

Université de Montréal

Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle à l'urgence, étape préalable à la formulation du jugement clinique infirmier

Par

Miriam Tessier

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sciences infirmières

Décembre 2011

© Miriam Tessier, 2011

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle à l'urgence, étape préalable à la formulation du jugement clinique infirmier

présenté par

Miriam Tessier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Dubois

Président-rapporteur

Hélène Lefebvre

Directrice de recherche

Louise Boyer

Codirectrice

Odette Roy

Membre du jury

SOMMAIRE

Depuis l'adoption de la Loi 90 en 2002, la Loi sur les infirmières et infirmiers (LII, article 36) confère une autonomie élargie aux infirmières en reconnaissant, notamment, leur compétence et leur responsabilité à l'égard de l'évaluation clinique qui est représentée dans cette loi comme l'assise de l'exercice infirmier (Pellerin, 2009; OIIQ, 2010). La collecte des données constitue une étape fondamentale du processus d'évaluation clinique (Dillon, 2007; Doyon, Brûlé & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). L'infirmière¹ d'urgence a une responsabilité majeure à l'égard de la collecte des données. En effet, elle œuvre auprès de clientèles de tous âges qui présentent des problèmes de santé variés, aigus et parfois urgents et doit souvent intervenir, sur la base de son évaluation clinique, avant qu'un diagnostic n'ait été établi ou que le patient n'ait été vu par le médecin (Newberry & Criddle, 2005). Or, malgré toute l'importance que revêtent dorénavant l'évaluation clinique et la collecte des données au sens de la loi, ce rôle de l'infirmière semble tarder à s'actualiser dans la pratique clinique.

Le but de cette étude qualitative descriptive consiste à explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques² d'urgence relativement à la réalisation de la collecte des données. La norme clinique « collecte des données » (*assessment*) de l'Emergency Nurses Association (1999) constitue le cadre de référence de l'étude. Cinq entrevues individuelles semi-dirigées de 60 minutes ainsi qu'un groupe de discussion de 90 minutes ont été réalisés auprès d'infirmières d'urgence. Un deuxième groupe de discussion a également réuni deux gestionnaires en soins infirmiers et deux infirmières ressources cliniques de l'urgence. Les données recueillies ont été analysées selon l'approche proposée par Miles et Huberman (2003). Les résultats obtenus démontrent que les infirmières considèrent la collecte des données comme un aspect fondamental de leur pratique à l'urgence, qui contribue à améliorer la

¹ Dans le présent document, le féminin est utilisé afin d'alléger le texte. Il est entendu que cette appellation désigne également les infirmiers.

² L'expression « infirmières ressources cliniques » sera utilisée pour désigner les infirmières, qui dans le cadre de leur fonction d'infirmière clinicienne spécialisée et d'infirmière clinicienne à la formation agissent à titre de références cliniques pour les infirmières soignantes.

qualité et la sécurité des soins dispensés. Or, les résultats révèlent également que leur compréhension de la collecte des données est variable, que leur pratique est aléatoire et largement influencée par le modèle biomédical. Plusieurs facteurs influencent la pratique des infirmières relativement à la collecte des données notamment : la conception individuelle de la collecte des données et du rôle infirmier, les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe des soins infirmiers et les autres professionnels ainsi que le soutien de l'organisation et des gestionnaires en soins infirmiers. Ce dernier facteur semble prépondérant dans le contexte de l'urgence et démontre que le soutien des gestionnaires et des infirmières ressources cliniques influence de façon importante la pratique dans les milieux cliniques. Cette étude propose des pistes de réflexion sur la formation académique, la formation continue, l'administration des soins infirmiers et la collaboration interprofessionnelle qui pourraient faciliter l'actualisation du rôle des infirmières à l'égard de la collecte des données et de l'évaluation clinique afin d'améliorer la qualité des soins dispensés à l'urgence.

Mots clés : évaluation de la santé, évaluation clinique de l'infirmière, histoire de santé, examen physique, pratique infirmière à l'urgence, devis qualitatif

SUMMARY

Since the enactment of Bill 90 in 2002, the Nurses Act (section 36) gives nurses greater autonomy by recognizing their competency and responsibility in clinical assessment, featured in this Act as the corner stone of the nursing profession (Pellerin, 2009; OIIQ, 2010). Assessment constitutes a fundamental step in the clinical assessment process (Dillon, 2007; Doyon, Brûlé & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). The emergency nurses have a major responsibility with regard to patient assessment. In fact, they work with patients of all ages that have various health problems that can be acute and sometimes urgent, and they must intervene, according to their clinical assessment, before a diagnosis has been established or the patient has seen a doctor (Newberry & Criddle, 2005). Yet, despite the importance now conferred by law on clinical assessment, this role has yet to be accepted as an integral part of clinical nursing.

The aim of this qualitative descriptive study is to explore the perceptions of nurses, nursing managers and clinical resource nurses³ with regard to assessment. The clinical standard of the Emergency Nurses Association for patient assessment (1999) is the frame of reference for this study. Five 60-minute individual semi-structured interviews and a 90-minute discussion group were conducted with emergency nurses. A second discussion group included two nursing managers and two emergency clinical resource nurses. The data collected were analysed using the approach proposed by Miles and Huberman (2003). The results obtained show that nurses view patient assessment as a fundamental part of their emergency responsibilities that influences the improvement of the quality and security of the care given. However, the results also revealed that their understanding of assessment varies, and that this practice is random and largely influenced by the biomedical model. Several factors influence nursing practice regarding patient assessment, in particular: individual notions of assessment and the role of nurses, the relations and interactions between members of the nursing team and other professionals, as well as

³ The term “clinical resource nurses” will be used to refer to nurses who in the practice of their profession as clinical nurse specialists and clinical nurse educators provide guidance to general duty nurses.

the support of the organisation and the nursing managers. This last is a leading factor in the context of the emergency department and shows that the support of the nursing managers and clinical resource nurses has an important impact on practice in clinical settings. This study proposes further areas of study focused on academic training, continuing professional education, nursing management and inter-professional collaboration that could facilitate the actualisation of nurses' roles concerning patient assessment to improve the quality of care provided in the emergency department.

Keywords: health assessment, nursing assessment, physical assessment, history taking, emergency nursing, qualitative study

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	ii
SUMMARY	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
DÉDICACES.....	ix
REMERCIEMENTS.....	x
CHAPITRE PREMIER - LA PROBLÉMATIQUE	1
Le but	8
Le cadre de référence	8
CHAPITRE DEUXIÈME - LA RECENSION DES ÉCRITS	10
Les écrits théoriques	11
• La Loi 90	11
• L'évaluation clinique.....	12
• Collecte des données	14
▸ Histoire de santé.....	15
▸ Examen physique	16
Les écrits empiriques	17
• L'évaluation clinique.....	17
• L'examen physique	19
▸ L'utilisation de l'examen physique	19
▸ Obstacles à l'utilisation de l'examen physique.....	20
▸ La formation continue et la collecte des données	24
Le cadre de référence	26
CHAPITRE TROISIÈME - LA MÉTHODOLOGIE	29
Le devis	30
Le milieu et l'échantillon	30
• Le milieu.....	30
• L'échantillon	31
Les critères d'inclusion	31
Recrutement.....	32
Collecte des données.....	32
• Les entrevues	33
• Les groupes de discussion	34
L'analyse des données	35
Les critères de scientificité	37
Les considérations éthiques.....	38

CHAPITRE QUATRIÈME - LES RÉSULTATS	40
Données sociodémographiques	41
Résultats	42
Les entrevues individuelles et le groupe de discussion avec les infirmières d'urgence	42
• Les perceptions et la réalisation de la collecte des données dans le contexte spécifique de l'urgence.....	43
• Les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe de soins infirmiers, les autres professionnels et l'organisation.....	55
• Synthèse des résultats.....	62
Le groupe de discussion avec les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques	64
• Les perceptions et la réalisation de la collecte des données dans le contexte spécifique de l'urgence.....	64
• Les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe de soins infirmiers, les autres professionnels et l'organisation.....	71
• Synthèse des résultats.....	74
CHAPITRE CINQUIÈME - DISCUSSION	76
La discussion	77
• Réaliser la collecte des données selon la perspective holistique et professionnelle des soins infirmiers	78
• Recueillir une base de données initiale ciblée composée de données subjectives et objectives	81
• Adapter sa collecte des données en fonction des particularités physiques, psychologiques et sociales et du stade de développement de la personne	83
• Documenter les données au dossier afin de les rendre accessibles.....	84
• Communiquer les données pertinentes aux intervenants concernés tout au long de l'épisode de soins à l'urgence	85
• Le soutien	86
Limites de l'étude	89
Recommandations.....	90
• Les recommandations sur le plan de la pratique.....	90
• Les recommandations sur le plan de la gestion	92
• Les recommandations sur le plan de l'enseignement.....	94
CONCLUSION.....	97
RÉFÉRENCES	99

ANNEXE A - Carte conceptuelle de l'évaluation clinique	x
ANNEXE B - Norme clinique « Collecte des données » de l'Emergency Nurse Association (ENA, 1999)	xii
ANNEXE C - Recrutement.....	xv
ANNEXE D - Fiches des données sociodémographiques	xix
ANNEXE E - Guide d'entretien s'adressant aux infirmières lors des entrevues individuelles	xxiv
ANNEXE F - Guide d'entretien s'adressant aux infirmières lors du groupe de discussion	xxvii
ANNEXE G - Guide d'entretien s'adressant aux gestionnaires en soins infirmiers et aux infirmières ressources cliniques de l'urgence	xxx
ANNEXE H - Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières d'urgence.....	xxxiii
ANNEXE I - Formulaire d'information et de consentement pour les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence.....	xl
ANNEXE J - Certificat d'éthique.....	xlvii
ANNEXE K - Tableau des thèmes.....	xlix
ANNEXE L - Données sociodémographiques	lii

DÉDICACES

À ma mère Lucie, une infirmière inspirante qui m'a transmis sa passion des soins infirmiers.

À toutes ces infirmières compétentes et chevronnées qui, malgré le contexte exigeant du système de santé au Québec, accordent toujours autant d'importance à la personne et à la qualité des soins infirmiers qui lui sont prodigués.

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je désire remercier ma directrice de recherche, Mme Hélène Lefebvre ainsi que ma codirectrice, Mme Louise Boyer, pour leur soutien indéfectible dans la réalisation de ce projet. Merci d'avoir cru en moi, d'avoir su me guider et m'encourager tout au long de ce processus.

Je tiens également à remercier chaleureusement les infirmières, les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence qui ont participé à cette étude. J'ai rencontré des professionnelles passionnées qui ont à cœur le développement de la pratique infirmière. De plus, je souhaite remercier sincèrement l'équipe des infirmières cliniciennes spécialisées de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui, par leur grande expertise, ont contribué à la rigueur de cette étude en procédant à la validation des guides d'entretien.

Merci au Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport ainsi qu'à la Faculté des sciences infirmières qui ont facilité la réalisation de ce projet en m'octroyant des bourses de fin d'études à la maîtrise.

Je désire également exprimer ma gratitude aux directrice et directrice adjointe des soins infirmiers du CSSS de Laval, Mme Lucie Gagnon et Mme Luce Bélanger ainsi qu'à Mme Sylvie Branchaud, chef de service des unités RCNE, qui par leur souplesse et leur compréhension m'ont permis de mener à bien mon projet. Merci à mes collègues de la DASI qui m'ont prodigués de précieux conseils tout au long de cette aventure et spécialement à Marie-Claude Laflamme et à Androniki Tsoybariotis qui, par leur dynamisme et leur passion, m'ont influencé à poursuivre mes études universitaires. Mes plus sincères remerciements à mon ami et mentor, Jérôme Gauvin-Lepage, qui par sa patience et sa grande générosité a su être une grande source de réconfort aux moments opportuns.

Enfin, mes derniers mots sont destinés à ma famille Lucie, Claude, Hugo, Amélie, Jeannine, Réal, Manon et Isabelle ainsi qu'à mes amis. Merci d'être de si précieux alliés dans les moments significatifs de ma vie. Votre amour, votre présence, votre compréhension et vos encouragements ont été une importante source de motivation pour moi tout au long de cette aventure.

CHAPITRE PREMIER
LA PROBLÉMATIQUE

Au Québec, une importante réforme législative des professions de la santé a mené à l'adoption, en 2002, de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c.33). Cette loi décrit les champs d'exercice, révisés et actualisés, de onze professions de la santé dont celui de la profession infirmière. La Loi sur les infirmières et infirmiers (LII, article 36) ainsi modernisée confère désormais aux infirmières une autonomie élargie en reconnaissant, notamment, leur compétence et leur responsabilité à l'égard de l'évaluation clinique qui est présentée dans cette loi comme l'assise de l'exercice infirmier (Pellerin, 2009; OIIQ, 2010). En effet, le but de l'évaluation clinique est de permettre à l'infirmière de poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne et donc, la majorité, voire la totalité de ses interventions en découlent (Dillon, 2007; Pellerin, 2009; OIIQ, 2010; Weber & Kelley, 2007). L'évaluation clinique consiste à recueillir des données objectives et subjectives sur l'état de santé de la personne, à les analyser et à les interpréter afin d'arriver à un constat qui constitue le fruit du jugement clinique de l'infirmière (Dillon, 2007; Pellerin, 2010; Weber & Kelley, 2007). L'infirmière d'urgence a une responsabilité majeure relativement à l'évaluation clinique. En effet, elle œuvre auprès de clientèles de tous âges qui présentent des problèmes de santé variés, aigus et parfois urgents et doit souvent intervenir, sur la base de son évaluation initiale, avant qu'un diagnostic soit établi ou que le patient ait été vu par le médecin (Considine, Potter, & Jenkins, 2006; Newberry & Criddle, 2005). Elle procède également à l'évaluation du patient en cours d'évolution, en déterminant la fréquence de la surveillance à effectuer et en avisant les professionnels concernés de toutes détériorations ou changements significatifs de l'état de la personne (Considine et al., 2006).

Une recension des écrits scientifiques a permis de constater que la littérature en sciences infirmières accorde un intérêt considérable au mécanisme de la pensée critique dans la pratique infirmière, mais s'intéresse peu au processus de collecte des données qui est pourtant une étape préalable à la formulation du jugement clinique de l'infirmière. La collecte des données constitue, en effet, une étape fondamentale du processus d'évaluation clinique puisque la détermination de l'état de santé de la personne et de ses besoins prioritaires, ainsi que le choix des interventions

infirmières à mettre en place, reposent sur l'analyse et l'interprétation des informations recueillies (Dillon, 2007; Doyon, Brûlé & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). L'infirmière procède à la collecte des données en recueillant auprès de la personne et de sa famille des données objectives et subjectives sur les dimensions physique, mentale, sociale, culturelle et spirituelle (Dillon, 2007; Doyon, Brûlé & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Afin de recueillir ces informations, elle réalise l'examen clinique qui comprend l'histoire de santé et l'examen physique, elle consulte les résultats des tests et des examens diagnostiques, elle révisé le dossier médical et communique avec les professionnels de la santé impliqués auprès du patient (Doyon, Brûlé & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; OIIQ, 2009). Puisque ces données constituent la base des étapes subséquentes de la démarche de soins, elles doivent être complètes, exactes et basées sur les faits (Dillon, 2007; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007).

Or, l'investigatrice, infirmière clinicienne à la formation sur les unités transitoires d'hospitalisation d'un centre hospitalier québécois, observe que les infirmières qui œuvrent en milieu hospitalier accordent généralement une importance limitée à la collecte des données dans leur pratique. Elles semblent inconfortables face à la réalisation de l'évaluation clinique et font régulièrement appel à d'autres professionnels pour procéder à l'examen physique de la personne comme c'est souvent le cas avec l'inhalothérapeute pour l'évaluation de la condition respiratoire. Elles paraissent incertaines des résultats obtenus par le biais de leur évaluation clinique et basent le plus souvent leur jugement sur l'évaluation des autres professionnels impliqués auprès du patient. Les informations qu'elles recueillent par le biais de la collecte des données sont également peu documentées dans les notes d'évolution au dossier.

Puisque peu d'études se sont intéressées à la collecte des données réalisée par l'infirmière dans le contexte spécifique de la salle d'urgence, il apparaît important de présenter les études réalisées auprès d'infirmières d'autres milieux cliniques. Or, à la lumière de la recension des écrits réalisée, force est de constater que la majorité des études recensées se consacrent exclusivement à un des aspects de la collecte des

données : l'examen physique. Seuls les auteurs australiens Lillibridge et Wilson (1995; 1999) semblent s'être intéressés au concept global de l'évaluation clinique et, plus précisément, à la façon dont les infirmières décrivent et perçoivent leur rôle quant à la collecte des données dans la pratique clinique. Une première étude quantitative (Wilson & Lillibridge, 1995) menée auprès d'infirmières issues de différents milieux cliniques a révélé que l'évaluation clinique constitue, pour les participantes, une composante centrale du rôle de l'infirmière et une compétence importante. Elles croient que l'évaluation clinique contribue à améliorer la qualité des soins prodigués à la clientèle en permettant notamment de prévenir les complications. Or, à la lumière des résultats, les auteurs ont également constaté que la pratique de l'évaluation clinique au sein du groupe d'infirmières interrogées était très variable. Ils ont émis l'hypothèse que la conceptualisation individuelle de l'évaluation clinique des infirmières ainsi que le manque de reconnaissance des milieux quant à l'importance fondamentale de l'évaluation clinique dans le rôle de l'infirmière sont des facteurs qui influencent cette pratique. Une seconde étude qualitative descriptive (Lillibridge & Wilson, 1999) réalisée par ces mêmes auteurs s'est intéressée à la description que font les infirmières de leur pratique de l'évaluation clinique et du type de données qu'elles recueillent par le biais de cette évaluation. Les réponses des infirmières au questionnaire démontrent qu'elles utilisent des expressions et des termes très différents pour décrire leur pratique de l'évaluation clinique tels que des termes désignant des techniques d'examen clinique, des diagnostics infirmiers, des traitements et des circonstances où l'évaluation clinique devrait être pratiquée. La diversité des thèmes abordés démontre que les infirmières n'ont pas la même compréhension de l'expression « évaluation clinique » et qu'il existe, pour plusieurs d'entre elles, une certaine confusion entre les expressions évaluation clinique et examen physique (Lillibridge & Wilson, 1999). Cette étude a également permis de mettre en lumière le fait que l'approche biomédicale, qui est axée sur l'effet de la maladie et des traitements médicaux sur les systèmes du corps humain, est l'approche qui guide la démarche de collecte des données de plusieurs infirmières. Qui plus est, il semble que l'évaluation clinique soit souvent enseignée aux infirmières selon la perspective biomédicale (Lesa & Dixon,

2007; Secrest, Norwood & DuMont, 2005). Or, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que, dans l'exercice de son rôle, l'infirmière se doit d'adopter une perspective plus holistique axée sur les besoins de la personne et de sa famille et non uniquement sur la pathologie en explorant, en plus des éléments liés à sa condition physique, son adaptation à sa situation de santé et ses besoins d'apprentissage (Lillibridge & Wilson, 1999; Skillen, Anderson, & Knight, 2001; Wilson & Lillibridge, 1995).

De nombreuses études, toutes quantitatives, se sont intéressées à la réalisation de l'examen physique, un des éléments de la collecte des données, dans la pratique d'infirmières (Brown, Brown, & Bayer, 1987; Carrieri, Stotts, Murdaugh, Levinson, & Holzemer, 1982; Colwell & Smith, 1985; Lont, 1992; Secrest et al., 2005; Sony, 1992). Bien que ces études démontrent que certaines techniques d'examen physique spécifiques demeurent peu utilisées dans la pratique clinique (ophtalmoscopie, examen interne du nez, otoscopie, etc.), les réponses des infirmières questionnées indiquent qu'elles ont recours à l'examen physique dans leur pratique clinique de façon quotidienne ou régulière et qu'elles sont à même d'exécuter un vaste échantillon de techniques d'examen physique différentes. Toutefois, aucune étude d'observation, qui aurait contribué à dépeindre la pratique réelle de l'examen physique par les infirmières, n'a été recensée à cet effet. Néanmoins, il apparaît très clairement dans la littérature recensée que les infirmières, même encore aujourd'hui, vivent des difficultés et rencontrent de nombreux obstacles lorsqu'elles tentent d'intégrer l'examen physique à leur pratique en milieu clinique (Barrows, 1985; Brown & al. 1987; Colwell & Smith, 1985; Edmunds, Ward, & Barnes, 2010; Lont, 1992; Reaby, 1990; Secrest & al., 2005; Skillen & al., 2001; Sony, 1992).

Outre le manque de temps souvent identifié par les infirmières comme un obstacle majeur à l'intégration de l'examen physique à leur pratique (Barrows, 1985; Carrieri et al., 1982; Skillen, 2001; Sony, 1991), le soutien des pairs apparaît dans la littérature recensée comme un facteur déterminant (Barrows, 1985; Brown et al. 1987; Carrieri et al.; Reaby, 1990; Skillen et al., 2001; Sony, 1992). Toutefois, cet obstacle semble prédominant dans le contexte spécifique de la salle d'urgence. À notre connaissance, l'étude qualitative de Barrows (1985) est la seule étude qui s'intéresse

aux perceptions d'infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle dans le contexte spécifique de l'urgence. Les infirmières d'urgence (N=90) interrogées par Barrows (1985) mentionnent que le manque de soutien et même un certain niveau d'opposition manifesté par les gestionnaires, les médecins, les assistantes infirmières-chefs et les infirmières de l'urgence quant à l'utilisation des techniques d'examen physique créent un climat de travail stressant qui les dissuade d'avoir recours à l'examen physique auprès de la clientèle. Le fait que plusieurs collègues, dont des infirmières d'urgence, ne considèrent pas l'examen physique comme une responsabilité inhérente à la profession infirmière explique, en partie, cette opposition (Barrow, 1985). Plusieurs études abondent en ce sens et font, elles aussi, état du fait qu'il subsiste, dans les milieux cliniques, la perception que la réalisation de l'examen physique ne constitue pas une responsabilité infirmière (Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Edmunds, Ward, & Barnes, 2010; Lont, 1992; Skillen et al., 2001; Sony, 1992). Les infirmières interrogées par Barrows (1985) émettent des recommandations et suggèrent qu'un milieu clinique où règne un climat propice à l'apprentissage, où l'équipe encourage, valorise et soutient les initiatives des infirmières et reconnaît leur responsabilité à l'égard de l'examen physique favorise l'intégration de cet élément à la pratique des infirmières d'urgence.

L'importance du soutien se manifeste également dans les propos d'infirmières issues du milieu des soins prolongés qui, questionnées par Skillen et al. (2001), mentionnent que le soutien clinique inexistant et l'absence de collègues dans le milieu pour corroborer les résultats induisent de la réticence à utiliser l'examen physique auprès de la clientèle et ultimement, altère leur confiance en elles quant à cet aspect de leur pratique. Le manque de compétence et de confiance des infirmières relativement à la réalisation de l'examen physique est un obstacle rapporté dans de nombreuses études (Barrow, 1985; Brown et al., 1987; Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Edmunds et al., 2010; Lont, 1992; Reaby, 1990). Or, selon Barrows (1985), les infirmières sont plus susceptibles d'intégrer avec succès l'examen physique à leur pratique si elles démontrent de la confiance quant à leur capacité à l'utiliser. Les programmes de formation continue peuvent contribuer à aider les infirmières à acquérir plus d'assurance face à cet aspect de leur pratique (Brown et

al., 1987; James & Reaby, 1990; Milligan et al., 2006; Reaby, 1990). Des études ont notamment démontré que des infirmières, suite à leur participation à un programme de formation continue, avaient plus de connaissances concernant l'examen physique, plus souvent recours aux techniques d'examen physique dans leur pratique quotidienne et qu'elles se sentaient plus confiantes quant à leur capacité à utiliser les techniques d'examen physique (Brown et al., 1987; James et Reaby, 1990; Milligan et al., 2006; Reaby, 1990). Aussi, il semble que la formation continue contribue à améliorer la qualité de la documentation de l'examen physique par les infirmières d'urgence (Cone, Anderson, & Johnson, 1996). Les 59 experts de la pratique infirmière d'urgence questionnés par Valdez (2009) identifient d'ailleurs l'examen physique comme une des plus importantes priorités éducationnelles des dix prochaines années dans le secteur des soins d'urgence.

