuristique	
Gustafsson et Fagerberg (2004) Suède	Étude phénoménographi- que Décrire les expériences de réflexion d'infirmières lors de situations de soins et comprendre leur utilisation de la réflexion au quotidien (implications et conséquences)	Pratique réflexive : auto- apprentissage permettant de s'approprier les situations de façons différentes et d'obtenir une perspective nouvelle de celles-ci	Modèle de développement professionnel en soins inf. de Gustafsson Courte description du modèle et de ses composantes	4 inf. (2 chir., 2 psy.) 1-10 ans d'expérience <u>Collecte de données</u> : Entrevues semi-dirigées (45 à 60 minutes) enregistrées, comprenant une présentation du modèle utilisé et guide d'entrevue relatant un exemple de réflexion <u>Analyse des données</u> : Lecture à plusieurs reprises de la transcription en lien avec les questions de recherche	3 catégories avec sous thèmes : 1) comment les inf. réfléchissent sur les situations de soins -> remémorer, partage entre elles, avant et après l'action, utilisation d'expériences 2) contenu réflexion -> éthique, courage, créativité 3) conséquence de la réflexion sur les soins -> unicité personne soignée, empathie, développement professionnel

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
Hartrick (2000) Canada	Projet de recherche éducatif. Explorer le développement d'une pratique de soins favorisant la promotion de la santé des familles auprès d'une équipe interdisciplinaire	Non définie	Modèle de recherche éducatif élaboré par Smith (1993)	8 membres d'une éq. inter. (dont 4 inf.) 10 ans exp. sauf 1 prof. < 5 ans <u>Intervention</u> : Processus pédagogique sur une période de 12 mois, composé de 4 activités fondé sur la réflexion, servant également de méthode de <u>collecte de données</u> : 1) Entrevues individuelles pré et post processus éducatif 2) séances éducatives de groupes (2 séances d'intro et des séances mensuelles) 3) questionnaires à la fin de chaque session éducative 4) journal structuré hebdomadaire avec 5 questions <u>Analyse des données</u> : méthode non précisée	Résultats présentés sous 5 thèmes : 1) Ouverture sur la méconnaissance 2) Praxis de la pratique, de l'éducation et de la recherche 3) Apprentissage et formation à travers les relations 4) Prendre des risques 5) Devenir un praticien réflexif
Mantzoukas et Jasper (2004) Grande-Bretagne	Étude ethnographique interprétative. Explorer la perception d'infirmières sur la réflexion à l'unité de soins; examiner les relations entre la culture organisationnelle de ces unités et les	Non définie	Non précisé	16 inf., 4 unités de médecine <u>Collecte de données</u> : 1) observation des inf. prodiguant des soins à 2 patients -> prises de notes de terrain 2) entrevue enregistrée de 45 min. avec inf. après obs. pour explorer processus de décision et perception de la réflexion 3) réflexion écrite d'une situation de soins 4) entrevues 3 semaines après n° 2 et 3 pour suivi et changement de perspective, s'il y a lieu.	Un thème (pratique infirmière dans le contexte d'unité) et 4 catégories: 1) relation inf. – md -> culture médicale qui ne reconnaît pas la réflexion comme une source de connaissances potentielles comparativement aux connaissances scientifiques 2) relation inf. – gestionnaires -> non reconnaissance par les gestionnaires de la réflexion comme source de connaissances possibles, ne facilitent pas son utilisation, statut

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	praticiens; investiguer si une pratique réflexive était implantée.			<u>Analyse des données</u> : non précisée	autoritaire. 3) pratique infirmière -> utilisation de la réflexion dans et sur l'action, pratique réflexive individuelle 4) contribution de l'inf. au dénouement d'une situation clinique -> doit être fondée sur des connaissances scientifiques sinon discréditée
Page et Meerabeau (2000) Grande-Bretagne	Étude exploratoire descriptive Explorer et décrire une pratique réflexive pour l'identification des besoins d'apprentissage au regard de la réanimation cardio- respiratoire [RCR]	Fondée sur les écrits de Schön (1987), Boud et al., (1985b), Boud et Walker (1990), Kolb (1984)	Non précisé	7 inf., 7 étud. inf., 1 inf. chef unité cardio. <u>Intervention</u> : 5 séances réflexives sur 8 situations de RCR survenues sur une période de 6 mois. (intervention moins de 24 heures avant la séance sauf 1 séance après 5 jours épisode RCR) <u>Collecte de données</u> : Enregistrement des séances réflexives et transcription <u>Analyse des données</u> : Non précisée	Personnel satisfait d'avoir été écouté, forme de reconnaissance de leur expertise, reconnaissance du soutien nécess. p/r RCR Difficulté à compléter la réflexion en passant à l'action i.e. aux changements de pratique requis même s'ils ont été identifiés. Rôle du facilitateur pour obtenir la confiance des participants nécessaire, autorité différente entre statut de chercheur et inf. chef d'unité.
Paget (2001) Grande-Bretagne	Sondage rétrospectif multiméthodes en 3 phases Évaluer si les infirmières perçoivent des changements dans	Non définie.	Modèle à séquence prioritaire (Morgan, 1998)	Phase I : 11 inf. (dont 6 étud.) Phase II : 70 inf. (sur 200 envois) Phase III : 10 inf. de la phase II Les infirmières de l'échantillon ont été formées à la pratique réflexive lors de cours universitaires	I : attitude positive à l'égard de la pratique réflexive, débat sur la nature de la pratique réflexive, importance du rôle de facilitateur (peut être une variable confondante) II : 83 % trouve pratique réflexive utile ou très utile; 78 % ont effectué un changement particulier après pratique réflexive;

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	leur pratique clinique suite à l'utilisation d'une pratique réflexive			<u>Collecte de données :</u> I : 2 groupes de discussion enregistrés et transcription II : questionnaire postal (pré-testé auprès de 5 inf. et critiqué par 6 pers.) III : entrevue téléphonique avec prise de notes <u>Analyse des données :</u> I : analyse de contenu selon le cadre de Fielding (1993) II : codification et analyse statistique avec logiciel epi-info. III : idem I	III : pratique réflexive changent positivement pratique infirmière -> réponse comparable à la phase .II
Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meiers (2005) États-Unis	Étude phénoménologique Découvrir la nature contextuelle des expériences d'infirmières en soins critiques pédiatriques ayant participé à une intervention de pratique réflexive et révéler les changements (avant et après l'intervention) dans leur pratique auprès des familles	Pratique réflexive : Créer une situation d'appr. et assurer que le résultat de l'apprentissage soit une combinaison des expériences antérieures, du contexte et de la théorie qui ont guidé la pratique	Intervention de pratique réflexive fondée sur les écrits de Argyris (1982), Argyris et Schön (1974), Schön (1983, 1987).	8 inf. <u>Intervention :</u> Intervention de pratique réflexive comprenant 3 stratégies : 1) lecture et analyse d'un texte situation infirmière/famille dans les soins critiques pédiatriques 2) assister à un échange avec une famille animée par une inf. clin. spéc. 3) discussion réflexive sur #1 et #2 avec inf. clin. spéc. <u>Collecte de données :</u> Entrevue individuelle enregistrée et transcrite, 3-4 semaines post-intervention comprenant 2 questions <u>Analyse des données :</u> Codifier selon approche de Merleau-Ponty (1962)	3 thèmes interreliés : 1) inf. détectent et recadrent les opinions préconçues sur la famille 2) inf. reconnaissent la signification du stress vécu par les familles 3) inf. incluent davantage les familles dans les soins.

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
Spencer et Newell (1999) Grande-Bretagne	Étude pilote évaluative à mesures répétées Évaluer si matériel éducatif écrit peut améliorer la réflexion chez des infirmières	Boud et al. (1985b)	Inspiré de Wong et al. (1995), fondé sur Mezirow (1990; 1991) et Boud et al. (1985b).	19 infirmières <u>Intervention</u> : Matériel éducatif : lignes directrices adoptées par l'Ordre, définition réflexion et modèle de Boud et al., exemple de niveau de réflexion d'après l'étude de Wong et al. (1995), droit d'utiliser des références. <u>Collecte de données</u> : Deux écrits réflexifs (pré et post distribution du matériel éducatif) sur un incident survenu la semaine précédente. <u>Analyse des données</u> : Par trois pers. Codification parmi 3 niveaux : <i>non-reflector</i> , <i>reflector</i> , <i>critical reflector</i> . Test statistique (non paramétrique) : coefficient Kendall Tau, test Wilcoxon, coefficient Alpha de Cronbach	Amélioration de la réflexion via l'écrit réflexif chez l'ensemble des participantes (13) pouvant s'améliorer entre le pré et post test soit celles qui n'avaient pas un niveau de <i>critical reflector</i> au pré- test. Corrélation positive entre le niveau d'éducation et les habiletés de réflexion au pré-test. Amélioration significative pré et post test pour 13/19 participantes. Alpha de Cronbach 0,64 à 0,77
Taylor (2001) Australie	Recherche-action Faciliter le processus de pratique réflexive chez des infirmières dans le but de percevoir les problèmes, travailler sur ceux- ci au moyen d'un processus de	Non définie	Non précisé	12 infirmières d'un hôpital rural <u>Intervention</u> : Incluse dans le devis : 3 cycles de recherche-action, chaque cycle comprenant 4 phases : planification, action, observation et réflexion. Réalisée au cours de rencontres de groupe d'une durée d'une heure chaque semaine pendant 16 sem. où les inf. discutaient de problèmes cliniques issus de journaux et de discussion.	Résultats en fonction de chacun des cycles : 1 ^{er} cycle : développement d'une dynamique de groupe, familiarisation avec les buts de la recherche, la recherche-action et le processus réflexif 2 ^e cycle : processus réflexif permettant de révéler les difficultés liées aux relations infirmière- infirmière 3 ^e cycle : travailler ensemble sur la

Auteurs (Année de publication) Pays	Type d'étude But(s)	Définition réflexion ou pratique réflexive	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon Méthode	Résultats
	résolution de problème systématique et améliorer la qualité des soins dispensés en tenant compte des contraintes et possibilités identifiées.			<u>Collecte de données</u> : Journaux du chercheur et des infirmières <u>Analyse des données</u> : Non précisée	problématique et réfléchir sur un plan d'action.
Teekman (2000) Nouvelle- Zélande	Étude qualitative « <i>Sense-Making</i> » Explorer la pensée réflexive dans la pratique infirmière (comment, sur quoi)	Définition de pensée réflexive d'après les écrits de Jarvis (1992) et de Reid (1993).	<i>Sense-Making</i> Modèle développé par Dervin (1992)	10 inf. unités de médecine et de chirurgie de 3 centres hospitaliers Pas d'intervention. <u>Collecte de données</u> : 22 entrevues 1) situations 2) identification moments clés 3) questions en lien avec le modèle <u>Analyse de données</u> : Analyse faite en partie avec les participantes à l'étude lors de l'identification de « micro-moment » significatif.	Développement d'un modèle de pensée réflexive englobant : pensée réflexive pour l'action; pensée réflexive pour l'évaluation; pensée réflexive critique.

Appendice C
Principes andragogiques ayant guidé la structure de
l'intervention de pratique réflexive

Principes andragogiques ayant guidé la structure de l'intervention de pratique réflexive

L'adulte apprenant a besoin de **comprendre** pourquoi certaines connaissances sont nécessaires afin de les accepter et il a besoin d'avoir un **certain contrôle sur son expérience d'apprentissage** (Knowles, 1984). Il en est de même pour la pratique réflexive (Maddison, 2004). Ainsi, les bénéfices et les défis d'une pratique réflexive sont énoncés dès le début de chacun des ateliers ainsi que les résultats escomptés.

Comme adulte apprenant, les perceptions, les pensées et les présomptions font parties du schème de référence de l'apprenant et guident son interprétation des expériences qu'il vit (Mezirow, 1990), c'est-à-dire que les **expériences antérieures guident les nouveaux apprentissages**. Lors de cette intervention de pratique réflexive, un aller-retour entre les anciennes et les nouvelles perceptions, émotions, connaissances sera effectué. Les méthodes pédagogiques privilégiées lors de cette intervention favorisent les échanges entre la guide-facilitatrice (investigatrice) et les infirmières participantes (interactivité). Ces méthodes favorisent les liens entre ce que l'adulte apprend et ses expériences antérieures.

D'après Schön (1983), l'adulte professionnel **apprend par la réflexion-dans-l'action et par la réflexion-sur-l'action**. Les ateliers de pratique réflexive sont donc un laboratoire permettant d'expérimenter la réflexion-sur-l'action tout en encourageant une réflexion-dans-l'action entre les ateliers. Cette intervention de pratique réflexive favorise chez les infirmières apprenantes les nouveaux apprentissages par l'expérimentation.

Habiletés préconisées par la guide-facilitatrice permettant de favoriser l'émergence d'une pratique réflexive :

Selon différents auteurs (Driscoll & Teh, 2001; McCormack et al., 2007; van der Zijpp & Dewing, 2009), la guide-facilitatrice doit être capable de réflexion, c'est-à-dire d'une activité intentionnelle nécessitant l'habileté d'analyser ses actions et d'émettre un jugement sur leur efficacité. Elle doit donc :

- souligner la valeur et la contribution personnelle de chacune des participantes;
- être à l'écoute des participantes;
- soutenir les efforts de pensée critique (équilibre entre soutien et *challenge*);
- encourager l'apprentissage dans l'action;
- refléter les efforts et les actions initiées par l'infirmière apprenante;
- soutenir la motivation de l'apprenante;
- rétroagir sur les progrès faits;
- faciliter la création d'un réseau de soutien;
- favoriser un espace permettant aux idées de surgir;
- être un guide critique (en prenant le parti de représenter les perspectives non représentées, les opinions opposées, en jouant le rôle de médiateur et en fournissant de nouvelles sources d'information);
- agir comme modèle de rôle (clarté, consistance, communication, partage d'expériences).

Principes à la base des interactions dans les ateliers de pratique réflexive :

- Établir des règles claires pouvant être renégociées si nécessaire par le groupe;
- Créer une atmosphère de soutien et non de compétition;
- Établir un équilibre entre le soutien et le défi;
- Éviter de donner des conseils; éviter la terminologie didactique afin que les participantes arrivent à leur propre solution;
- Écouter attentivement;

- Être attentive aux participantes ainsi qu'à comment elles se sentent lorsqu'elles décrivent un événement;
- Être attentive au « ici et maintenant »;
- Permettre les silences pour que les participantes puissent penser et réfléchir;
- Éviter de poser des questions débutant par « pourquoi? » qui nécessitent une justification;
- Éviter les questions fermées et privilégier les questions ouvertes ou demander des clarifications;
- Développer des habiletés à questionner afin que les membres du groupe explorent et réfléchissent sur leur pratique à un niveau plus profond.

Structure de base de l'intervention de pratique réflexive :

- réflexion individuelle des infirmières à partir de questionnements thématiques;
- échanges et discussions (en équipe de deux ou en groupe) sur la réflexion individuelle effectuée;
- synthèse des échanges et discussions;
- mise en relation des questions avec les cadres sous-jacents utilisés et présentation sommaire de notions théoriques complémentaires aux échanges et aux discussions;
- activités de réflexion et de consolidation des apprentissages à domicile et en milieu de travail

Appendice D
Questionnaire de données sociodémographiques

Données sociodémographiques

Ce questionnaire vise à connaître certaines caractéristiques des infirmières qui participent à ce projet de recherche.

Svp, complétez ce questionnaire en répondant dans les espaces prévus à cet effet. Merci !

1. Date d'aujourd'hui : |_2_|_0_|_|_| |_|_| |_|_|
 ANNÉE MOIS JOUR

2. Quelle est votre date de naissance? |_|_|_|_| |_|_| |_|_|
 ANNÉE MOIS JOUR

3. Sexe : Femme
 Homme

4. Quelle est votre formation **initiale** en soins infirmiers ?

- Diplôme de formation à l'hôpital
- Diplôme d'études collégiales (DEC)
- Baccalauréat

5. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme en soins infirmiers?

|_|_|_|_|
ANNÉE

6. Quel est le **plus haut niveau de scolarité en soins infirmiers** que vous ayez complété ?

- Diplôme de formation à l'hôpital
- Diplôme d'études collégiales (DEC)
- Baccalauréat
- Certificat(s) universitaire(s) (1^{er} cycle)
- Maîtrise

7. En quelle année avez-vous obtenu ce diplôme ?

|_|_|_|_|
ANNÉE

8. Si vous avez poursuivi des études dans un autre domaine, spécifiez :

(domaine, diplôme, année)

Code du participant : _____
Groupe : GE GC
Unité de soins : _____
Site : X Y Z

9. Combien de mois ou d'année(s) d'expérience détenez-vous dans un établissement du réseau de la Santé et des Services sociaux ?

ANNÉE MOIS

10. Depuis combien de mois ou d'année(s) travaillez-vous au sein du (site) ?

ANNÉE MOIS

11. Depuis combien de mois ou d'année(s) travaillez-vous au sein du (site) en tant qu'**infirmière** ?

ANNÉE MOIS

12. Combien de mois ou d'année(s) d'expérience détenez-vous au sein de l'unité (X) en tant qu'infirmière?

ANNÉE MOIS

13. Quelle est votre fonction principale au sein de l'unité (X)?

- Infirmière
 Infirmière clinicienne
 Assistante infirmière chef

14. Quel est votre statut d'emploi pour cette fonction ?

- Temps complet permanent (TCP)
 Temps partiel permanent (TPP)
 Temps partiel occasionnel (TPO)
 Autre (précisez) : _____

15. Quel est votre horaire de travail pour cette fonction ?

- jour
 soir
 nuit
 rotation

16. En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous à cette fonction ?

Nombre d'heures : _____

Merci de votre participation !