En résumé, malgré l'importance que revêt dorénavant l'évaluation clinique dans la pratique infirmière contemporaine, peu d'études s'intéressent à la réalisation de la collecte des données qui est l'étape préalable à la formulation du jugement clinique qui soutient la prise de décisions de l'infirmière et dont découlent toutes les interventions réalisées auprès de la personne. Les écrits recensés dans le cadre de cette étude ne sont pas récents et s'intéressent principalement au développement et à l'utilisation d'habiletés d'évaluation clinique, mais peu à la compréhension et aux perceptions des infirmières qui utilisent ces habiletés dans leur pratique clinique. De plus, tandis que la majorité de ces études (Barrows, 1985; Brown et al. 1987; Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Cone et al., 1996; Edmunds et al., 2010; James & Reaby, 1990; Lont, 1992; Milligan et al., 2006; Reaby, 1990; Secrest et al., Skillen et al., 2001; Sony, 1992; Yamauchi, 2001) s'intéressent à l'utilisation des techniques d'examen physique dans la pratique infirmière, peu d'attention est accordée à la collecte des données qui est un processus plus complexe et plus holistique. Aussi, bien qu'elle soit très peu récente et qu'elle porte uniquement sur un aspect de la collecte des données, soit l'examen physique, l'étude de Barrows (1985) qui utilise une méthodologie qualitative est la seule étude recensée qui s'intéresse aux perceptions d'infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle dans le contexte spécifique de l'urgence. Or, la collecte des données

constitue une responsabilité fondamentale de l'infirmière d'urgence, qui doit intervenir avec compétence et rapidité auprès de clientèles très variées (Newberry & Criddle, 2005). Finalement, peu d'attention semble avoir été accordée aux perceptions des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques des milieux de soins en ce qui concerne la collecte des données dans la pratique infirmière. Les études de Barrows (1985) et Skillen et al. (2001) démontrent néanmoins qu'ils constituent des acteurs clés qui influencent la pratique des infirmières.

Aussi, à la lumière de ces constats, il apparaît essentiel à l'investigatrice d'explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle par le biais d'une étude qualitative descriptive exploratoire. Enfin, puisqu'elles définissent le rôle attendu de l'infirmière d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données dans la pratique clinique, les normes cliniques de l'*Emergency Nurses Association* (ENA, 1999) constitueront le cadre de référence de cette étude.

Le but

Le but de cette étude consiste à explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle.

Le cadre de référence

La norme clinique « collecte des données » (*assessment*) de l'ENA (1999) constituera le cadre de référence de cette étude. Une norme clinique est un énoncé, mesurable qualitativement ou quantitativement, du niveau de formation, d'habileté et de performance attendus des infirmières dans la pratique des soins infirmiers. Les normes cliniques ne régissent pas la compétence infirmière au niveau légal, mais constituent plutôt un outil de référence pour établir le niveau de compétence attendu de l'infirmière d'urgence dans la pratique des soins infirmiers. La norme clinique s'accompagne d'un niveau de compétence (compétent ou expert) ainsi que

d'indicateurs de compétence qui sont des critères mesurables qui représentent les interventions infirmières attendues dans la réalisation de la collecte des données à l'urgence.

Les normes cliniques de l'ENA (1999) sont complémentaires aux normes cliniques de *l'American Nurses Association* (ANA, 1998) qui établie les indicateurs de compétence de la pratique générale des soins infirmiers à toutes les étapes de la démarche de soins. L'ANA (1998) précise donc les interventions infirmières attendues dans la pratique générale des soins infirmiers quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle et l'ENA (1999), les interventions infirmières attendues dans le contexte spécifique de la salle d'urgence.

La norme clinique utilisée dans le cadre de cette étude stipule qu'une collecte des données pertinentes doit être réalisée de façon systématique par l'infirmière d'urgence auprès de chaque patient. La norme comporte les niveaux de compétence « compétent » et « expert ». Seul le niveau de compétence « compétent » sera retenu dans le cadre de cette étude. Les indicateurs de compétence qui composent la norme clinique portent sur certains aspects de la collecte des données réalisée à l'urgence tels que: les types de collectes des données, les sources et les techniques de collectes des données, la perspective adoptée par l'infirmière dans la réalisation de la collecte des données, la nature des données recueillies ainsi que la documentation et la communication des résultats de la collecte des données (ENA, 1999). Ces indicateurs orienteront l'exploration des perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle.

CHAPITRE DEUXIÈME
LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une synthèse critique de la littérature recensée en regard des thèmes liés à la réalisation de la collecte des données dans la pratique infirmière à l'urgence. Les bases de données CINAHL, MEDLINE et PubMed ainsi que des ouvrages des bibliothèques de l'Université de Montréal et du centre de documentation de l'OIIQ ont été consultés dans le cadre de la recension. Les mots clés suivants ont été utilisés individuellement ou en complémentarité afin d'identifier les écrits pertinents : *health assessment, nursing assessment, physical assessment, physical examination, history taking, emergency nursing, emergency nurses*.

La première section traite des écrits théoriques portant sur l'application de la Loi 90 ainsi que sur l'évaluation clinique, la deuxième section présentera les écrits empiriques liés à la réalisation de la collecte des données par les infirmières. Enfin, la dernière section expliquera le cadre de référence.

Les écrits théoriques

La Loi 90

Adoptée en 2002, la Loi modifiant le code des professions et autres dispositions législatives a actualisé et redéfini le champ d'exercice de onze professions de la santé dont celui de la profession infirmière (OIIQ, 2006; 2010). L'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) ainsi modernisé définit le champ d'exercice des infirmières comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (p.12).

La Loi 90 confère désormais une autonomie élargie aux infirmières en reconnaissant notamment leur capacité à exercer, sur la base d'une évaluation de la condition physique et mentale de la personne, un jugement clinique dont les conclusions mènent à l'identification des problèmes et des besoins de santé

prioritaires du patient et ultimement à l'élaboration d'un plan thérapeutique infirmier (PTI; OIIQ, 2006; 2009; 2010). Ainsi, la majorité des interventions de l'infirmière découlent de l'activité d'évaluation qui constitue l'assise de l'exercice infirmier (OIIQ, 2010).

L'activité d'évaluation est une activité partagée par plusieurs professionnels de la santé. Les champs de pratique respectifs de ces professionnels précisent l'objet de l'évaluation. L'énoncé de l'activité d'évaluation du champ de pratique infirmier évoque une évaluation globale et holistique (OIIQ, 2010).

L'évaluation clinique

L'activité d'évaluation de l'infirmière consiste à recueillir, analyser et interpréter des données objectives et subjectives sur la condition physique et mentale du patient afin d'identifier ses problèmes et besoins de santé prioritaires (OIIQ, 2009, 2010; Pellerin, 2009). Elle est holistique et axée sur les dimensions physique, mentale, sociale, culturelle et spirituelle de la santé de la personne (Dillon, 2007; OIIQ, 2010; Weber & Kelley, 2007). L'évaluation clinique s'inscrit dans la démarche de soins, méthode de résolution de problème appliquée en soins infirmiers, et en constitue les deux premières étapes soit : la collecte des données et l'analyse et l'interprétation des données (Dillon, 2007; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Selon l'OIIQ (2010), « L'évaluation de l'infirmière permet de distinguer l'anormalité de la normalité, de détecter des complications, de déceler des problèmes de santé, de déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation de santé de la personne et d'établir les priorités et les conditions d'intervention» (p.34). Elle comporte deux dimensions, l'évaluation initiale et l'évaluation en cours d'évolution (OIIQ, 2009; 2010; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Ainsi, lors du premier contact avec le patient, l'infirmière procède à l'évaluation initiale qui consiste à recueillir les données de base et à les analyser afin de déterminer les problèmes actuels ou potentiels ainsi que les besoins prioritaires de la personne (OIIQ, 2009, 2010; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Puis, tout au long de l'épisode de soins du patient, elle poursuit son évaluation en procédant à l'évaluation en cours d'évolution

qui vise à surveiller l'évolution de l'état de santé du client, à exercer une surveillance clinique afin de détecter une possible détérioration de son état, à évaluer sa réponse aux traitements et à formuler de nouveaux constats au PTI (OIIQ, 2009, 2010; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Une carte conceptuelle (annexe A) a été élaborée par l'investigatrice, en collaboration avec les directrices de recherche, afin de faciliter la compréhension de la terminologie relative à l'évaluation clinique.

L'infirmière a une responsabilité importante en matière de documentation des activités d'évaluation clinique (OIIQ, 2002, 2006). Les outils qui permettent de documenter l'évaluation clinique sont variés et influencés par les modèles de soins infirmiers qui guident la pratique infirmière au sein des organisations (OIIQ, 2002). Les données subjectives et objectives recueillies par l'infirmière sont documentées dans les formulaires d'évaluation (questionnaires, formulaires d'évaluation clinique, grilles d'observation et d'examen physique, grilles d'évaluation de risque, etc.), les formulaires d'enregistrement systématiques (signes vitaux, signes neurologiques, glycémies capillaires, etc.) et les notes d'évolution (OIIQ, 2002). Les constats de l'évaluation clinique, issus du jugement clinique de l'infirmière, sont documentés au plan thérapeutique infirmier sous forme de besoins et de problèmes prioritaires (OIIQ, 2006, 2010; Pellerin, 2009). Le PTI est une norme légale et obligatoire de documentation qui découle de l'adoption de la Loi 90 et qui rend compte des décisions cliniques prises par l'infirmière sur la base de son évaluation clinique (OIIQ, 2006; 2009; 2010). Il est ajusté, par l'infirmière, à la lumière de l'évaluation en cours d'évolution (OIIQ, 2006; 2009; 2010).

L'évaluation clinique infirmière se distingue de l'évaluation médicale. En effet, tandis que l'évaluation médicale, axée sur l'effet physiologique de la maladie et des traitements médicaux, vise à établir un diagnostic médical, l'évaluation infirmière, quant à elle, s'intéresse à la capacité d'adaptation et de prise en charge de la personne face à sa situation de santé et vise à évaluer la réponse du patient à ses problèmes de santé réels et potentiels (Dillon, 2007; Pellerin, 2009). De fait, l'évaluation clinique médicale s'inscrit dans le modèle biomédical qui considère la santé comme l'absence de maladie (Dillon, 2007; Pellerin, 2009; Weber & Kelley,

2007); et l'évaluation clinique de l'infirmière s'inscrit dans une approche plus holistique dont les fondements diffèrent du modèle biomédical. En effet, seul un cadre de référence infirmier, tel qu'un modèle conceptuel infirmier, peut guider la pratique de l'évaluation clinique des infirmières (Doyon, Brûlé & Cloutier, 1999; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Or, des études qui seront abordées plus loin, témoignent de la prédominance de l'utilisation du modèle biomédical comme cadre de référence à l'évaluation clinique de l'infirmière (Lillibridge & Wilson, 1999; Secrest et al., 2005; Wilson & Lillibridge, 1995). Néanmoins, bien que ces deux conceptions de l'évaluation clinique soient différentes, elles sont tout de même complémentaires puisque le diagnostic médical oriente les décisions de l'infirmière quant à la surveillance clinique à mettre en place et que l'évaluation clinique de l'infirmière contribue à l'identification de problèmes médicaux (Dillon, 2007; Pellerin, 2009; OIIQ, 2010).

La collecte des données constitue une étape fondamentale de l'évaluation clinique de l'infirmière.

Collecte des données

La collecte des données consiste à recueillir, par le biais de sources variées, les informations pertinentes à l'identification des besoins et problèmes prioritaires de la personne (Pellerin, 2009; OIIQ, 2006; 2010). C'est sur la base des données recueillies que l'infirmière pose un jugement clinique et énonce les constats de son évaluation. Ces données doivent donc être exactes et basées sur les faits puisque le plan de traitement infirmier, le PTI, et toutes les interventions infirmières en découlent (Dillon, 2007; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007).

Les données recueillies par l'infirmière sont de natures objective et subjective. Les données objectives réfèrent à des signes observables et mesurables et les données subjectives aux symptômes et aux expériences décrits par la personne et sa famille (Bates, 2006; Dillon, 2007; Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002). Les données recueillies par l'infirmière proviennent de différentes sources : de l'examen clinique qui comprend l'histoire de santé et l'examen physique, de la révision du dossier clinique

et des résultats des tests et des examens diagnostiques (Dillon, 2007; Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007).

L'infirmière adapte la collecte des données en fonction de la situation clinique du patient et de son domaine de pratique. Quatre types de collectes de données sont utilisés par l'infirmière. La collecte des données complète est réalisée lors du contact initial avec le patient et donc, en milieu hospitalier, à l'admission (Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). Composée d'une histoire de santé et d'un examen physique global, elle permet d'établir la base de données avec laquelle les résultats subséquents pourront être comparés (Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). La collecte des données en suivi consiste à réévaluer, à intervalles réguliers, l'état de santé de la personne et l'évolution de ses problèmes de santé préalablement identifiés lors de la collecte complète (Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007). La collecte des données en cours d'évolution ou centrée sur un problème est limitée dans le temps et cerne un problème spécifique (Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002; Jarvis, 2009; Weber & Kelley, 2007). L'examen clinique réalisé par l'infirmière est alors précis et ciblé. Finalement la collecte des données d'urgence, qui s'effectue dans un contexte de soins critiques, est rapide et vise principalement à évaluer l'état des fonctions vitales de la personne (Doyon, Brûlé, & Cloutier, 2002; Pellerin, 2009; Weber & Kelley, 2007).

Histoire de santé

Les données subjectives sont issues des perceptions, des sentiments, des sensations, des symptômes, des croyances et des valeurs formulées par la personne (Cloutier, Brûlé, & Doyon, 2002; Dillon, 2007; Pelletier, 2009; Weber & Kelley, 2007). L'infirmière recueille les données subjectives qui constituent l'histoire de santé de la personne dans le cadre de l'entrevue (Dillon, 2007; Lefebvre & Cardinal, 2002; Pilote, 2009; Weber & Kelley, 2007). Cette étape est fondamentale puisqu'elle oriente la suite de la collecte des données. Le questionnaire de l'entrevue sur

l'histoire de santé porte sur les données démographiques, la raison de consultation, le bilan de santé, les antécédents personnels et familiaux, la revue des systèmes, l'évaluation fonctionnelle et la perception de la santé de la personne (Bates, 2010; Cloutier, Brûlé, & Doyon, 2002; Dillon, 2007; Pelletier, 2009; Weber & Kelley, 2007). Plusieurs habiletés sont nécessaires afin de mener à bien une entrevue dont des habiletés relationnelles et de communication (Dillon, 2007; Lefebvre & Cardinal, 2002; Pilote, 2009; Weber & Kelley, 2007). L'infirmière doit notamment établir une relation thérapeutique avec la personne et être attentive à son comportement verbal et non verbal (Dillon, 2007; Lefebvre & Cardinal, 2002; Pilote, 2009; Weber & Kelley, 2007). Elle doit également adapter l'entrevue aux particularités physiques, psychologiques, sociales et culturelles de la personne ainsi qu'à son stade de développement (Bates, 2010; Dillon, 2007; Lefebvre & Cardinal, 2002; Pilote, 2009; Weber & Kelley, 2007). À notre connaissance, bien qu'elle constitue l'étape la plus importante de la collecte des données, aucune étude empirique ne semble s'intéresser spécifiquement à la réalisation de l'histoire de santé dans la pratique infirmière.

Examen physique

L'examen physique permet d'objectiver les données recueillies lors de l'entrevue sur l'histoire de santé et consiste à faire l'examen des systèmes du corps en utilisant les sens et les techniques d'inspection, de palpation, de percussion et d'auscultation (Cloutier, Brûlé, & Doyon, 2002; Dillon, 2007; Huot, 2009; Weber & Kelley, 2007). Plusieurs études (Barrows, 1985; Brown et al. 1987; Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Cone et al., 1996; Edmunds et al., 2010; James & Reaby, 1990; Lont, 1992; Milligan et al., 2006; Reaby, 1990; Secrest et al., 2005; Skillen et al., 2001; Sony, 1992; Yamauchi, 2001) se consacrent à l'utilisation des habiletés d'examen physique dans la pratique infirmière et plus particulièrement, à la fréquence d'utilisation des techniques d'examen physique, aux obstacles rencontrés par les infirmières dans l'intégration et la réalisation de l'examen physique dans la pratique ainsi qu'à l'impact de la formation continue sur l'acquisition de compétences d'examen physique. Ces sujets seront élaborés plus loin.

Les écrits empiriques

L'évaluation clinique

Les auteurs australiens Wilson et Lillibridge (1995; 1999) se sont intéressés au concept d'évaluation clinique dans une perspective globale. Leur première étude, réalisée en 1995, est une étude quantitative qui visait à décrire l'attitude et les croyances des infirmières ainsi que leurs perceptions du niveau de connaissances et d'habiletés qu'elles détiennent quant à la fonction d'évaluation clinique. Des infirmières (N=89), issues de différents milieux cliniques, inscrites à un programme universitaire de formation continue sur l'évaluation clinique répondirent à un questionnaire. Les résultats montrent que l'évaluation clinique constitue, pour les participantes, une composante centrale du rôle de l'infirmière et une compétence importante. Elles croient que l'évaluation clinique contribue à améliorer la qualité des soins prodigués à la clientèle en permettant notamment de prévenir les complications. Les participantes pensent également que l'évaluation clinique devrait être réalisée lors de l'admission et au début de chaque quart de travail, et que le fait d'évaluer le patient va au-delà de la prise de ses signes vitaux. Aussi, elles reconnaissent l'importance de recueillir des données subjectives et objectives, de natures infirmière et médicale et soulignent l'importance de documenter et de communiquer les conclusions de leurs évaluations. Toutefois, à la lumière des résultats obtenus, les auteurs constatent que la pratique de l'évaluation clinique est très variable au sein du groupe d'infirmières participantes. Ils émettent l'hypothèse que la conceptualisation individuelle de l'évaluation clinique des infirmières ainsi que le manque de reconnaissance des milieux quant à l'importance fondamentale de l'évaluation clinique dans le rôle de l'infirmière sont des éléments qui y contribuent.

Une deuxième étude, qualitative descriptive, réalisée par ces mêmes auteurs et inspirée des résultats de l'étude quantitative menée en 1995, s'est intéressée à la compréhension et à la description que font les infirmières de leur pratique de l'évaluation clinique (Lillibridge & Wilson, 1999). Les réponses des infirmières (N=75) au questionnaire composé de questions ouvertes démontrent qu'elles utilisent

des termes et des concepts très différents pour décrire leur pratique de l'évaluation clinique tels que des termes désignant des techniques d'examen clinique, des diagnostics infirmiers, des traitements et des circonstances où l'évaluation clinique devrait être pratiquée. La diversité des thèmes abordés démontre que les infirmières n'ont pas toutes la même compréhension du terme évaluation clinique, ni le même niveau de connaissances et d'habiletés mais aussi, qu'il existe une certaine confusion dans les milieux de soins entre les concepts d'évaluation clinique et d'examen physique (Lillibridge & Wilson, 1999). L'étude révèle également que les infirmières interrogées utilisent l'évaluation clinique dans leur pratique selon deux perspectives différentes soit la perspective biomédicale et la perspective infirmière. Celles qui adoptent une perspective médicale décrivent leur pratique de l'évaluation clinique comme étant axée sur l'évaluation des systèmes du corps humain ou sur l'impact physique des traitements médicaux sur le corps humain. Les infirmières qui utilisent l'évaluation clinique dans une perspective infirmière adoptent une approche holistique centrée sur les besoins de la personne et sa famille et axent leur évaluation sur l'adaptation de la personne à sa situation de santé et sur ses besoins d'apprentissage. Lillibridge et Wilson (1999) considèrent que l'adoption d'une perspective biomédicale dans la réalisation de l'évaluation clinique dévalue le rôle de l'infirmière en perpétuant le mythe que la pratique infirmière découle de la pratique médicale et en axant le soin sur la pathologie plutôt que sur la personne. Ce point de vue est partagé par Secrest, Norwood et DuMont (2005) qui, dans le cadre d'une étude quantitative portant sur les techniques d'examen physique enseignées et celles utilisées dans la pratique par les infirmières, ont découvert que la grande majorité des manuels d'enseignement sur l'évaluation clinique en sciences infirmières adoptaient un cadre de référence médical plutôt qu'infirmier. Ces auteurs suggèrent qu'il est temps de revoir les assises théoriques qui guident l'enseignement de l'examen physique aux infirmières afin d'identifier les connaissances et les compétences qu'elles doivent réellement posséder afin d'exercer leur rôle dans la pratique clinique.

L'examen physique

L'utilisation de l'examen physique

Plusieurs études se sont intéressées à l'utilisation des techniques d'examen physique par les d'infirmières (Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Lont, 1992; Secrest et al., 2005; Sony, 1992). Ces études tendent à démontrer qu'une grande proportion d'infirmières intègre l'examen physique à leur pratique et qu'elles utilisent plusieurs techniques sur une base quotidienne ou régulière (Colwell & Smith, 1985; Lont, 1992; Secrest et al., 2005; Sony, 1992). Il semble qu'elles soient également à même d'exécuter un vaste échantillon de techniques différentes d'examen physique. En effet, Sony (1992), dans une recherche quantitative portant sur l'utilisation des techniques d'examen physique, a découvert que plus de 50% des infirmières questionnées (N=114) affirmaient être en mesure de procéder aux 42 techniques d'examen physique proposées dans le questionnaire de l'étude. Or, les études révèlent également que plusieurs techniques d'examen physique spécifiques ne sont peu ou pas utilisées par les infirmières dans la pratique clinique, comme c'est le cas pour l'ophtalmoscopie, l'otoscopie ou l'inspection interne du nez par exemple (Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Secrest et al., 2005; Sony, 1992; Yamauchi, 2001). Plus de 50% des infirmières (N=117) questionnées par Lont (1992) ont mentionné utiliser l'auscultation pulmonaire dans leur pratique moins d'une fois par semaine. Ce résultat est étonnant puisqu'il contredit les résultats de trois études recensées (Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Sony, 1992) qui démontrent que l'auscultation pulmonaire est une des techniques d'examen physique les plus utilisées par les infirmières. Aussi, une étude quantitative menée par Secrest et al. (2005) auprès d'infirmières (N=51), provenant de milieux cliniques différents, a démontré que seulement le tiers des techniques d'examen physique enseignées dans les programmes universitaires de sciences infirmières aux États-Unis étaient utilisées sur une base régulière dans la pratique. Comme Colwell et Smith (1985) et Edmunds, Ward et Barnes (2010), Secrest et al. (2005) jugent que ces résultats permettent de questionner la nécessité d'enseigner un large éventail de techniques d'examen physique aux étudiantes en sciences infirmières qui, à défaut d'apprendre des

techniques peu utilisées dans la pratique clinique, pourraient développer une meilleure maîtrise des techniques fréquemment utilisées.

Obstacles à l'utilisation de l'examen physique

Les infirmières se heurtent à de nombreux obstacles lorsqu'elles désirent mettre en application leurs habiletés d'examen physique dans la pratique clinique. En effet, plusieurs facteurs contribuent à les dissuader de réaliser l'examen physique auprès de la clientèle.

Le manque de soutien des gestionnaires en soins infirmiers, des médecins et des infirmières elles-mêmes est l'un de ces facteurs. Une revue approfondie des études qui identifient le manque de soutien comme un obstacle à l'intégration de l'examen physique à la pratique des infirmières (Barrows, 1985; Brown et al., 1987; Carrieri et al., 1982; Skillen et al., 2001; Sony, 1992; Reaby, 1990) a permis de constater que le soutien revêt plusieurs formes et significations pour les infirmières interrogées. Il désigne le soutien financier, le soutien technique, le soutien clinique, l'appui, la reconnaissance et les encouragements. Pour les infirmières, le soutien se manifeste également par la promotion et la valorisation de la réalisation de l'examen physique par les infirmières et par la reconnaissance de cet examen comme un élément central du rôle de l'infirmière par les milieux cliniques.

Deux études qualitatives (Barrows, 1985; Skillen et al., 2001) qui se sont intéressées aux facteurs qui influencent l'intégration de l'examen physique à la pratique des infirmières identifient le manque de soutien comme un obstacle majeur. Barrows (1985) a réalisé des entrevues avec 90 infirmières d'urgence qui avaient préalablement participé à un programme de formation de 200 heures sur l'examen clinique. Cette étude s'avérait essentielle, puisque après avoir participé à un programme de formation qui les avait préparées adéquatement à utiliser l'examen physique dans la pratique, 50% des infirmières questionnées avaient affirmé ne pas réaliser davantage l'examen physique auprès de la clientèle à l'urgence. Les résultats révèlent que le manque de soutien et même, un certain niveau d'opposition, manifesté par les administrateurs de l'organisation, les médecins, les assistantes

infirmières-chefs et les infirmières de l'urgence, constituent les principaux obstacles à la réalisation de l'examen physique par ces infirmières. Les infirmières expliquent que l'opposition des collègues est associée à la croyance répandue que l'examen physique ne constitue pas une responsabilité infirmière, surtout sur une unité où la couverture médicale est continue; et aussi au fait que l'ajout de l'évaluation clinique aux responsabilités des infirmières d'urgence peut constituer une menace pour les médecins, mais aussi pour les infirmières qui ne possèdent pas ces habiletés. Les infirmières d'urgence formulent des recommandations et précisent des mesures pour intégrer avec succès l'examen physique à la pratique soit : 1) Définir clairement le rôle de l'infirmière d'urgence quant à la réalisation de l'examen physique et reconnaître qu'il constitue une de ses responsabilités fondamentales; 2) Impliquer les acteurs clés dans le processus; 3) Mettre en place un programme de formation de qualité sur l'examen physique; 4) Former des infirmières qui possèdent la confiance en elles, les connaissances et l'assurance pour procéder à l'examen physique de la clientèle; et 5) Fournir du soutien clinique et de la formation continue après la dispensation du programme de formation.