Appendice E
Journal de bord de l'investigatrice

**Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de
pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès
de personnes âgées hospitalisées**

⇒ Journal complété pour chaque groupe d'infirmières participant à un atelier

JOURNAL DE BORD

Date : ____/____/____ Quart de travail des infirmières : jour soir nuit

Ateliers # : ____

Titre de l'atelier :

Thèmes de l'atelier :

**A- RÉFLEXIONS PERSONNELLES ET IMPRESSIONS SUR LE DÉROULEMENT DE
L'ATELIER (ex. : crainte, bons coups, relations, échanges)**

B – GROUPE D'INFIRMIÈRES

Notez les réactions du groupe quant au contenu et au déroulement de l'atelier :

- les réactions positives
- les réactions négatives (malaises, propos négatifs face à l'atelier, etc.)
- l'expression de la compréhension des thèmes abordés lors de l'atelier
- l'expression de désaccords

C – LE CONTENU ABORDÉ

Cochez, parmi les contenus prévus, ceux qui ont été abordés au cours l'atelier	
<p>Atelier 1 : La pratique réflexive ou comment tirer profit de ses expériences professionnelles! (Ma réflexion sur... la pratique réflexive, ses habiletés préalables et son application aux soins à la personne âgée) Introduction au projet Premier thème : Réflexion et pratique réflexive Deuxième thème : Habiletés réflexives et processus de réflexion Troisième thème : Mes perceptions et connaissances à l'égard des aînés</p>	/
<p>Atelier 2 : Vieillesse : mythe ou réalité? (Ma réflexion sur mes perceptions et connaissances générales à l'égard des aînés et les soins prodigués lors de leurs hospitalisations) Retour sur les thèmes de l'atelier n°1 Premier thème : Retour sur mes perceptions et connaissances à l'égard des aînés Deuxième thème : Problématiques rencontrées en cours d'hospitalisation Troisième thème : Types de savoir professionnel</p>	/
<p>Atelier 3 : Une pilule, une petite granule... la complexité de la médication! (Ma réflexion sur... la médication des personnes âgées hospitalisées) Retour sur les thèmes de l'atelier n°2 Premier thème : Un modèle pour systématiser ma réflexion Deuxième thème : Identifier des problématiques en lien avec la médication Troisième thème : Proposer des pistes de solution pour remédier aux problématiques identifiées Quatrième thème : Le savoir empirique comme l'un des savoirs pour guider mes choix d'intervention</p>	/
<p>Atelier 4 : La cascade de la médication : puis-je y mettre un frein? (La médication des personnes âgées hospitalisées : de la réflexion à l'action) Retour sur les thèmes de l'atelier n° 3 Premier thème : Application de nouvelles interventions infirmières en lien avec l'usage de la médication chez l'aîné hospitalisé</p>	/
<p>Atelier 5 : « Bouger, c'est la santé! » (Ma réflexion sur ... la mobilisation des personnes âgées hospitalisées) Retour sur les thèmes de l'atelier n° 4 Premier thème : Identifier des problématiques en lien avec la mobilisation Deuxième thème : Proposer des pistes de solution pour remédier aux problématiques identifiées</p>	/
<p>Atelier 6 : « Le secret de la longévité? Je me remue » dixit M. Gilles (La mobilisation des personnes âgées hospitalisées : de la réflexion à l'action) Retour sur les thèmes de l'atelier n° 5 Premier thème : Application de nouvelles interventions infirmière en lien avec la mobilisation de l'aîné hospitalisé</p>	/
<p>Atelier 7 : « Vieillir chez soi, le premier choix » (Ma réflexion sur... la planification du congé des personnes âgées hospitalisées) Retour sur les thèmes de l'atelier n° 6 Premier thème : Identifier des problématiques en lien avec la planification du congé Deuxième thème : Proposer des pistes de solution pour remédier aux problématiques identifiées</p>	/
<p>Atelier 8 : Un congé bien mérité... (La planification du congé des personnes âgées hospitalisées : de la réflexion à l'action) Retour sur les thèmes de l'atelier n° 7 Premier thème : Application de nouvelles interventions infirmières en lien avec la planification du congé de l'aîné hospitalisé Conclusion des ateliers</p>	/

Quels ont été les écarts au niveau du contenu?

Notez les écarts entre les thèmes planifiés et l'atelier effectué	Notez les raisons des écarts. (à quoi ces écarts sont-ils attribuables?)	Quelles actions ou décisions ont été prises par rapport à cette situation?

D – LES ACTIVITÉS RÉALISÉES :

Écarts entre la planification initiale des activités et les activités réalisées au cours de l'atelier.

<i>Quelles activités étaient prévues lors de cet atelier?</i>	<i>Les infirmières ont-elles fait l'activité?</i>	<i>SI NON</i> inscrire la raison (pas le temps, trop compliqué à faire, manque de motivation, etc.)	<i>Réaction générale des infirmières quant à l'activité</i>

E – LES EXERCICES RÉALISÉS :

Écarts entre la planification initiale des exercices à faire à domicile et les exercices réalisés.

<i>Quels exercices étaient prévus lors de cet atelier?</i>	<i>Les infirmières ont-elles fait l'exercice?</i>	<i>SI NON</i> inscrire la raison (pas le temps, trop compliqué à faire, manque de motivation, etc.)	<i>Réaction générale des infirmières quant à cet exercice</i>

F – LA STRUCTURE DE L’ATELIER

Quels ont été les écarts au niveau de la structure?

(La forme de l’atelier telle qu’elle a été prévue a-t-elle pu être respectée? L’atelier s’est-il déroulé comme prévu? Etc.)

Notez les écarts entre la structure planifiée et l’atelier effectué	Notez les raisons des écarts. (à quoi ces écarts sont-ils attribuables?)	Quelles actions ou décisions ont été prises par rapport à cette situation

G – AUTRES COMMENTAIRES OU OBSERVATIONS

H – LES EFFETS CONCRETS DE LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Témoignages d’infirmières qui mentionneraient un ou des effets concrets des ateliers sur leur pratique professionnelle. Commentaires rapportés lors de l’atelier.

Quelles habiletés les infirmières perçoivent-elles avoir développées?

Quels types de savoir les infirmières perçoivent-elles utilisés?

En quoi les infirmières perçoivent-elles la pratique réflexive comme un moyen d’améliorer leur pratique?

Quelles connaissances ou attitudes croient-elles avoir améliorées?

Quelles interventions infirmières mentionnent-elles avoir nouvellement expérimentées?

Contenu de l’atelier auquel se rapporte l’exemple :

Vu à l’atelier n° _____

Voici ce qu’elle a dit : « ____ »

(AJOUTER DES PAGES AU BESOIN)

Appendice F
Journal réflexif de l'infirmière

Journal réflexif de l'infirmière

Date : ____/____/____

Quart de travail : jour soir nuit

Nom : _____

Unité : _____

Situation de soin se rapportant à :

 la médication la mobilisation la planification du congé

Décrire brièvement une situation clinique vécue auprès d'une personne âgée hospitalisée :

Dimension esthétique

Décrire une situation vécue révèle la façon dont l'infirmière:

- 1) saisit et interprète la situation de soin
- 2) émet un jugement clinique sur ce qui doit être fait
- 3) répond par une action appropriée, réfléchit et juge de l'efficacité de l'action en lien avec les résultats

Vous pouvez vous inspirer des questions relatives aux dimensions du savoir infirmier d'après le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) (voir page suivante) :

Dimension empirique

Est-ce que j'ai agi en accord avec les meilleures pratiques ?
Préciser

--

Dimension éthique

Est-ce que j'ai agi pour le mieux ?
Préciser

--

Dimension personnelle

Quels facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) ont influencé ma perception et ma réponse à la situation ?

--

Appendice G

Questionnaire sur l'expérience de pratique réflexive des infirmières



Bonjour,

Depuis (...), vous avez participé à un projet de recherche intitulé « Étude évaluative d'un processus participatif de développement et d'implantation d'une pratique réflexive chez des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées ». Au cours de ce projet, huit (8) ateliers de pratique réflexive portant sur les soins aux aînés hospitalisés vous ont été offerts :

1. La pratique réflexive ou comment tirer profit de ses expériences professionnelles!
2. Vieillesse : mythe ou réalité?
3. Une pilule, une petite granule... la complexité de la médication!
4. La cascade de la médication : puis-je y mettre un frein?
5. « Bouger, c'est la santé! »
6. « Le secret de la longévité? Je me remue. » dixit M. Gilles
7. « Vieillir chez soi, le premier choix. »
8. Un congé bien mérité...

Lors de ces ateliers, vous avez :

- discuté, entre collègues infirmières, de trois thématiques spécifiques touchant les soins à la personne âgée hospitalisée soit la médication, la mobilisation et la planification du congé;
- été invitée à rédiger trois journaux réflexifs portant sur ces thématiques et basés sur un modèle de réflexion structurée;
- été amenée à trouver et à lire des articles, des chapitres de livre, des lignes directrices au regard des soins liés à ces thématiques;
- tenté d'introduire de nouvelles interventions infirmières auprès de patients âgés hospitalisés et de partager les résultats obtenus auprès de ceux-ci avec vos collègues.

Le questionnaire ci-joint porte sur **vos expérience de pratique réflexive**. Il servira plus précisément à :

- connaître votre perception et votre opinion sur cette expérience de pratique réflexive abordant les soins dispensés aux personnes âgées hospitalisées;
- améliorer ce type de projet;
- évaluer les suites potentielles à donner à ce projet;
- saisir la retombée possible de la pratique réflexive dans le développement professionnel des infirmières.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce questionnaire. Ce sont vos opinions qui sont essentiels pour l'évaluation de ce projet de recherche. Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire d'ici (...) Une fois complété, svp, acheminer le questionnaire par courrier interne au moyen de l'enveloppe-réponse ci-jointe. Il est à préciser que les informations recueillies au moyen de ce

questionnaire seront anonymisées et **demeureront strictement confidentielles**.
Votre nom ne sera pas divulgué.

Lorsque le questionnaire rempli aura été reçu, vous serez rémunérée par votre employeur.

Vous remerciant à nouveau de votre collaboration à ce projet de recherche,

Véronique Dubé, inf.

Candidate au doctorat en sciences infirmières – Université de Montréal

Tél. : (...)

Courriel : (...)

Questionnaire sur l'expérience de pratique réflexive des infirmières

Svp, remplissez ce questionnaire en répondant dans les espaces prévus à cet effet. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il n'est pas nécessaire de compléter toutes les lignes. Utilisez seulement l'espace dont vous avez besoin. Cependant, si vous avez besoin de plus d'espace, des lignes supplémentaires sont disponibles à la page (...).

1. Comment décririez-vous **votre expérience de pratique réflexive** lors des huit (8) ateliers auxquels vous avez participé?

2. Qu'avez-vous le **plus** apprécié lors de cette expérience de pratique réflexive?

3. Qu'avez-vous le **moins** apprécié?

Code du participant : _____

4. De façon générale, **qu'avez-vous appris** lors de votre participation à ce projet?
(Les savoirs que vous avez développés)

5. Quelles **habiletés** croyez-vous avoir **développées**?

6. Pourriez-vous **décrire, dans vos propres mots**, ce qu'est pour vous une **pratique réflexive** et ce que cela **nécessite comme savoirs**?

7. Lors des ateliers n° 4 (médication), n° 5 (mobilisation) et n° 7 (planification du congé), vous avez été invitées à introduire une nouvelle intervention de soins auprès d'au moins un patient âgé hospitalisé. Svp, **présentez une intervention en lien avec chacun des thèmes abordés et nommez des changements ou améliorations observés auprès de ce patient.**

a) Médication

Intervention tentée :
Résultat(s) obtenu(s) chez le patient :

10. Que proposeriez-vous pour **l'amélioration des ateliers de pratique réflexive**?

11. Croyez-vous qu'il serait **pertinent d'utiliser la pratique réflexive avec d'autres clientèles? Lesquelles? Pourquoi?**

Commentaires ou suggestions :

Merci infiniment d'avoir répondu à ce questionnaire!

Appendice H

Guide d'entrevue pour les groupes de discussion focalisée (*focus groups*)

Guide d'entrevue pour les groupes de discussion focalisée (*focus groups*)

Ouverture (5 minutes)

Mot de bienvenue.

Je tiens à vous remercier d'être présentes à ce groupe de discussion après/avant votre quart de travail. Mon nom est (...), (profession, fonction, champs d'intérêt, lieu de travail). J'agirai en tant que modératrice pour ce groupe de discussion.

Je suis accompagnée de (...) (profession, fonction, champs d'intérêt, lieu de travail).

Afin que je puisse me concentrer entièrement sur nos échanges, (...) m'assistera dans l'enregistrement des discussions et la prise de notes au besoin. Elle agira en tant qu'observatrice et ne participera donc pas aux échanges. Je tiens à vous rappeler que ces échanges sont strictement confidentiels et seront anonymisés (il ne sera pas possible de vous identifier). Le seul moyen de saisir l'essence des échanges est au moyen d'un enregistrement, mais soyez assurées qu'aucun nom ne figurera dans le rapport. Vous êtes le (n^o) groupe de discussion que nous rencontrons cette semaine. Ces groupes de discussion permettent des échanges entre les participants autour de questions ciblées. Nous ne sommes pas ici pour vous convaincre, ni forcer un consensus ou prendre des décisions, mais simplement pour permettre l'expression d'opinions et de perceptions.

Rappel de l'objectif de la rencontre et fonctionnement.

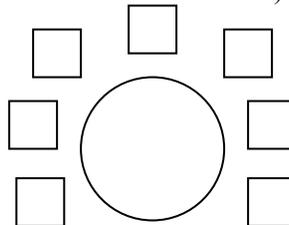
Plus particulièrement, l'objectif de la rencontre est de vous permettre d'émettre vos opinions et vos perceptions sur le projet de pratique réflexive auquel vous avez participé depuis novembre dernier. Cette pratique réflexive s'effectuait par le biais d'ateliers, d'exercices et de lectures à domicile sur des thèmes reliés aux soins aux personnes âgées hospitalisées. Pour systématiser notre discussion qui se déroulera au cours de 90 prochaines minutes, nous avons préparé six grandes questions avec des sous-questions. Il y aura également du temps pour vous permettre d'émettre vos commentaires et suggestions qui n'auraient pas été abordés dans le cadre de ce groupe de discussion. Je vous rappelle qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il y a différents points de vue et chacun de ces points de vue est aussi important qu'un autre. Nous sommes autant intéressées par vos commentaires négatifs que positifs et voulons entendre ce que vous pensez réellement. Vous n'avez pas besoin de lever la main pour parler. Cependant, il serait facilitant et respectueux qu'une seule personne parle à la fois. Il n'y a pas d'ordre pour prendre la parole et nous sommes intéressées par les points de vue de chacun et souhaitons que tous puissent s'exprimer.

Présentation des participantes.

Avant de débiter, j'aimerais simplement que vous me disiez votre prénom et que vous apposiez le carton vous identifiant.

Date : _____
Heure début : _____
Heure de fin : _____
Nombre d'infirmières : _____

Emplacement des participantes, de la modératrice et de l'observatrice
 (inscrire les initiales seulement)



Question n° 1**(15 minutes)****Thème : En général**

Parlez-nous de votre expérience d'ateliers de pratique réflexive sur les soins aux personnes âgées hospitalisées?

Pistes de discussion :

- Que reprenez-vous de cette expérience?
 - Qu'avez-vous appris?
 - À quoi cela vous a-t-il servi?
-

Question n° 2**(10 minutes)****Thème : Habiletés nécessaires à l'utilisation d'une pratique réflexive**

Au début des ateliers, vous avez parlé des habiletés nécessaires pour une pratique réflexive. Tout au long des ateliers, vous avez utilisé ces habiletés lors des discussions portant sur vos expériences cliniques liées aux soins à la personne âgée hospitalisée telles que la médication, la mobilisation et la planification du congé.

Parlez-nous des habiletés que vous pensez avoir développées/renforcées au cours de ce projet ?

Pistes de discussion :

Les habiletés réflexives abordées sont :

- La conscience de soi (sensibilité à soi et aux autres)
 - La description (écrite, verbale)
 - L'analyse critique (argument)
 - La synthèse (vision globale des éléments essentiels d'une situation)
 - L'évaluation (capacité d'émettre un jugement sur une situation et d'en tirer un apprentissage)
-

Question n° 3**(15 minutes)****Thème : Sources de connaissance du savoir infirmier**

Au cours de ce projet, vous avez eu à rédiger des journaux réflexifs. Basée sur des expériences issues de votre pratique clinique, vous deviez présenter une situation clinique portant sur les soins aux personnes âgées au regard de la médication, de la mobilisation et de la planification du congé. Vous aviez à analyser ces situations au

moyen de questions vous permettant de faire ressortir les dimensions empirique, esthétique, éthique et professionnelle du savoir infirmier.

Quels savoirs/connaissances croyez-vous avoir développés au cours de ce projet?

Pistes de discussion :

Le savoir infirmier est complexe et il y a une variété de sources de connaissances qui le constitue.

- empirique (ex. : livres de référence, articles de recherche, lignes directrices sur les meilleures pratiques de soins)
- éthique (ex. : réflexion et questionnement sur les valeurs humaines, apprentissage à travers les dilemmes éthiques, respect des droits et valeurs du patient)
- esthétique (ex. : perception, intuition de l'infirmière)
- personnelle (ex. : connaissance concrète de soi, de ses croyances, de ses valeurs et de leurs influences; prise en compte du contexte de l'infirmière)

Question n° 4

(15 minutes)

Thème : Effet des ateliers de pratique réflexive sur votre pratique professionnelle et sur les patients

Lors des ateliers de pratique réflexive, vous avez discuté de trois thèmes reliés aux soins à la personne âgée hospitalisée : la médication, la mobilisation et la planification du congé.