Skillen et al. (2001), dans une étude qualitative réalisée auprès d'infirmières gestionnaires de cas (n=150), de gestionnaires en soins infirmiers et de coordonnateurs du développement professionnel (n=39) issus du milieu des soins prolongés, explorent, par le biais d'un questionnaire composé de questions ouvertes, les perceptions des participants quant aux facteurs qui facilitent ou contraignent la réalisation de l'examen physique par les infirmières auprès de la clientèle. Le soutien apparaît aussi dans cette étude comme un élément important. Le manque de reconnaissance de l'examen physique comme un aspect important du rôle par les infirmières et les médecins, le manque de ressources financières investies dans la formation continue des infirmières, le soutien clinique inexistant et l'absence de collègues dans le milieu pour corroborer les résultats, les encouragements limités des gestionnaires ainsi que la culture organisationnelle qui ne valorise pas la réalisation de l'examen physique par les infirmières sont identifiés comme des facteurs contraignants. Les infirmières mentionnent également que le fait que les infirmières

et les médecins doutent de la compétence de l'infirmière à réaliser l'examen physique constitue un obstacle de taille (Skillen et al., 2001).

Par ailleurs, bien que le manque de soutien apparaisse dans deux études qualitatives comme un obstacle majeur, les résultats des études quantitatives tendent à minimiser l'importance qui lui est accordée. Carrieri et al. (1982) ont questionné 354 infirmières provenant de différents milieux cliniques sur la réalisation de l'examen physique des systèmes cardiaque et respiratoire auprès de la clientèle. Dans cette étude (N=354), seulement 11% (n=39) des infirmières mentionnent ne pas obtenir le soutien nécessaire de la part des gestionnaires en soins infirmiers et 4% (n=16) identifient la résistance des collègues comme un obstacle. Or, dans cette même étude, 23% (n=81) des infirmières expriment la perception que les médecins questionnent la validité des résultats des examens physiques qu'elles réalisent. Brown et al. (1987), dans leur étude quantitative sur l'utilisation des techniques d'examen physique, montrent que seulement 5% (n=7) des infirmières questionnées (N=145) mentionnent manquer de soutien de la part des assistantes-infirmières chef, 4% (n=6) de la part des collègues et 4,13% (n=6) de la part des médecins dans l'intégration de l'examen physique à leur pratique. Ces auteurs suggèrent que le manque de soutien ne constitue qu'une perception et non un obstacle réel à la réalisation de l'examen physique dans la pratique clinique des infirmières. Reaby (1990) a également questionné les participantes (N=22) d'un programme de formation sur l'examen physique et a constaté que seulement 18% (n=4) d'entre elles identifiaient le manque de soutien de la part des collègues et 6% (n=1) le manque de soutien de la part de l'employeur et de l'assistante-infirmière chef comme des obstacles affectant la réalisation de l'examen physique. Les résultats de l'étude de Sony (1992) abondent dans le même sens, puisque le manque de soutien de la part des collègues est l'obstacle le moins souvent cité par les infirmières pour justifier que 12 techniques d'examen physique spécifiques ne soient jamais utilisées dans la pratique. Un faible pourcentage d'infirmières identifie donc le manque de soutien comme un obstacle important dans les études quantitatives. Cet écart entre les études qualitatives et quantitatives peut possiblement s'expliquer par le fait que les études qualitatives ont été réalisées auprès de participants issus de milieux cliniques

spécifiques contrairement aux études quantitatives qui réunissaient des infirmières de tous les milieux. Ce constat permet de présumer que le manque de soutien est une problématique spécifique à certains milieux cliniques, comme cela semble être le cas pour la salle d'urgence.

La perception que la réalisation de l'examen physique ne constitue pas une responsabilité infirmière est un obstacle cité dans plusieurs études américaines (Barrows, 1985; Brown et al., 1987; Colwell & Smith, 1985), canadiennes (Skillen et al., 2001; Sony, 1992) et australiennes (Reaby, 1990). Les infirmières d'urgence questionnées par Barrows (1985) identifient cette perception comme en partie responsable du soutien limité qui leur est offert par les infirmières, gestionnaires en soins infirmiers, assistantes infirmières-chefs et médecins d'urgence dans l'intégration de l'examen physique à leur pratique clinique. Une lecture attentive des résultats de deux études quantitatives (Colwell et al., 1985; Sony, 1992) a permis de constater que les infirmières questionnées considéraient que certaines techniques d'examen physique spécifiques (ophtalmoscopie, otoscopie, examen interne du nez, etc.), et non l'activité d'examen physique en elle-même, ne relevaient pas de la responsabilité de l'infirmière. Des infirmières issues des milieux des soins prolongés (Skillen et al., 2001) et de la cardiologie (Edmunds et al., 2010) expriment la perception que l'examen physique est une responsabilité du médecin ou d'autres professionnels. Certaines infirmières interrogées par Edmunds et al. (2010) identifient l'examen physique comme un élément important du rôle infirmier mais uniquement dans des secteurs d'activités spécifiques tels que les soins critiques.

Le manque de compétence et de confiance des infirmières relatif à la réalisation de l'examen physique est un obstacle rapporté dans de nombreuses études (Barrow, 1985; Brown et al., 1987; Carrieri et al., 1982; Colwell et al., 1985; Lont, 1992; Reaby, 1990). L'étude de Brown et al. (1987) montre que, malgré la participation à un programme de formation continue sur l'examen physique, 24% (n=86) des infirmières questionnées ne se sentent pas suffisamment compétentes pour réaliser l'examen physique. Les résultats de Reaby (1990) abondent dans le même sens puisque 23% (n=5) des infirmières qui ont participé à un programme de

formation continue sur l'examen clinique mentionnent qu'elles ne se sentent pas assez confiantes pour utiliser les techniques d'examen physique. Les infirmières questionnées par Skillen et al. (2001) identifient la peur de faire une erreur, le fait de ne pas utiliser la technique régulièrement ou de ne pas l'avoir assez utilisée auprès de personnes en santé pour différencier le résultat normal du résultat anormal comme des contraintes importantes à la réalisation de l'examen physique dans leur pratique. La pratique insuffisante dans les cours (Carrieri et al., 1982) et le manque de familiarité avec la technique (Colwell & Smith, 1985) constituent aussi des contraintes importantes identifiées par les infirmières.

Les infirmières évoquent aussi, dans la majorité des études recensées, le manque de temps et la charge de travail importante comme des obstacles à la réalisation de l'examen physique (Barrows, 1985; Carrieri et al., 1982; Skillen, et al., 2001; Sony, 1991). Il semble qu'elles perçoivent l'examen physique comme une activité à laquelle il est nécessaire de consacrer beaucoup de temps. Or, il existe plusieurs types de collectes de données qui n'impliquent pas systématiquement une évaluation exhaustive de la part de l'infirmière. Cette donnée est donc révélatrice puisqu'elle permet de questionner la compréhension qu'ont les infirmières de l'examen physique mais plus globalement, de la collecte des données et de l'importance que cette étape revêt dans la démarche clinique.

La formation continue et la collecte des données

Des études (Brown et al., 1987; James & Reaby, 1990; Milligan et al., 2006; Reaby, 1990) ont mesuré l'impact de programmes de formation continue sur l'acquisition de connaissances des infirmières et sur l'augmentation de la fréquence d'utilisation des techniques d'examen physique. Ces études ont notamment démontré que ces infirmières avaient, suite à leur participation aux programmes de formation continue, plus de connaissances concernant l'examen physique, plus souvent recours aux techniques d'examen physique dans leur pratique quotidienne et qu'elles se sentaient davantage confiantes quant à leur capacité à utiliser les techniques d'examen physique (Brown et al., 1987; James & Reaby, 1990; Milligan et al., 2006;

Reaby, 1990). Les 59 experts de la pratique infirmière d'urgence questionnés par Valdez (2009) identifient d'ailleurs l'examen physique comme une des plus importantes priorités éducationnelles des dix prochaines années dans le secteur des soins d'urgence.

Il semble que les programmes de formation continue contribuent également à améliorer la qualité de la documentation des données recueillies par les infirmières d'urgence. L'étude de Cone et al. (1996) montre que la participation d'infirmières d'urgence (N=20) à un programme de formation continue sur l'examen physique des systèmes neurologique, cardiaque, respiratoire et gastro-intestinal basé sur les critères d'évaluation clinique et de documentation de l'ENA contribue à augmenter de façon significative la quantité d'éléments d'examen physique qui sont documentés. Il semble que l'introduction d'une méthode de documentation de l'évaluation clinique telle que la méthode SOAPE (*subjective, objective, assessment, plan et expected outcomes*) (Christie, 1993) ou de normes cliniques de documentation (Considine, Potter, & Jenkins, 2006) contribuent également à améliorer la qualité de la documentation des éléments d'évaluation par les infirmières d'urgence.

En résumé, bien que la Loi 90 reconnaisse depuis 2002 l'importance du jugement clinique infirmier et identifie l'activité d'évaluation comme l'assise de la profession (OIIQ, 2006; 2010), le rôle de l'infirmière semble tarder à s'actualiser dans la pratique clinique. En effet, bien qu'elles considèrent l'évaluation clinique comme une composante centrale de leur rôle, les infirmières possèdent une compréhension et une pratique individuelle de l'évaluation clinique qui semblent très variables et largement influencées par le modèle biomédical (Lillibridge & Wilson, 1999, Secrest, Norwood, & DuMont, 2005, Wilson & Lillibridge, 1995). Les études qui s'intéressent à la collecte des données dans la pratique infirmière traitent surtout du développement des habiletés d'examen physique et de la mise en application de ces habiletés (Barrows, 1985; Brown et al. 1987; Carrieri et al., 1982; Colwell & Smith, 1985; Cone et al., 1996; Edmunds et al., 2010; James & Reaby, 1990; Lont, 1992; Milligan et al., 2006; Reaby, 1990; Secrest et al., 2005; Skillen et al., 2001; Sony, 1992; Yamauchi, 2001). Or, la collecte des données est un processus holistique qui va au-delà de l'utilisation des techniques d'examen physique. Ces mêmes études

témoignent des difficultés que rencontrent les infirmières dans l'intégration de l'examen physique à leur pratique et indiquent notamment qu'elles ne se sentent pas soutenues par les gestionnaires en soins infirmiers, les assistantes-infirmières chef, les collègues infirmières et l'équipe médicale (Barrows, 1985; Brown et al., 1987; Carrieri et al., 1982; Skillen et al., 2001; Sony, 1992; Reaby, 1990). Malgré cela, peu d'études se sont intéressées aux perceptions de ces acteurs en ce qui a trait à la contribution de l'infirmière à la collecte des données. Finalement, bien que l'étude de Valdez (2009) mette en lumière le fait que l'examen physique constitue une des dix plus importantes priorités éducationnelles dans le secteur de l'urgence pour les années à venir, à notre connaissance une seule recherche (Barrows, 1985), publiée en 1985, semble s'être intéressée à l'état de la pratique réelle de l'examen physique dans ce secteur d'activité spécifique. À cet effet, il est essentiel de mettre en évidence le fait que la littérature recensée dans le cadre de cette étude est très peu récente. En effet peu d'études traitent spécifiquement du sujet de l'évaluation clinique réalisée par l'infirmière, cet aspect de la pratique étant souvent abordé indirectement à travers d'autres thématiques de recherche. Il apparaît donc essentiel à l'investigatrice d'explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle.

Le cadre de référence

Élaborées en 1983 par l'ENA et révisées en 1991, 1995 et 1999, les normes cliniques de la pratique des soins infirmiers à l'urgence serviront de cadre de référence à cette étude. Bien que des normes cliniques aient aussi été élaborées par la National Emergency Nurses Affiliation (NENA), association canadienne homologue de l'ENA, le choix s'est arrêté sur le document des normes cliniques de l'ENA qui est un outil plus exhaustif reconnu dans la littérature internationale et utilisé dans la formation des infirmières d'urgence à travers le monde (Lachapelle, 2009). Aussi, les normes cliniques de l'ENA sont cohérentes avec le champ d'exercice renouvelé des infirmières québécoises (OIIQ, 2010) et avec la vision de l'OIIQ (2010) quant à la fonction d'évaluation clinique de l'infirmière.

Au nombre de six (*assessment, diagnosis, outcome identification, planning, implementation et evaluation*), les normes cliniques réfèrent aux étapes de la démarche de soins utilisée par les infirmières d'urgence dans la pratique clinique aux États-Unis. Une norme clinique est un énoncé, mesurable qualitativement ou quantitativement, du niveau de formation, d'habileté et de performance attendu des infirmières dans la pratique des soins infirmiers. Les normes cliniques ne régissent pas la compétence infirmière au niveau légal, mais constituent plutôt un outil de référence pour établir le niveau de compétence attendu de l'infirmière d'urgence dans la pratique des soins infirmiers. Les normes cliniques de l'ENA sont complémentaires aux normes cliniques proposées par l'American Nurses Association (ANA) (1998) qui encadrent la pratique générale des soins infirmiers. Les normes cliniques de l'ANA (1998) sont donc de nature générale et s'appliquent à toutes les infirmières tandis que les normes cliniques de l'ENA (1999) encadrent la pratique spécialisée des infirmières qui oeuvrent au sein des salles d'urgence. Ainsi, l'ANA (1998) énonce les critères mesurables qui encadrent la pratique infirmière relative à une des étapes de la démarche de soins et l'ENA (1999) précise comment ces critères doivent s'opérationnaliser dans le contexte spécifique de l'urgence.

Pour chacune des normes cliniques, les niveaux de compétence « compétent » et « expert » s'accompagnent d'indicateurs de compétence qui représentent les interventions infirmières attendues à l'urgence. Le niveau compétent fait référence à toutes les infirmières de l'urgence et le niveau expert, aux infirmières qui surpassent le niveau « compétent » en contribuant à l'avancement de la pratique infirmière à l'urgence.

Seule la première norme clinique « collecte des données » (*assessment*) au niveau de compétence « compétent » sera utilisée comme cadre de référence dans cette étude. Cette norme clinique réfère à la collecte des données réalisée par l'infirmière d'urgence. Elle précise les éléments à considérer dans l'exploration des perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence ainsi que celles de cadres supérieures à la direction des soins infirmiers quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle. La norme clinique « collecte des données » et les indicateurs de

compétence qui la composent sont présentés en détails à l'annexe B. Puisque aucune traduction francophone officielle des normes cliniques de l'ENA (1999) n'a été répertoriée dans la littérature, l'investigatrice a adapté la traduction libre réalisée par Lachapelle (2009) pour les besoins de son étude.

CHAPITRE TROISIÈME
LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre traite de la méthodologie de recherche qui a été utilisée dans le cadre de cette étude. Dans ce chapitre le devis, le milieu et l'échantillon à l'étude, les critères d'inclusion ainsi que les processus de recrutement et de collecte des données seront présentés. Le processus d'analyse des données, les critères de scientificité et les considérations éthiques y sont également décrits.

Le devis

Dans le cadre de cette étude, un devis qualitatif descriptif exploratoire guide l'exploration des perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers, ainsi que d'infirmières ressources cliniques d'urgence. L'approche qualitative choisie s'inscrit dans le paradigme constructiviste et s'intéresse à l'expérience vécue par les personnes ainsi qu'à la signification qu'elles attribuent à un phénomène (Creswell, 2009; Guba & Lincoln, 1985). Cette approche permet de recueillir, dans le milieu naturel des participants, une information riche et approfondie tout en utilisant un cadre de recherche souple et évolutif (Creswell, 2009; Fortin et al., 2006; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007; Miles & Huberman, 2003). D'autre part, puisque le devis descriptif exploratoire est utilisé en recherche qualitative afin de préciser la nature, les caractéristiques et l'importance d'un phénomène méconnu ou peu compris ainsi que d'explorer les relations qui peuvent exister entre les différents concepts liés à ce phénomène (Fortin et al., 2006; Loiselle et al., 2007; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires, 1997), il s'applique bien au sujet de cette étude.

Le milieu et l'échantillon

Le milieu

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier de la région métropolitaine. La salle d'urgence de ce centre hospitalier est constituée des quatre aires usuelles soit l'aire de triage, l'aire ambulatoire, l'aire des civières, qui compte quatre salles (les salles A-B-C-D), et l'aire de choc. L'aire des civières a une capacité d'accueil de 49

civières et reçoit la clientèle hospitalisée. L'aire de choc a une capacité d'accueil maximale de quatre civières et reçoit la clientèle qui présente un état de santé critique. Cette salle d'urgence compte, au sein de son équipe, une chef de service, une adjointe à la chef de service, une infirmière clinicienne spécialisée en soins d'urgence, une infirmière clinicienne à la formation et 120 infirmières aux soins directs. Selon leur expérience professionnelle et les besoins de l'unité, les infirmières sont appelées à œuvrer au sein des différentes aires de l'urgence. À titre de novices, elles œuvrent d'abord à l'aire des civières et à l'aire ambulatoire et participent ensuite à différents programmes de formation, dispensés par l'infirmière clinicienne à la formation de l'urgence, pour exercer à la salle de cardiologie, à l'aire de choc et à l'aire de triage.

L'échantillon

Un échantillon de convenance (Fortin & al., 2006; Loiselle et al., 2007) composé de cinq infirmières aux soins directs qui détiennent des expériences professionnelles diversifiées au sein de la salle d'urgence d'un centre hospitalier de la région métropolitaine et qui œuvrent sur les différents quarts de travail a été constitué. Aussi, puisque les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques influencent manifestement la pratique des infirmières (Barrow, 1985; Skillen et al., 2001), deux gestionnaires en soins infirmiers ainsi que deux infirmières ressources cliniques d'urgence composent également l'échantillon. Afin de s'assurer d'obtenir un éventail d'expériences variées au sein de l'échantillon, l'investigatrice a tenté d'appliquer le principe de diversification interne qui consiste à s'assurer que les participants recrutés présentent des caractéristiques diversifiées (Poupart et al., 1997).

Les critères d'inclusion

Les infirmières qui ont participé à cette étude occupent un poste en tant qu'infirmière aux soins directs à la salle d'urgence du centre hospitalier depuis plus d'un an. Ce critère apparaît essentiel afin de s'assurer que les infirmières se soient bien appropriées leur rôle, qu'elles se soient bien adaptées au type de clientèle

rencontrée à l'urgence et au rythme de travail qu'impose ce secteur d'activités. En ce qui concerne le recrutement des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques d'urgence, aucun critère d'inclusion spécifique n'a été retenu. Enfin, toutes les participantes comprennent et parlent le français couramment et acceptent de participer à l'étude.

Recrutement

Dans un premier temps, l'investigatrice a rencontré la directrice des soins infirmiers de l'établissement, la chef de service et l'infirmière clinicienne spécialisée du secteur de l'urgence afin de leur présenter le projet de recherche et d'obtenir leur appui dans la réalisation de l'étude. Puis, elle a sollicité la participation des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques d'urgence en leur faisant parvenir une lettre (Annexe C) qui leur exposait la nature de l'étude. Les infirmières d'urgence ont, pour leur part, été sollicitées à participer à l'étude par le biais d'affiches (Annexe C) apposées aux endroits stratégiques sur les babillards de la salle d'urgence. L'adjointe à la chef de service et l'infirmière clinicienne spécialisée ont également fait la promotion du projet de recherche auprès des infirmières de l'urgence. L'investigatrice a, par la suite, communiqué par téléphone ou par courriel avec les candidates volontaires qui répondaient aux critères d'inclusion afin de leur présenter le projet de recherche, les modalités de leur implication et les considérations éthiques qui y sont associées et de répondre à leurs questions.

Collecte des données

Dans le cadre de la présente étude, l'investigatrice a eu recours à deux méthodes de collecte des données soit l'entrevue individuelle et le groupe de discussion. La collecte des données, qui a été réalisée auprès des infirmières d'urgence, s'est déroulée en deux étapes. Les participantes ont d'abord été conviées à participer à une entrevue individuelle d'environ 60 minutes puis, environ huit

semaines plus tard, à un groupe de discussion d'environ 90 minutes. Pour leur part, les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence ont participé à un groupe de discussion d'environ 90 minutes. Les entrevues individuelles et les groupes de discussion se sont déroulés, selon les disponibilités des participantes, dans un local du centre hospitalier réservé à cet effet. Ainsi, cinq entrevues individuelles et un groupe de discussion ont été réalisés avec les infirmières d'urgence et un groupe de discussion s'est déroulé avec les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques de l'urgence.

Avant d'amorcer les entrevues, chaque participante a signé le formulaire de consentement (Annexes H, I), préalablement lu et expliqué par l'investigatrice, et a répondu au questionnaire de données sociodémographiques (Annexe D). Ces questionnaires contiennent des données non nominatives sur l'âge, le titre d'emploi, l'expérience de travail, la formation académique, la formation continue et la compétence de collecte des données des participantes. Ces données ont permis de bien décrire l'échantillon. Avec l'autorisation des participantes, les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio et l'investigatrice a consigné des notes de terrain qui ont permis de documenter le déroulement de la collecte des données (Creswell, 2009; Fortin et al., 2006; Loiselle et al., 2007).

Les entrevues

La première étape de la collecte des données consistait à réaliser cinq entrevues individuelles semi-dirigées auprès d'infirmières d'urgence afin d'explorer leurs perceptions quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle. Un guide d'entretien basé sur la norme clinique « collecte des données » de l'ENA (1999) et composé de questions ouvertes favorisant la libre expression des participantes a été utilisé (Annexe E). Le cadre flexible de l'entrevue semi-dirigée se veut une opportunité pour l'investigatrice d'entrer en relation avec l'infirmière et de susciter sa participation active dans l'orientation de la discussion tout en s'assurant qu'un certain nombre de thèmes sont abordés (Fortin et al., 2006; Poupart et al., 1997;

Ulin et al., 2005). Ces thèmes font référence à la compréhension, la réalisation et la documentation de la collecte des données par les infirmières d'urgence.

Les groupes de discussion

Deux groupes de discussion ont également été réalisés, soit un groupe de discussion réunissant deux gestionnaires en soins infirmiers et deux infirmières ressources cliniques d'urgence ainsi qu'un second regroupant les infirmières d'urgence qui avaient préalablement participé aux entrevues individuelles. Cette méthode de collecte des données apparaissait intéressante puisque les idées qui émergent de l'interaction entre les participantes lors des groupes de discussion permettent de mettre en lumière les ressemblances et les divergences des points de vue, l'influence du contexte social sur leurs perceptions ainsi que la diversité des expériences vécues (Dawson, Manderson, & Tallo, 1993; Morgan, 1998; 1993; Poupart et al., 1997; Ulin et al., 2005). Les groupes de discussion ont été animés par l'investigatrice à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré composé de questions ouvertes (Annexes F, G).

Le groupe de discussion composé des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques de l'urgence visait à explorer leurs perceptions quant à la réalisation de la collecte des données par les infirmières d'urgence. Quelques questions ont été posées quant à leurs points de vue sur la qualité actuelle de la pratique des infirmières d'urgence relative à cet aspect ainsi qu'à leurs recommandations et à leur implication dans l'amélioration ou le maintien de ce niveau de qualité. Lors de ce groupe de discussion, l'investigatrice était accompagnée d'une observatrice dont le rôle durant la rencontre consistait à prendre des notes exhaustives des propos et des réactions des participantes, à faire un résumé des principaux éléments de discussion une fois la rencontre terminée ainsi qu'à veiller au bon fonctionnement de l'enregistrement audio et du déroulement de l'entrevue (Dawson et al., 1993; Krueger, 1998; Morgan, 1993; Ulin et al., 2005). Une période de rétroaction portant sur le déroulement et le contenu du groupe de discussion a permis à l'animatrice ainsi qu'à l'observatrice de valider leurs

perceptions et leur compréhension de la rencontre (Dawson et al., 1993; Krueger, 1998; Morgan, 1993).