A) MÉDICATION :

A.1) En quoi les ateliers sur la pratique réflexive vous ont-ils permis de modifier votre pratique au regard de la **médication**?

A.2) Donnez des exemples d'interventions que vous avez intégrées à votre pratique?

A.3) Donnez des exemples d'effets ou de résultats chez le patient âgé?

Pistes de discussion :

Au cours de ce projet, vous avez, suite aux problématiques de soins identifiées et pistes de solution proposées, intégré à votre pratique une nouvelle intervention.

- Nommez des exemples d'interventions que vous avez tentées?
- Nommez ce que vous avez observé comme changements auprès de la clientèle âgée.

B) MOBILISATION

B.1) En quoi les ateliers de pratique réflexive vous ont-ils permis de modifier votre pratique au regard de la **mobilisation**?

B.2) Donnez des exemples d'interventions que vous avez intégrées à votre pratique?

B.3) Donnez des exemples d'effets ou de résultats chez le patient âgé?

Pistes de discussion :

Au cours de ce projet, vous avez, suite aux problématiques de soins identifiées et pistes de solution proposées, intégré à votre pratique une nouvelle intervention.

- Nommez des exemples d'interventions que vous avez tentées?
- Nommez ce que vous avez observé comme changements auprès de la clientèle âgée.

C) PLANIFICATION DU CONGÉ

C.1) En quoi les ateliers de pratique réflexive vous ont-ils permis de modifier votre pratique au regard de la **planification du congé**?

C.2) Donnez des exemples d'interventions que vous avez intégrées à votre pratique?

C.3) Donnez des exemples d'effets ou de résultats chez le patient âgé?

Pistes de discussion :

Au cours de ce projet, vous avez, suite aux problématiques de soins identifiées et pistes de solution proposées, intégré à votre pratique une nouvelle intervention.

- Nommez des exemples d'interventions que vous avez tentées?
 - Nommez ce que vous avez observé comme changements auprès de la clientèle âgée.
-

Question n° 5

(15 minutes)

Thème : Perception de la pratique réflexive

En quoi les ateliers de pratique réflexive peuvent-ils être un moyen d'améliorer la pratique infirmière?

Comment pensez-vous poursuivre l'utilisation d'une pratique réflexive?

Comment cette pratique pourrait-elle être transférable auprès d'autres clientèles?

Pistes de discussion :

- Différents moyens d'améliorer la pratique (ex. : formation dispensée à l'interne, à l'externe, colloques, groupe de lecture, etc.) -> comparez avec la pratique réflexive réalisée au moyen d'ateliers et d'exercices à domicile
 - Est-il plus facile ou plus difficile de modifier sa pratique clinique par la pratique réflexive au moyen d'ateliers vs autres méthodes d'apprentissage?
-

Question n° 6

(10 minutes)

Thème : Autres commentaires

Avez-vous d'autres commentaires à partager concernant ce projet?

Pistes de discussion :

- Ateliers (thèmes, durée, fréquence, heure, ...)
 - Journal réflexif (tenue, format, fréquence ...)
 - Lectures suggérées vs lectures trouvées par vous-même
-

Remerciements des participantes (5 minutes)

Complétion de la feuille de présence par les infirmières participantes

Présentation des résultats dès que l'analyse sera faite.

Appendice I

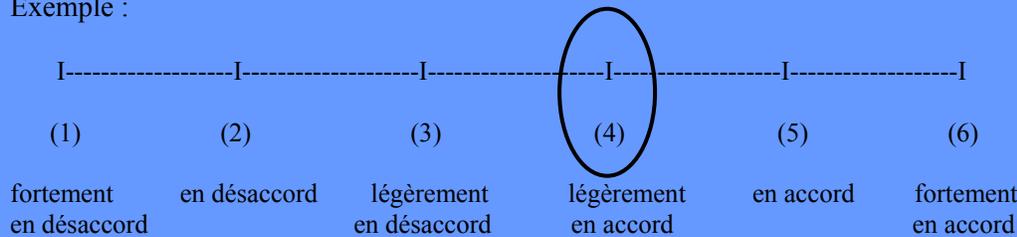
Traduction du *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale*

Perceptions à l'égard des personnes âgées

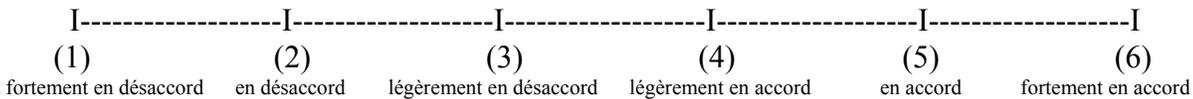
Ce questionnaire vise à connaître les perceptions que les infirmières ont à l'égard des personnes âgées de façon générale.

Svp, encerclez sur l'échelle qui suit chaque énoncé, le chiffre correspondant à votre niveau d'accord avec cet énoncé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse attendue! Il suffit de répondre spontanément. Merci !

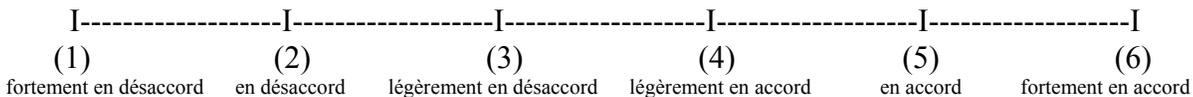
Exemple :



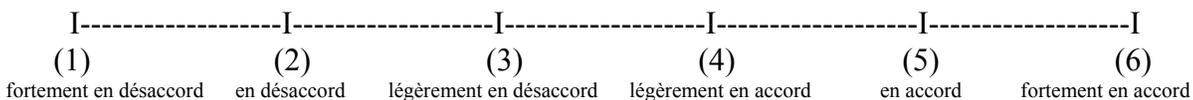
1. Il serait probablement mieux que la plupart des personnes âgées demeurent dans des quartiers résidentiels avec des personnes de leur âge.



2. Il serait probablement mieux que la plupart des personnes âgées demeurent dans des quartiers résidentiels où habitent également de jeunes adultes.



3. Il y a quelque chose de différent chez la plupart des personnes âgées : il est difficile de savoir ce qui les motive (ce qui les fait avancer)



4. La plupart des personnes âgées ne sont pas différentes des autres : elles sont aussi faciles à comprendre que les gens plus jeunes.



Code du participant : _____
Groupe : GE <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/>
Unité de soins : _____
Site : X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>

5. La plupart des personnes âgées sont confortables dans leurs façons de faire et sont incapables de changer.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

6. La plupart des personnes âgées sont capables de s'adapter lorsque la situation le requiert.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

7. La plupart des personnes âgées préféreraient quitter leur travail aussitôt que leurs pensions de retraite ou leurs enfants peuvent les soutenir.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

8. La plupart des personnes âgées préféreraient continuer à travailler aussi longtemps que possible plutôt que d'être dépendantes de quelqu'un.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

9. La plupart des personnes âgées ont tendance à laisser leurs maisons devenir défraîchies et peu invitantes.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

10. On peut compter sur la plupart des personnes âgées pour maintenir une maison propre et invitante.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

11. Il est insensé d'affirmer que la sagesse vient avec le grand âge.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

12. Les gens deviennent plus sages en vieillissant.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

13. Les personnes âgées ont trop de pouvoir dans les affaires et la politique.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

14. Les personnes âgées ont trop peu de pouvoir dans les affaires et la politique.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

15. La plupart des personnes âgées nous font sentir mal à l'aise.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

16. La plupart des personnes âgées sont d'agréable compagnie.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

17. La plupart des personnes âgées ennuient les autres par leur insistance à vouloir parler du « bon vieux temps ».

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

18. Une des qualités les plus intéressantes de la plupart des personnes âgées est la considération de leurs expériences passées.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

19. La plupart des personnes âgées prennent trop de temps à se mêler des affaires des autres et à donner leurs conseils.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

20. La plupart des personnes âgées respectent l'intimité des gens et ne donnent des conseils que lorsqu'on leur demande.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

21. Si les personnes âgées souhaitent être appréciées, leur premier pas consiste à essayer de se débarrasser de leurs défauts irritants.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

22. Lorsque nous y pensons, les personnes âgées ont les mêmes défauts que n'importe qui d'autre.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

23. Afin de maintenir un quartier résidentiel agréable, il serait préférable qu'il n'y ait pas trop de personnes âgées qui y habitent.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

24. Vous pouvez être assuré de trouver un quartier résidentiel agréable lorsqu'un nombre considérable de personnes âgées y habitent.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

25. Il y a quelques exceptions, mais de façon générale, la plupart des personnes âgées sont à peu près toutes semblables.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

26. Il est évident que la plupart des personnes âgées sont différentes les unes des autres.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

27. La plupart des personnes âgées devraient être plus soucieuses de leur apparence personnelle : elles sont trop négligées.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

28. La plupart des personnes âgées semblent avoir une apparence propre et soignée.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

29. La plupart des personnes âgées sont irritables, grincheuses et désagréables.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

30. La plupart des personnes âgées sont enjouées, agréables et ont un bon sens de l'humour.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

31. La plupart des personnes âgées se plaignent constamment à propos du comportement des plus jeunes générations.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

32. Nous entendons rarement les personnes âgées se plaindre du comportement des plus jeunes générations.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

33. La plupart des personnes âgées font des demandes excessives pour assouvir leurs besoins d'amour et de réconfort.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

34. La plupart des personnes âgées ne demandent pas plus d'amour et de réconfort que les autres.

I-----I-----I-----I-----I-----I
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)
 fortement en désaccord en désaccord légèrement en désaccord légèrement en accord en accord fortement en accord

Merci beaucoup!

Appendice J

Traduction du *Palmore's Facts on Aging Quiz*

Vrai ou faux concernant le vieillissement

Ce questionnaire présente des affirmations sur le vieillissement. Il s'agit de déterminer si l'affirmation est vraie ou fausse.

S.v.p., encerclez votre réponse : vrai (V) ou faux (F). Merci !

- | | | |
|---|---|--|
| V | F | 1. La majorité des personnes âgées (passé l'âge de 65 ans) sont séniles (c'est-à-dire ont des troubles de mémoire, sont désorientées ou démentes). |
| V | F | 2. Les cinq sens tendent à décliner avec la vieillesse. |
| V | F | 3. La plupart des personnes âgées n'ont aucun intérêt ou capacité pour des relations sexuelles. |
| V | F | 4. La capacité pulmonaire tend à décliner avec la vieillesse. |
| V | F | 5. La majorité des personnes âgées se sentent malheureuses la plupart du temps. |
| V | F | 6. La force physique tend à décliner avec la vieillesse. |
| V | F | 7. Au moins un dixième des personnes âgées demeure dans des établissements de soins de longue durée (c'est-à-dire des résidences pour personnes âgées, des hôpitaux psychiatriques, des centres d'hébergement, etc.) |
| V | F | 8. Le groupe des conducteurs âgés de 65 ans et plus a moins d'accidents par personne que celui des conducteurs âgés de moins de 65 ans. |
| V | F | 9. La plupart des travailleurs âgés ne peuvent pas travailler aussi efficacement que les travailleurs plus jeunes. |
| V | F | 10. Environ 80 % des personnes âgées sont suffisamment en santé pour poursuivre leurs activités normales. |
| V | F | 11. La plupart des personnes âgées sont confortables dans leurs habitudes et incapables de changer. |
| V | F | 12. Les personnes âgées prennent habituellement plus de temps pour apprendre quelque chose de nouveau. |
| V | F | 13. Il est presque impossible pour les personnes âgées d'apprendre de nouvelles choses. |

Code du participant : _____
 Groupe : GE GC
 Unité de soins : _____
 Site : X Y Z

- V F 14. Le temps de réaction de la plupart des personnes âgées tend à être plus lent que le temps de réaction de personnes plus jeunes.
- V F 15. En général, la plupart des personnes âgées se ressemblent.
- V F 16. La majorité des personnes âgées s'ennuie rarement.
- V F 17. La majorité des personnes âgées est socialement isolée et seule.
- V F 18. Les travailleurs âgés ont moins d'accidents que les travailleurs plus jeunes.
- V F 19. Plus de 20 % de la population canadienne est actuellement âgée de 65 ans et plus.
- V F 20. La plupart des intervenants du milieu de la santé accordent une faible priorité aux personnes âgées.
- V F 21. La majorité des personnes âgées vivent sous le seuil de la pauvreté.
- V F 22. La majorité des personnes âgées travaillent ou aimeraient avoir un quelconque travail (incluant l'entretien ménager et le bénévolat).
- V F 23. Les personnes âgées tendent à devenir plus religieuses en vieillissant.
- V F 24. La majorité des personnes âgées sont rarement irritées ou en colère.
- V F 25. Dans les années 2050, la santé et le statut socioéconomique des personnes âgées (comparativement aux plus jeunes) seront probablement les mêmes qu'actuellement.

Merci beaucoup!

Appendice K
Vignettes et système de codification

Grille de codification
Vignette Médication

Évaluations et interventions		Score
<p>Légende : En noir : Lignes directrices générales associées à la médication chez la personne âgée. En bleu : Éléments-clés de la vignette contextualisant les lignes directrices. En rouge : Exemple de répartition des points d'après la réponse d'une infirmière. (À titre indicatif seulement.) ❖ : Précision concernant la réponse attendue et/ou la distribution du pointage.</p>		
<p>A) Dresser l'historique médicamenteux détaillé à l'admission (type de médicaments, fréquence d'utilisation, dosage, début de la médication) (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Sinemet®</i> : clarifier fréquence, dosage, début traitement ○ <i>Tramacet®</i> : clarifier fréquence, dosage, début traitement <p>❖ Attention :</p> <p>Il n'est pas nécessaire de préciser chacune des informations pour obtenir le point, c.-à-d. type de médicaments, fréquence, dosage, début. L'infirmière qui mentionne qu'elle ferait l'évaluation initiale ou la collecte de données du patient obtiendrait 1 point. Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je dresserais la liste de tous les médicaments de Monsieur.</i></p>	<p>/1</p>	
<p>B) Vérifier la prise de vitamines, suppléments, produits naturels, alcool, drogues (type, fréquence d'utilisation, dosage, début de la prise) (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Glucosamine : avec ou sans sodium ○ Ginkgo biloba : dosage <p>❖ Attention :</p> <p>Il n'est pas nécessaire de préciser chacune des informations pour obtenir le point, c.-à-d. type, fréquence, dosage, début Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je vérifierais le dosage des deux produits naturels.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je validerais si patient ne prend pas d'autres produits.</i></p>	<p>/1</p>	

<p>C) Vérifier les effets bénéfiques recherchés et actuels de la médication (0,5 point) et autres produits (0,5 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Advil</i>® : soulagement de la douleur ○ <i>Benadryl</i>® : sommeil ○ <i>Sinemet</i>® : maladie Parkinson, stabilisateur des symptômes de la maladie ○ <i>Tramacet</i>® : questionner l'usage ○ Glucosamine : questionner l'usage ○ Ginkgo biloba : questionner l'usage <p>❖ Attention :</p> <p>Il n'est pas nécessaire de préciser les informations pour chacun des médicaments ou produits naturels; peut être précisé de façon générale (ex. : pour l'ensemble des médicaments ou pour l'ensemble des produits naturels) ou pour un seul médicament ou produit naturel.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je vérifierais pourquoi le patient prend ces médicaments (0,5 point) et ces produits naturels (glucosamine, ginkgo). (0,5 point) Qu'est-ce qu'il a noté comme effets?</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Le Benadryl est un antihistaminique, mais le pt le prend pour dormir (0,5 point).</i></p>	/1
<p>D) Évaluer si présence de médicaments à risque ou inappropriés pour la personne âgée considérant le diagnostic ou la condition (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Benadryl</i>® -> mauvais usage et médicament considéré à risque élevé pour la personne âgée ○ <i>Tramacet</i>® -> vigilance <p>❖ Attention :</p> <p>Les points sont distribués ainsi : 0,5 point pour <i>Benadryl</i>® et 0,5 point pour <i>Tramacet</i>®. L'infirmière qui mentionne qu'elle vérifierait ou ferait vérifier si les médicaments sont appropriés pour le patient obtiendrait 1 point.</p> <p>L'infirmière qui reconnaît la polypharmacologie comme étant un risque pour la personne âgée obtient 1 point.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Le Benadryl pour dormir n'est pas une bonne raison (médic. inapproprié = 0,5 point)</i></p>	/1

<p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Benadryl (0,5 point) n'est pas un Rx pour dormir et Tramacet (0,5 point) peut être considéré à risque chez pts âgés par ex. faiblesse</i></p>	
<p>E) Évaluer les possibilités d'interaction (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ médicament-médicament <i>Benadryl®, Sinemet®, Tramacet® -> risque accru de sécheresse de la bouche, vision trouble, constipation, rétention urinaire (=> infection urinaire) et délirium</i> <i>Advil® et Tramacet® -> deux anti-inflammatoire non stéroïdien</i> ○ médicament-produits naturels <i>Advil® et Ginkgo biloba -> Ginkgo peut interagir avec anti-inflammatoire en augmentant le risque de saignement</i> ○ produit naturel-pathologie <i>Glucosamine et hypertension -> sodium peut augmenter pression artérielle, risque d'interférence avec le diabète</i> <p>❖ Attention : Il n'est pas nécessaire de préciser chacune des interactions possibles. L'infirmière qui mentionne qu'elle vérifierait ou ferait vérifier les possibilités d'interaction obtiendrait 1 point. L'infirmière qui mentionne qu'il y a des interactions médicamenteuses obtiendrait 1 point. Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Il peut y avoir des interactions médicamenteuses entre tous ces médicaments et les produits naturels</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je vérifierais les interactions possibles entre les différents médicaments</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je crois qu'il peut y avoir des interactions entre les médicaments, mais aussi entre les médicaments et les produits naturels</i></p>	/1
<p>F) Monitorer la pression artérielle (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'infirmière doit prendre les signes vitaux, et plus particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> - monitorer la pression artérielle en lien avec la prise AINS et la Glucosamine, ainsi que la surveillance du Tramacet - monitorer la température en lien avec infections urinaires et 	/1

<p>hyperthermie, risque de délirium</p> <p>❖ Attention : L'infirmière obtient 1 point si elle fait un lien entre la prise des signes vitaux et la médication ou la condition du patient. Si elle ne mentionne que prendre les signes vitaux ou la pression artérielle ou la température, elle obtient 0,5 point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Je prendrais ces signes vitaux aux 4 heures.</i> (0,5 point)</p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je prendrais sa pression</i> (0,5 point). <i>Je vérifierais que son hypertension est contrôlée</i> (0,5 point).</p>	
<p>G) Estimer la clairance de la créatinine à l'aide de la formule Cockcroft-Gault (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'estimation de la clairance de la créatinine est liée à l'utilisation de l'Advil® <p>❖ Attention : Pas de possibilité de fractionner le point. Information clinique : créatinine urinaire : concentrations urinaires de la créatinine dont le résultat est le plus souvent donné en mg/L créatinine sérique: concentrations sériques de la créatinine dont le résultat est le plus souvent donné en umol/L et clairance de la créatinine: indicateur de la fonction rénale permettant de déterminer l'efficacité des reins à éliminer la créatinine du sang dont le résultat est le plus souvent donné en mL/s. Le résultat de la clairance de la créatinine peut être obtenu de deux façons: 1) au moyen de la formule Cockcroft-Gault si nous connaissons l'âge, le poids et la créatinine urinaire <u>ou</u> la créatinine sérique du patient 2) au moyen d'un prélèvement urinaire spécifiant que l'on veut la clairance de la créatinine L'infirmière doit préciser la clairance de la créatinine. La créatinine seule ne donne pas de point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je vérifierais la clairance de la créatinine avec le labo</i></p>	/1

<p>H) Évaluer la possibilité de délirium (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ il peut y avoir un risque de délirium lié à la rétention urinaire et à la médication <p>❖ Attention :</p> <p>1 point si précision du lien avec la médication ou la rétention urinaire. 0,5 point si seulement évaluer la possibilité de délirium.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Je ferais la CAM.</i> (évaluation délirium sans lien avec condition = 0,5 point)</p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Il est possible que sa confusion (0,5 point) soit causée par une interaction médicamenteuse et un processus infectieux.</i> (0,5 point)</p>	/1
<p>I) Évaluer les habiletés individuelles d'auto-administration de la médication (ex. : capacités fonctionnelles relatives à la prise de la médication (AVQ, AVD, MMSE)) (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur présente de l'ostéoarthrite et ses douleurs pourraient lui procurer des difficultés à ouvrir les contenants de sa médication (AVQ). Comme sa fille habite loin de Monsieur, il faudrait s'assurer des moyens utilisés par ce dernier pour se procurer sa médication (AVD). Présentement, Monsieur se dit un peu confus. Il faudrait réévaluer en cours d'hospitalisation sa compréhension de sa médication, sa capacité d'auto-administration, la sécurité des dosages et les risques d'interaction (MMSE). <p>❖ Attention :</p> <p>1 point si l'infirmière nomme au moins un moyen pour évaluer (AVQ, AVD ou MMSE). L'infirmière qui mentionne qu'elle ferait le SERA obtiendrait 1 point. 0,5 point si l'infirmière mentionne seulement vérifier la capacité du patient à prendre ses médicaments</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Je vérifierais la dextérité de monsieur à prendre ses médicaments au moyen d'une dosette avant son congé.</i> (capacité du patient à prendre ses médicaments = 0,5 point)</p>	/1

<p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je vérifierais si Monsieur est capable de prendre (0,5 point) sa médication. Comment cela se passe-t-il à la maison dans ses AVQ (0,5 point) avec ses médicaments.</i></p>	
<p>J) Évaluer la douleur (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur se dit peu soulagé avec l'utilisation d'<i>Advil</i>. Il s'est aussi présenté à l'hôpital avec une ordonnance de <i>Tramacet</i>. <p>❖ Attention : Pas de possibilité de fractionner le point. Il n'est pas nécessaire que l'infirmière mentionne qu'elle évaluerait la douleur au moyen d'un instrument reconnu (ex. PQRST)</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'évaluerais la douleur</i></p>	/1
<p>K) Soulager la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ traitement pharmacologique (0,5 point) ○ tenter intervention ou traitement non-pharmacologique (0,5 point) <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur se dit non soulagé par sa médication habituelle (<i>Advil</i>®, <i>Tramacet</i>®) et présente des problèmes de sommeil. <p>❖ Attention : Si l'infirmière indique qu'elle soulagerait la douleur, attribuer seulement 0,5 point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Je tenterais de soulager la douleur du patient (0,5 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Je ferais réajuster la médication contre la douleur (0,5 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'explorerais avec le patient d'autres moyens pour diminuer sa douleur (relaxation, massage, etc.) (0,5 point) et j'administrerais la médication prescrite (0,5 point)</i></p>	/1

<p>L) Discuter avec pharmacien, médecin et autres membres de l'équipe interdisciplinaire du profil pharmacologique du patient et des améliorations possibles du profil (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Advil</i>® : soulagement de la douleur non efficace avec 1600 mg/jour ○ <i>Benadryl</i>® : sommeil -> mauvais usage ○ <i>Sinemet</i>® : maladie Parkinson, stabilisateur des symptômes de la maladie, dosage inconnu ○ <i>Tramacet</i>® : questionner l'usage, dosage inconnu ○ Glucosamine : questionner l'usage, vérifier si avec ou sans sodium ○ Ginkgo biloba : questionner l'usage, dosage inconnu <p>❖ Attention :</p> <p>Un seul professionnel de l'équipe interdisciplinaire doit être mentionné pour avoir 0,5 point. Un ou quelques médicaments mentionné(s) = 0,5 point. Pour obtenir 1 point, l'infirmière doit préciser l'ensemble des médicaments ou le profil pharmacologique ou une amélioration possible dans la thérapie médicamenteuse du patient auprès d'un professionnel.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>J'appellerais le pharmacien concernant le dosage du Sinemet (un seul médicament avec prof. = 0,5 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je consulterais le pharmacien afin de valider les différentes interactions médicamenteuses. (un prof. et ens. interact. médic. = 1 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'appellerais le médecin en lui mentionnant la médication et les symptômes de confusion de Monsieur. (un prof. et ens. médic. = 1 point)</i></p>	/1
<p>M) Réviser / cesser les thérapies médicamenteuses inadéquates en collaboration avec équipe médicale et interdisciplinaire (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réviser usage concomitant <i>Advil</i> et <i>Tramacet</i> ○ Cesser utilisation <i>Benadryl</i> ○ Cesser produits naturels pouvant entraîner des risques avec thérapie pharmacologique actuelle ex. : AINS et Ginko biloba 	/1

<p>❖ Attention : Un seul des trois éléments du contexte de la vignette est nécessaire pour avoir un point. Un point est attribué si l’infirmière mentionne qu’elle veillerait à réviser ou à faire cesser certains médicaments. L’accent est mis sur la révision ou la cessation de thérapies médicamenteuses inadéquates et non sur la collaboration avec l’équipe interdisciplinaire (voir ligne directrice L). Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je proposerais de remplacer le Benadryl par une médication moins nocive pour Monsieur.</i></p>	
<p>N) Documenter les indications lors de l’introduction d’une nouvelle thérapie ainsi que le besoin de poursuivre le traitement (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En lien avec les décisions prises antérieurement concernant la médication actuelle du patient. <p>❖ Attention : L’accent est mis sur la documentation. Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Si on modifiait la médication de Monsieur, je documenterais au dossier (1 point) du patient, informerais Monsieur et réévaluerais régulièrement.</i></p>	/1
<p>O) Donner au patient et au proche-aidant l’opportunité d’exercer le contrôle sur leur choix en lien avec la thérapie médicamenteuse (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur croit que le <i>Benadryl</i>® est un médicament approprié pour l’aider à dormir, que le Ginkgo biloba le prémunira de la sénilité. Ne connaissons pas les motifs de l’utilisation de la Glucosamine par Monsieur et devrions valider (ex. : diminution des douleurs ostéoarticulaires). <p>❖ Attention : 0,5 point est attribué au patient et 0,5 point est attribué au proche-aidant.</p>	/1

<p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>J'explorerais les croyances et les connaissances de Monsieur (0,5 point) face à sa maladie, la médication et ses peurs afin de l'aider à trouver des solutions.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'essaierais de comprendre pourquoi Monsieur prend ces produits naturels (0,5 point), verrais aussi avec sa fille (0,5 point) ce qu'elle en pense, tout en leur permettant de faire des choix éclairés sur la suite des traitements médicamenteux et non médicamenteux.</i></p>	
<p>P) Dispenser un enseignement adapté au patient et au proche-aidant sur les bénéfices, les risques et les effets secondaires potentiels de la médication</p> <p>(1 point réparti comme suit : 0,2 point=patient, 0,2 point=proche-aidant, 0,2 point=bénéfices, 0,2 point=risque, 0,2 point= effets secondaires)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur a une thérapie médicamenteuse complexe nécessitant un enseignement adapté à ses connaissances et pratiques médicamenteuses. <p>❖ Attention : Attribuer 0,4 point si seulement indiqué, faire de l'enseignement.</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,6 point : <i>Je ferais de l'enseignement (0,2 point) au patient (0,2 point) et à sa fille (0,2 point) concernant la médication.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Voir avec Monsieur ses connaissances de chacun des médicaments et dispenser info selon connaissances. (patient = 0,2 point) Connait-il les effets escomptés, (bénéfices = 0,2 point) les risques (risque = 0,2 point) et les effets secondaires? (effets secondaires= 0,2 point) Impliquer sa fille au regard de la médication. (proche-aidante = 0,2 point)</i></p>	/1
<p>Q) Réévaluation de la médication prescrite en prévision du congé afin de prévenir les risques d'événements indésirables liés à la médication (0,5 point) Consultation auprès d'un pharmacien, un médecin, un expert en soins infirmiers gériatriques ou un programme informatique (0,5 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur avait une thérapie médicamenteuse complexe à l'admission qui demandait un ajustement. Vérifier la pertinence de la médication au congé, la durée des traitements prescrits et la réévaluation de celle-ci. 	/1

❖ Attention :

0,5 point pour la réévaluation de la médication au congé

0,5 point pour la consultation d'un membre de l'équipe (hospitalière ou communautaire) au regard de la médication

Exemple :

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **0,5 point :**

Je vérifierais les prescriptions de départ (0,5 point) pour m'assurer que le ménage a été fait dans la médication.

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point :**

Je m'assure que la prescription de départ de Monsieur reflète les décisions prises en cours d'hospitalisation (0,5 point), qu'il n'y a pas de contre-indication à la médication et validerais celle-ci auprès du pharmacien. (0,5 point)

Grille de codification
Vignette Mobilisation

<u>Légende :</u>	
<p>En noir : Lignes directrices générales associées à la mobilisation chez la personne âgée.</p> <p>En bleu : Éléments-clés de la vignette contextualisant les lignes directrices.</p> <p>En rouge : Exemple de répartition des points d'après la réponse d'une infirmière. (À titre indicatif seulement.)</p> <p>❖ : Précision concernant la réponse attendue et/ou la distribution du pointage.</p>	
Évaluations et interventions	Score
<p>A) Évaluer (0,5 point) et documenter les facteurs de risque de chute (0,5 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette, les facteurs de risque sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Âge > 75 ans ○ Historique de chute (chute antérieure) ○ Comorbidité spécifique : affect dépressif suite à l'annonce d'une investigation pour une néoplasie pulmonaire ○ Incapacité fonctionnelle liée à une prothèse totale de hanche récente ○ Déficit visuel : port de lunettes? ○ Consommation de médicament à risque : à évaluer ○ Incontinence urinaire : à évaluer <p>❖ Attention :</p> <p>0,5 point pour l'évaluation d'un ou des facteurs de risque 0,5 point pour la documentation du ou des facteurs de risque au dossier et/ou au plan de soins/plan thérapeutique infirmier (PTI).</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>J'évalue si le patient prend des médicaments pouvant causer des étourdissements (0,5 point) et qui pourrait le faire chuter</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Est-ce que Monsieur porte des lunettes? (0,5 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'évaluerais les facteurs de risque de chute de Monsieur par ex. histoire de chute antérieure, pathologie secondaire, problème de vision, si incontinence (0,5 point) et j'écrirais le tout au plan de soins (0,5 point).</i></p>	/1

<p>B) Évaluer régulièrement l'environnement de soin du patient concernant les facteurs extrinsèques de risque de chute et documenter. (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Surface ○ Éclairage ○ Ameublement et appareil (lit avec verrouillage fonctionnel des roues, table de chevet à bonne hauteur et accessible, espace pour circuler jusqu'à la salle de toilette dégagé, ridelles fonctionnelles...), ○ Barres d'appui fonctionnelles dans la salle de bain ○ Déambulateur disponible, bien ajusté et en bon état ○ Équipement de soin en bon état et à portée (cloche d'alarme, pôle I.V., ...) ○ Port de vêtements et chaussures adéquats : à évaluer <p>❖ Attention : 0,5 point pour l'évaluation de l'environnement. Un seul aspect évalué donne droit à 0,5 point. 0,5 point pour la documentation au dossier ou au plan de soin/plan thérapeutique infirmier (PTI).</p> <p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point : <i>Je m'assurerais que l'environnement du patient est libre d'obstacle (0,5 point) pour qu'il puisse circuler sans trébucher.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je vérifierais que l'environnement du patient est sécuritaire (0,5 point) et je noterais mes évaluations de l'environnement au dossier. (0,5 point)</i></p>	/1
<p>C) 1. Communiquer les résultats des évaluations aux membres de l'équipe intra/interdisciplinaire (0,5 point) et au patient/proche-aidant (0,5 point) ; 2. Planifier les soins avec ceux-ci en fonction des évaluations. (1 point).</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informer les membres de l'équipe intra/interdisciplinaire ainsi que le patient/proche-aidant des facteurs de risque identifiés. ○ Demander l'aide des membres de l'équipe intradisciplinaire (PAB, IA) pour favoriser la mobilisation du patient (tournée mobilisation, continence, etc.). ○ Demander le soutien de l'équipe interdisciplinaire pour optimiser la mobilisation (ex. : consultation en physiothérapie pour techniques de 	/2

<p>déplacement sécuritaire avec déambulateur)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Discuter de l'affect du patient avec les membres de l'équipe intra/interdisciplinaire ; offrir soutien psychologique suite à l'annonce d'une investigation pour une néoplasie pulmonaire. <p>❖ Attention :</p> <p>0,5 point pour un exemple de communication de résultats d'évaluation aux membres de l'équipe intra ou interdisciplinaire.</p> <p>0,5 point pour un exemple de communication de résultats d'évaluation au patient ou au proche-aidant</p> <p>1 point pour un exemple de planification de soins en fonction des évaluations</p> <p>Une infirmière qui demanderait une consultation ou un suivi en physiothérapie ou en psychologie ou en gériatrie obtiendrait 1,5 points (C1 et C2).</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 0,5 point: <i>Je discuterais avec le patient de mes observations et des facteurs de risque de chute (C1. = 0,5 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Instaurer avec le PAB et l'IA des horaires de mobilisation à la convenance du patient (C2. = 1 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'informerais le patient (C1. = 0,5 point) et la physio (C1. = 0,5 point) de ce que j'ai constaté quant au risque de chute chez ce pt.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1,5 points : <i>Je discuterais de l'affect dépressif du patient avec la psychologue (C1. = 0,5 point) afin que d'offrir un soutien psycho régulier suite à l'annonce d'une investigation pour néo et encourager la mobilisation (C2. = 1 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1,5 points : <i>Suite à mes évaluations, je demanderais un suivi en physiothérapie (C1=0,5 point et C2. = 1 point)</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 2 points : <i>Je partagerais mes observations avec le pt et sa femme. (C1. = 0,5 point) et je demanderais un suivi en physiothérapie (C1=0,5 point et C2. = 1 point)</i></p>	
---	--

D) Promouvoir un programme de mobilisation rapide en fonction de la condition générale du patient (1 point)

/1

Dans le contexte de la vignette :

- Évaluer les motifs et croyances au refus de se mobiliser
- Expliquer les bienfaits d'une reprise précoce des activités
- Assurer une évaluation de la douleur et un soulagement adéquat de celle-ci
- Proposer un programme réaliste en fonction d'objectifs définis en collaboration avec le patient (utilisation sécuritaire du déambulateur, mise en charge, démonstration, déplacement sur des distances de façon progressive)
- Réévaluer régulièrement avec le patient et sa conjointe l'atteinte des objectifs poursuivis.

❖ **Attention :**

Pas de possibilité de fractionner le point.