Le groupe de discussion réalisé avec les infirmières d'urgence regroupait quatre des cinq participantes préalablement rencontrées en entrevues individuelles. Une des participantes, ayant quitté son emploi dans l'établissement au moment de l'entrevue, n'a pu y participer. Dans le cadre de ce groupe de discussion, l'investigatrice a présenté un condensé des verbatim générés par les entrevues individuelles. Les verbatim les plus significatifs et ceux qui représentaient des opinions contradictoires ont été présentés aux participantes afin de susciter les échanges. La discussion visait à valider que les verbatim présentés correspondaient bien aux perceptions des infirmières mais aussi, à explorer leurs perceptions et leurs recommandations quant au maintien ou à l'amélioration de la qualité de la pratique des infirmières d'urgence de leur milieu relativement à la réalisation de la collecte des données.

Tout au long de la collecte des données, les réflexions personnelles de l'investigatrice et les étapes du déroulement de l'étude ont été documentées dans un journal de bord qui a alimenté l'analyse des données.

L'analyse des données

L'analyse des données s'inspire de l'approche proposée par Miles et Huberman (2003). Ces auteurs identifient trois étapes majeures à l'analyse des données qualitatives soit la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions. Ces étapes sont itératives, interactives et continues.

Suite à la transcription au verbatim des enregistrements audio, de nombreuses lectures et relectures du contenu généré par les différentes sources de données (enregistrements audio, notes de terrain, journal de bord) ont amorcé l'étape de condensation des données qui se réalise en deux phases, la codification simple et la codification thématique (Miles & Huberman, 2003).

Avant de débiter le travail sur le terrain, l'investigatrice a préalablement élaboré une liste de départ de codes inspirés du cadre de référence, de la littérature recensée et des questions de recherche (Miles & Huberman, 2003). Cette liste a été révisée et bonifiée à la lumière des thèmes qui ont émergé de la collecte et de l'analyse des données. Selon Miles et Huberman (2003), « Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude.» (p.112). Ainsi, la codification simple a été effectuée en attribuant un code à des segments de texte qui font référence à un même phénomène de façon à identifier, extraire, organiser et résumer l'information issue du travail sur le terrain (Miles & Huberman, 2003). Le logiciel QDA miner version 3.2 a été utilisé afin de procéder à la codification et à la gestion des données. Cette analyse a généré 170 codes qui ont été regroupés, réduits et condensés en collaboration avec les directrices de recherche afin d'identifier les sous-thèmes. De cette première codification simple ont émergé 15 sous-thèmes qui traduisent les perceptions des participantes en ce qui concerne la réalisation de la collecte des données à l'urgence. Ces sous-thèmes sont présentés en détails dans le chapitre des résultats.

La codification thématique des données a été effectuée en regroupant les éléments issus de la codification simple en un nombre réduit d'unités d'analyse. Les codes thématiques sont explicatifs et permettent de mettre en lumière un thème, un modèle ou une explication qui se dégagent des propos des participants (Miles & Huberman, 2003). Selon Miles et Huberman, le code thématique « aide le chercheur à construire une carte cognitive, un schéma évolutif lui permettant de comprendre ce qui se passe sur le site. » (p.134). Dans un premier temps, le travail de réduction des données a permis de circonscrire quatre thèmes. Après maintes analyses et discussions avec les directrices de recherche, deux thèmes représentant l'essence des perceptions des participantes ont finalement été identifiés. Ces thèmes sont : 1) les perceptions et la réalisation de la collecte des données dans le contexte spécifique de l'urgence et 2) les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe de soins infirmiers, les autres professionnels et l'organisation.

L'étape de présentation des données consiste à ordonner l'information de façon systématique dans un format spatial qui facilite l'analyse en plus de rendre compte de sa progression (Miles & Huberman, 2003). Le format de présentation choisi, qui constitue un outil d'analyse important, contribue à élargir la compréhension du chercheur quant aux données recueillies et lui permet de tirer et de vérifier des conclusions (Miles & Huberman, 2003). Dans le cadre de cette étude, l'investigatrice a eu recours à des matrices sous forme de tableaux qui ont facilité le travail d'analyse en générant une représentation visuelle évolutive et dynamique du processus de réduction des données (Annexe K).

Bien que les conclusions d'une étude soient souvent pressenties dès le début par le chercheur (Miles & Huberman, 2003), l'investigatrice s'est appliquée à conserver un esprit ouvert et critique tout au long du processus de collecte et d'analyse des données et de ne pas formuler de conclusions prématurées. Ces réflexions ont été consignées dans le journal de bord et prises en considération dans le processus d'analyse des données. Afin d'éviter les biais et d'assurer la qualité des résultats, les données ont été soumises, en cours d'analyse, à de nombreuses tactiques d'interprétation, puis de vérification des conclusions telles que détaillées dans le paragraphe des critères de scientificité (Miles & Huberman, 2003). Tout au long de l'étude, la validité des conclusions a été discutée et vérifiée auprès des directrices de recherche et d'expertes du milieu.

Les critères de scientificité

La crédibilité consiste à s'assurer de la justesse et de la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation en considérant la subjectivité humaine ainsi que l'influence du contexte naturel (Poupart et al., 1997). Les stratégies qui ont été utilisées dans cette étude afin d'assurer la crédibilité sont la rédaction d'un journal de bord, la validation des données recueillies lors des entrevues individuelles avec les infirmières d'urgence dans le groupe de discussion, la tenue d'une période de rétroaction entre l'animatrice et l'observatrice après le groupe de discussion avec les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières

ressources cliniques de l'urgence (séance de discussion entre pairs), l'application d'un processus rigoureux de codification et de double codification effectué par les directrices de recherche, l'accord interjuges avec les directrices de recherche ainsi que par la triangulation des diverses sources de données (Deslauriers, 1991; Fortin et al., 2006; Guba & Lincoln, 1985; Poupart et al., 1997). De plus, tous les guides d'entretien utilisés par l'investigatrice lors des entrevues ont d'abord été validés par une équipe composée de quatre infirmières cliniciennes spécialisées d'un centre hospitalier universitaire de la région métropolitaine afin de s'assurer de leur pertinence et de leur exhaustivité en lien avec le sujet de recherche.

La transférabilité, qui consiste à rapporter les limites du transfert des résultats de recherche dans des contextes similaires, est assurée par la description détaillée du contexte social, temporel et spatial à l'étude (Deslauriers, 1991; Poupart et al., 1997).

Enfin, la constance interne, qui consiste à assurer la reproductibilité des résultats de recherche dans des conditions similaires, est assurée par la description rigoureuse et détaillée de la méthodologie de recherche ainsi que par le processus itératif de consultations auprès des directrices de recherche (Miles & Huberman, 2003; Poupart et al., 1997).

Les considérations éthiques

L'étude a d'abord été présentée au comité d'éthique et de la recherche du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui a approuvé la tenue du projet dans son centre hospitalier et qui a émis un certificat d'éthique (Appendice J). Les participantes ont été avisées verbalement et par écrit de la nature et des modalités de l'étude par l'investigatrice. Elles ont également été avisées que la participation à l'étude était libre et volontaire et qu'elles pouvaient se retirer sans aucun préjudice à n'importe quel moment en avisant verbalement l'investigatrice. La participation à l'étude ne comporte aucun risque. Le principal inconvénient est le temps consacré par la participante à l'entrevue individuelle, au groupe de discussion ou aux deux. Outre la contribution à l'avancement des connaissances sur la réalisation de la

collecte des données par l'infirmière d'urgence, l'étude ne comporte aucun bénéfice pour la participante. Afin de préserver l'identité et d'assurer la confidentialité des participantes, chacune d'elles est identifiée par un numéro de code. Dans l'éventualité où les données de recherche seraient publiées, il serait impossible d'identifier la participante. Aussi, les données confidentielles contenues sur bandes audio, fichiers informatiques ou papiers ne pourront être consultées que par l'investigatrice et les directrices de recherche et seront conservées sous clé, par l'investigatrice, durant le délai légal prescrit de sept ans puis détruites. Finalement, l'investigatrice a manifesté sa disponibilité et son soutien aux participantes dans l'éventualité où elles auraient besoin d'informations supplémentaires après l'étude.

CHAPITRE QUATRIÈME
LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Il est divisé en deux parties. La première partie constitue une synthèse des données sociodémographiques recueillies auprès des participantes. La deuxième partie expose les résultats qui ont émergé de l'analyse qualitative des propos des infirmières, des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques d'urgence qui ont été interrogées dans le cadre de cette étude.

Données sociodémographiques

Un bref questionnaire sociodémographique a été complété par les participantes lors des entrevues individuelles et de groupe. Cette section dresse, sur la base des données compilées, le portrait des infirmières qui ont été interrogées dans le cadre de cette étude. Le détail des données recueillies figure à l'annexe L.

Les données révèlent que les infirmières d'urgence interrogées ont, en moyenne, 29 ans. Leur expérience professionnelle varie entre quatre ans et demi et neuf ans et quatre d'entre elles ont pratiqué dans le secteur de l'urgence dès la fin de leurs études en soins infirmiers. La moyenne de leurs années d'expérience dans le secteur spécifique de l'urgence est de six ans. Elles ont toutes complété une formation universitaire en sciences infirmières. Trois d'entre elles détiennent un baccalauréat et deux d'entre elles, une maîtrise. Deux participantes travaillent sur le quart de nuit et trois sur le quart de soir. Elles mentionnent toutes avoir reçu de la formation sur la collecte des données durant leur parcours académique, notamment sur l'examen physique. Une seule participante mentionne avoir reçu de la formation sur la collecte des données dans le cadre d'une activité de formation continue. Sur une échelle de zéro à dix, les infirmières interrogées évaluent leur compétence en matière de collecte des données à sept point cinq sur dix. Une participante s'est abstenue de répondre à cette question.

En ce qui concerne les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques de l'urgence, leur âge moyen est de 46 ans. Trois participantes détiennent un diplôme de deuxième cycle en sciences infirmières et une participante détient un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. Leur expérience

professionnelle à titre d'infirmière varie entre 11 et 30 ans. Trois d'entre elles œuvrent au sein de l'organisation depuis moins de dix ans et une depuis plus de 30 ans. Deux participantes occupent leur fonction depuis trois ans, une autre depuis 15 ans et une dernière depuis trois mois. Elles ont toutes reçu de la formation sur la collecte des données durant leur cheminement académique et quatre d'entre elles ont participé à des activités de formation continue qui abordaient le sujet de la collecte des données.

Résultats

Les pages suivantes présenteront les résultats de l'analyse effectuée à partir des données recueillies lors des entrevues individuelles et des entrevues de groupe. De l'analyse des verbatim, réalisée selon l'approche de Miles et Huberman (2003), ont émergé 15 sous-thèmes. Ces sous-thèmes ont été regroupés en deux thèmes qui traduisent l'essence des perceptions des infirmières, des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques d'urgence face à la réalisation de la collecte des données soit : (1) les perceptions et la réalisation de la collecte des données dans le contexte spécifique de l'urgence et (2) les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe des soins infirmiers, les autres professionnels et l'organisation. Les résultats sont présentés en deux parties. Les résultats issus des entrevues individuelles et du groupe de discussion réalisés avec les infirmières d'urgence seront d'abord exposés, suivis des résultats de l'entrevue de groupe effectuée avec les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence.

Les entrevues individuelles et le groupe de discussion avec les infirmières d'urgence

Cette première partie expose les résultats des entrevues individuelles et du groupe de discussion réalisés auprès des infirmières d'urgence. Les entrevues individuelles ont exploré les perceptions individuelles des infirmières relativement à la réalisation de la collecte des données à l'urgence. Le groupe de discussion a

permis de valider les informations recueillies lors des entrevues individuelles et d'explorer plus en profondeur certains aspects de leurs perceptions. Afin d'alléger la présentation et d'éviter la redondance, les résultats des deux types d'entrevues ont été regroupés et sont présentés suivant les thèmes et les sous-thèmes auxquels ils font référence. Cette façon de faire permet d'obtenir une vue d'ensemble des perceptions des participantes. Une synthèse des principaux résultats conclut cette partie.

*Les perceptions et la réalisation de la collecte des données
dans le contexte spécifique de l'urgence*

Ce premier thème réfère à la compréhension et aux perceptions qu'entretiennent les infirmières relativement à la collecte des données et à la façon dont cette activité se concrétise dans leur pratique clinique à l'urgence. Neuf sous-thèmes ont permis l'émergence de ce thème soit : a) la compréhension de la terminologie; b) l'importance accordée à la collecte des données; c) les buts de la collecte des données; d) le moment et le lieu de la collecte des données; e) le contenu et les sources de la collecte des données; f) l'adaptation de la collecte des données; g) les outils de collecte des données; h) la documentation de la collecte des données i) le rôle et les responsabilités de l'infirmière.

La compréhension de la terminologie relative à la collecte des données est le sujet qui amorce la présentation de ce premier thème. Les propos des infirmières révèlent qu'elles interprètent de façon différente les expressions « collecte des données » et « évaluation clinique ». Pour la plupart d'entre elles, l'évaluation clinique semble être principalement associée à l'examen physique, tandis que la collecte des données semble être associée au questionnaire d'entrevue. Une participante exprime sa compréhension ainsi:

« Moi, je pense que l'évaluation clinique, ça vient appuyer notre collecte des données. Dans le sens, ça va nous aider à aller chercher des données comme plus objectives, parce que la collecte des données telle que fournie par les patients, ça peut être très subjectif, c'est son histoire, comment il qualifie sa douleur, des choses comme ça, mais avec l'évaluation clinique, des méthodes d'évaluation, je pense qu'on peut

aller chercher des données plus objectives pour ramasser plus d'informations».

Une autre participante partage une vision différente: *« Tu ne peux pas faire une bonne évaluation si tu ne collectes pas certaines données. Il me semble que c'est relié dans ma tête. Je ferais pas de distinction entre les deux, je pense ».*

Bien que leur compréhension de la terminologie relative à la collecte des données soit variable, les infirmières accordent une grande importance à la collecte des données dans leur pratique à l'urgence. Pour quatre d'entre elles, cette activité est prioritaire et constitue l'assise des soins infirmiers à l'urgence: *«Moi, je trouve ça hyper important. Parce que des fois, juste une donnée que le patient ne me dit pas, ou que tu ne découvres pas peut faire toute la différence. C'est à la base ».* Une participante mentionne également: *« [...] Moi, quand j'arrive sur mon quart de travail, je ne lis pas mes dossiers; je vais voir mes patients, je les évalue, je prends leurs signes vitaux ».* Les infirmières expliquent qu'un pourcentage important de leur temps est consacré à la collecte des données à l'urgence: *« Moi, je pense que soixante-dix pour cent de notre travail à l'urgence, c'est vraiment faire de la collecte des données puis aller chercher des informations ».* Néanmoins elles précisent qu'en situation d'urgence, l'intervention a préséance sur la collecte des données :

« [...] un patient qui est en hémorragie digestive haute, qui a une hémoglobine à 45, puis qui doit absolument recevoir des bolus et des culots rapidement. Là, je ne prends pas le temps d'évaluer de fond en comble. Je vais aux priorités, quand même. Puis ça, je vais évaluer quand même ses signes vitaux parce que bon, ça va jouer et tout. Mais là, il faut que j'agisse davantage.».

Les infirmières procèdent à la collecte des données dans quatre buts spécifiques soit : attribuer un niveau de priorité au triage, recueillir les données à transmettre au médecin, assurer le suivi des traitements médicaux et éviter le déconditionnement de la personne durant l'hospitalisation. Dans le contexte du triage, elles mentionnent que l'objectif de leur collecte des données consiste principalement à déterminer la gravité de l'état de santé de la personne afin de lui attribuer un niveau de priorité: *« [...] c'est d'essayer d'avoir le plus de données possible pour bien*

orienter le patient, savoir si sa condition est urgente ou non ». Afin de déterminer le niveau de priorité, les infirmières doivent préalablement circonscrire le problème ou le besoin du patient qui se présente à l'urgence et élaborer une hypothèse diagnostique: *« c'est d'aller cibler le besoin présent du patient pour ne pas trop s'étendre puis aller mettre des efforts où dans le fond on n'a pas besoin d'en mettre »*. Une participante explique que le jugement clinique de l'infirmière doit être mis à contribution dans l'attribution du niveau de priorité puisque ce dernier ne doit pas reposer uniquement sur le calcul du logiciel informatique qui intègre l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) :

« C'est important de ne pas laisser la machine penser pour toi, parce que au bout de la ligne, si c'est une infirmière qui est assise sur cette chaise-là, c'est parce que c'est nécessaire qu'une infirmière évalue le patient de façon adéquate ».

Un élément important qui émerge des propos des infirmières est que, dans un contexte d'urgence où les patients attendent plusieurs heures avant de voir ou de revoir le médecin, leur rôle consiste principalement à être « les yeux du médecin ». En effet, quatre d'entre elles expliquent que le rôle de proximité et le contact en continu de l'infirmière avec le patient et sa famille lui permettent de recueillir des données privilégiées qu'elle communique ensuite au médecin. Les infirmières d'urgence procèdent donc à la collecte des données pour recueillir les informations pour le médecin :

« Ça fait que c'est d'essayer d'aller chercher toutes les informations qui sont pertinentes puis qu'on peut amener au médecin, parce que le médecin aussi passe puis il fait une évaluation. Mais bon, il est pas là pendant deux heures de temps, ça fait que des fois dans son évaluation de cinq, dix minutes, il peut y avoir des choses qui lui ont passé sous le nez, que le patient en n'a pas parlé, pour X raison. Ça fait que nous autres, en tant qu'infirmière, étant plus longtemps avec le patient, ça nous permet de poser plus de questions ».

En plus de contribuer à fournir les données au médecin, la collecte des données est importante pour assurer le suivi des traitements médicaux initiés à l'urgence:

« [...] si le patient est encore souffrant, tu vas aller voir le médecin, tu vas dire « J'ai donné 10 mg de morphine puis elle est encore pliée sur la civière, ça ne marche pas », ça fait que ça reste un autre genre de collecte des données, moins complète, moins exhaustive, mais ça reste que c'est un genre de suivi, je trouve ».

Une des infirmières d'urgence interrogées réalise également la collecte des données dans le but de contribuer à maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne et d'éviter une perte d'autonomie durant l'épisode de soins. Elle mentionne:

« [...] moi, personnellement une collecte des données, c'est des informations pertinentes reliées au vécu du patient, afin de lui donner un service plus adapté à ses besoins. [...] c'est relié vraiment avec ce qu'il peut faire, ce qu'il ne peut pas faire, dans le but de maintenir une ressemblance avec son quotidien. »

Pour les infirmières, bien que la collecte des données soit réalisée tout au long du continuum de soins, c'est au triage qu'elle prend vraiment toute son importance dans le contexte de la salle d'urgence : *« [...] c'est vraiment au triage que le plus gros de la collecte des données est fait »*. Elle constitue la collecte des données initiale pour les infirmières d'urgence, le moment où la base des données initiale est recueillie. Il s'agit également de la première collecte réalisée auprès du patient : *« Je sais que la collecte des données, on la fait partout, mais surtout depuis que je fais beaucoup de triage, je trouve que c'est là qu'on en fait le plus, puis c'est le début de la collecte des données. »*. Or, bien que les infirmières soutiennent que la majeure partie de la collecte des données est réalisée au triage à l'urgence, elles admettent néanmoins que le court laps de temps consacré au triage du patient ne leur permet pas de procéder à une collecte des données complète: *« [...] parce que le triage en moyenne, c'est de trois à cinq minutes. C'est pas la place idéale pour faire une collecte des données plus complète. »*. Elles ajoutent également que cette collecte des données a pour but de prioriser et d'orienter le patient, qu'elle est sommaire, axée principalement sur la raison de consultation et donc, insuffisante pour explorer toutes les sphères importantes afin d'obtenir un portrait global de la personne. Lorsqu'on questionne les infirmières sur le meilleur moment pour compléter la collecte des données initiée au triage, elles stipulent qu'il s'agit du moment où le patient est admis à l'urgence: *« Le patient, aussitôt qu'il est installé sur une civière,*

théoriquement l'infirmière qui est en charge du patient devrait aller voir son patient pour essayer de savoir, de repréciser les informations [...] ». Toutefois, les témoignages de certaines participantes indiquent qu'une fois l'étape du triage terminée, elles consacrent moins de temps à la collecte des données : « Parce que c'est sûr que quand les patients sont déjà couchés, l'infirmière sait pourquoi le patient vient, elle peut donc compléter son questionnaire au besoin, mais elle sait déjà. Ça fait que le gros de la job, si tu veux, c'est au triage ». Néanmoins, il semble que la collecte des données soit réalisée en continu à l'urgence. Les infirmières expliquent qu'en plus de contribuer à compléter les données recueillies au triage, la collecte des données est effectuée en continu afin d'assurer une surveillance clinique et de détecter un changement de l'état du patient : « [...] on collecte tout le temps des données, on réévalue les patients. Parce que ça change tout le temps. Le patient peut commencer P4 dans la salle d'attente et finir intubé dans la salle de réanimation ».

La nature des données recueillies par le biais de la collecte des données ainsi que les sources des données constituent un autre sujet abordé par les infirmières. Leurs propos démontrent qu'elles adoptent une perspective holistique de la personne. En effet, outre l'état de santé physique, elles s'intéressent à l'état mental, l'environnement social et même à certains aspects culturels et spirituels de la personne. Or, bien qu'elles reconnaissent l'importance d'explorer ces différentes dimensions avec les patients et de recueillir ces données, le contexte de la salle d'urgence nécessite qu'elles se concentrent principalement sur la raison de consultation du patient :

« À l'urgence, on ne fera pas de génogramme ou d'écocarte avec nos familles, quoi que je suis certaine que ça pourrait être intéressant, mais en période de soins aigus, où on les voit vraiment dans un court laps de temps, je pense que c'est pas toujours approprié, et puis on va vraiment cerner le problème présent, sans aller évaluer nécessairement plein d'autres sphères autour du patient comme l'environnement, son réseau social, son alimentation ».

En effet, les infirmières expliquent qu'au-delà des antécédents de santé, de la liste des médicaments et des signes vitaux, qui apparaissent dans leurs propos comme

étant des données prioritaires à recueillir à l'urgence, c'est l'histoire du patient et sa raison de consultation qui orientent la suite de la collecte des données.

Les infirmières expliquent qu'elles recueillent les données objectives et subjectives pertinentes à la situation clinique de la personne par le biais de différentes sources. Leurs propos révèlent qu'elles ont principalement recours au questionnaire et à l'examen physique. Le questionnaire apparaît dans les résultats comme la principale source de données pour les infirmières d'urgence. Les données subjectives, qui correspondent aux perceptions du patient, sont importantes parce qu'elles orientent la suite de la collecte des données de l'infirmière et témoignent de l'expérience unique vécue par la personne: *« avec le questionnaire, chaque expérience de santé devient unique [...] à chaque patient »*. Deux des participantes interrogées insistent également sur l'importance de poser des questions ouvertes lors du questionnaire afin de ne pas omettre une donnée essentielle. Elles admettent néanmoins que les infirmières préconisent généralement le questionnaire dirigé à l'urgence.

Dans le cadre de l'examen physique du patient, les infirmières d'urgence intègrent les différentes techniques d'inspection, de palpation et d'auscultation dans leur pratique clinique: *« Oui, l'observation. On regarde. Ben, le toucher, on ausculte, on prend les pressions, on va palper. Je vais aller palper le ventre quand quelqu'un dit qu'il a mal au ventre, je vais le palper »*. Toutefois, certaines techniques spécifiques, telle que la percussion, apparaissent moins essentielles aux yeux des infirmières:

« [...] s'il a l'abdomen hyper enflé, hyper distendu, ben il faut que je le sache, je vais essayer de lui palper. C'est sûr que je ne commencerai pas à faire de la percussion. Je ne commencerai pas à faire ça, mais en général, c'est sûr que je vais regarder le patient, essayer de lui toucher pour voir ».

De plus, trois des cinq infirmières interrogées abordent le sujet de l'auscultation pulmonaire à l'urgence. Elles dénoncent le fait que plusieurs infirmières d'urgence ne procèdent pas à l'auscultation pulmonaire des patients et

considèrent l'utilisation de cette technique comme relevant de la responsabilité des inhalothérapeutes. Elles expliquent que c'est leur expérience de travail au triage qui les a amenées à développer leurs habiletés d'auscultation et à ausculter davantage les patients, plus spécifiquement, ceux qui se présentent à l'urgence pour un problème respiratoire:

« [...] parce que souvent dans les aires, on oublie qu'on a un stéthoscope puis qu'on peut ausculter, parce que bon, le médecin l'a ausculté, l'inhalothérapeute, il vient souvent ausculter. [...] Mais au triage, on n'a pas le choix, on a un stéthoscope dans le cou, puis il faut toujours que tu écoutes tes poumons. À moins que ça n'ait pas rapport ».