Exemple :

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point** :

Permettre au patient de verbaliser ses peurs et ses craintes en lien avec la mobilisation et la possibilité de cancer et voir avec lui comment favoriser la marche

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point** :

Je lui donnerais de l'enseignement sur l'importance de se lever, de l'effet sur la reprise de ses forces

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point** :

J'évaluerais si le patient a de la douleur et je le soulagerais afin qu'il puisse se mobiliser

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point** :

Je lui expliquerais les risques de complication post-chirurgie en lien avec une mobilisation insuffisante (système respiratoire, système circulatoire, système gastro-intestinal) et je tenterais de mettre en place un programme d'exercice avec Monsieur

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point** :

Je validerais avec le patient ce qu'il entend par « le temps devrait arranger les choses », de son désintérêt à sortir du lit. Je lui expliquerais l'importance de la mobilisation précoce et je m'entendrais avec lui pour des objectifs réalistes de marche (par ex. : marcher la moitié du corridor deux fois par jour accompagné)

<p>E) Mise en place des mesures de précaution générale de sécurité et de prévention des chutes à l'hôpital (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation de l'observation et de la surveillance ○ Accessibilité de la cloche d'appel ○ Aménagement sécuritaire de l'environnement du patient ○ Demande d'aide ou de matériel ou de supervision à la proche-aidante quant aux risques de chute (ex. : vêtement, chaussure, hypotension orthostatique, mise en charge postchirurgie...) <p>❖ Attention :</p> <p>Une seule mesure de sécurité nommée permet à l'infirmière d'avoir un point. L'usage de la contention n'est pas une mesure envisageable de sécurité dans le contexte de la vignette. Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je m'assurerais que l'éclairage dans la chambre est suffisant et que l'espace autour du lit est dégagé.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je veillerais à ce que l'équipe de soins fasse des tournées régulières (q 30 min) à la chambre de Monsieur.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>Je discuterais avec Madame de l'importance pour Monsieur d'avoir des pantoufles antidérapantes pour prévenir les chutes à l'hôpital et je lui demanderais de les apporter lors de sa prochaine visite.</i></p>	/1
<p>F) En prévision du congé, rappeler au patient et au proche-aidant les facteurs de risque de chute et les mesures de prévention pour son retour à domicile. (1 point)</p> <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Facteurs de risque lié à l'environnement (et à un nouvel environnement suite au déménagement du couple) : escalier, tapis, éclairage, ameublement, seuil de porte, etc. ○ Facteurs de risque lié à la condition de Monsieur : postchirurgie, médication, douleur, ... ○ Prévention : Programme journalier d'exercice physique (marche) et 	/1

<p>selon la capacité. Alimentation et hydratation adéquate.</p> <p>❖ Attention :</p> <p>L'attention doit être portée sur l'enseignement des facteurs de risque au patient et/ou à son proche-aidant en prévision du retour à domicile.</p> <p>Une infirmière qui a recours à l'infirmière de liaison ou l'infirmière de suivi de clientèle pour la planification sécuritaire du congé obtiendrait 1 point.</p> <p>Pas de possibilité de fractionner le point.</p> <p><i>Exemple :</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point</p> <p><i>Je m'assurerais que Monsieur comprend les risques associés à l'immobilisation et l'importance d'une activité physique régulière.</i></p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point</p> <p><i>Je réviserais avec Monsieur et Madame les facteurs de risques de chute à domicile et les aspects de prévention que Monsieur peut adopter (port de vêtement et chaussures adéquat, utilisation de la marchette, comment il peut évaluer son environnement (ex. : cordon de téléphone, tapis), programme d'exercice régulier, etc.)</i></p>	
	/7

Grille de codification
Vignette Planification du congé

Légende :

En noir : Lignes directrices générales associées à la planification du congé chez la personne âgée.

En bleu : Éléments-clés de la vignette contextualisant les lignes directrices.

En rouge : Exemple de répartition des points d'après la réponse d'une infirmière. (À titre indicatif seulement.)

❖ : Précision concernant la réponse attendue et/ou la distribution du pointage.

Évaluations et interventions	Score
<p>A) Commencer l'évaluation du processus de planification du congé dès l'admission en évaluant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'état fonctionnel (AVQ / AVD) de la patiente (1 point) 2. l'état cognitif de la patiente (1 point) 3. l'état psychologique de la patiente (1 point) 4. la perception de la patiente de ses habiletés (1 point) 5. les connaissances à l'égard des soins après le congé (1 point) 6. les facteurs environnementaux après le congé (1 point) 7. les capacités physiques et émotionnelles de la proche-aidante (1 point) 8. les besoins de soutien de la proche-aidante (1 point) 9. la médication (et la possibilité de simplifier le profil pharmacologique de la patiente) (1 point) 10. les services communautaires antérieurs à l'hospitalisation (1 point) <p>Dans le contexte de la vignette :</p> <p>Évaluer à l'admission et en cours d'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. État fonctionnel : évaluer les AVQ (manger, utiliser les toilettes, se laver, s'habiller, se déplacer) et les AVD (préparer les repas, faire les courses, entretenir la maison, utiliser le téléphone, utiliser les transports, gérer son budget) de la patiente en prenant en considération qu'elle était autonome avant son hospitalisation. Depuis hospitalisation : diminution de l'alimentation et de l'hydratation, démarche précaire. ○ 2. État cognitif : évaluer l'état cognitif de Madame en prenant en considération qu'elle n'avait aucun problème cognitif avant son admission ○ 3. État psychologique : investiguer pour la fatigue, l'isolement social en cours d'hospitalisation -> possibilité de dépression sous-jacente au décès de son mari + hospitalisation 	/10

- 4. Perceptions des habiletés : questionner la patiente sur la perception de ses habiletés au regard de l'auto-prise en charge de ses problèmes de santé (insuffisance cardiaque, hypertension) et les perceptions, craintes et inquiétudes face à son retour à domicile.
- 5. Connaissances à l'égard des soins après le congé : Évaluer les connaissances de la patiente (et de sa proche-aidante) à l'égard de la médication, de l'alimentation et de l'hydratation adéquate, de l'insuffisance cardiaque, de la prévention des chutes à domicile, des services disponibles
- 6. Facteurs environnementaux : appartement au 2^e étage, escalier vs ascenseur, services disponibles actuels et potentiels. – demander à la patiente des précisions quant à son milieu de vie.
- 7. Capacités physiques et émotionnelles de la proche-aidante : Évaluer avec la fille de Madame ses capacités physiques et émotionnelles d'aider sa mère lors du retour à la maison ; engagements familiaux et professionnels ; désir d'aider ; disponibilités ; sentiment de fardeau, ...
- 8. Besoins de soutien de la proche-aidante : Évaluer auprès de la fille de la patiente ses besoins de soutien.
- 9. Médication : Évaluer, à l'admission, le profil pharmacologique de la patiente ; évaluer la possibilité de simplifier le profil pharmacologique de la patiente.
- 10. Services communautaires antérieurs : Évaluer avec la patiente le type de soutien et la fréquence du soutien offert actuellement par sa fille. Prendre en considération les services formels d'aide (ex. CLSC) et les services informels d'aide (amis, voisins,...).

❖ **Attention :**

Un point est attribué par élément. Pas de possibilité de fractionner le point.

5 points si l'infirmière mentionne qu'elle ferait l'évaluation initiale. L'évaluation initiale comprend les éléments 1, 2, 3, 4, 9.

5 points si l'infirmière mentionne qu'elle ferait le SERA (outil de planification du congé qui précise: S=soutien, E=environnement, R=ressources, A= autonomie pour les soins reliés à la maladie, les AVQ et les AVD). Le SERA comprend les éléments 1, 4, 5, 6, 10.)

8 points si l'infirmière mentionne qu'elle ferait l'évaluation initiale et le SERA

<p><i>Exemple :</i> Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 1 point : <i>J'évaluerais la situation de Mme Beauséjour i.e. comment elle voit la perspective du retour à la maison, a-t-elle des craintes, des inquiétudes</i> (A4 = 1 point)</p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 2 points : <i>J'évaluerais l'état cognitif de Mme</i> (A2 = 1 point) <i>et je vérifierais sa médication</i> (A9 = 1 point).</p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 5 points : <i>Je ferais le SERA</i> (A1, A4, A5, A6, A10 = 5 points)</p> <p>Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait 10 points : <i>Je ferais dès l'admission l'évaluation initiale et le SERA</i> (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A9, A10 = 8 points). <i>Je veillerais à impliquer le plus rapidement possible la fille de Mme pour voir si elle est capable d'aider sa mère au retour et ce dont elle a besoin.</i> (A7, A8 = 2 points)</p>	
<p>B) Implantation d'un plan du congé en accord avec les préférences de la patiente et de sa proche-aidante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Communication</i> des résultats des évaluations entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, la patiente et la proche-aidante. (1 point) 2. <i>Dispensation de l'enseignement</i> en lien avec les évaluations: soins requis en lien avec les problèmes de santé, médicaments et effets secondaires, gestion des symptômes, reconnaissance du besoin d'aide, état nutritionnel et hydrique, situation d'urgence, révision des instructions et suivis post-congé. (1 point) 3. <i>Assurer les interventions de surveillance</i> en prévision du congé : réévaluation de l'état fonctionnel et psychologique avant le congé et référer à des soins et services appropriés, monitorer problème primaire et séquelles potentielles, prévention des complications iatrogéniques, validation de la compréhension de l'enseignement, vérification de la disponibilité du transport,... (1 point) 4. <i>Coordination</i> du processus de planification du congé par une gestionnaire de cas (infirmière de liaison / infirmière de suivi de clientèle) auprès des membres de l'équipe, de la patiente, de la proche-aidante et des ressources communautaires, procurer les numéros de téléphone des personnes ressources intra et extra muros, coordonner les rendez-vous de suivi, donner l'information relative à la patiente / proche-aidante concernant les ressources communautaires disponibles, assurer le soutien nécessaire à la proche-aidante. 	

5. *Collaboration* avec les ressources communautaires (réadaptation, convalescence, soins à domicile) lors de références (ex. : procurer un profil complet de l'hospitalisation et des évaluations, besoins à combler, soins et services requis). (1 point pour B4 et B5 ; sans possibilité de fraction du point)

/4

Dans le contexte de la vignette :

- 1. Communication des résultats des évaluations : auprès d'un ou des membres de l'équipe interdisciplinaire (à l'exception de l'infirmière de suivi de clientèle ou l'infirmière de liaison qui sera codé B4/5) ou de la patiente ou de la proche-aidante. Indication des résultats des évaluations au dossier et au plan de soins/PTI.
- 2. Dispensation de l'enseignement : offrir de l'enseignement à la patiente/proche-aidante sur : la médication, l'insuffisance cardiaque, l'apport alimentaire et hydrique, la reconnaissance de signes de changement dans la condition de santé et savoir à qui les rapporter ; le niveau d'activité en mettant l'emphase sur la sécurité lors de la mobilisation. Réviser verbalement et par écrit les directives et les suivis requis en prévision du congé.
- 3. Interventions de surveillance : En cours d'hospitalisation : réévaluation et monitoring les problèmes liés à l'admission ; prévention des chutes, assurer un apport alimentaire et hydrique adéquat, surveillance des signes et symptômes liés à l'insuffisance cardiaque, surveillance des effets (thérapeutiques et secondaires) de la médication administrée, mise en place de mesures favorisant le sommeil chez la patiente, ...
- 4. Coordination du processus de planification du congé et 5. *Collaboration* avec les ressources communautaires : Dans le milieu clinique où s'est déroulé le projet de recherche, la coordination de la planification du congé est assurée par l'infirmière de liaison et/ou de l'infirmière de suivi de clientèle en partenariat avec l'infirmière. Par ailleurs, la collaboration avec les ressources communautaires est majoritairement effectuée par l'infirmière de liaison ou l'infirmière de suivi de clientèle. Compte tenu de ce contexte, ces deux lignes directrices ont été fusionnées. Si l'infirmière fait mention qu'elle communiquerait ou demanderait à l'inf. de liaison et/ou l'inf. de suivi de clientèle, accorder le point pour la ligne directrice B4/5.

❖ **Attention :**

À la ligne directrice B, l'accent est mis sur l'implantation d'un plan du congé intégrant : la **communication entre les professionnels, la pte et la proche-aidante ; l'enseignement ; les interventions de surveillance** et ; la **coordination avec l'inf. de liaison ou de suivi de clientèle et la collaboration avec les ressources communautaires.**

Un point est attribué pour chacun de ces éléments. Le détail sous-jacent à chacun n'est pas requis pour obtenir le point.

Pas de possibilité de fractionner le point.

Exemple :

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point :**

J'informerais le md de la prescription de benzo (B1. communication des évaluations) afin d'assurer une médication moins à risque pour la pte.

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **1 point :**

Je demanderais l'intervention de l'infirmière de suivi de clientèle personne âgée (B4/5. coordination/collaboration = 1 point) pour me soutenir dans le congé de Mme.

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **2 points :**

Je ferais l'enseignement en prévision du congé (ex. médication, alimentation, etc.) (B2. enseignement = 1 point). Je demanderais le soutien de l'infirmière de liaison (B4/5. coordination/collaboration = 1 point) afin que la dame puisse obtenir le soutien nécessaire après son hospitalisation.

Une infirmière qui aurait écrit ceci obtiendrait **4 points :**

Je m'assurerais de prévenir les risques d'accident en cours d'hospitalisation (B3. intervention de surveillance = 1 point). Je ferais l'enseignement en prévision du congé à Mme (B2. enseignement = 1 point). Je discuterais de la démarche chambranlante de Mme avec la physio (B1. communication) et je demanderais à l'infirmière de liaison (B4/5. coordination/collaboration = 1 point) et l'informerais de ce que j'ai fait comme évaluation et enseignement afin qu'elle poursuive les démarches avec le CLSC.

Appendice L
Écrit réflexif

3) Analysez cette situation en tentant de répondre à chacune des questions :

- a) Selon vous, quels sont les **événements** significatifs qui ressortent de cette situation?

- b) À quoi avez-vous **pensé** lors de cette situation?

- c) Quelles **connaissances ont influencé** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

- d) Quelles **émotions ont influencé** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

- e) Quelles **attitudes ont influencé** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

- f) Quelles **valeurs ou croyances personnelles** vous ont influencé dans cette situation?

- g) Dans cette situation, en quoi avez-vous **agi pour le mieux** (éthiquement / moralement)? Donnez un exemple et expliquez

- h) Comment vos **expériences antérieures** vous ont-elles aidé dans la présente situation?

- i) Dans cette situation, jugez-vous ou évaluez-vous que vous avez agi en accord avec les **meilleures pratiques de soins**? Si oui, donnez un exemple. Sinon, pour quelles raisons selon vous?

- j) Quelles **connaissances auraient pu influencer** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

- k) Quelles **émotions** auraient pu influencer votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

- l) Quelles **attitudes** auraient pu influencer votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

- m) À partir de cette réflexion et dans une situation similaire, comment pourriez-vous **améliorer votre pratique**?

- n) Est-ce que cette réflexion sur cette situation clinique **modifiera votre pratique** clinique? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?

Autres commentaires sur la situation :

Merci de votre précieuse collaboration!

Appendice M
Systeme de codification de l'écrit réflexif

Système de codification de l'écrit réflexif

Premier niveau de codification :

Principes de codification

1. La première étape du processus de réflexion se nomme « retour à l'expérience ».
Cette étape n'est pas codée puisque le retour à l'expérience est un préalable pour toutes les infirmières de l'étude.
Vous retrouverez le « retour à l'expérience » décrit par l'infirmière au numéro 1 de l'écrit réflexif.

2. Selon certains auteurs, cinq éléments peuvent composer le processus de réflexion:

1. le retour aux émotions,
2. l'association et l'intégration,
3. la validation,
4. l'appropriation et
5. le résultat de la réflexion.

3. Chacun des éléments du processus de réflexion réfère à une ou plusieurs questions de l'écrit réflexif :

Code	Éléments du processus de réflexion	Questions de l'écrit réflexif
1	Le retour aux émotions	No. 2
2	L'association et l'intégration	No. 3 a) b) c) d) e) j) k) l)
3	La validation	No. 3 i)
4	L'appropriation	No. 3 m)
5	Le résultat de la réflexion	No. 3 n)

Si **aucun** élément du processus de réflexion n'est présent dans la réponse à la question relative à cet élément, inscrire un « 0 » dans la colonne « Score » de la grille Excel.

S'il y a présence d'**un élément** du processus de réflexion dans la réponse à la question relative à cet élément, inscrire un « 1 » dans la colonne « Score » de la grille Excel.

Seulement un exemple est nécessaire pour obtenir le point.

Un score maximal de cinq (5) points est possible.

4. La codification peut être faite seulement s'il y a évidence de la présence d'un élément du processus de réflexion dans la réponse à la question correspondante du processus.

5. La codification doit être supportée par un exemple écrit du texte.

Pour chacun des écrits réflexifs présentés dans QDA Miner, coder les éléments du processus de réflexion en surlignant l'exemple tiré du texte et apposer le code correspondant. Inscrire le pointage dans le fichier Excel pour chacune des participantes. Procéder de la même façon, s'il y a plusieurs exemples pour un même élément du processus de réflexion. L'interprétation spéculative n'est pas acceptée.

Système de codification de l'écrit réflexif (suite)

	Éléments du processus de réflexion	Critères	Question relative à l'écrit réflexif où doit se retrouver l'élément du processus de réflexion	Score	Exemple de l'élément du processus de réflexion tiré de l'écrit réflexif de l'infirmière
1	Retour aux émotions	L'infirmière <u>décrit</u> ses émotions vécues (positives ou obstructives/difficiles) entourant la situation.	No. 2	1	2. « <i>Je suis surtout triste de ce qui est arrivé à cette dame. Elle était si confuse après la médication, toute perdue et je me suis sentie coupable d'avoir administré cette médication même si je voulais juste la soulager.</i> »
2	Association et Intégration	L'infirmière <u>relie</u> ses connaissances antérieures, émotions ou attitudes relative à la situation avec ses nouvelles connaissances, émotions ou attitudes émanant de la réflexion. OU Elle <u>prend conscience des inconsistances</u> entre ses connaissances, émotions et attitudes antérieures et ses nouvelles connaissances, émotions ou attitudes. OU Elle <u>questionne / réévalue</u> ses connaissances, émotions et attitudes antérieures et tente de modifier celles-ci par de nouvelles connaissances, émotions ou attitudes. * Pour obtenir un point, l'infirmière doit démontrer qu'elle relie et/ou prend conscience des inconsistances et/ou questionne/réévalue les connaissances, émotions ou attitudes antérieures avec les nouvelles connaissances, émotions ou attitudes émanant de la réflexion.	No. 3 a) b) c) d) e) j) k) l) Pour voir si l'infirmière <u>relie / prend conscience des inconsistances / requestionne / réévalue</u> : - ses connaissances antérieures à de nouvelles connaissances, considérer les réponses c) et j) ensemble. - ses émotions antérieures à de nouvelles émotions, considérer les réponses d) et k) ensemble. - ses attitudes antérieures à de nouvelles attitudes, considérer les réponses e) et l) ensemble.	1	3a) « <i>J'ai appris tout au long de ma carrière que je devais soulager la douleur, et ce, chez tous les patients.</i> » 3j) « <i>Je savais qu'il fallait soulager la douleur mais je me suis toujours fiée à l'ordonnance médicale et je ne savais pas qu'il y avait des médicaments plus risqués pour les personnes âgées. Je ne savais pas pour le Demerol et la confusion que cela peut provoquer.</i> » 3f) « <i>J'ai toujours su qu'il fallait soulager la douleur. Et, ça va contre mes valeurs de laisser souffrir quelqu'un. C'est ce que le patient dit qui compte et non ce que nous on croit. Il faut par exemple que je fasse plus attention aux médicaments qui risquent d'avoir des effets néfastes chez les pers. âgées, par ex. ceux qui causent de la confusion, de la constipation et des difficultés d'élimination par les reins. J'ai trouvé un guide pharmaco qui tient compte des dosage pour les pers. âgées qui m'aide là-dessus</i> »
3	Validation	L'infirmière <u>teste / examine / analyse / vérifie</u> la cohérence entre sa <u>nouvelle perception</u> de la situation et ses expériences (3h) ou ses connaissances (3c) ou ses croyances (3f) antérieures. « Peser le pour et le contre ; faire autrement »	No. 3 i)	1	3i) « <i>Je me rends compte que j'ai fait au meilleur de mes connaissances à ce moment-là, mais que j'aurais pu faire autrement avec ce que je sais maintenant. Ne pas me fier seulement à l'ordonnance, mais aussi me renseigner, consulter d'autres collègues, le pharmacien et l'infirmière de suivi pers. âgées.</i> »
4	Appropriation	L'infirmière s'approprie de <u>nouvelles connaissances, émotions ou attitudes</u> qui résultent de sa réflexion. L'infirmière <u>explique spécifiquement</u> comment elle pourrait améliorer sa pratique aux moyens de ses nouvelles connaissances, émotions ou attitudes.	No. 3m)	1	3m) « <i>Me renseigner davantage sur la médication néfaste auprès des personnes âgées avant l'administration par ex. auprès du pharmacien et de l'inf. de clientèle âgée. Aussi, je connais maintenant les bonnes pratiques de soins concernant la médication chez les pers. âgées.</i> »
5	Résultats de la réflexion	L'infirmière tend vers une transformation de perspectives, un changement de comportements ou l'engagement dans l'action. Pour obtenir un point, l'infirmière qui a répondu qu'elle ne modifierait pas sa pratique, doit démontrer que sa pratique, en lien avec la situation décrite, est exemplaire. Précisez pourquoi vous attribuez ce point dans la grille Excel.	No. 3 n)	1	3n) « <i>C'est certain que cet événement a changé ma pratique. Et comme je ne dois pas être la seule, j'essaie de planifier une capsule de formation sur le sujet à l'unité pour que mes collègues apprennent aussi.</i> »

* Prendre en considération la section « commentaires » lors de la codification

Système de codification de l'écrit réflexif

*Deuxième niveau de codification*¹⁰

Niveaux de réflexion	Critères
Non-réflexif	Ne démontre aucune évidence d'utilisation de l'un des cinq éléments de réflexion. (Aucun point)
Réflexif	Démontre l'un des deux éléments du processus de réflexion suivant : retour aux émotions ou association et intégration. (Un point pour l'un ou les deux éléments présents)
Réflexif critique	Démontre un des trois éléments du processus de réflexion suivants : validation, appropriation ou résultats de la réflexion. (Un point pour un, deux et/ou trois des éléments présents) Tend également à démontrer des éléments du niveau « réflexif »

Si score = 0 : niveau de réflexion « non-réflexif »

Si score = 1 : niveau de réflexion « réflexif »

Si score = 2 : niveau de réflexion « réflexif critique »

¹⁰ Système de codification des niveaux de réflexion adapté des écrits de Mezirow (1991) par Wong et al. (1995).

Appendice N
Formulaire d'information et de consentement
pour les infirmières du groupe expérimental

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (GROUPE EXPÉRIMENTAL)

Titre du projet de recherche

Étude évaluative d'un processus participatif de développement et d'implantation d'une pratique réflexive chez des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées.

Chercheurs responsables du projet de recherche

Véronique Dubé, inf., M.Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Francine Ducharme, inf., Ph. D.
Professeure et chercheure
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables du projet et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Les infirmières¹¹ doivent composer avec un contexte de travail où des changements ont lieu sur une base quotidienne. Elles doivent constamment mettre à jour leurs connaissances afin de prodiguer des soins qui tiennent compte, entre autres, des nouvelles découvertes scientifiques, des avancées technologiques et des changements de clientèles séjournant en milieu hospitalier.

¹¹ Afin de faciliter la lecture de ce travail, le terme «infirmière» est utilisé compte tenu de la prédominance de femmes au sein de la profession infirmière au Québec. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

Le vieillissement de la population mérite que nous réfléchissions plus particulièrement aux interventions infirmières nécessaires à l'égard de cette clientèle hospitalisée, fragile et vulnérable.

Dans cette perspective, la pratique réflexive est perçue par plusieurs comme l'un des moyens pour réfléchir sur sa pratique professionnelle et modifier positivement les interventions infirmières utilisées à l'égard des personnes âgées hospitalisées. **De façon générale, la pratique réflexive peut se définir comme un processus d'apprentissage et de développement basé sur les expériences, les pensées, les émotions, les actions et les connaissances des infirmières et accompagné par un guide.** En étant accompagnée dans la révision de ses expériences, l'infirmière peut améliorer sa façon d'intervenir auprès des patients et contribuer au développement de sa profession.

Dans cette perspective, cette étude a pour buts :

- de développer et d'implanter, avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées, une pratique réflexive et;
- d'en évaluer certains effets.

Pour initier cette étude, les chercheurs souhaitent recruter 60 infirmières soit 30 infirmières qui participeront au développement, à l'implantation et à l'évaluation d'une intervention de pratique réflexive (groupe expérimental) et 30 infirmières pour le groupe de comparaison.

Votre collaboration est précieuse car elle contribuera à évaluer une nouvelle approche d'apprentissage et de développement professionnel chez des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées.

Déroulement du projet de recherche et nature de votre participation

Votre unité de soins a été sélectionnée pour participer au **groupe expérimental**. Vous êtes donc invitée à participer à ce projet de recherche soit au développement, à l'implantation et à l'évaluation d'une pratique réflexive qui se déroulera sur une période de 6 mois.

Intervention de pratique réflexive :

Afin d'instaurer une pratique réflexive auprès des infirmières, vous êtes conviée à participer aux ateliers sur la pratique réflexive. Sur une période de 6 mois, 8 ateliers d'une durée de 75 minutes chacun seront dispensés à intervalle de trois semaines, sur votre site de travail. Chaque atelier sera dispensé avant ou après chacun des trois quarts de travail, et ce, deux fois dans la semaine. La participation à chacun de ces ateliers sera rémunérée à taux et demi.

Les deux premiers ateliers vous permettront de vous familiariser avec les concepts de réflexion, de pratique réflexive et les théories sous-jacentes à la pratique réflexive.

Au cours de la deuxième série, comprenant deux ateliers, vous serez invitée à dresser un portrait des problématiques tirées de vos expériences auprès des personnes âgées hospitalisées en lien avec la médication et à les partager avec vos pairs qui participeront à l'étude afin d'enrichir les discussions et les pistes de solution. Aussi, ces ateliers seront des lieux d'échange sur les interventions de soins à modifier ou à mettre de l'avant suite aux discussions. Nous échangerons sur les difficultés rencontrées et les aspects positifs constatés suite à l'utilisation d'une pratique réflexive. Aux trois semaines, nous vous demanderons de produire un journal relatant vos expériences. Ce travail prendra environ 45 minutes de votre temps et vous serez rémunérée à taux et demi.

Les troisième et quatrième séries d'ateliers vous permettront d'aborder les problématiques liées à la mobilisation et à la planification du congé avec la même structure que présenté précédemment.

Évaluation du projet :

En tant qu'infirmière participante à ce projet de recherche, nous vous demanderons, dans le but d'évaluer ce projet, de compléter, sur votre lieu de travail, avant ou après votre quart de travail :

- Cinq (5) instruments portant sur votre expérience de travail et votre formation, vos attitudes et connaissances à l'égard des personnes âgées ainsi que sur les soins dispensés aux personnes âgées hospitalisées dans des unités de courte durée. La durée estimée pour remplir ces questionnaires est d'environ 120 minutes et nous vous demanderons de compléter cette série d'instruments à deux moments différents soit une semaine avant le début de l'étude et une semaine après la fin de celle-ci (intervalle de 6 mois).
- Un (1) questionnaire relatant votre expérience de pratique réflexive, à la fin du projet, dont la durée est estimée à environ 30 minutes.

Si cela vous intéresse, vous pourriez également être amenée à participer, à un groupe de discussion sur le projet. À cet effet :

- Quinze (15) infirmières seront invitées, sur une base volontaire, à participer, à la fin du projet, à un groupe de discussion sur la pratique réflexive, enregistré sur bandes sonores, d'une durée d'environ 90 minutes.

En résumé, en acceptant de collaborer à ce projet, vous serez conviée à :

- participer à 8 ateliers de pratique réflexive (75 minutes chacun);
- rédiger, entre chacun des ateliers, un journal (45 minutes chacun);
- compléter cinq (5) instruments de mesure portant sur votre expérience, votre formation, vos attitudes et connaissances à l'égard des personnes âgées ainsi que sur les soins dispensés aux aînés hospitalisés (120 minutes X 2 reprises);
- remplir un questionnaire relatant votre expérience de pratique réflexive (30 minutes);
- possiblement participer à un groupe de discussion sur la pratique réflexive (90 minutes).
 - Toutes ces activités vous seront rémunérées à taux et demi.

Risques associés au projet de recherche

Cette étude ne présente aucun risque pour votre santé ou votre sécurité. La réflexion sur votre pratique professionnelle pourrait cependant provoquer différentes réactions émotives chez certaines infirmières. Si cela survient, vous pourrez en discuter avec la chercheure.

Inconvénients associés au projet de recherche

Aucun inconvénient direct ne découlera de votre participation à ce projet, mis à part la fatigue que vous pourriez ressentir en participant aux ateliers de pratique réflexive qui se dérouleront en dehors de vos heures régulières de travail et le temps consacré à la recherche.

Avantages pouvant découler de votre participation

En participant à cette étude, vous bénéficierez d'une nouvelle forme d'apprentissage et de développement professionnel guidé (pratique réflexive) et vous contribuerez à améliorer les interventions de soins infirmiers auprès des personnes âgées hospitalisées. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

Participation volontaire et possibilité de retrait

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

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, les chercheurs consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Il est entendu que les renseignements recueillis au cours de ce projet de recherche (ateliers, journaux, questionnaires, groupes de discussion) seront anonymisés et demeureront strictement confidentiels. Aucune donnée recueillie ou information personnelle vous concernant ne sera divulguée à votre employeur. Par ailleurs, vous serez invitée à adhérer à une entente de confidentialité vous engageant à ne pas divulguer le contenu des discussions lors des ateliers de pratique réflexive.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que pas un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheurs de l'étude et seuls ces chercheurs auront accès aux informations vous concernant.

Les données nominales (soit vos noms, unités, quart de travail) et les bandes sonores des groupes de discussion seront conservées dans un local sous clé et seront accessibles seulement aux chercheurs de l'étude.

Tous les journaux, questionnaires et toutes les bandes sonores seront détruits sept (7) ans après la fin du projet de recherche selon les règles d'éthique en vigueur.

Les résultats de cette recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de communications scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du (site). Cette personne et les membres du comité d'éthique de la recherche adhèrent à une politique de confidentialité.

Compensation financière

Rémunération pour la participation à l'intervention de pratique réflexive : En tant que participante à l'étude, vous serez **rémunérée à taux et demi** pour votre participation et votre préparation à chacun des 8 ateliers (8 ateliers X (75 minutes/atelier + 45 minutes/journal)).

Rémunération pour la complétion des questionnaires d'évaluation du projet : Vous serez **rémunérée à taux et demi** pour compléter les différents instruments (2 X 120 minutes) et participer au groupe de discussion (90 minutes).

Identification des personnes-ressources

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

Véronique Dubé, candidate au doctorat en sciences infirmières et responsable de la recherche
(adresse)
Tél. : (...)
Courriel : (...)

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec Véronique Dubé, responsable du projet, faire part de vos préoccupations à Mme (nom), commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services ou Mme (nom), commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (site).

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

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

Consentement

Signature des sujets

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

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées et je m'engage à respecter la confidentialité des échanges qui auront lieu lors de la tenue des ateliers de pratique réflexive.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom	Signature du sujet de recherche	Date
.....		

Signature du chercheur

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

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

Nom	Signature du chercheur responsable du projet de recherche	Date

Appendice O
Formulaire d'information et de consentement
pour les infirmières du groupe de comparaison

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(GROUPE DE COMPARAISON)

Titre du projet de recherche

Étude évaluative d'un processus participatif de développement et d'implantation d'une pratique réflexive chez des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées.

Chercheurs responsables du projet de recherche

Véronique Dubé, inf., M.Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Francine Ducharme, inf., Ph. D.
Professeure et chercheure
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables du projet et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Les infirmières¹² doivent composer avec un contexte de travail où des changements ont lieu sur une base quotidienne. Elles doivent constamment mettre à jour leurs connaissances afin de prodiguer des soins qui tiennent compte, entre autres, des nouvelles découvertes scientifiques, des avancées technologiques et des changements de clientèles séjournant en milieu hospitalier.

¹² Afin de faciliter la lecture de ce travail, le terme «infirmière» est utilisé compte tenu de la prédominance de femmes au sein de la profession infirmière au Québec. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

Le vieillissement de la population mérite que nous réfléchissions plus particulièrement aux interventions infirmières nécessaires à l'égard de cette clientèle hospitalisée, fragile et vulnérable.

Dans cette perspective, la pratique réflexive est perçue par plusieurs comme l'un des moyens pour réfléchir sur sa pratique professionnelle et modifier positivement les interventions infirmières utilisées à l'égard des personnes âgées hospitalisées. **De façon générale, la pratique réflexive peut se définir comme un processus d'apprentissage et de développement basé sur les expériences, les pensées, les émotions, les actions et les connaissances des infirmières et accompagné par un guide.** En étant accompagnée dans la révision de ses expériences, l'infirmière peut améliorer sa façon d'intervenir auprès des patients et contribuer au développement de sa profession.

Dans cette perspective, cette étude a pour buts :

- de développer et d'implanter, avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées, une pratique réflexive et;
- d'en évaluer certains effets.

Pour initier cette étude, les chercheurs souhaitent recruter 60 infirmières soit 30 infirmières qui participeront au développement, à l'implantation et à l'évaluation d'une intervention de pratique réflexive (groupe expérimental) et 30 infirmières pour le groupe de comparaison.

Votre collaboration est précieuse, car elle contribuera à évaluer une nouvelle approche d'apprentissage et de développement professionnel chez des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées.

Déroulement du projet de recherche et nature de votre participation

Votre unité de soins a été sélectionnée pour participer au **groupe de comparaison**. Vous êtes donc invitée à participer à une portion de cette étude qui se déroulera sur une période de 6 mois. Cependant, vous ne participerez pas à l'intervention de pratique réflexive comme telle, mais bénéficierez des formations usuelles dispensées par l'employeur.

- Dans le cadre de ce projet, nous vous demanderons de compléter, sur votre lieu de travail, avant ou après votre quart de travail, cinq (5) instruments différents dont la durée est estimée à environ 120 minutes, et ce, à deux moments différents soit une semaine avant le début de l'étude et une semaine après la fin de celle-ci (intervalle de 6 mois). Ces instruments portent sur votre expérience de travail et votre formation, vos attitudes et connaissances à l'égard des personnes âgées ainsi que sur les soins dispensés aux personnes âgées hospitalisées dans des unités de courte durée. Vous serez rémunérée à taux et demi pour compléter ces instruments.

Risques associés au projet de recherche

Cette étude ne présente aucun risque pour votre santé ou votre sécurité.

Inconvénients associés au projet de recherche

Aucun inconvénient direct ne découlera de votre participation à ce projet, mis à part la fatigue que vous pourriez ressentir en remplissant ces questionnaires à l'extérieur de vos heures régulières de travail.