Afin de recueillir les données pertinentes auprès des patients et de leur famille, les infirmières doivent adapter leur collecte des données à la clientèle ainsi qu'au contexte de l'urgence. Pour adapter leur collecte des données aux particularités des patients et des clientèles, elles doivent notamment tenir compte de l'âge de la personne, de son niveau de scolarité, de sa culture ainsi que de sa religion. La collecte des données réalisée auprès de la clientèle pédiatrique comporte notamment son lot de défis pour les infirmières d'urgence. Elles doivent user d'une grande créativité afin de créer le lien de confiance qui leur permettra de recueillir les données pertinentes auprès de l'enfant: *« [...] c'est comme de passer par le jeu. C'est moins comme dramatique. La machine à pression, c'est une machine à caresses, ou pour les petits gars, c'est pour voir si t'es fort, voir les muscles ! ».*

Contrairement à la collecte des données auprès de la clientèle pédiatrique, la collecte des données réalisée auprès de la clientèle âgée devrait être, selon les infirmières interrogées, plus adaptée et exhaustive. Elles expliquent que la collecte des données sur l'autonomie fonctionnelle de la personne n'est souvent pas réalisée à l'urgence et que les informations sont principalement recueillies « au fur et à mesure » et par « essais erreurs » lorsque l'équipe prête assistance au patient. Elles reconnaissent que cette pratique comporte un risque pour la personne :

« Des fois c'est sûr qu'il y a des essais et erreurs. Tu le sais pas que cette patiente-là a une mobilité assez réduite, puis là, tu veux l'amener à la toilette parce qu'elle, elle dit qu'elle va à la toilette mais elle commence un petit peu l'Alzheimer, elle se souvient pas... Puis là, tu t'en rends

compte en essayant de la lever, tu fais comme, attends un peu; tu la rassois ».

Afin d'optimiser le processus de collecte des données auprès des aînés, les infirmières expriment le besoin d'utiliser un outil de documentation, un formulaire très concis qui permettrait de documenter l'autonomie fonctionnelle de la personne. Elles proposent également qu'un outil semblable soit acheminé lors du transfert d'un résident du centre d'hébergement vers l'hôpital. Elles recommandent finalement qu'une infirmière dédiée se consacre principalement à la collecte des données auprès des personnes âgées à l'urgence et cible les personnes pour qui le retour à domicile est compromis.

Une participante explique que la diversité de la clientèle, spécifique au contexte de la salle d'urgence, a un impact sur l'organisation du travail et peut constituer une contrainte:

« Parce que y'a ça à l'urgence; dans une même section, on a de tout. Je peux avoir un enfant sur une civière, je peux avoir une personne âgée grabataire sur l'autre, qui est en perte d'autonomie, je peux avoir un œdème aigu du poumon puis une hémorragie digestive haute. Ça fait que des fois, ça devient lourd. Comme les enfants, ils sont plus longs à évaluer. Donc à ce moment-là, j'ai besoin de prendre un petit peu plus de temps. On manque de ressources à ce moment-là, ça sera pas facilitant pour moi d'essayer d'accomplir tout puis de me permettre de bien évaluer le patient aussi, en même temps ».

Le contexte et la mission de l'urgence influencent également la réalisation de la collecte des données de l'infirmière. Elles expliquent que le roulement de la clientèle ainsi que la vitesse d'exécution attendue les obligent à réaliser des collectes des données plus concises et axées sur la raison de consultation :

« Puis aussi je te dirais que la rapidité; il faut qu'on soit rapide. Mais je ne dirais pas plus superficielle pour autant. [...] Ça fait cinq ans que je suis à l'urgence, j'ai appris à faire ça vite, mais à aller cibler vraiment les points importants ».

De plus, le roulement de la clientèle semble parfois décourager les infirmières de s'investir davantage dans la collecte des données avec le patient : *« [...] le débit de patients, ça décourage un peu des fois de faire des collectes de données complètes*

avec ces patients-là parce qu'on sait qu'après ça, ils vont changer, ils vont s'en aller ». Finalement, le manque de temps est identifié comme un obstacle majeur par les infirmières: *« Ça peut être le manque de temps. Généralement ça va être la première chose qui peut faire en sorte que tu n'auras pas le temps de faire l'évaluation aussi complète que t'aurais envie de la faire »*.

Les infirmières d'urgence apprécient pouvoir consulter des outils de référence cliniques qui les aident à bien orienter et réaliser leur collecte des données. Elles mentionnent notamment que le logiciel informatique du triage est un outil qui leur permet de bien préciser la situation clinique en les pistant sur les données à objectiver auprès de la personne :

« Au triage, parce que le logiciel informatique, de la façon que c'est fait, tu vas chercher la situation du patient [...] en cochant dyspnée, ben là, t'as plusieurs trucs qui s'énumèrent. [...] ça te permet de poser davantage de questions ou de juste objectiver plus de choses chez ton patient ».

Elles précisent également que ce logiciel n'est accessible qu'au triage.

Outre le logiciel du triage, peu d'outils de référence sont disponibles pour soutenir les infirmières d'urgence dans la réalisation du questionnaire d'entrevue avec le patient: *« Les outils d'évaluation ou d'entrevue, on n'en a pas beaucoup. C'est vraiment absent. Je pense que si on avait des outils pour aider à notre évaluation, on les utiliserait plus. »*. Les infirmières précisent toutefois que plusieurs documents de référence spécifiques à l'examen physique sont disponibles et faciles à consulter à l'urgence:

« Pour ce qui est de l'évaluation clinique avec nos yeux, nos mains, les stéthoscopes, ça on en a beaucoup d'outils à l'urgence. Juste par exemple la clientèle pédiatrique, on a un cartable pour toutes les éruptions cutanées possibles et imaginables pour se référer ».

Elles utilisent également, dans leur pratique courante, des outils d'évaluation et de documentation reconnus comme les échelles standardisées, principalement l'échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur et les formulaires d'évaluation comme l'échelle de coma de Glasgow. Une seule participante aborde la notion du

plan thérapeutique infirmier (PTI) et explique qu'il pourrait constituer un outil pour guider l'infirmière dans la collecte des données. Toutefois, elle précise que le PTI n'est pas utilisé à l'urgence.

Les propos des infirmières illustrent également l'ampleur et l'importance de la documentation des données à l'urgence. Par le biais de la documentation, les infirmières tentent de dresser un portrait juste de l'état de la personne à un moment précis. Ce portrait permet d'établir une comparaison avec les données ultérieures afin d'identifier rapidement une détérioration ou un changement chez le patient et de situer ce changement dans le temps. Les infirmières interrogées insistent sur l'importance de documenter, dans le dossier, tous les éléments recueillis par le biais de la collecte des données à l'urgence: « *Pour moi c'est super important parce que je juge que si ce n'est pas écrit, c'est comme si ça avait pas été évalué [...]* ». Les propos des participantes témoignent également des préoccupations des infirmières relativement aux aspects légaux et juridiques de la documentation:

« Aussi, d'un point de vue légal, s'il arrive quelque chose à mon patient, ben ça prouve que moi, je l'ai évalué puis à ce moment-là, il était dans tel état puis il y a eu un changement d'état, versus il était déjà instable, j'en ai avisé le médecin, mais bon, y'a pas eu de conduite à tenir à ce sujet-là. Pour être sûre de pas être poursuivie! Ou si on est poursuivie, on a une trace de ce qu'on a fait, puis de ce qui s'est passé ».

La méthode de documentation employée à l'urgence est la méthode des notes narratives jumelée à l'utilisation de formulaires d'enregistrement systématique. Les infirmières interrogées s'entendent pour dire que les notes narratives sont la méthode de documentation la plus indiquée dans le contexte de l'urgence compte tenu de l'instabilité de la clientèle et des multiples interventions prodiguées en un court laps de temps. Or, bien que cette méthode fasse l'unanimité parmi les infirmières interrogées, une des participantes mentionne que cette façon de faire peut aussi décourager certaines collègues infirmières:

« C'est des notes au long, hein, ça fait que c'est de tout écrire ça au long aussi, je pense que ça peut décourager des infirmières. Puis je pense qu'il y a beaucoup de collectes de données puis d'interventions qui sont faites qui sont pas inscrites nulle part ».

Deux autres participantes, partagent cette opinion quant à la qualité parfois déficiente de la documentation à l'urgence:

« [...] je regarde le dossier puis, la dernière note, elle date de quatre heures. Il y a un problème, je trouve. Parce que c'est sûr qu'il est arrivé quelque chose entre telle heure et telle heure. À l'urgence, il faut que t'écrives tout, parce que tu ne sais jamais si le patient, trois heures plus tard il va coder ou peu importe. Puis si tu n'as rien écrit; t'as l'air...sympathique! ».

Dans le cadre des entrevues, les infirmières partagent également leurs perceptions de leur rôle et de leurs responsabilités relativement à la collecte des données. Elles élaborent notamment sur ce qui les différencie des autres professionnels. Elles parlent de leur rôle à l'urgence comme d'un rôle de généraliste. Selon elles, les infirmières adoptent une vision holistique et globale de la personne qui les distinguent des autres professionnels. Deux des participantes interrogées mentionnent que la contribution unique des infirmières se manifeste dans l'importance qu'elles accordent à la sphère sociale de la personne. Relativement à cet aspect de la collecte des données, une des participantes partage un point de vue intéressant qui illustre le rôle important « *d'advocacy* » de l'infirmière à l'urgence:

«Parce que des fois, on le sait, les médecins ont le congé facile. Puis des fois, moi, je trouve que ça n'a pas de bon sens. Une personne âgée qui ne s'occupe pas d'elle, puis qui s'en va toute seule à la maison. Ça n'a aucun bon sens. Ou à sa résidence autonome. Il faut en parler au médecin. Puis des fois, on s'obstine ».

Les infirmières perçoivent leur rôle comme complémentaire à celui des autres professionnels qui s'intéressent à une sphère, un système bien ciblé du patient: « *ça permet, les spécialistes et les autres professionnels de la santé, d'évaluer davantage des choses dans lesquelles nous, on n'a moins de connaissances, puis d'aller plus en profondeur dans certaines sphères.*»

La complémentarité des rôles s'exprime également dans la relation entre le médecin et l'infirmière d'urgence. En effet, en ce qui a trait à la différence entre les rôles de l'infirmière et du médecin relativement à la collecte des données, les infirmières répondent que les médecins possèdent plus de connaissances, de

meilleures habiletés pour réaliser l'examen physique et de la latitude dans la prescription d'examens diagnostiques, mais que le contenu de leur collecte des données est généralement assez similaire à la leur: « [...] leur examen physique va être beaucoup plus poussé. Beaucoup plus complet. C'est sûr qu'ils vont utiliser les questionnaires aussi ». Une autre participante commente: « ils vont aller faire des actes qu'on ne fait pas, qui sont des actes médicaux. Donc ils vont aller chercher d'autres choses, mais en gros, ça revient pas mal au même ». Une autre explique:

« Ça devrait être complémentaire. L'infirmière fait une première évaluation objective des choses et tout. C'est sûr que le médecin, il est supposé avoir davantage de connaissances, plus pointues. Donc à ce moment-là, il va pouvoir évaluer davantage, en profondeur des choses. Des données que moi, je peux avoir recueillies précédemment, mais lui, il va aller questionner davantage ».

Une infirmière, dans son témoignage, introduit un élément unique qui n'est pas abordé par les autres participantes, la responsabilité professionnelle. Elle insiste sur la responsabilité qu'a l'infirmière de procéder à une collecte des données rigoureuse et de porter un jugement clinique sur l'état du patient. Elle dénonce l'attitude, qu'elle qualifie de négligente, de collègues qui attendent d'obtenir l'ordonnance du médecin avant de mettre en place la surveillance clinique requise par l'état du patient. Elle raconte :

« [...] chez les patients pour qui on attend une évaluation neurologique, un scan cérébral, elles ne font pas de signes neurologiques. [...] Si jamais y'a un changement à l'évaluation neurologique, ben là, tu dois absolument aviser le docteur, il faut qu'il soit mis au courant ».

À ce sujet, une participante explique que l'évolution de la profession infirmière creuse un fossé entre les différentes générations d'infirmières notamment, en ce qui concerne le jugement clinique:

« Puis c'est ça qui est difficile je trouve. On est dans un changement où les filles qui sont comme à cinq, dix ans de leur retraite, qui sont pas mal toutes techniciennes, versus les nouvelles qu'eux autres c'est vraiment la pensée critique puis le raisonnement. Je trouve que là, le fossé s'élargit un peu. Mais c'est sûr que ce n'est pas facile pour eux autres qui n'ont pas la même façon de penser. »

Enfin, les participantes font le lien entre la pratique clinique des infirmières à l'urgence et le préceptorat des infirmières novices. Elles expliquent que les infirmières novices, dans leur processus d'apprentissage à l'urgence, investissent beaucoup d'énergie dans l'organisation de leur travail et accordent moins d'importance à l'évaluation clinique. Pour les participantes, il est essentiel que les novices soient bien accompagnées, par des préceptrices volontaires, formées pour exercer cette fonction, et qui comprennent le rôle actualisé de l'infirmière afin qu'elles développent notamment leurs habiletés d'examen physique et leur jugement clinique: *«T'sais, les CEPI elles sont quand même longtemps en jumelage un pour un, deux pour un. C'est le temps idéal de les familiariser avec le jugement clinique. Puis regarde t'es pas une exécutante ».*

*Les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe de soins infirmiers,
les autres professionnels et l'organisation*

Ce thème explore les relations et les interactions qui influencent le processus de collecte des données des infirmières tant au niveau du travail d'équipe, que de la collaboration professionnelle et du partenariat avec le patient et sa famille. Les six sous-thèmes qui ont contribué à construire ce thème sont : a) la collaboration avec les patients et leur famille; b) la collaboration dans l'équipe de soins infirmiers; c) la collaboration interétablissement; c) la collaboration avec les autres professionnels; d) la collaboration avec le médecin et, e) le soutien de l'organisation.

Lorsque les infirmières partagent leur point de vue sur la collaboration avec les patients et leur famille, un élément majeur émerge de leurs propos. En effet, toutes les infirmières interrogées parlent de leur difficulté à procéder à la collecte des données auprès d'un patient qui présente un obstacle à la communication. Elles décrivent l'unilinguisme, la confusion, l'aphasie, la déficience intellectuelle et l'état de conscience altéré comme des obstacles majeurs à la réalisation de la collecte des données. Elles précisent l'importance de la présence des familles dans ces situations: *« Si la famille n'est pas présente, dans ces cas-là ça peut être un obstacle. Chez les*

gens, très important, la famille chez les gens qui ne parlent pas français ». Une participante explique également:

« [...] une fois j'avais une unilingue, elle était hollandaise, puis en plus, elle était confuse. Elle était en salle de réanimation, elle n'était pas inconsciente, mais je n'avais pas de famille. Ça fait que là, j'avais zéro référence à la collecte des données. ».

Dans le même ordre d'idées, les infirmières qualifient aussi certains patients de « mauvais historien » en précisant que le fait d'être un « mauvais historien » constitue un obstacle à la collecte des données. Elles désignent par cette expression les personnes qui sont incapables d'exposer leur histoire de santé de façon claire:

« Un patient mauvais historien il faut fouiller, puis il faut poser des questions, puis il faut recadrer. Tu ne sais même pas qu'est-ce qu'ils ont. Je ne dis pas qu'il y a des bons et mauvais patients, mais il y a des bons historiens, il y a des mauvais historiens ».

Les participantes mentionnent aussi que la mission de l'urgence est parfois mal comprise par les patients. Ces derniers se présentent souvent à l'urgence pour un ensemble de problématiques, ce qui oblige les infirmières à les recadrer dans leur histoire afin de bien cibler leur véritable raison de consultation.

Une participante explique que l'approche de l'infirmière peut également influencer la collaboration et la communication avec le patient. La disponibilité et l'écoute de l'infirmière peuvent avoir une influence sur le lien de confiance qui s'établit avec la personne et sur les informations qu'elle lui confie concernant sa situation de santé: *« on peut avoir l'air débordé puis c'est sûr que les gens, ça doit moins leur tenter de nous parler dans ce temps-là ».*

En ce qui a trait à la collaboration dans l'équipe de soins à l'urgence, les infirmières rencontrées sont unanimes, la communication des données recueillies est un aspect essentiel principalement pour assurer la sécurité des patients. L'infirmière doit notamment transmettre l'information pertinente à l'assistante infirmière-chef qui s'assure d'une gestion sécuritaire et optimale des civières ainsi que des transferts

sécuritaires des patients vers d'autres unités de soins. Une participante, qui occupe parfois la fonction d'assistante infirmière-chef, témoigne :

« [...] en tant qu'assistante, si l'infirmière ne me dit que le patient a de la chimiothérapie, qu'il fait de la fièvre [...] je ne peux pas le savoir, je ne peux pas le mettre dans une chambre d'isolement qui est adéquate pour le protéger. Ça fait que c'est tout relié. Toute l'information doit circuler ».

Selon deux des infirmières, la communication doit également être assurée avec les préposés aux bénéficiaires qui contribuent à la collecte des données et qui doivent aussi assurer la sécurité des patients lorsqu'ils prodiguent les soins de base :

« [...] y'a un rôle d'équipe aussi. Si l'infirmière n'a pas fait une collecte des données, le préposé aux bénéficiaires, quand il va venir pour la lever, s'il ne sait pas que cette patiente-là, ça fait vingt ans qu'elle ne marche pas, parce qu'elle a des effets secondaires de la poliomyélite puis qu'il la lève puis qu'elle a une faiblesse puis qu'elle chute. La collecte des données est primordiale puis elle doit être diffusée à l'ensemble de l'équipe parce que tout le monde a quelque chose à faire avec cette personne-là ».

Inversement, le préposé aux bénéficiaires doit également communiquer l'information recueillie auprès de la personne à l'infirmière:

« [...] les préposés, ils nous disent « La madame, j'ai essayé de la lever, elle ne marche pas. Elle n'est pas capable de mettre du poids sur sa jambe », ou, « Il y a du sang dans la culotte, c'est bizarre ».

Deux des infirmières interrogées insistent également sur l'importance de mettre l'information pertinente à la disposition des collègues. Une participante témoigne notamment de certaines lacunes dans la mise à jour du kardex infirmier :

« Parce que là, dans une version optimale, ton kardex est clair, il est à jour, les informations sont pertinentes et cohérentes. Dans le meilleur des mondes ! Des fois j'arrive dans le dossier, l'infirmière m'a écrit « Diminution de l'état général », c'est ce qu'elle va dire au rapport, puis finalement, le diagnostic est éliminé ACV. Ben là, mon évaluation n'est pas pareille ! ».

De plus, certaines données essentielles apparaissent parfois uniquement dans les notes d'évolution des infirmières qui, après quelques jours, ne sont plus consultées.

La collaboration interétablissement et plus précisément, la communication avec les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) constitue un obstacle à la collecte des données pour les infirmières interrogées. En effet, elles soulignent l'importance d'avoir accès aux informations recueillies par les professionnels du centre d'hébergement lorsque le résident est transféré à l'hôpital pour une détérioration de son état de santé. Elles précisent qu'il s'agit souvent d'une lacune puisque les données sont souvent manquantes ou carrément absentes: « *Le CHSLD qui n'a pas envoyé assez d'informations puis que le patient n'est pas capable lui-même de s'exprimer. Donc à ce moment-là, ça peut être un obstacle à la collecte des données* ».

La relation et l'interaction avec les autres professionnels relativement à la collecte des données sont des éléments abordés par les participantes. Les infirmières interrogées collaborent avec les autres professionnels de façon ponctuelle quand, à la lumière de leur évaluation clinique, elles jugent que le patient nécessite une intervention qui se situe hors de leur champ d'expertise. Elles transmettent alors les données pertinentes au professionnel qui intervient auprès du patient :

« [...] si le patient ne se sent pas bien au niveau respiratoire, il pense qu'il a besoin de traitements PRN, ben, c'est pas à moi de juger de ça, ça fait que j'appelle l'inhalothérapeute puis l'inhalothérapeute fait son évaluation et tout. Ça fait qu'il peut y avoir de la collaboration à ce niveau-là, on s'échange des données puis on collabore ensemble pour le bien-être du patient ».

Également, les propos des infirmières illustrent bien l'importance centrale de la communication dans le travail de collaboration avec le médecin à l'urgence. Les infirmières communiquent les données recueillies à ce dernier principalement lorsqu'elles constatent un changement ou une détérioration de l'état du patient qui peut influencer le diagnostic ou le traitement. Les infirmières rapportent que la crédibilité est un élément qui influence beaucoup la collaboration qu'elles entretiennent avec le médecin. Elles expliquent que, quand la crédibilité d'une infirmière est établie, la relation de confiance qui se développe entre elle et le médecin facilite grandement la communication. Selon elles, les médecins accordent

plus d'importance et d'intérêt aux propos d'une infirmière en qui ils ont confiance: *« Ben en fait, il faut faire sa place. Mettons moi, ça fait cinq ans que je suis là, j'ai fait ma crédibilité. Les médecins, quand je vais les voir, « y'a quelque chose qui m'inquiète », ben ils vont m'écouter »*. Une telle situation peut s'avérer difficile pour une infirmière novice qui démontre moins d'assurance et qui, dans son processus d'apprentissage, commet des erreurs:

« Puis c'est sûr qu'une nouvelle infirmière, il faut qu'elle fasse un petit peu ses preuves. Parce que des fois, les infirmières, elles n'osent pas trop aller déranger au début. Puis le médecin, il arrive puis là il l'engueule ; « pourquoi tu me l'as pas dit ! » Des fois ça arrive. »

Selon les participantes, la qualité de la collecte des données de l'infirmière et la façon dont elle transmet l'information au médecin contribue à établir sa crédibilité:

« [...] j'imagine que ça doit dépendre aussi de qui apporte les données, puis de comment t'es structurée dans tes idées. Si tu arrives puis que tout est en désordre, t'amènes des informations puis c'est chaotique et le médecin des fois il a plus de difficulté à se faire une idée, une tête sur qu'est-ce que tu veux vraiment lui dire. Ça fait que des fois... l'échange est plus difficile ».

Une infirmière explique notamment qu'il est important de bien appuyer son hypothèse par des données objectives pour être pris au sérieux par le médecin:

« Mais en même temps, si elle dit « Il ne va pas bien », il va dire « Qu'est-ce que tu veux dire qu'il ne va pas bien ? » C'est trop subjectif, ça fait qu'il faut que t'amènes plus de données objectives vraiment. « Il a une pression à 75 sur 40, il tachycarde à 140. »

Elle doit également faire preuve d'un jugement clinique aiguisé pour déterminer si la condition du patient doit être communiquée immédiatement au médecin:

« Ben, en faisant une bonne collecte des données, en posant les bonnes questions puis en allant voir les médecins pour les bonnes raisons. Y'en a qui sont sur la panique pour rien, puis c'est sûr que ça achale les médecins parce qu'ils n'ont pas juste CE patient-là; ils ont toute l'urgence ».

Bien que la majorité des médecins à l'urgence démontrent de l'ouverture face au travail en équipe, les infirmières interrogées décrivent des situations où leur opinion n'est pas prise en considération:

«Ça arrive que toi, tu dis « Oui, mais là... ce patient-là, il a telle affaire. Moi, ça m'inquiète » et lui... Ça passe comme dans le beurre puis ce n'est pas quelque chose qui l'importe. Ça fait qu'à ce moment-là, c'est fâchant, parce que reste que c'est le médecin qui a le gros bout du bâton à la fin. C'est sûr que si toi, tu l'as noté dans tes notes, tu es protégée en fait ».

Dans le même ordre d'idées, le fait que les notes au dossier, rédigées par les infirmières, ne soient pas ou peu consultées par les médecins constitue également un irritant majeur:

« Puis tu me parlais des obstacles tantôt, les infirmières ont l'impression que les médecins les lisent pas non plus. Ça fait que dans le fond, on va écrire toute cette belle collecte des données-là pour finalement que personne, que d'autres professionnels, l'infirmière du CLSC vont nous lire, les ergo vont nous lire, mais les spécialistes, j'ai jamais vu un neurologue lire une note infirmière pour dire que le patient avait déjà des antécédents de je ne sais pas quoi ».