Avantages pouvant découler de votre participation

Il se peut que vousiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

Participation volontaire et possibilité de retrait

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

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, les chercheurs consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Il est entendu que les renseignements recueillis au cours de ce projet de recherche seront anonymisés et demeureront strictement confidentiels. Aucune donnée recueillie ou information personnelle vous concernant ne sera divulguée à votre employeur.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que pas un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheurs de l'étude et seuls ces chercheurs auront accès aux informations vous concernant.

Les données nominales (soit vos noms, unités, quart de travail) seront conservées dans un local sous clé et seront accessibles seulement aux chercheurs de l'étude.

Tous les questionnaires seront détruits sept ans après la fin du projet de recherche selon les règles d'éthique en vigueur.

Les résultats de cette recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de communications scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du (site). Cette personne et les membres du comité d'éthique de la recherche adhèrent à une politique de confidentialité.

Compensation financière

Rémunération pour la complétion des questionnaires d'évaluation du projet : Vous serez **rémunérée à taux et demi** pour compléter les différents instruments (2 x 120 minutes).

Identification des personnes-ressources

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

Véronique Dubé, candidate au doctorat en sciences infirmières et responsable de la recherche
(adresse)
Tél. : (...)
Courriel : (...)

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec Véronique Dubé, responsable du projet, faire part de vos préoccupations à Mme (nom), commissaire locale adjointe à la qualité des services (site).

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

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

Consentement

Signature des sujets

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

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

Nom	Signature du sujet de recherche	Date

Signature du chercheur

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

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

Nom	Signature du chercheur responsable du projet de recherche	Date

Appendice P
Entente de confidentialité

Entente de confidentialité

Vous avez choisi de participer à un projet d'études doctorales intitulé « Étude évaluative d'un processus participatif de développement et d'implantation d'une pratique réflexive chez des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées ». Comme il vous a été mentionné, vous serez invitée à participer à des ateliers sur la pratique réflexive et à partager certaines expériences cliniques à l'égard des soins prodigués aux personnes âgées hospitalisées.

Comme ce projet s'inscrit dans une visée d'amélioration des pratiques cliniques, que les apprentissages sont basés sur le partage de vos expériences professionnelles et celles de vos collègues, nous vous demandons, afin d'établir un climat de respect, de confiance et d'authenticité lors de ces ateliers, de ne pas divulguer à l'extérieur du groupe, le contenu de ces échanges.

Je m'engage par le fait même, à respecter cette entente de confidentialité à votre égard également.

Merci de votre collaboration et de votre compréhension,

Véronique Dubé, chercheur principal de l'étude

Montréal, le _____

.....

Je, _____, m'engage à
(Nom en lettres carrées)

respecter cette entente de confidentialité.

_____, Montréal le _____
(Signature)

Appendice Q

Exemples de journaux réflexifs rédigés par des infirmières

Exemple d'un journal réflexif se rapportant à la médication

Journal réflexif de l'infirmièreDate : 2009/12/15Quart de travail : jour soir nuitNom : 110

Unité : _____

Situation de soin se rapportant à :

 la médication la mobilisation la planification du congé

Décrire brièvement une situation clinique vécue auprès d'une personne âgée hospitalisée :

Il s'agit d'une dame âgée de 97 ans, opérée pour fracture hanche gauche suite à une chute dans la salle de bain. Elle est atteinte de démence Alzheimer avec surdité et déficit d'attention. La journée même de son congé, elle fut réadmise à l'hôpital quelques heures plus tard pour insuffisance respiratoire hypoxémique suite à un sevrage d'oxygène difficile. Dx. : EP bilatéral multiple sur TVP jambe gauche suite à chirurgie. Isolement ERV. Personne significative : pas enfant. Sa nièce la visite occasionnellement.

Dimension esthétique

Décrire une situation vécue révèle la façon dont l'infirmière:

1. saisit et interprète la situation de soin
2. émet un jugement clinique sur ce qui doit être fait
3. répond par une action appropriée, réfléchit et juge de l'efficacité de l'action en lien avec les résultats

Stable présentement, elle est en attente de relocalisation en soins prolongés. Tous les soirs à partir de 19h00 environ, elle demande sa médication HS de façon répétitive à toute personne circulant devant sa chambre. Ses propos sont cohérents mais elle est désorientée et demande l'heure souvent. Au lit, elle utilise souvent la cloche d'appel pour cette même demande. Elle semble n'avoir aucune mémoire des renseignements ni du réconfort obtenus. Écoute active révèle qu'elle semble très préoccupée par son sommeil et s'inquiète qu'on oublie le Serax contre l'insomnie. Elle en fait la demande à tout le monde pour être certaine de recevoir la médication. Elle persiste même après l'avoir reçu vers 21h00, comme convenu. À cause de cela elle dit d'elle-même qu'elle n'est qu'une « vieille fatigante ». Le lendemain, je demandais au préposé de la laisser au fauteuil plus tard en soirée si elle le désirait. Elle fut mobilisée au lit vers 21h15 à sa demande. Une fois où j'étais à la chambre elle me dit : « je ne suis pas née au Canada vous savez... je suis européenne. » J'ai alors compris qu'elle avait peut-être d'avantage besoin de parler et qu'elle s'ennuyait seule dans sa chambre, devant la TV. Jusqu'à quel point la médication était-elle un prétexte, le seul point commun avec le personnel de soins pour entamer la conversation?

Vous pouvez vous inspirer des questions relatives aux dimensions du savoir infirmier d'après le modèle de réflexion structurée de Johns (2006):

Dimension empirique

Est-ce que j'ai agi en accord avec les meilleures pratiques ?
Préciser

Écoute active et réconfort. Convenir de l'heure de la médication. Rappels fréquents de ce qui a été convenu. Augmenter le temps de mobilisation au fauteuil pour favoriser le sommeil. Offrir Serax alors que la patiente a sans doute développé une tolérance depuis longtemps. Alternative au Serax non tentées. Est-ce possible? (relaxation, exercices respiratoires, ...)

Dimension éthique

Est-ce que j'ai agi pour le mieux ?
Préciser

*Agir sans juger ni reprocher.
Considérer pleinement la demande à chaque fois
Reconnaissance et respect des limites cognitives de la personne.*

Dimension personnelle

Quels facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) ont influencé ma perception et ma réponse à la situation ?

*L'isolement ERV -> confiner la patiente à sa chambre, sont un irritant lorsque les demandes sont fréquentes.
Le souci d'être équitable envers les demandes des autres patients.
Conciliation difficile entre la rapidité des interventions et la réponse à un appel dans le sens du besoin et de l'émotion sous-jacents.
Les demandes répétitives banalisant la personne et la rendant prévisible aux yeux de l'entourage.*

Dans une situation similaire, comment aurais-je pu répondre plus efficacement (en vue d'atteindre une pratique optimale) ?

Puis-je faire face à ces facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) pour répondre plus adéquatement ?

*Idéalement, une horloge l'aiderait à s'orienter dans le temps.
Lors des AVQ, s'éloigner de l'acte même et passer un bon moment avec elle en explorant sa vie.
Faire appel à sa nièce.
Visites bénévoles?
Les ressources demeurent limitées outre les AVQ.*

Exemple d'un journal réflexif se rapportant à la mobilisation

Journal réflexif de l'infirmière

Date : 2010/01/25

Quart de travail : jour soir nuit

Nom : 104

Unité : _____

Situation de soin se rapportant à :

la médication la mobilisation la planification du congé

Décrire brièvement une situation clinique vécue auprès d'une personne âgée hospitalisée :

Mme X était confuse et désorientée dans les 3 sphères. Elle présentait aussi un important risque de chute et avait une contention gilet à mettre en PRN. Un matin, en levant cette dame au fauteuil gériatrique, j'ai décidé de ne pas mettre le gilet de contention. La pte n'étant pas agitée. Elle avait la tablette gériatrique pour éviter de tomber et je trouvais que cela était déjà bien assez. Environ une heure après le lever de la pte, la préposée de me dit : pourquoi la pte n'a pas de contention? Je viens de la retrouver sous la tablette en train de tenter de se lever seule. Elle aurait pu chuter! J'ai soutenu mon point de vue mais la divergence d'opinion de certains de mes collègues m'a laissé perplexe...

Dimension esthétique

Décrire une situation vécue révèle la façon dont l'infirmière:

1. saisit et interprète la situation de soin
2. émet un jugement clinique sur ce qui doit être fait
3. répond par une action appropriée, réfléchit et juge de l'efficacité de l'action en lien avec les résultats

Vous pouvez vous inspirer des questions relatives aux dimensions du savoir infirmier d'après le modèle de réflexion structurée de Johns (2006):

Dimension empirique

Est-ce que j'ai agi en accord avec les meilleures pratiques ?
Préciser

Je crois qu'il ne faut utiliser la contention qu'en dernier recours et le fauteuil gériatrique est déjà en soi une forme de contention. Selon mon jugement clinique, la contention n'était point appropriée (mesure alternative possible).

Dimension éthique

Est-ce que j'ai agi pour le mieux ?
Préciser

Je voulais respecter la liberté de la patiente même dans un état de confusion important. Par contre, une chute aurait pu entraîner des blessures (fracture hanche, etc.) Dilemme éthique ++

Dimension personnelle

Quels facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) ont influencé ma perception et ma réponse à la situation ?

*Personnel -> le respect de l'individu + valeurs personnelles. Si c'était mon grand-père, je n'aimerais pas qu'il soit contentonné!
Professionnel -> selon ma vision des soins, je tente d'éviter le plus possible la contention*

Dans une situation similaire, comment aurais-je pu répondre plus efficacement (en vue d'atteindre une pratique optimale) ?

Puis-je faire face à ces facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) pour répondre plus adéquatement ?

Après mûre réflexion, je crois que la problématique, comportait un manque de communication entre la préposée et moi. J'aurais dû l'aviser plus tôt que je n'avais pas mis de contention à la patiente ainsi que de décrire les raisons de mon choix. De cette façon, nous aurions pu exercer une surveillance plus étroite de la patiente et augmenter sa sécurité. L'effet de « surprise » a probablement provoqué la « colère » de la préposée.

De plus, j'aurais pu attendre qu'un membre de la famille soit présent pour lever la dame âgée ou même l'installer à la rotonde près du poste des infirmières.

Aussi, j'aurais dû faire des tournées à la chambre de façon plus fréquente ex. q 30 min plutôt que q 1h) mais ceci est parfois difficilement réalisable compte tenu de la réalité des soins (surcharge de travail, manque de personnel, ...)

Exemple d'un journal réflexif se rapportant à la planification du congé

Journal réflexif de l'infirmière

Date : 2010/02/18

Quart de travail : jour soir nuit

Nom : 134

Unité : _____

Situation de soin se rapportant à :

la médication la mobilisation la planification du congé

Décrire brièvement une situation clinique vécue auprès d'une personne âgée hospitalisée :

Mme X 85 ans est hospitalisée pour une opération hémicolectomie droite. Nous sommes en jour 3 post op. Mme X n'a plus de Levine, on lui a enlevé les bas séquentiels. Elle a toujours sa sonde vésicale, son épidurale et un soluté 60cc/h. Elle désire aller à la salle de bain pour uriner et pour aller à la selle. On doit lui rappeler sans arrêt qu'elle a une sonde. Elle oublie les consignes.

Dimension esthétique

Décrire une situation vécue révèle la façon dont l'infirmière:

1. saisit et interprète la situation de soin
2. émet un jugement clinique sur ce qui doit être fait
3. répond par une action appropriée, réfléchit et juge de l'efficacité de l'action en lien avec les résultats

Elle me confie que le lendemain elle aura son congé. Je lui demande : Ou elle ira? Qui l'aidera? Et je réalise que ses attentes ne sont pas réalistes. Je lui rappelle qu'il faut y aller lentement et se préparer. Je lui explique que le lendemain on va enlever sa sonde (mesurer les ingestas excréta) 2 – enlever son épidurale et lui donner d'autres médicaments pour que la douleur soit soulagée 3 – attente que son péristaltisme soit repris et qu'elle mange bien 4- s'assurer que la plaie guérisse bien 5- qu'elle prenne des forces pour circuler etc... 6- doit réévaluer ses attentes au sujet de son congé qui ne peut pas être immédiat mais dans quelques jours. La patiente acquiesce et comprend. Elle se plait à dire qu'elle écoute. Dans les faits, au niveau physique le post-op va bien. La gériatrie évalue qu'elle aura besoin de convalescence dû à certains troubles cognitifs et sa condition délirante qui est en résolution car elle a eu beaucoup de caring. Donc pas besoin d'haldol. Dans la journée sa fille, très contente de la condition de sa mère, insiste pour avoir du caring la nuit pour éviter que sa mère quand même fragilisée par les risques élevés d'un délirium ne compromette sa réhabilitation optimale. Elle me confie qu'elle prévoit l'envoyer dans une maison de convalescence. Je lui fais remarquer que sa mère demeure dans un foyer pour personne autonome qui offre un service d'infirmier temporaire de 1 à 2 semaines. Ce service est dans la même bâtisse.

Cela l'encouragerait de retourner dans sa demeure parce qu'elle aurait la visite de ses amis (facilité de contacts). Aller dans un autre centre serait peut être très anxiogène pour elle, ce qui augmentera ses petits problèmes cognitifs. Elle adore manger dans ce centre où elle demeure; c'est très bon selon elle et elle aime beaucoup son environnement. Sa fille trouve que c'est une bonne idée mais je lui conseille d'aller évaluer cette infirmerie et de comparer avec les centres de convalescence habituels. Je ne voulais pas dénigrer ces centres mais je voulais optimiser les chances de la patiente de se rétablir complètement en lui donnant la chance de participer dans la décision, car c'est la patiente qui s'était confiée à moi. Elle m'avait dit qu'il y avait une infirmerie. Elle ne voyait pas cette solution au début, elle s'imaginait retourner chez elle dans son petit logement et que ses amies viendraient l'aider. Je crois que lui expliquer que c'est mieux qu'elle retourne dans son centre mais à l'infirmerie plutôt qu'à son logement. Dénote une prudence pour elle-même et cela rassurera ses enfants de voir qu'elle se ferait dorloter afin de retrouver son autonomie complètement. J'étais fière de moi.

Vous pouvez vous inspirer des questions relatives aux dimensions du savoir infirmier d'après le modèle de réflexion structurée de Johns (2006):

Dimension empirique

Est-ce que j'ai agi en accord avec les meilleures pratiques ?
Préciser

Je me suis concentrée sur les besoins de la patiente en postop.

- *la médication*
- *la mobilisation, l'inspirométrie*
- *la convalescence*

Médication :

Cette patiente de 85 ans avait une épidurale (bupimarcaine, fentanyl) et tylenol en co-analgésie.

Durant le post-op, pepcid IV (délirium favorisé).

Effet secondaire de l'épidurale – prurit, Benadryl 25 mg IV

Ativan 1 mg HS répéter plus tard.

En étant continuellement dans la chambre, j'ai pu constater que la pte avait du mal mais elle arrivait à dormir. Son sommeil était agité par petits moments sinon il était paisible. Elle se mobilisait dans le lit sans grimace ou gémissement. Par contre, elle se grattait beaucoup donc Benadryl donné. Je constate qu'avec le 25 mg IV de Benadryl, la patiente est plus anxieuse, difficulté à parler et de plus la patiente est obsédée par le désir de se lever pour uriner car elle veut partir le plus vite possible chez elle, etc... La patiente a de petites périodes de délirium (ne sait pas où elle est, qu'elle a été opérée, des distorsions de la réalité : elle entend des enfants, elle doit rejoindre sa fille qui est partie, etc... Je l'ai rassurée, répété qu'elle avait une sonde et je lui montrai sa sonde (bien perméable). J'ai diminué la dose de Benadryl de moitié soit 12,5 mg IV. Beaucoup plus efficace. Et j'ai donné l'Ativan 0,5mg au lieu de 1mg mais je n'aimais pas beaucoup cela. Le lendemain on donnait du Risperdal à la place.

Mobilisation :

Expérience privilégiée : je fais la surveillance privée de la patiente à la demande de sa fille qui est médecin. Donc, au matin, je lève la patiente : celle-ci fait sa toilette elle-même, je ne fais que l'assister. Elle s'assoit au fauteuil. Fait de l'inspirométrie. etc... je la recouche par la suite. Je suis surprise de voir qu'elle participe beaucoup et qu'elle est plus forte sur ses jambes, etc... Durant tout ce temps, je fais l'enseignement, je la guide et j'évalue mais je constate qu'elle a toujours des petits moments où elle déforme la réalité ou oublie les consignes et le plus surprenant, c'est qu'elle se rend compte. Je lui explique que c'est normal et inquiétant pour elle mais que je suis là pour la guider justement. Cela rassure la patiente. Ainsi, je permets à la patiente de se connecter à la réalité au lieu du délire.

Convalescence :

En discutant avec elle, elle m'a confié qu'elle était étourdie quelquefois. Qu'elle n'aimait pas la cuisine de l'hôpital, qu'elle était gourmande qu'à son foyer c'était un délice. Qu'elle aimait jouer au bridge avec ses amis, qu'elle avait peur de mourir car elle est bien dans son foyer, qu'elle est bien entourée de ses enfants et de ses amies etc... En me confiant tout cela, j'apprenais beaucoup d'éléments sur ce qui favoriserait sa convalescence.

Dimension éthique

Est-ce que j'ai agi pour le mieux ?