Les propos d'une participante au sujet de la documentation semblent indiquer que les infirmières documentent davantage les données si elles savent que leurs notes seront consultées par les médecins :

« [...] les psychiatres, ils consultent beaucoup nos notes. Je pense que c'est dans les spécialistes qui sont plus attentifs à ce qu'on peut écrire dans nos notes. Ça fait que quand j'évalue l'état psychologique de mon patient, j'essaie de prendre le temps de laisser exprimer le pourquoi il vient puis qu'est-ce qui se passe pour lui. Puis je vais noter ça vraiment à mon dossier. Le plus d'informations possible pour que le psychiatre puisse constater comment il était le patient quand il est arrivé; est-ce qu'il y a un changement, est-ce qu'il nie des choses, ou autre ».

Ce que les infirmières apprécient de la collaboration avec les médecins à l'urgence est la possibilité d'apprendre au contact de ces derniers. Elles expliquent que les médecins se montrent généralement ouverts et disponibles pour répondre à leurs questions ce qui les encourage à perfectionner leurs habiletés de collecte des données:

« On a un bon travail d'équipe à l'urgence avec les médecins, ça fait que d'aller discuter des choses qu'on a vues, puis le médecin va dire « T'as-tu vu ce patient-là ? Il a les jugulaires distendues. Viens, je vais te montrer comment on les mesure », par exemple. Ben l'infirmière après ça, elle va être portée à le noter dans son dossier puis à faire les mêmes mesures, c'est certain. [...] Ça fait que je pense que les méthodes qui sont montrées par les médecins sont encouragées après à être reproduites ».

Le soutien de l'organisation constitue le sixième sous-thème. Le contexte de la salle d'urgence, avec le roulement rapide des patients, implique que les infirmières doivent faire preuve d'une certaine vitesse d'exécution. La surcharge de travail et le manque d'effectifs sont des éléments identifiés par les infirmières interrogées comme des obstacles à la réalisation de la collecte des données:

« Si on est à moins deux infirmières, à ce moment-là, on n'a pas de volante. Si ça cochonne dans ma section puis que c'est plus lourd, que j'aurais besoin d'aide et que je cours comme une poule pas de tête, j'ai de la difficulté à me concentrer sur ce que j'ai à faire de base, ça fait que là, l'évaluation c'est à la va-vite[...] ».

De plus, les infirmières témoignent du fait qu'elles se sentent peu soutenues par l'organisation et principalement par les gestionnaires en soins infirmiers de l'urgence. Elles expriment le besoin d'être écoutées et davantage impliquées dans les projets qui concernent la salle d'urgence. Elles apprécieraient avoir davantage de contacts avec leurs gestionnaires. Elles déplorent que l'organisation attende des infirmières qu'elles s'adaptent aux changements et aux coupures de personnel sans qu'elles soient consultées dans les prises de décisions qui concernent leur travail. Elles expliquent que le sentiment d'être peu soutenues et reconnues par l'organisation peut être démobilisant et avoir un impact sur la qualité du travail des infirmières, notamment, sur la collecte des données. Elles expliquent que le fait d'être partie prenante d'un projet augmente le sentiment d'appartenance et motive la personne à se dépasser dans tous les aspects de son travail: *« Quand tu te sens impliquée, quand tu sens que c'est ta place, que t'es appréciée... Tu vas en faire plus, et tu vas être contente de le faire. »*. Les participantes admettent néanmoins qu'elles doivent, elles aussi, être proactives et proposer des projets qui répondent à leurs besoins: *« On devrait avoir des projets qui partent de nous aussi. Mais c'est quand la*

dernière fois qu'on a eu un projet qui est parti de nous, sur le plancher? ». Elles déplorent l'attitude des collègues qui s'opposent au moindre changement proposé.

Pour les participantes, il serait intéressant que plus de projets à l'urgence s'intéressent à la qualité des soins prodigués et notamment, à la compétence d'évaluation clinique des infirmières. Elles expliquent que les résultats de ces projets permettraient de mieux définir les besoins de formation des infirmières. Elles considèrent que le fait d'impliquer les ressources du milieu, c'est-à-dire, les infirmières d'urgence qui détiennent une grande expertise dans un secteur d'activité spécifique, ou une formation universitaire, dans l'élaboration de formations serait une stratégie intéressante pour valoriser leur contribution:

«Mais t'sais, souvent ils n'utilisent pas, justement leurs gens, leurs ressources. T'sais, t'as des filles qui ont des baccalauréats, y'a des filles qui ont des maîtrises, ils les utilisent pas ! C'est parce qu'on se sent pas valorisées en tant qu'infirmières, là ».

Elles précisent également que ces infirmières devraient être rémunérées pour leur implication : *« Il faut que les infirmières qui donnent de leur temps, qui donnent de leurs connaissances, il faut qu'elles soient rémunérées pour le travail qu'elles font, il faut qu'elles soient reconnues ».*

Synthèse des résultats

Pour les infirmières interrogées, la collecte des données est un aspect important de la pratique clinique à l'urgence. Leur compréhension et leur pratique individuelles de la collecte des données sont toutefois très variables. Elles réalisent la collecte des données principalement dans le but d'attribuer le niveau de priorité au triage et de transmettre l'information au médecin. Elles adoptent, d'un point de vue théorique, une perspective holistique de la personne, mais elles expliquent que leur contexte de travail n'est pas propice à la réalisation d'une collecte des données complète. L'affluence et le roulement important ainsi que le manque de temps sont d'ailleurs identifiés par les infirmières comme des obstacles à la collecte des données. La collecte des données à l'urgence est donc principalement axée sur la raison de

consultation. De plus, dans le contexte actuel, la collecte des données est surtout réalisée au triage. Les infirmières d'urgence font preuve de créativité pour adapter leur collecte des données aux caractéristiques de la clientèle notamment, avec la clientèle pédiatrique. Elles considèrent que la collecte des données réalisée auprès des personnes âgées devrait être améliorée et émettent des recommandations en ce sens. Or, elles considèrent difficile de réaliser la collecte des données auprès des personnes qui sont incapables de communiquer verbalement et, dans ces cas, elles privilégient la collaboration avec la famille. Afin de réaliser l'examen clinique de la personne, les infirmières utilisent le questionnaire et les techniques d'examen physique. Cependant, certaines techniques spécifiques, telle que la percussion, leur apparaissent moins pertinentes. Elles mentionnent aussi que la documentation des données est cruciale à l'urgence, principalement pour des raisons légales et juridiques, et qu'il s'agit d'un aspect de la pratique qui pourrait être amélioré. Le fait que les autres professionnels lisent peu ou pas les notes infirmières constitue un obstacle à la collecte des données pour ces dernières. En effet, il apparaît dans les propos des infirmières qu'elles documentent davantage les données si elles savent que le médecin consultera leurs notes.

Les infirmières décrivent leur rôle à l'urgence comme un rôle de généraliste. Elles précisent que l'adoption d'une perspective holistique et globale de la personne est ce qui les distingue des autres professionnels relativement à la collecte des données. Elles définissent leur collecte des données comme complémentaire à celle des autres professionnels. Elles expliquent cependant que le contenu de la collecte du médecin, bien que plus complète, est assez similaire à la leur.

La communication dans l'équipe de soins infirmiers est très importante pour les infirmières afin d'assurer la sécurité de la clientèle. Or, elles décrivent la communication entre les membres de l'équipe comme informelle et non systématique, ce qui limite parfois l'accès aux données importantes. Elles mentionnent également entretenir une belle collaboration avec les médecins de l'urgence et expliquent que cette collaboration repose principalement sur leur crédibilité. Elles insistent d'ailleurs

sur l'importance d'établir leur crédibilité auprès de l'équipe médicale afin de faciliter la collaboration.

Enfin, les infirmières mentionnent que le fait de se sentir peu soutenues et valorisées par les gestionnaires en soins infirmiers et par l'organisation constitue un obstacle majeur à la collecte des données. Elles apprécieraient être davantage impliquées dans les projets et les prises de décisions qui concernent leur travail. Elles aimeraient également être sollicitées pour partager leur expertise avec les autres membres de l'équipe.

Le groupe de discussion avec les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières
ressources cliniques

Cette partie résume les propos des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques de l'urgence (N=4) rencontrées dans le cadre d'un groupe de discussion. Les thèmes sont présentés dans le même ordre que dans la partie précédente.

*Les perceptions et la réalisation de la collecte des données
dans le contexte spécifique de l'urgence*

Dans un premier temps, en ce qui a trait à la compréhension de la terminologie relative à la collecte des données, les participantes observent que l'expression « collecte des données », est souvent associée par les infirmières, à un simple formulaire de collecte des données. La collecte des données est néanmoins un aspect important de la pratique à l'urgence et les participantes s'entendent pour dire que le fait de réaliser une collecte des données incomplète peut avoir des conséquences négatives et même, mener au décès du patient. Elles précisent cependant que le fait que la collecte des données soit incomplète ne repose pas exclusivement sur les épaules des infirmières et expliquent que tous les professionnels sont concernés lorsque l'omission d'une donnée résulte en un événement malheureux.

Pour les participantes interrogées, la collecte des données réalisée par l'infirmière d'urgence constitue la première étape d'une démarche qui mène à l'intervention auprès du patient. En réalisant la collecte des données, l'objectif de l'infirmière est de poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne afin de déterminer ses problèmes et ses besoins et de choisir les interventions pertinentes à mettre en place.

Dans le contexte spécifique du triage, le mandat de l'infirmière consiste spécifiquement à attribuer un niveau de priorité au patient. La collecte des données qui est réalisée au triage vise donc à circonscrire le problème prioritaire de la personne et par conséquent, cette collecte doit être ciblée et précise. Une participante partage l'idée que tous les problèmes ne peuvent pas être adressés au triage et que la collecte des données devrait cibler principalement la raison de consultation:

« [...] ça n'enlève pas la nécessité de colliger des données pour avoir un portrait, malheureusement, les cibles sont mises sur "il vient ici pour quelle raison? [...] Je ne dis pas que ça ne devrait pas être adressé à l'urgence, mais au triage, est-ce que ça va changer ma priorité? C'est toujours un peu la question qu'une infirmière se pose au triage ».

Une autre participante insiste sur l'importance de réaliser une collecte des données plus holistique qui permet à l'infirmière d'avoir un portrait global de la situation de la personne afin de l'orienter vers la bonne ressource :

« C'est plus qu'une priorité, c'est l'orientation du patient. Moi, pour la prise en charge à l'urgence, si j'apprends que, dans le fond, ça fait trois jours qu'elle ne mange plus et que c'est pour ça, tous ses symptômes associés... Bien, c'est sûr que dans la prise en charge, si je suis capable d'aller chercher cette donnée-là, je vais m'assurer qu'elle a un support, soit qu'au congé, la liaison lui ait mis un rendez-vous avec la travailleuse sociale en CLSC, mais ça change déjà toute la dynamique que si je regarde juste le bobo, qu'on la couche, qu'on fait une plaque simple, des prises de sang, tout est beau, bye bye. ».

Les participantes expliquent aussi que les infirmières d'urgence réalisent la collecte des données dans le but de transmettre les informations pertinentes aux médecins et aux professionnels afin d'orienter le diagnostic:

« Donc t'es constamment à la recherche de ces données-là parce que le médecin va avoir besoin de ça – et les autres professionnels – pour dire: "On a fait le tour de la question. Oui, on est bien enlignés sur le diagnostic." ou: "Oups, non, on a passé à côté, il y a d'autres symptômes qui se présentent.»

En ce qui concerne le moment et le lieu de la collecte des données à l'urgence, les propos des participantes illustrent clairement que la collecte des données est un processus qui se réalise en continu. Une participante mentionne cependant que certaines infirmières ne comprennent pas la nécessité de poursuivre la collecte des données après le triage.

Pour les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques interrogées, les données recueillies par l'infirmière sont principalement de natures objectives et subjectives. Une participante mentionne que les infirmières d'urgence n'ont pas toujours une vision globale de la situation de santé de la personne, que certains aspects comme l'état mental ou le contexte social sont parfois négligés puisqu'on s'attend de ces dernières qu'elles s'intéressent principalement à la raison de consultation :

« L'aspect psychologique est souvent délaissé. On oublie l'homéostasie d'un patient...On essaie de quantifier. Bien, c'est un peu, souvent, ce qui nous est demandé, aussi. Bien lui, il vient pour une otite, il ne vient pas pour d'autres choses ».

Une autre participante appuie ce commentaire et explique que les sphères physiques et psychologiques sont pourtant souvent liées :

« Quelqu'un qui t'arrive amaigri, avec des nausées, qui ne se sent pas bien, qui est pâle, qui se sent faible, si tu creuses un peu, voir comment ça va, pis d'où part ses malaises, elle peut dire: "Ça fait trois jours que je ne mange pas et que mon mari est parti." Mais souvent, on ne va pas jusque-là ».

Une participante souligne également que la nature des données recueillies est largement influencée par le modèle conceptuel qui guide la pratique infirmière dans l'établissement. En effet, le modèle de soins auquel l'infirmière adhère influence et oriente le contenu de sa collecte des données. La participante précise :

« Il y a un élément, aussi, qui à mon avis, influence la collecte des données et on y a fait référence. C'est la philosophie sous-jacente de l'établissement, le modèle de soins, le modèle conceptuel qui guide la pratique des infirmières, des intervenants fait en sorte qu'ils vont justement s'attarder aux données psychosociales [...] Mais je trouve que ça oriente aussi la structure d'une collecte des données, c'est là que les infirmières vont être encouragées à aller aussi chercher des données sur la famille, sur l'aspect adaptation à la situation. Alors que si t'as un modèle qui est très centré sur l'aspect médical, on va regarder juste les systèmes ».

Pour les participantes interrogées, il est essentiel de réaliser la collecte des données auprès de la clientèle en l'adaptant au mandat et à la mission de l'urgence. Elles insistent sur le fait que le but de l'épisode de soins à l'urgence est de diagnostiquer et d'initier le traitement du problème de santé pour lequel la personne s'est présentée:

« La mission, moi, je pense, de l'urgence, c'est vraiment de traiter l'urgence immédiate, même si, des fois, il faut aller creuser, mais la mission première, c'est ça. Si on passe à côté de notre mission en élargissant le mandat, on va devenir un supplément à tout ce qui manque partout dans le système [...]. Fait qu'il faut comme aller à ce qui est urgent, ici et maintenant et référer, au besoin ».

Elles expliquent que, puisqu'il s'agit d'un épisode de soins court et circonscrit, toute la collecte des données ne peut pas être réalisée à l'urgence puisqu'il est attendu de l'infirmière qu'elle s'adapte à l'affluence et au roulement des patients et donc, qu'elle effectue son évaluation clinique rapidement. Selon elles, certains éléments de la collecte des données doivent être pris en charge par les unités qui reçoivent le patient hospitalisé et qui doivent assurer la continuité des soins. C'est notamment le cas de l'évaluation de risque qui n'est pas réalisée à l'urgence:

« Mais c'est sûr que, pour les chutes, c'est très difficile quand on a un temps de 17 heures, en moyenne, de présence. On n'a même pas eu le temps de le lever pour le faire marcher parce qu'il est arrivé en pleine nuit [...]. Donc, ma priorité, c'est d'essayer de cerner c'est quoi sa problématique, ici, maintenant, avant de se centrer sur comment il fonctionne à la marche, comment il fonctionne au niveau des plaies ».

En ce qui a trait aux outils de collecte des données, les participantes rapportent que plusieurs formulaires d'évaluation, qui guident les infirmières dans

leur collecte des données, existent déjà à l'urgence. Ces formulaires sont nombreux, souvent exhaustifs et donc, non adaptés au contexte de l'urgence. Une participante explique que la démarche d'élaboration et de validation des formulaires dans l'organisation contribue à cette problématique :

« [...] c'est sûr qu'à l'urgence, moi, je rêve depuis des années d'avoir juste quelque chose de très simple à remplir. "Est-ce qu'il marche, est-ce qu'il mange, est-ce qu'il est continent urinaire, incontinent urinaire?" mais simple. Mais quand on fait des formulaires, on dirait que c'est tellement complexe avant d'arriver à avoir le consentement, l'adhésion de tout le monde... [...] le formulaire devient tellement immense qu'il n'y a plus personne qui veut le remplir ».

Les participantes expliquent également que les outils de collecte des données informatisés, comme la feuille du triage, sont aidants pour les infirmières. Une participante partage sa vision de l'outil de collecte des données optimal : *« Elles devraient être centralisées, informatisées, toute dans la même collecte des données, au lieu d'avoir des milliers de collectes de données. ».*

La documentation des données à l'urgence apparaît dans les propos des participantes comme un aspect de la pratique à améliorer tant pour les novices que pour les infirmières d'expérience. Deux des participantes expliquent que les données sont souvent peu ou pas documentées dans les notes des infirmières d'urgence, ce qui rend l'analyse d'accidents ou de plaintes plus complexe.

Les participantes insistent également sur la valeur ajoutée des notes narratives dans le contexte de l'urgence qui contraignent les infirmières à procéder de façon systématique. Une participante justifie l'utilisation de ce mode de documentation qui diffère de celui utilisé ailleurs dans l'hôpital et mentionne, par le fait même, que les infirmières documentent généralement les données selon la perspective du modèle biomédical:

« [...] à l'urgence, ils n'ont pas l'outil standardisé de collecte des données qui existe et c'est un plus parce que je pense que quand on regarde sur certaines autres unités où ce l'est, dans le fond, ça a été comme quasi banalisé avec les crochets, les "X"... Alors que, quand on met l'emphase sur l'importance de documenter, le fait qu'ils sont devant

les pages vierges à écrire, bien... tu dois documenter ton état général et après ça, souvent, c'est par système, au niveau de l'urgence ».

Dans le cadre de la discussion, les participantes abordent le sujet du rôle et des responsabilités de l'infirmière quant à la collecte des données. Elles élaborent sur la contribution unique de l'infirmière, l'impact de la Loi 90 ainsi que la formation des infirmières novices. Dans la réalisation de la collecte des données, l'infirmière se distingue des autres professionnels par sa vision globale et holistique de la situation de santé de la personne qui est différente de celle des autres professionnels qui ont une vision très ciblée d'un aspect de la santé du patient. Le fait que l'infirmière assure le continuum de soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 alimente cette perspective holistique et témoigne également de sa contribution unique. Pour les participantes interrogées, l'infirmière apparaît comme l'intervenante pivot à laquelle s'adjoignent des professionnels avec une expertise et des compétences spécifiques afin de dresser un portrait clinique complet de l'état de santé du patient. Une participante illustre cette situation par la métaphore de la marguerite :

«Moi, je trouve que, pour l'illustrer, c'est un peu comme une marguerite. La corolle pour moi, c'est l'infirmière, pis les pétales, c'est les professionnels de la santé, mais tout le monde se rallie au milieu [...] une infirmière ne peut pas faire une évaluation aussi développée qu'un inhalothérapeute peut faire ou qu'un ergothérapeute peut faire, mais il y a des données de base que c'est elle qui identifie, pis des fois, c'est elle qui dit: "Ah, on a un problème avec ça et on a besoin d'aller plus loin."».

Une autre participante ajoute : *« Dans le fond, elle est vraiment centrale. C'est un pivot, c'est vraiment un pivot, une infirmière dans une salle d'urgence ».*

Les participantes témoignent des changements engendrés par l'entrée en vigueur de la Loi 90. Une participante explique que les nouvelles générations d'infirmières font leur entrée dans les milieux cliniques avec une conception différente du rôle. En effet, ces infirmières novices assument davantage leur statut de professionnelles, elles n'hésitent pas à exprimer leur opinion dans l'équipe et s'attendent à être considérées d'égal à égal par les autres professionnels:

« Pis il y a eu un changement, moi, je trouve, avec l'arrivée de la loi. À l'époque, [...] on était plus dans un rôle d'exécutant face à ce qui était la

commande autant des directions que des médecins [...] Et on n'était pas conscient de ce rôle-là, d'égal à égal, comme professionnel, qui a tendance à prendre de plus en plus sa place. [...] Moi, je le vois à l'intérieur des nouvelles qu'elles n'ont pas ce vieux rôle-là d'étampé.»

Cette même participante mentionne aussi que ce changement de paradigme crée certains bouleversements au sein de l'équipe de soins infirmiers : « [...] ça crée des remous par rapport aux anciennes méthodes de faire, mais il y a des discussions et il y en a plusieurs dans les plus anciennes qui sont ouvertes, quand même, à ça, à l'évolution. ». Une autre participante défend l'idée que pour que les infirmières comprennent l'importance de la collecte des données et qu'elles la pratiquent dans une perspective renouvelée, la collecte des données doit être présentée comme une étape déterminante dans le continuum de la démarche de soins:

« Ce que je pense, aussi, c'est qu'on ne peut pas juste isoler l'étape de la collecte des données. Parce que tu ne peux pas motiver quelqu'un à aller juste chercher les données. L'infirmière, elle prend soin du monde, elle intervient. Pour que ces interventions soient efficaces et qu'elles donnent les bons résultats, c'est un cercle, ça dépend des données qu'elle va chercher. [...] Il faut faire valoir que, pour soigner, le bon soin vient avec la bonne évaluation de la situation ».

Dans le contexte de ce rôle renouvelé, la collecte des données et l'évaluation clinique sont à la base du rôle de l'infirmière. La collecte des données fournie aussi à l'infirmière les arguments pertinents pour défendre les intérêts du patient qu'elle soigne:

« Je pense que la collecte des données dans toutes les sphères vient aussi légitimer l'autonomie professionnelle de l'infirmière et justement de se sentir suffisamment appuyée et solide pour dire que ce soit à tel autre professionnel ou au médecin, mais beaucoup plus étroitement avec le médecin, de dire: "Non, ce patient-là est pas soulagé: voici les données."».

Les participantes expliquent que la formation joue un rôle important dans le développement des habiletés de collecte des données et du jugement clinique des infirmières. Une participante mentionne : « Je me dis: "Plus on a un bagage de connaissances qui nous permet de faire face à ces situations-là, plus on est efficace dans notre collecte des données et dans tout ce qui va suivre : l'interprétation,

l'analyse, l'intervention. »). Néanmoins, une autre participante précise que l'expérience acquise par l'application des connaissances dans le milieu clinique contribue également beaucoup à la formation des infirmières. Une participante abonde dans le même sens et explique que l'expertise se développe également au contact des autres professionnels :

« Moi, j'étais une bonne infirmière aux soins intensifs parce que j'ai eu la chance de travailler avec des médecins qui m'ont permis d'apprendre avec eux et c'est ça qui a raffiné ma collecte des données, qui m'a appris à suivre mes intuitions et à comprendre encore plus comment le corps humain fonctionnait et les impacts. Ça s'apprend pas à l'école, ça. ».

En ce sens, une participante explique qu'il faut aussi donner la chance aux novices de développer leurs habiletés et de s'adapter à leur rythme :

« On apprend les uns des autres et, dans notre organisation, on a une volonté de vouloir développer une culture d'apprentissage d'une organisation apprenante. [...] je trouve ça important de ne pas s'attendre à ce que le produit fini débarque de l'école [...]. À quelque part, il faut conscientiser nos collègues de dire: "C'est à nous à la rendre performante, aussi." Il y en a qui sont pas faites pour aller à l'urgence, et ça, il faut être capable de les dépister. Mais il y en a qui ont le potentiel qui faut et il faut juste leur donner le temps d'apprendre et de se développer ».

Une autre renchérit et ajoute que le programme d'orientation à l'urgence doit permettre cette flexibilité.

*Les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe de soins infirmiers,
les autres professionnels et l'organisation*

Les sous-thèmes abordés par les participantes dans ce thème sont la collaboration avec le médecin et le soutien de l'organisation.

Les participantes témoignent d'une bonne collaboration entre les médecins et les infirmières dans le contexte de l'urgence. Elles expliquent que la rétroaction positive des médecins au sujet de la collecte des données et de l'évaluation clinique

des infirmières est une grande source de valorisation pour ces dernières. Or, les participantes expriment également que l'équipe médicale entretient des attentes élevées envers les infirmières et adopte parfois une attitude intransigeante en se permettant d'émettre certains commentaires sur la compétence de ces dernières. Elles expliquent notamment que certains médecins attendent des infirmières novices qu'elles soient des expertes dès leur arrivée à l'urgence: *« parce qu'on ne se le cachera pas, elles arrivent et il faut qu'elles soient expertes. Il y a pas de marge d'erreur, les attentes sont énormes [...] »*. Une autre participante ajoute: *« Et puis, les médecins, de façon générale, ils viennent me le dire "Tsé, ta nouvelle, là, regarde, elle n'a pas d'affaire ici." »*.

Les participantes expliquent qu'il est essentiel que l'organisation soutienne les infirmières afin qu'elles accordent une place importante à la collecte des données et à l'évaluation clinique dans leur pratique. Elles préconisent l'idée de souligner les « bons coups » et les initiatives des infirmières afin de développer une culture de reconnaissance dans le milieu:

« Ou quand on regarde la collecte des données et, des fois j'en parle avec des filles, je dis: "Ça c'était bon, t'as bien fait ça. Sais-tu que ton patient, il s'est rendu à telle, telle place?" Alors les filles disent: "Ah oui?" Et même au début, elles ne sont pas habituées quand on les complimente. [...] Ça, c'est positif, mais on ne le fait pas assez. On axe plus sur le contraire ».

Mais ajoutent également: *« Mais c'est dur de valoriser parce que ce n'est pas dans la culture. Moi, je pourrais te dire que ce n'est pas dans la culture, actuellement. C'est pas de la mauvaise volonté, ce n'est pas dans la culture. Je ne l'ai jamais vu dans la culture »*.

Il apparaît aussi dans les propos des participantes que la vision, les valeurs et les attentes des gestionnaires en soins infirmiers et des gestionnaires médicaux influencent largement la pratique des soins infirmiers au sein des organisations :

« [...] la vision du gestionnaire administratif et médical, du rôle de l'infirmière. Si on considère l'infirmière comme étant une exécutante, [...] on ne valorisera pas cette étape-là dans son travail. [...] Ça fait que c'est

précieux d'avoir des gestionnaires qui comprennent bien le rôle de l'infirmière, de l'importance de son rôle dans l'évaluation et de pouvoir colliger ces données-là en collaboration avec les autres professionnels.»

Une participante précise : *« Mais, ça aussi, c'est eux (les gestionnaires clinico-administratifs) qui donnent le ton avec leurs valeurs, ce qui est important pour eux. Est-ce que c'est la productivité versus la qualité? »*. Dans le même ordre d'idées, une participante souligne que dans le contexte spécifique de l'urgence, l'évaluation de la qualité repose presque uniquement sur des indicateurs de gestion, c'est-à-dire, des indicateurs de performance et d'efficacité. Cette pratique met l'accent sur la productivité plutôt que sur la qualité des soins prodigués :

« [...] je pense que c'est aussi de s'assurer que toute l'emphase n'est pas mis sur des indicateurs de gestion, mais aussi en termes d'indicateurs de qualité. Quand, effectivement, une infirmière fait une bonne collecte, t'évalues mais que tu ne mesures pas ça, tu mesures ton temps à l'urgence, le nombre de patients que t'as vu et tout, malheureusement, ces chiffres-là ne viennent pas contribuer à donner l'essor. [...] Et ça, ça part d'aussi haut que le Ministère. Le Ministère, il ne pose pas de question sur combien de mortalité, de morbidité et tout ça. Lui, ce qu'il va regarder, c'est les attentes de civières sont de combien ».

Une autre participante exprime une opinion différente et mentionne que les indicateurs de performance peuvent également être une source de motivation pour les infirmières :

« Non, mais juste en termes de volume, en termes de performance, ça donne aussi de la fierté. Tu peux pas ne pas être fier de travailler à l'urgence du CSSS, c'est une très grosse urgence, tu vois un gros débit de patients. Déjà là, ça donne un plus. Je regrette, mais c'est quelque chose qui est stimulant, aussi ».

Finalement, une participante déplore le peu de ressources financières destinées à la formation continue des infirmières. Elle explique : *« Le peu d'argent accordé à la formation, ça, c'est un gros, gros facteur. Moi, je le sais, quand ça va mal, ils défraient les coûts. Quand ça va bien, on n'en a pas besoin, tout va bien. »*

Synthèse des résultats

Les participantes rencontrées considèrent la collecte des données comme un aspect important de la pratique à l'urgence puisqu'elle constitue la première étape de l'évaluation qui mène à l'élaboration du jugement clinique, à la prise de décisions de l'infirmière et à l'intervention auprès du patient. Elles précisent que le modèle conceptuel adopté par l'organisation contribue à orienter la collecte des données des infirmières. Elles expliquent que la collecte des données doit être réalisée en continu mais que les infirmières d'urgence ne comprennent pas toujours la nécessité de la poursuivre au-delà du triage. Elles mentionnent que les données sur l'état mental et le contexte social sont parfois négligées à l'urgence parce que le système attend des infirmières qu'elles évaluent principalement la raison de consultation du patient. Elles adhèrent cependant à l'idée que la collecte des données doit être ciblée et axée sur la raison de consultation, puisque la mission de l'urgence consiste principalement à initier le traitement du problème prioritaire pour lequel le patient se présente. Les participantes déplorent que les outils de collecte des données, qui sont longs à compléter et très exhaustifs, ne soient pas adaptés au contexte de l'urgence. Elles expliquent aussi que la documentation des données est un aspect déficient à l'urgence.

En ce qui a trait au rôle de l'infirmière en matière de collecte des données, elles mentionnent que les infirmières se distinguent des autres professionnels par leur contact privilégié en continu avec la personne. Selon elles, l'infirmière a un rôle d'intervenant pivot à l'urgence. Elles témoignent également de l'impact de l'entrée en vigueur de la Loi 90 et de l'arrivée d'infirmières novices dans le milieu qui ont une conception différente de leur profession et qui assument davantage leur rôle de professionnelle. En ce qui a trait aux infirmières novices, elles précisent que le milieu doit favoriser une culture d'apprentissage et leur permettre de développer leurs habiletés de collecte des données et leur jugement clinique.

Les participantes expliquent que l'organisation et les gestionnaires en soins infirmiers ont la responsabilité de soutenir les infirmières afin qu'elles accordent une place importante à la collecte des données et à l'évaluation clinique dans leur

pratique. Pour ce faire, un changement de culture s'impose. En effet, une culture de reconnaissance doit être développée dans le milieu de l'urgence afin d'encourager et de soutenir l'équipe dans leur développement professionnel. Finalement, elles s'entendent pour dire que, la qualité des soins prodigués à l'urgence devrait, en plus d'être évaluée par des indicateurs de gestion et de performance, être évaluée à l'aide d'indicateurs de qualité.

CHAPITRE CINQUIÈME
DISCUSSION

Dans ce chapitre, une analyse critique des résultats permettra de bien illustrer la contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. La première partie mettra en parallèle les résultats de l'étude, la littérature recensée et les éléments qui composent la norme clinique « collectes des données » de l'ENA (1999). Ensuite, les limites de l'étude seront présentées. Enfin, dans la troisième partie, des pistes de recommandations, issues de l'analyse critique des résultats de l'étude, sont proposées sur les plans de la pratique, de la gestion, de l'enseignement et de la recherche en sciences infirmières.

La discussion

Afin d'approfondir la réflexion sur les compétences attendues des infirmières à l'urgence, les indicateurs de compétences de la norme clinique « collecte des données » de l'ENA (1999), qui constitue le cadre de référence de cette étude, sont utilisés pour structurer cette première partie. Le choix des indicateurs de compétences qui font l'objet de la discussion découle de l'analyse des thèmes présentés dans le chapitre des résultats. Ainsi, les indicateurs retenus correspondent aux compétences auxquelles font référence les thèmes abordés par les participantes. Ces indicateurs sont: (1) réaliser la collecte des données selon la perspective holistique et professionnelle des soins infirmiers, (2) recueillir une base de données initiale ciblée composée de données subjectives et objectives, (3) adapter sa collecte des données en fonction des particularités physiques, psychologiques et sociales et du stade de développement de la personne, (4) documenter les données au dossier afin de les rendre accessibles et (5) communiquer les données pertinentes aux intervenants concernés tout au long de l'épisode de soins à l'urgence. Aussi, bien qu'il ne constitue pas un indicateur de compétences de la norme clinique, le soutien représente un thème important de l'étude qui influence la pratique de la collecte des données des infirmières et pour cette raison, il constitue le sixième et dernier thème abordé dans cette partie. L'analyse présentée dans cette partie se veut une réflexion sur l'état actuel de la pratique de la collecte des données des infirmières en regard des compétences attendues à l'urgence.

*Réaliser la collecte des données selon la perspective holistique
et professionnelle des soins infirmiers*

À l'instar des résultats des études de Lillibridge et Wilson (1995) et de Chapados et al. (2011), les résultats révèlent que les infirmières considèrent la collecte des données comme un aspect central de leur rôle qui contribue à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients. D'autre part, les infirmières sont conscientes des risques et des conséquences graves associés au fait de ne pas réaliser la collecte des données requise par l'état de santé de la personne. Néanmoins, certaines infirmières ne procèdent pas à la collecte des données à l'urgence puisqu'elles entretiennent toujours la croyance que cette activité ne fait pas partie de l'exercice professionnel infirmier ou qu'elle en fait partie seulement dans certains secteurs d'activités spécifiques tels que les soins critiques (Barrows, 1985; Brown et al., 1987; Chapados et al., 2011; Edmunds et al., 2010; Skillen et al., 2001). À ce sujet, les résultats de la présente étude indiquent que l'adoption de la Loi 90 a contribué à amplifier l'écart qui existe entre la pratique des infirmières qui ont adopté une vision actuelle de la profession et celle des infirmières qui ont conservé une vision ancienne ce qui crée une discordance au sein des équipes de soins.

Bien qu'elles accordent une place importante à la collecte des données dans leur pratique clinique, les résultats de la présente étude mettent en évidence que les infirmières ont une compréhension et une pratique variables de la collecte des données. Les propos des participantes dépeignent la pratique de la collecte des données à l'urgence comme approximative et aléatoire. Elles expliquent que toutes les infirmières ne possèdent pas le même niveau de connaissances et d'habiletés, la même compréhension de leur rôle et la même rigueur dans l'exercice de cette activité. D'autre part, les participantes interprètent de façons différentes la terminologie associée à la collecte des données, n'ont pas la même perception des données qui sont importantes à recueillir et des moments où cette activité doit être réalisée. Ces résultats sont comparables à ceux des études de Lillibridge et Wilson (1995,1999) qui révèlent que la compréhension variable et la pratique aléatoire des infirmières sont influencées par leur conception individuelle de la collecte des données et du rôle

de l'infirmière mais aussi, par la perspective conceptuelle dans laquelle elles exercent cette activité.

À cet effet, les résultats indiquent que les infirmières d'urgence adoptent une perspective holistique de la personne mais principalement d'un point de vue théorique. En effet, elles s'intéressent aux différentes dimensions bio-psycho-sociales, développementales, culturelles et spirituelles de la personne et témoignent de l'interrelation de ces dimensions en présence d'un problème de santé. Or, dans les faits, dans le contexte de l'urgence, les infirmières procèdent principalement à une collecte des données ciblée, axée sur la raison de consultation du patient, en utilisant une approche par système et donc, en adoptant une perspective biomédicale. À cet effet, les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence expliquent que c'est ce que le « système » attend des infirmières d'urgence. Ces résultats corroborent ceux de certaines études (Lillibridge & Wilson, 1999; Edmunds et al, 2010; Secrest et al., 2005; Wilson & Lillibridge, 1995) qui témoignent de la prédominance du modèle biomédical dans l'enseignement et la pratique de la collecte des données. D'autre part, les résultats révèlent également que les sphères psychologique et sociale ne sont souvent pas évaluées par les infirmières. L'étude de Chapados et al. (2011) corrobore ces résultats et démontre que bien qu'elles disent avoir une vision holistique de l'évaluation de la santé, les infirmières procèdent, en pratique, rarement ou jamais à l'histoire de santé complète et à l'examen de l'état mental des patients. De plus, l'étude qualitative réalisée par Kerrison et Chapman (2006) démontre que l'évaluation de l'état mental réalisée par les infirmières d'urgence est inadéquate et qu'elle constitue une sphère de l'évaluation dans laquelle elles manquent de connaissances et de confiance en elles. Malgré cela, les témoignages des participantes démontrent qu'elles identifient certains problèmes dans la perspective holistique des soins infirmiers, mais qu'elles le font de manière aléatoire. À cet effet, l'étude de Lillibridge et Wilson (1999) révèle que les infirmières recueillent des données dans une perspective holistique mais qu'elles procèdent de façon peu structurée.

Cette étude traite également d'un enjeu important soit celui de l'identité professionnelle des infirmières. Les résultats indiquent que les infirmières considèrent que leur rôle consiste principalement à être « les yeux du médecin ». Comme le démontre l'étude de Skillen et al. (2001), cette perception semble constituer un facteur facilitant qui les motive à procéder à la collecte des données auprès des patients. Elles considèrent également que le contenu de leur collecte des données est similaire à celui du médecin à la différence que ce dernier possède plus de connaissances et de latitude dans la prescription d'exams diagnostiques. D'autre part, elles réalisent principalement la collecte des données dans le but d'attribuer un niveau de priorité au patient au triage et d'obtenir les données à transmettre au médecin. Cette vision du rôle est partagée par les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence. Or, ce groupe introduit aussi un aspect fondamental qui n'apparaît pas dans le témoignage des infirmières, le jugement clinique. Bien que les infirmières abordent la notion de jugement clinique à quelques reprises dans leur témoignage, leurs propos n'illustrent pas clairement qu'elles réalisent la collecte des données afin d'établir des constats qui orientent leurs interventions auprès du patient. À cet effet, l'étude de Chapados et al. (2011) révèle que les infirmières considèrent que leur formation académique les prépare à décrire les informations recueillies mais pas à formuler leurs conclusions sur la base de leur collecte des données. De plus, les participantes des deux groupes expliquent que la collecte des données leur permet d'élaborer des hypothèses diagnostiques d'ordre médical. Toutefois, la responsabilité de l'infirmière en matière de collecte des données ne consiste pas à poser un diagnostic médical (Barrows, 1985; Sony, 1992), mais bien à déterminer les besoins et les problèmes prioritaires de la personne afin de lui dispenser des soins individualisés (OIIQ, 2010; Pellerin, 2010). À l'image de plusieurs études (Barrows, 1985; Lillibridge & Wilson, 1999; Secrest et al., 2005; Sony, 1992; Wilson & Lillibridge, 1995), ces résultats démontrent une méconnaissance des participantes du rôle actualisé de l'infirmière et plus précisément, de l'exercice de l'activité réservée d'évaluation de la condition de santé physique et mentale.

Peu d'études se sont intéressées aux perceptions des infirmières relativement à la pratique de la collecte des données. En accord avec la littérature recensée (Barrows, 1985; Lillibridge & Wilson, 1999; Secrest et al., 2005; Sony, 1992; Wilson & Lillibridge, 1995), cette étude met en évidence le fait que la compréhension du rôle et la pratique de collecte des données et d'évaluation des infirmières sont variables et largement influencées par le modèle biomédical. Selon Lillibridge et Wilson (1999), l'adoption d'une perspective biomédicale axée sur la pathologie et les traitements n'est pas compatible avec le rôle proactif et plus holistique de prévention et de promotion de la santé de l'infirmière. De plus, cette vision perpétue la croyance que la pratique infirmière découle de la pratique médicale (Lillibridge & Wilson, 1999). D'autre part, les infirmières procèdent à l'évaluation de la santé afin de distinguer l'anormalité de la normalité, de détecter des complications, de déceler des problèmes de santé, de déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation de santé de la personne et d'établir les priorités et les conditions d'intervention (OIIQ, 2010). En ce sens, la méconnaissance des infirmières relativement à leur rôle de collecte des données et leur pratique aléatoire comportent inévitablement des risques pour les patients (Barrows, 1985). Or, ces risques ne sont pas documentés dans la littérature.

*Recueillir une base de données initiale ciblée composée de
données subjectives et objectives*

Contrairement à la littérature recensée qui met l'emphase sur l'examen physique, la présente étude révèle que les infirmières d'urgence accordent une place prépondérante au questionnaire d'entrevue et à l'histoire de santé dans leur pratique clinique. En effet, l'histoire de santé, qui témoigne de l'expérience unique de la personne et qui oriente la suite de la collecte, apparaît comme plus importante et aussi plus complexe à réaliser pour les infirmières. Les participantes expriment le besoin d'être mieux outillées pour réaliser le questionnaire d'entrevue avec le patient. Ces données expliquent possiblement les résultats de l'étude de Chapados et al. (2011) qui révèlent qu'elles procèdent peu à l'histoire de santé complète et à

l'examen de l'état mental de la personne. Ces résultats mettent aussi en évidence la nécessité que la littérature en sciences infirmières accorde plus d'intérêt à la réalisation du questionnaire d'entrevue par les infirmières.

Bien que la pratique individuelle demeure variable et aléatoire, les résultats de cette étude indiquent, comme plusieurs autres (Chapados et al., 2011; Colwell & Smith, 1985; Lont, 1992; Secrest, et al., 2005; Sony, 1992; Wilson & Lillibride, 1995), que les infirmières intègrent les techniques d'examen physique à leur pratique clinique. Elles utilisent principalement l'inspection et la palpation. Toutefois, la technique de percussion n'apparaît pas pertinente aux yeux des infirmières et n'est donc pas utilisée. Plusieurs études abondent dans le même sens (Chapados et al., 2011; Colwell & Smith, 1985; Milligan & Neville, 2006; Reaby, 1990; Secrest et al., 2005) et démontrent que cette technique est peu utilisée par les infirmières en milieu clinique. À cet effet, les études révèlent que bien que les infirmières soient en mesure d'effectuer plusieurs techniques d'examen physique (Sony, 1992), un faible pourcentage de ces techniques est utilisé sur une base régulière dans la pratique (Secrest et al., 2005). Ainsi, les auteurs Colwell et Smith (1985), Edmunds, Ward et Barnes (2010) et Secrest et al. (2005) s'interrogent sur la nature des assises conceptuelles qui sont à la base de l'enseignement de l'examen physique et questionnent la nécessité d'enseigner un large éventail de techniques aux infirmières. L'étude de Secrest et al. (2005) témoigne de la prédominance du modèle biomédical dans l'enseignement de l'examen physique. Les auteurs soutiennent que la responsabilité professionnelle de l'infirmière au regard de l'évaluation de la santé est différente de celle du médecin et donc, que l'examen physique devrait être enseigné aux étudiantes dans une perspective infirmière (Edmunds et al., 2010; Secrest et al., 2005). Ainsi, au lieu de consacrer leur énergie à apprendre des techniques qui sont peu utiles dans la pratique, les étudiantes pourraient développer de meilleures habiletés dans la réalisation des techniques indispensables qui permettent de déceler les problèmes de santé, détecter les complications et établir les conditions d'interventions (Colwell & Smith, 1985; Edmunds et al., 2010; Secrest et al., 2005). Dans le même ordre d'idée, les résultats de la présente étude démontrent qu'une

certaine ambiguïté subsiste pour les infirmières concernant le rôle et les responsabilités de chacun des professionnels à l'égard des techniques d'examen physique. Les infirmières interrogées dénoncent l'attitude de certaines collègues qui n'effectuent pas l'auscultation pulmonaire puisque cette activité constitue, selon elles, la responsabilité des médecins et des inhalothérapeutes. À ce sujet, les résultats de l'étude de Chapados et al. (2011) révèlent que certaines infirmières craignent les conflits associés au fait que les rôles respectifs des professionnels ne sont pas toujours bien délimités. Ces résultats indiquent également que les infirmières ne différencient pas leur contribution de celle des autres professionnels dans la réalisation de l'évaluation de la condition respiratoire.

Adapter sa collecte des données en fonction des particularités physiques, psychologiques et sociales et du stade de développement de la personne

La présente étude suggère que les infirmières ont la préoccupation d'adapter leur collecte des données aux particularités des patients et font preuve de créativité afin de recueillir les données pertinentes. Toutefois, les résultats indiquent que le fait qu'un patient soit incapable de communiquer constitue un obstacle majeur à la collecte des données pour les infirmières. Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Skillen et al. (2001) qui révèlent que les troubles sensoriels et cognitifs, la communication difficile et l'incapacité de coopérer des patients apparaissent pour les infirmières gestionnaires de cas, les administrateurs et les infirmières à la formation comme des facteurs qui complexifient la réalisation de la collecte des données. À cet effet, les résultats de la présente étude révèlent que les infirmières d'urgence favorisent la présence des familles qui facilite leur travail lorsque le patient est incapable de communiquer.

Dans le même ordre d'idées, les participantes témoignent de la nécessité d'optimiser la collecte des données réalisée auprès de la clientèle gériatrique afin d'éradiquer des pratiques qui constituent un risque pour la personne comme par exemple, les déplacements des patients par « essais et erreurs ». Des études témoignent de l'importance d'outiller davantage les infirmières d'urgence afin

qu'elles procèdent à une évaluation plus adaptée aux particularités de la clientèle gériatrique (Brymer, Cavanagh, Denomy, Wells, & Cook, 2001; Hare, Wynaden, McGowan, Speed, & Hadm, 2008). L'étude de Brymer et al. (2001) démontre qu'un programme de formation continue sur l'évaluation de la clientèle gériatrique peut contribuer à améliorer la pratique des infirmières d'urgence.

Documenter les données au dossier afin de les rendre accessibles

La documentation de la collecte des données est un aspect important de la pratique infirmière à l'urgence (Barrows, 1985; Christie, 1993; Cone et al., 1996; Considine et al., 2006). Les résultats de la présente étude révèlent que les infirmières consignent les données recueillies à l'urgence principalement dans le but de respecter les considérations juridiques relatives à la documentation des soins infirmiers et non d'assurer la communication avec les différents intervenants ou la continuité des soins. La méthode des notes narratives est préconisée puisqu'elle apparaît comme la plus appropriée dans le contexte rapide et fluctuant de l'urgence. Le groupe des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques d'urgence ajoute que les notes narratives contraignent les infirmières à procéder de façon systématique pour documenter les données. Or, la présente étude révèle que cette méthode peut aussi s'avérer laborieuse et décourager les infirmières de documenter les données. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude de Barrows (1985) qui révèlent que l'espace limité pour documenter les données constitue un obstacle à la réalisation de la collecte des données pour les infirmières. D'autre part, en appui à plusieurs études (Barrows, 1985; Christie, 1993; Cone et al., 1996; Considine et al., 2006), les résultats montrent que la qualité de la documentation des données recueillies à l'urgence est déficiente. Ces résultats diffèrent des résultats de l'étude de Chapados et al. (2011) qui indiquent que 93% (n=196) des infirmières interrogées mentionnent qu'elles documentent toujours ou souvent les données recueillies par le biais de l'examen physique. Des études (Barrows, 1985; Christie, 1993; Cone et al., 1996; Considine et al., 2006), révèlent que l'introduction d'une méthode systématique de

documentation et des séances de formation continue peuvent contribuer à améliorer la qualité de la documentation à l'urgence.

La présente étude introduit également un élément nouveau à l'état des connaissances actuelles. Elle révèle que le fait que les médecins ne lisent pas ou lisent peu les notes au dossier rédigées par les infirmières constitue un obstacle de taille à la réalisation de la collecte des données. Cette attitude dévalue l'importance de la contribution des infirmières à la collecte des données et les dissuade de s'investir davantage dans le développement de leur pratique et de leurs compétences. Inversement, les résultats démontrent que les infirmières accordent plus d'importance et de temps à la documentation des données recueillies si elles savent que le médecin consultera leurs notes. Ces résultats mettent en évidence le fait que le champ d'exercice de l'infirmière est méconnu des médecins et que cette méconnaissance influence la collaboration interprofessionnelle. En ce sens, ces résultats renforcent l'importance de clarifier le rôle et les responsabilités des différents intervenants de l'urgence relativement à la collecte des données afin que tous reconnaissent la contribution essentielle des infirmières à cette activité et qu'elles l'intègrent définitivement à leur pratique clinique.

Communiquer les données pertinentes aux intervenants concernés tout au long de l'épisode de soins à l'urgence

La communication constitue un enjeu important dans le contexte de l'urgence. Les résultats de l'étude révèlent que les mécanismes de communication entre les membres de l'équipe de soins pourraient être améliorés afin de permettre une meilleure efficacité et aussi une plus grande qualité et sécurité des soins. L'optimisation des outils de collecte des données pourrait notamment contribuer à améliorer la communication, principalement entre les infirmières soignantes, entre les infirmières et les préposés aux bénéficiaires, mais aussi, entre les établissements lors des transferts interétablissement.