Préciser

Oui, non. Je m'explique. Oui pour le bien-être de la patiente et la satisfaction de la fille. J'ose espérer que cette expérience aura un bon dénouement, c'est-à-dire qu'elle sera complètement rétablie. Qu'elle retrouvera son autonomie. Cette expérience aura permis aux enfants de la dame de prendre conscience de la fragilité de leur mère dans un contexte inconnu pour elle. De réaliser que leur mère a une peur bleue de mourir car elle a peur de les quitter (non-dit). Étant donné que cette famille me semblait intelligente et bien équilibrée, cette expérience les a peut-être rapprochés un peu plus et permis d'être à l'écoute du « non-dit ». Non -> mon évaluation de cette dame est peut-être trop influencée par mes aspirations (je veux plus qu'eux). La dame en question est peut-être en perte d'autonomie depuis un certain temps mais que personne ne s'en soit rendu compte. L'hospitalisation a peut-être juste montré un problème existant et dégénéré. (...) Par contre, je n'ai pas à tout porter sur mes épaules, les gens doivent assumer les responsabilités et conséquences de leurs choix. (...) Je les ai informés quand même des possibilités. J'ai agi avec honnêteté.

Dimension personnelle

Quels facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) ont influencé ma perception et ma réponse à la situation ?

Je suis têtue. Je n'ai jamais aimé qu'on m'impose une façon de faire mais en même temps je suis très souple et si un moyen différent de parvenir à mes fins est plus favorable, je n'hésite pas à le prendre. Lorsque je travaille, je n'hésite pas à rester moi-même. Je ne joue pas un rôle.

J'ai la capacité d'écoute nécessaire. J'ai un grand respect pour le senti d'un patient et je n'ai pas peur de valider avec lui ce qu'il ressent. Ce qui les touche. (...) Souvent, les patients le ressentent et ils font de même. Ce qui me donne beaucoup dans ma collecte de données. Je peux évaluer leurs besoins et partager avec eux un plan de soins. Le patient participant a l'énoncé de ses buts devient actif. Il s'approprie les interventions. Et ainsi, j'amène le patient à se dépasser, à se donner des buts, etc....

Dans une situation similaire, comment aurais-je pu répondre plus efficacement (en vue d'atteindre une pratique optimale) ?

Puis-je faire face à ces facteurs (*personnel, organisationnel, professionnel, culturel*) pour répondre plus adéquatement ?

(...) Je crois que l'ouverture d'esprit permet de se mettre à jour et de se questionner. Je suis convaincue que la méthode réflexive est une constante évolution. Un peu comme les maladies qu'on évalue et réévalue. La meilleure façon de garder notre esprit ouvert c'est de partager avec les autres afin d'être stimulée, de se repositionner, de grandir, etc.... De ne pas croire que la connaissance est un but final mais que la connaissance n'est pas figée, elle doit se renouveler sans arrêt. J'étais contente de moi mais je doutais aussi. Je voulais que ma patiente retourne chez elle autonome. Des fois, je trouve que j'ai plus de confiance aux capacités des patients qu'eux-mêmes (...) Qu'est-ce que j'ai appris à travers cette réflexion? Que l'on soigne avec nos connaissances, nos valeurs, notre spiritualité, nos doutes, notre ouverture à l'autre, notre don de soi, notre engagement.

Appendice R

Pourcentages d'accords interjuges par ligne directrice pour les vignettes portant sur la médication, la mobilisation et la planification du congé

Pourcentages d'accords interjuges par ligne directrice
pour la vignette portant sur la médication (n=86)

Lignes directrices	%
A) Dresser l'historique médicamenteux détaillé à l'admission.	72
B) Vérifier la prise de vitamines, suppléments, produits naturels, alcool, drogues.	64
C1) Vérifier les effets bénéfiques recherchés et actuels de la médication.	45
C2) Vérifier les effets bénéfiques recherchés et actuels des autres produits.	79
D1) Évaluer si présence de médicaments à risque ou inappropriés pour la personne âgée considérant le diagnostic et la condition (ex. : <i>Benadryl</i> ®).	76
D2) Évaluer si présence de médicaments à risque ou inappropriés pour la personne âgée considérant le diagnostic et la condition (ex. : <i>Tramacet</i> ®).	77
E) Évaluer les possibilités d'interaction.	93
F1) Monitorer la pression artérielle (seulement la prise de signes vitaux).	97
F2) Monitorer la pression artérielle (avec justification clinique).	92
G) Estimer la clairance de la créatinine.	97
H1) Évaluer la possibilité de délirium	86
H2) Évaluer la possibilité de délirium (avec justification clinique)	85
I1) Évaluer les habiletés individuelles d'auto-administration de la médication	78
I2) Évaluer les habiletés individuelles d'auto-administration de la médication en précisant un moyen pour l'évaluation.	92
J) Évaluer la douleur.	97
K1) Soulager la douleur (traitement pharmacologique).	76
K2) Soulager la douleur (traitement non-pharmacologique).	95

Lignes directrices	%
L1) Discuter avec pharmacien, médecin et autres membres de l'équipe interdisciplinaire du profil pharmacologique du patient.	48
L2) Discuter des améliorations possibles du profil.	47
M) Réviser/cesser les thérapies médicamenteuses inadéquates en collaboration avec équipe médicale et interdisciplinaire.	58
N) Documenter les indications lors de l'introduction d'une nouvelle thérapie ainsi que le besoin de poursuivre le traitement.	92
O1) Donner au patient l'opportunité d'exercer le contrôle sur leur choix en lien avec la thérapie médicamenteuse.	62
O2) Donner au proche-aidant l'opportunité d'exercer le contrôle sur leur choix en lien avec la thérapie médicamenteuse.	91
Dispenser un enseignement adapté	
P1) au patient,	90
P2) et au proche-aidant	97
P3) sur les bénéfices,	80
P4) les risques	90
P5) et les effets secondaires potentiels de la médication.	91
Q1) Réévaluation de la médication prescrite en prévision du congé afin de prévenir les risques d'événements indésirables liés à la médication.	95
Q2) Consultation auprès d'un pharmacien, un médecin, un expert en soins infirmiers gériatriques ou un programme informatique.	90
<i>% moyen d'accord</i>	81

Pourcentages d'accords interjuges par ligne directrice
pour la vignette portant sur la mobilisation (n=86)

Lignes directrices	% accord
A1) Évaluer les facteurs de risque de chute.	60
A2) Documenter les facteurs de risque de chute.	93
B1) Évaluer régulièrement l'environnement de soin du patient concernant les facteurs de risque de chute.	77
B2) Documenter les facteurs de risque de chute.	93
C1.1) Communiquer les résultats des évaluations aux membres de l'équipe intra/interdisciplinaire.	74
C1.2) Communiquer les résultats des évaluations au patient/ proche-aidant.	79
C2) Planifier les soins avec ceux-ci en fonction des évaluations.	83
D) Promouvoir un programme de mobilisation rapide en fonction de la condition générale du patient.	98
E) Mise en place des mesures de précaution générale de sécurité et de prévention des chutes à l'hôpital.	76
F) En prévision du congé, rappeler au patient et au proche-aidant les facteurs de risque de chute et les mesures de prévention pour son retour à domicile.	88
<i>% moyen d'accord</i>	82

Pourcentages d'accords interjuges détaillés par ligne directrice
pour la vignette portant sur la planification du congé (n=86)

Lignes directrices	% accord
Commencer l'évaluation du processus de planification du congé dès l'admission en évaluant :	
A1) l'état fonctionnel,	85
A2) l'état cognitif de la patiente,	99
A3) l'état psychologique de la patiente et ses habiletés,	88
A4) la perception de la patiente de ses habiletés,	87
A5) les connaissances à l'égard des soins après le congé,	87
A6) les facteurs environnementaux après le congé,	90
A7) les capacités physiques et émotionnelles de la proche-aidante,	85
A8) les besoins de soutien de la proche-aidante,	92
A9) la médication,	86
A10) les services communautaires antérieurs à l'hospitalisation.	86
Implantation d'un plan du congé en accord avec les préférences de la patiente et de sa proche-aidante :	
B1) communication des résultats des évaluations entre les membres; de l'équipe interdisciplinaire, la patiente et la proche-aidante;	87
B2) dispensation de l'enseignement en lien avec les évaluations;	86
B3) assurer les interventions de surveillance en prévision du congé;	56
B4) coordination du processus de planification du congé.	91
<i>% moyen d'accord</i>	86

Appendice S

Exemple d'un écrit réflexif d'une infirmière du groupe expérimental

Écrit réflexif

1) Décrivez une situation clinique survenue au cours du dernier mois auprès d'une personne âgée hospitalisée et se rapportant soit à la médication, à la mobilisation ou à la planification du congé. Décrivez cette situation comme une histoire avec un début, un milieu et une fin en précisant le « quand? », le « où? », le « comment? » et le « qui? » (sans dévoiler de noms).

Il n'est pas nécessaire de compléter toutes les lignes. Utilisez seulement l'espace dont vous avez besoin. Cependant, si vous avez besoin de plus d'espace, des lignes supplémentaires sont disponibles aux pages X.

« À l'unité X, nous est arrivée Mme X. qui pesait +/- 280 lbs avec une plaie immense au niveau du sacrum (on pouvait y entrer tout le poing). Elle avait quitté l'hôpital un mois plus tôt post pontage, avec une légère rougeur au sacrum. Pas très âgée, (68 ans), cette patiente avait une perte de sensibilité et ne s'était pas aperçue, nous dit-elle, qu'elle avait une plaie de cette importance. Cette patiente pouvait à peine bouger, les jambes très enflées, décompensée au niveau cardiaque, ne voulait jamais aller au lit, ne bougeant absolument pas de son fauteuil dans lequel elle était coincée et comprimé à cause de son poids. Elle refusait les soins de mobilisation et d'hygiène criant après le personnel soignant. Il a fallu beaucoup d'insistance pour la soigner, soigner sa plaie (le pansement prenait 2 heures die), lui faire faire de la physio et accepter une convalescence qu'elle attend aujourd'hui avec impatience. Je croyais ce problème de mobilité insoluble dû au poids de la patiente et à son refus de collaboration. »

2) Mentionnez pourquoi vous avez **choisi cette situation** (ex. : situation qui vous a fait vivre une émotion d'accomplissement, de satisfaction ou encore de découragement, de frustration).

« J'ai choisi cette situation car elle m'a fait vivre toutes les émotions! Tout d'abord le découragement. Je croyais réellement que nous n'allions pas réussir à traiter cette dame. La plaie était tellement béante et la patiente souffrait de diabète et j'avais peu d'espoir de guérison. J'ai également été frustrée car la patiente refusait tous les soins. Elle refusait la surface thérapeutique, le coussin ROHO, les soins d'hygiène, refusait la poudre de protéine malgré son besoin accru d'énergie pour guérison de la plaie. Refusait la physio. Puis, la plaie a tout de même commencé à s'améliorer, le Lasix a agi et l'œdème des membres inférieurs à diminué avec l'alimentation de l'hôpital. Le poids de la patiente à beaucoup diminué et la physio est devenue plus facile. Quand j'ai pu constater l'amélioration, j'étais satisfaite et fière car nous avons travaillé très fort dans ce but. Aujourd'hui, elle a une attitude positive avec le personnel, la plaie est presque guérie, elle peut marcher avec marchette seule et j'ai le sentiment du devoir accompli. Elle part en réadaptation sous peu et elle a hâte.

Code du participant : 132

Groupe : GE GC

Unité de soins : _____

Site : X Y Z

3) Analysez cette situation en tentant de répondre à chacune des questions :

- a) Selon vous, quels sont les **événements** significatifs qui ressortent de cette situation?

« Je pense que pour cette patiente, l'événement significatif a été le début de l'amélioration de son état. Avant cela, elle était très négative et refusait tout. Ensuite elle s'est laissée soigner plus facilement. C'était également plus agréable pour le personnel. »

- b) À quoi avez-vous **pensé** lors de cette situation?

« Cette patiente est chez nous depuis quelques mois, alors j'ai eu le temps de penser à toutes sortes de choses pas toujours charitables! Je me demande surtout pourquoi elle a attendu si longtemps avant de venir consulter. Comment peut-on se rendre dans un tel état sans s'en apercevoir? »

- c) Quelles **connaissances ont influencé** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

« Je sais qu'avec le diabète vient une perte de sensibilité et qu'avec son poids elle ne pouvait pas voir sa plaie (...). Je crois que c'est surtout mon sens de l'éthique qui m'a aidée à bien agir dans cette situation. »

- d) Quelles **émotions ont influencé** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

« Je dois avouer que mes émotions ont parfois été négatives car il est difficile de soigner quelqu'un qui ne veut pas, qui crie, qui nous insulte! Donc il est sûrement arrivé que je ne fasse que le minimum et qu'elle n'ait pu bénéficier de toute l'aide et l'efficacité que je peux apporter. »

- e) Quelles **attitudes ont influencé** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

« Cette patiente drainait beaucoup d'énergie et son attitude négative a fait que nous avons décidé, comme groupe soignant, qu'elle ne resterait avec la même infirmière que 2 jours consécutifs à la fois. Cela nuit à la continuité de ses soins mais a sûrement préservé la santé mentale de certaines. Pour ma part, j'ai essayé d'adopter une attitude la plus neutre possible, professionnelle et à force de persévérer et de ne pas tenir compte de son comportement négatif, elle a fini par m'adopter et nous nous entendons aujourd'hui plutôt bien. Je suis même capable d'être avec elle toute la semaine! »

- f) Quelles **valeurs ou croyances personnelles** vous ont influencé dans cette situation?

« Tout le monde a droit à des soins égaux, les meilleurs que je puisse donner, peu importe sa condition et son attitude ou son niveau social. C'est en gardant cela en tête que j'en suis arrivée au bout. »

- g) Dans cette situation, en quoi avez-vous **agi pour le mieux** (éthiquement / moralement)? Donnez un exemple et expliquez

« Tel que décrit plus haut en offrant la meilleure qualité de soin possible sans fléchir et en revenant à la charge malgré les refus, avec patience et fermeté. »

- h) Comment vos **expériences antérieures** vous ont-elles aidé dans la présente situation?

« Je ne sais pas si j'aurais survécu à une telle patiente en début de carrière. Mais comme ce n'est pas ma première patiente réticente aux traitements, je crois que cela m'a aidée à ne pas prendre cela personnel et à dissocier ma difficulté professionnelle de ma valeur personnelle. »

- i) Dans cette situation, jugez-vous ou évaluez-vous que vous avez agi en accord avec les **meilleures pratiques de soins**? Si oui, donnez un exemple. Sinon, pour quelles raisons selon vous?

« Non, en ce sens qu'en temps qu'équipe, nous avons volontairement nuit à la continuité des soins en ne la gardant que 2 jours chacune. Non, en ce sens que je ne croyais pas réellement que nous allions réussir à la soigner. D'un autre côté, je dirais oui, car j'ai réellement, quand même, donné les soins de manière professionnelle et je vous assure qu'il fallait parfois une grande dose de patience et j'ai réellement dû « prendre sur moi » pour assurer une qualité constante des soins. Malgré tout, l'équipe entière a été constamment à la recherche de solutions et d'idées nouvelles pour cette patiente. »

- j) Quelles **connaissances auraient pu influencer** votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

« Peut-être qu'une meilleure connaissance de la patiente en tant que personne m'aurait aidée à être plus compréhensive. La patiente a fini pas s'ouvrir et maintenant je l'apprécie mais j'aurais aimé que cela se produise plus tôt. Si j'avais pu voir au-delà de la patiente, la personne qu'elle est derrière, je crois que cela aurait changé mes soins plus que d'avoir des connaissances au niveau technique. »

- k) Quelles **émotions** auraient pu influencer votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

« Peut-être que si j'avais pu m'empêcher d'être frustrée de la situation, mes soins auraient été de meilleure qualité. J'étais parfois si excédée que j'ai même évité d'entrer dans la chambre! Alors je suppose qu'une émotion de calme et de détachement m'aurait aidée. »

- l) Quelles **attitudes** auraient pu influencer votre perception et votre façon d'agir dans cette situation?

« Une attitude plus détachée dès le départ, détachée ne veut pas dire pour moi dénuée de compassion ou de compréhension. Seulement que la situation et la patiente ne sont pas dirigées contre moi, même si cela à parfois des répercussions sur moi. »

- m) À partir de cette réflexion et dans une situation similaire, comment pourriez-vous **améliorer votre pratique**?

« Un mot à retenir : ZEN! (...) Peut-être le fait de ventiler en groupe d'infirmières pourrait suffire? Tenter de faire la part des choses et ne pas me laisser envahir par des émotions négatives pour que cela n'interfère pas dans mon travail. »

- n) Est-ce que cette réflexion sur cette situation clinique **modifiera votre pratique** clinique? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?

« Je crois que oui : je vais réellement faire un effort afin de ne pas laisser mes sentiments envahir mon travail. Même si ce que nous ressentons teinte notre personnalité, il faut juste s'assurer que cela ne diminue pas la qualité des soins. Également, je crois que c'était la première fois en carrière que je ne « croyais » pas en la guérison ou en la possibilité d'amélioration d'un patient. Plus profond encore, j'ai cru que je ne pouvais pas faire de différence et améliorer son sort. J'avais lâché prise et j'exécutais mes soins passivement. Note à moi même : Il y a toujours quelque chose à faire pour améliorer une situation, pour aider la personne ne serait-ce qu'un peu. Heureusement que nous étions toute une équipe et qu'il y en avait toujours une pour prendre le flambeau quand l'autre était épuisée car sinon nous n'aurions pas réussi. »

Autres commentaires sur la situation :

Merci de votre précieuse collaboration!

Appendice T

**Pourcentages d'accords interjuges pour les cinq éléments
du processus de réflexion de l'écrit réflexif**

Pourcentages d'accords interjuges pour les cinq éléments
du processus de réflexion de l'écrit réflexif

Éléments du processus de réflexion	% accord
1. retour sur les émotions	94
2. association et intégration	64
3. validation	67
4. appropriation	74
5. résultats de la réflexion	70
<i>% moyen d'accord</i>	74