La qualité de la communication avec le médecin est aussi une préoccupation des infirmières. Selon les participantes, les médecins accordent plus d'intérêt et d'écoute aux infirmières en qui ils ont confiance. La crédibilité influence la communication et la collaboration entre l'infirmière et le médecin (Chapados et al., 2011; Skillen et al., 2001) puisqu'elle contribue au développement de la relation de confiance. Afin d'établir leur crédibilité, les infirmières doivent faire preuve d'un bon jugement clinique pour déterminer à quel moment aviser le médecin mais surtout, communiquer de manière efficace les résultats de leur collecte des données. Le constat de l'infirmière doit être clair et appuyé de données objectives (Chapados et al., 2011). Des études (Carrieri et al., 1982; Skillen et al., 2001) témoignent du fait que certains médecins questionnent la crédibilité de l'examen clinique réalisé par l'infirmière. Les médecins admettent que l'évaluation du patient réalisée par l'infirmière diminue leur charge de travail (Chapados et al., 2011). Or, ils mentionnent également qu'ils doivent d'abord s'assurer que l'infirmière possède les compétences requises et procède adéquatement à l'examen physique (Chapados et al., 2011). Ces propos témoignent de l'incompréhension des médecins face au rôle de l'infirmière quant à la collecte des données mais également, du manque de confiance des infirmières dans la réalisation de cette activité (Barrow, 1985; Brown et al., 1987; Reaby, 1990; Wilson & Lillibridge, 1995).

Le soutien

Les résultats de cette étude rapportent que le soutien est un facteur déterminant afin que les infirmières accordent une place centrale à l'évaluation et à la collecte des données dans leur pratique clinique (Barrows, 1985; Chapados et al., 2011; Edmunds et al., 2010; Skillen et al., 2001). Pour les infirmières, le manque de soutien est un obstacle majeur à la collecte des données. Les résultats indiquent qu'elles ne se sentent pas soutenues et valorisées par l'organisation et par les gestionnaires en soins infirmiers, et que cette perception a un impact sur leur motivation et sur les efforts qu'elles investissent dans leur travail, notamment, en ce qui concerne la collecte des données. Ces résultats corroborent ceux des études de

Barrows (1985), de Chapados et al. (2011) et de Skillen et al. (2001) qui identifient le manque de soutien des gestionnaires en soins infirmiers comme un obstacle majeur à la pratique de l'examen clinique pour les infirmières. Le manque de soutien de l'organisation et de la direction des soins infirmiers constitue également un obstacle important (Barrows, 1985; Chapados et al., 2011; Skillen et al., 2001). Pour les infirmières interrogées dans la présente étude, avoir plus de contacts avec les gestionnaires et être impliquées et consultées dans les décisions et les projets qui concernent leur travail à l'urgence constitueraient des stratégies intéressantes pour reconnaître et valoriser leur contribution et leur expertise. Les gestionnaires en soins infirmiers et les infirmières ressources cliniques d'urgence reconnaissent l'importance de souligner les efforts et le bon travail des infirmières et expliquent qu'il s'agit d'un changement de culture dans lequel tous les acteurs de l'urgence doivent être impliqués.

À cet effet, tout comme les études recensées (Barrows, 1985; Edmunds et al., 2010; Skillen et al., 2001), les résultats de cette étude révèlent que la culture du milieu et le climat de travail influencent la pratique d'évaluation et de collecte des données des infirmières. Ils soutiennent les résultats des études antérieures (Barrows, 1985; Chapados et al., 2011; Edmunds et al., 2010; Skillen et al., 2001) et suggèrent que l'instauration d'un climat favorable à la réalisation de la collecte des données impose une clarification du rôle et des responsabilités des infirmières relativement à cette activité ainsi que la reconnaissance de ce rôle comme un élément central de la pratique infirmière par tous les intervenants du milieu. La direction des soins infirmiers et les gestionnaires en soins infirmiers ont un rôle prépondérant à cet égard (Barrows, 1985; Chapados et al., 2011; Skillen et al., 2001). Le soutien de l'équipe médicale a une influence importante sur la culture d'apprentissage du milieu (Barrows, 1985; Skillen et al., 2001). Comme les études recensées (Barrows, 1985; Skillen et al., 2001), les résultats indiquent que la rétroaction positive, l'ouverture et la disponibilité des médecins ainsi que la possibilité d'apprendre à leur contact constituent des facteurs qui incitent les infirmières à procéder à la collecte des données. En contrepartie, l'attitude parfois intransigeante de certains médecins, leurs

attentes élevées et le non droit à l'erreur peuvent engendrer l'effet inverse notamment, chez les infirmières novices.

Pour favoriser l'implication des infirmières, la réalisation de la collecte des données devrait être valorisée par l'organisation et les gestionnaires en soins infirmiers (Barrows, 1985; Skillen et al., 2001). Or, dans le contexte de la salle d'urgence, les attentes de l'organisation et des gestionnaires en soins infirmiers sont principalement axées sur la performance et le rendement. Les résultats de la présente étude, qui corroborent ceux de plusieurs études recensées (Barrows, 1985; Carrieri, et al., 1982; Skillen, et al., 2001; Sony, 1991), suggèrent pourtant que le manque de temps et la surcharge de travail constituent des obstacles importants à la réalisation de la collecte des données par les infirmières. Néanmoins, les indicateurs utilisés pour évaluer la pratique à l'urgence sont principalement des indicateurs de gestion. Ces résultats amènent un élément nouveau à l'état des connaissances actuelles. Selon l'investigatrice, ces indicateurs constituent un obstacle au développement de la pratique des infirmières relativement à la collecte des données puisqu'ils semblent perpétuer une vision dépassée des soins infirmiers où l'infirmière occupe principalement un rôle d'exécutante. Aussi, comme les études de Barrows (1985) et de Carrieri et al. (1982), les participantes recommandent que des projets évaluent la qualité des soins infirmiers relatifs à la collecte des données à l'aide d'indicateurs de qualité. Ces projets permettraient d'identifier les aspects de la pratique à améliorer et de mieux cibler les besoins de formation continue des infirmières notamment en matière d'évaluation clinique.

La formation continue améliore les connaissances et les habiletés des infirmières relativement à la collecte des données (Brown et al., 1987; James & Reaby, 1990; Milligan, et al., 2006; Reaby, 1990). Le manque de financement et donc, de formation continue constitue un obstacle important au développement de la pratique de la collecte des données des infirmières (Chapados et al., 2011; Skillen et al., 2001). L'étude de Chapados et al. (2011) révèle que les infirmières considèrent d'ailleurs l'actualisation de leurs connaissances comme insuffisante. Aussi, les participantes recommandent que les infirmières d'urgence qui détiennent une grande

expertise dans un secteur d'activité spécifique, soient davantage sollicitées pour partager leurs connaissances dans le cadre d'activités de formation continue.

Limites de l'étude

La présente étude comporte certaines limites. Ces limites font principalement référence à l'échantillon. En effet, l'investigatrice a tenté d'appliquer le principe de diversification interne à l'échantillon or, la faible participation des infirmières d'urgence lors du recrutement n'a pas permis d'atteindre la diversité attendue. Notamment, le fait que les infirmières interrogées détiennent toutes un diplôme d'études universitaires dont deux, un diplôme de maîtrise en sciences infirmières, ne représente pas la population réelle des infirmières d'urgence qui, en grande partie, détiennent un diplôme d'études collégiales. Ce constat suscite, pour l'investigatrice, un questionnement quant aux facteurs qui ont influencé la non-participation de ces infirmières. Les infirmières qui détiennent un diplôme d'études collégiales sont-elles intéressées à prendre part à une étude en sciences infirmières? Comprennent-elles l'importance de ces études pour l'avancement de la profession? Est-ce que l'absence de compensation et le fait que les entrevues aient été réalisées hors des heures de travail a influencé leur participation? Est-ce que la stratégie de recrutement utilisée était la plus adaptée pour rejoindre cette population? Néanmoins, il aurait été intéressant, voir important, de connaître leur point de vue sur la collecte des données réalisée à l'urgence. Pour ce qui est de la participation de deux infirmières qui détiennent une maîtrise, cette situation est possiblement liée au fait que les infirmières qui poursuivent des études supérieures sont souvent plus sensibilisées à l'importance de participer à des projets de recherche. Qui plus est, d'une part, les infirmières qui ont participé à l'étude exercent la profession depuis moins de dix ans. La participation à l'étude d'infirmières formées avant l'adoption de la Loi 90 aurait permis de décrire l'effet de l'entrée en vigueur de cette loi sur l'actualisation de la pratique infirmière relativement à la collecte des données. En outre, aucune infirmière œuvrant sur le quart de jour n'a manifesté son intérêt à participer à l'étude et donc, ce quart de travail n'est pas représenté dans l'échantillon.

D'autre part, puisque plusieurs perceptions exprimées dans cette étude réfèrent à la collaboration entre l'infirmière et le médecin, il aurait été pertinent d'inclure un chef médical et un médecin d'urgence au groupe de discussion composé des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques d'urgence afin de connaître le point de vue de l'équipe médicale relativement à la pratique de collecte des données des infirmières. De plus, l'inclusion d'une assistante-infirmière chef, témoin de la pratique quotidienne des infirmières, aurait également contribué à enrichir les résultats.

Enfin, une dernière limite renvoie à la transférabilité des résultats de l'étude. En effet, les caractéristiques du milieu à l'étude sont différentes de celles des centres universitaires ou des centres tertiaires qui disposent de plus de ressources notamment, pour la formation du personnel. À cet effet, il est raisonnable de questionner la transférabilité des résultats à d'autres milieux cliniques.

Recommandations

Les témoignages des infirmières, des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques permettent de formuler des recommandations sur les plans de la pratique, de la gestion, de l'enseignement et de la recherche en soins infirmiers. Ces recommandations sont présentées dans cette partie.

Les recommandations sur le plan de la pratique

Les résultats de cette étude suggèrent que les infirmières accordent de l'importance à la collecte des données dans leur pratique clinique. Aussi, il s'avère important qu'elles prennent connaissance des résultats de cette étude afin qu'elles initient une réflexion personnelle sur l'état actuel de leur pratique et de la pratique de leur équipe. Les infirmières doivent notamment reconnaître, comme l'étude le suggère, que certains aspects de leur pratique à l'urgence doivent être optimisés, notamment, la pratique de la collecte des données et de l'évaluation clinique. Le milieu clinique devra cependant les soutenir dans leurs initiatives. Ainsi, il serait intéressant qu'elles initient ou participent à un projet visant le rehaussement de la pratique de la collecte des données et du rôle d'évaluation des infirmières à l'urgence.

Leur implication active permettrait l'élaboration d'un plan d'action qui correspondrait à leurs besoins notamment en ce qui concerne l'actualisation des outils cliniques, le développement d'indicateurs et d'outils d'évaluation de la qualité, l'amélioration du travail d'équipe et de la collaboration interdisciplinaire et la dispensation de formation continue.

En ce qui concerne la formation continue, la présente étude a contribué à cerner certains aspects des compétences des infirmières qui doivent être améliorés relativement à la collecte des données et à l'évaluation notamment, la compréhension du rôle d'évaluation de l'infirmière, l'application du jugement clinique et la formulation des constats d'évaluation, l'évaluation de l'état mental du patient, la réalisation du questionnaire d'entrevue ainsi que la documentation et la communication des données recueillies auprès du patient et de sa famille. L'évaluation des besoins d'apprentissage du patient et de sa famille, qui constitue une compétence essentielle de l'infirmière à l'urgence, n'a pas été abordée dans le cadre de cette étude et nécessite également que les infirmières s'y attardent. Comme le mentionnent les études recensées (Brown et al., 1987; James & Reaby, 1990; Milligan, et al., 2006; Reaby, 1990), la formation continue améliore les connaissances, les habiletés et la confiance des infirmières relativement à la collecte des données. À cet effet, les infirmières devraient, en collaboration avec les infirmières ressources cliniques, s'impliquer activement dans l'identification de leurs besoins de formation. Qui plus est, la formation continue constitue, depuis janvier 2012, une norme professionnelle en vigueur. Elles devraient donc aussi prendre l'initiative personnelle de développer leurs compétences à l'égard de la collecte des données et de l'évaluation clinique. De plus, à la recommandation des participantes, les infirmières qui détiennent une expertise spécifique pourraient transmettre cette expertise à leurs collègues en s'impliquant dans des activités de formation continue et de transfert des connaissances telles que des études de cas, des activités de pratique réflexive et des dîners scientifiques. Aussi, la formation d'infirmières « expertes » au sein du milieu pourrait s'avérer une stratégie intéressante pour offrir un soutien clinique aux infirmières dans ce changement de pratique.

Enfin, les résultats de l'étude suggèrent que la formation et le soutien des infirmières novices est une préoccupation pour les infirmières. À cet effet, elles recommandent que les préceptrices choisies pour accompagner ces novices soient celles qui sont reconnues par leurs pairs comme étant des modèles de rôle, notamment en ce qui a trait à l'évaluation clinique et à la collecte des données.

Les recommandations sur le plan de la gestion

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'influence qu'exerce le soutien des gestionnaires en soins infirmiers, de l'organisation et de la direction des soins infirmiers sur la pratique des infirmières. Ainsi, il serait possible de croire que le fait de prendre connaissance des résultats de cette étude pourrait être une valeur ajoutée pour ces décideurs et constituer le point de départ d'un projet d'actualisation et d'optimisation du rôle d'évaluation de l'infirmière à l'urgence.

Afin de soutenir les infirmières dans l'actualisation de leur pratique, les gestionnaires en soins infirmiers devraient dans un premier temps, reconnaître la valeur ajoutée de l'évaluation clinique réalisée par l'infirmière et ses bénéfices sur la qualité des soins notamment, sur l'accessibilité, la satisfaction au travail et la satisfaction des patients et de leur famille. Pour ce faire, il conviendrait que les gestionnaires s'assurent d'avoir une conception actualisée et juste de la pratique infirmière contemporaine ainsi qu'une vision claire et des attentes bien définies concernant le rôle et les responsabilités de l'infirmière dans le contexte de l'urgence. Cette vision devrait être largement diffusée et partagée à l'ensemble des intervenants de l'urgence. La direction des soins infirmiers devrait exercer un rôle de chef de file à cet effet en faisant la promotion de l'évaluation clinique comme l'assise de l'exercice infirmier et en offrant le soutien nécessaire aux gestionnaires dans ces changements de pratique. De plus, les gestionnaires en soins infirmiers de l'urgence et la direction des soins infirmiers devraient utiliser leur pouvoir d'influence auprès des acteurs et des instances clés, notamment le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le directeur médical de l'urgence, afin de leur proposer une vision, de s'assurer de leur adhésion et de solliciter leur soutien dans le développement d'une culture d'apprentissage et de collaboration à l'urgence. Dans

un deuxième temps, l'adoption d'un cadre de référence telles les normes cliniques de l'ENA (1999) permettrait de bien clarifier le rôle de l'infirmière relativement à la collecte des données en plus de constituer un outil d'évaluation des compétences qui établirait formellement les attentes du milieu relativement au travail des infirmières. Ce cadre de référence devrait être bien arrimé au modèle conceptuel de soins infirmiers adopté par l'organisation. Il va s'en dire qu'un cadre de référence bien connu des infirmières et intégré dans la pratique est une condition préalable à l'actualisation du rôle d'évaluation et de la pratique de la collecte des données. D'autre part, des ressources financières devraient également être déployées pour la formation continue des infirmières.

Les résultats indiquent que les infirmières désirent être impliquées et consultées dans les décisions qui ont un impact sur leur travail. La mise en place d'une équipe de projet constituerait une belle occasion pour les gestionnaires en soins infirmiers de consulter et d'impliquer les infirmières d'urgence dans les décisions. De plus, afin de promouvoir le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle et de favoriser l'adhésion de l'équipe médicale, des représentants des différentes professions et métiers exercés à l'urgence pourraient prendre part à l'équipe de projet. Les intervenants des CHSLD devraient également être consultés dans ce processus afin d'assurer l'uniformité des outils de communication interétablissement et conséquemment, une plus grande sécurité des soins.

Les résultats révèlent également que les infirmières ressentent le besoin d'être écoutées, encouragées et reconnues par les gestionnaires en soins infirmiers de leur milieu de travail. Le groupe composé des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques reconnaît déjà cet enjeu et mentionne qu'il implique un changement de culture. À cet effet, une séance de consultation pourrait permettre aux infirmières d'exprimer leurs besoins et de s'impliquer dans la recherche de stratégies afin d'influencer la culture du milieu. Les infirmières ressources cliniques ainsi que les assistantes infirmières-chefs, qui ont un rôle de premier plan à jouer à cet effet, devraient être impliquées activement dans cette consultation. De plus, des indicateurs de qualité des soins développés dans le cadre du projet pourraient être

utilisés par les gestionnaires en soins infirmiers en plus des indicateurs de gestion pour encourager, sur une base régulière, les améliorations.

Enfin, dans une préoccupation d'amélioration continue et de cohérence, la compétence individuelle des infirmières relativement à la pratique de collecte des données et d'évaluation devrait être prise en considération par les gestionnaires en soins infirmiers, lors des évaluations de rendement. Le cadre de référence de l'ENA (1999) pourrait constituer le point de départ au développement d'une grille d'évaluation qui permettrait aux gestionnaires de fournir une rétroaction constructive aux infirmières sur la qualité de leur pratique relativement à cette activité.

Les recommandations sur le plan de l'enseignement

La présente étude soulève des préoccupations importantes pour l'enseignement. En effet, les résultats suggèrent que les infirmières connaissent peu les fondements de leur profession et qu'elles ont une compréhension et une pratique variables de la collecte des données. Bien que la formation académique n'en soit pas la seule cause, les différents niveaux de formation proposés en soins infirmiers au Québec ne peuvent que contribuer à alimenter les contrastes entre les infirmières, à susciter la confusion des autres professionnels et à faire obstacle à l'actualisation de leur rôle dans la pratique clinique. D'autre part, le champ d'exercice et la réserve d'activité conférée aux infirmières par la Loi 90 requièrent des connaissances et des compétences solides qui ne peuvent être acquises que dans le cadre d'un programme de formation universitaire. L'investigatrice recommande donc que la formation infirmière au Québec soit uniformisée et que le niveau de formation universitaire soit exigé.

De plus, il semble que les programmes de formation actuels ne permettent pas aux étudiantes de développer une compréhension juste et approfondie du rôle de l'infirmière. En effet, les résultats indiquent que les infirmières adoptent une perspective principalement biomédicale dans la réalisation de la collecte des données. Il conviendrait que les maisons d'enseignement réévaluent la perspective dans laquelle est enseignée cette activité afin que les infirmières saisissent mieux la nature

et le but de leur contribution à cette activité. Aussi, afin de contribuer à clarifier les rôles des différents intervenants relativement à l'évaluation de la santé et à la collecte des données, plus d'initiatives d'activités interdisciplinaires devraient être proposées aux étudiants en cours de formation par les maisons d'enseignement.

Les stages sont une occasion privilégiée pour les étudiantes en soins infirmiers de développer leur compétence. Les maisons d'enseignement et les milieux de stage devraient accorder une importance prépondérante au développement des compétences d'évaluation clinique durant les stages. Pour ce faire, les maisons d'enseignement et les milieux qui accueillent les stagiaires doivent s'assurer que les superviseuses de stage soient elles-mêmes compétentes et convaincues de l'importance fondamentale de l'évaluation afin de bien accompagner les étudiantes. Enfin, les activités proposées dans le cadre des stages, telles que les études de cas et les activités de pratique réflexive, devraient également être axées sur le développement des habiletés de collecte, d'analyse et d'interprétation des données afin de permettre à l'étudiante de développer son jugement clinique.

Les recommandations sur le plan de la recherche

Cette étude a permis de mettre en lumière les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence relativement à la réalisation de la collecte des données dans la pratique clinique à l'urgence. Bien que ces résultats permettent de mieux comprendre la réalité des infirmières qui font la collecte des données dans le contexte de l'urgence, ils ne permettent pas de décrire fidèlement la pratique réelle. Les études qui décrivent la pratique de la collecte des données des infirmières utilisent principalement le dossier médical du patient comme source de données. Or, comme les études recensées, cette étude suggère que la documentation des résultats de la collecte des données est souvent déficiente. Ainsi, un projet de recherche visant à documenter la pratique réelle de la collecte des données des infirmières et la nature du soutien dont elles pourraient bénéficier dans l'actualisation de leur pratique de collecte des données à l'urgence serait pertinent. D'autre part, à notre connaissance, aucune étude à ce jour

n'a démontré l'impact de la réalisation de la collecte des données sur le jugement clinique de l'infirmière et conséquemment, sur la qualité des soins. Une telle étude démontrerait clairement la valeur ajoutée de l'exercice de cette activité par l'infirmière et pourrait inspirer le développement d'indicateurs de qualité applicables à la pratique clinique. Aussi, une recherche portant sur les méthodes pédagogiques utilisées dans l'enseignement de la collecte des données au Québec serait également nécessaire afin de s'assurer que les infirmières soient des professionnelles autonomes qui comprennent bien les fondements de leur profession. Enfin, puisque l'activité d'évaluation constitue l'assise de l'exercice infirmier, il serait intéressant de pousser plus loin la réflexion et de mener des études semblables à celle-ci dans des secteurs d'activités variés afin d'obtenir un portrait global de la pratique de collecte des données des infirmières au Québec.

CONCLUSION

La présente étude, qui s'appuie sur la norme clinique « collecte des données » de l'ENA (1999), a permis de décrire les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques de l'urgence relativement à la réalisation de la collecte des données. Cette approche a permis d'obtenir une perspective globale de l'intégration de la collecte des données dans la pratique clinique des infirmières à l'urgence. Les résultats suggèrent que malgré l'adoption de la Loi 90 en 2002, la compréhension et la pratique des infirmières à l'égard de la collecte des données et de l'évaluation de la condition de santé physique et mentale à l'urgence demeurent variables. Plusieurs facteurs influencent la pratique de collecte des données des infirmières notamment leur conception individuelle du rôle infirmier et la perspective conceptuelle qu'elles adoptent dans l'exercice de cette activité. Or, le facteur le plus important pour ces dernières est le soutien offert par le milieu clinique. Ces résultats devraient inspirer les maisons d'enseignement, les gestionnaires en soins infirmiers et les organisations à déployer des stratégies favorisant la réalisation de la collecte des données par les infirmières. Un soutien adapté aux besoins et aux préoccupations des infirmières ne peut être que facilitant dans l'intégration de la collecte des données à la pratique. Ainsi, les pistes de recommandations émises dans cette étude sont directement inspirées des idées exprimées par les participantes et visent à favoriser l'actualisation du rôle d'évaluation de la condition de santé physique et mentale dans le secteur de l'urgence.

Il est à souhaiter que cette étude contribue à sensibiliser les milieux cliniques à l'importance et aux bénéfices de l'intégration de la collecte des données à la pratique des infirmières afin d'optimiser leur contribution à la mesure de leurs compétences et d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients dans le contexte de l'urgence.

RÉFÉRENCES

- American Nurses Association. (1998). *Standards of clinical nursing practice*. Washington: ANA.
- Assemblée nationale du Québec (2002). *Projet de loi no 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec. Éditeur officiel du Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2009). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Éditeur officiel du Québec.
- Barrows, J. (1985). Factors affecting nurses' performance of physical assessment skills. *Journal of Emergency Nursing*, 11(2), 80-84.
- Bates, B. (2010). *Guide de l'examen clinique (6^e éd.)*. Traduction de la 10^e édition américaine par P. Babinet & J.M. Retbi . Rueil Malmaison: Arnette.
- Brown, M.C., Brown, J.D., & Bayer, M.M. (1987). Changing nursing practice through continuing education in physical assessment: perceived barriers to implementation. *The Journal of continuing education in nursing*, 18(4), 111-115.
- Brymer, C., Cavanagh, P., Denomy, E., Wells, K., & Cook, C. (2001). The effect of a geriatric education program on emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 27(1), 27-32.
- Carrieri, V., Stotts, N., Murdaugh, C., Levinson, J., & Holzemer, W.L. (1982). The use of cardiopulmonary assessment skills in the clinical setting. *Western Journal of Nursing Research*, 4(1), 5-18.
- Chapados, C., Larue, C., Pharand, D., Charland, S., & Charlin, B. (2011). L'infirmière et l'évaluation de la santé. Où en sommes-nous. La formation actuelle permet-elle à l'infirmière d'effectuer une évaluation adéquate de la santé physique et mentale? *Perspective infirmière*, 8(5), 18-22.
- Christie, J. (1993). Does the use of an assessment tool in the accident and emergency department improve the quality of care? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1758-1771.
- Cloutier, L., Brûlé, M., & Doyon, O. (2002). Les éléments de l'examen clinique. Dans Brûlé, M. & Cloutier, L. *L'examen clinique dans la pratique infirmière* (pp. 43-56). Montréal: Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Colwell, C.B., & Smith, J. (1985). Determining the use of physical assessment skills in the clinical setting. *Journal of Nursing education*, 24(8), 333-339.

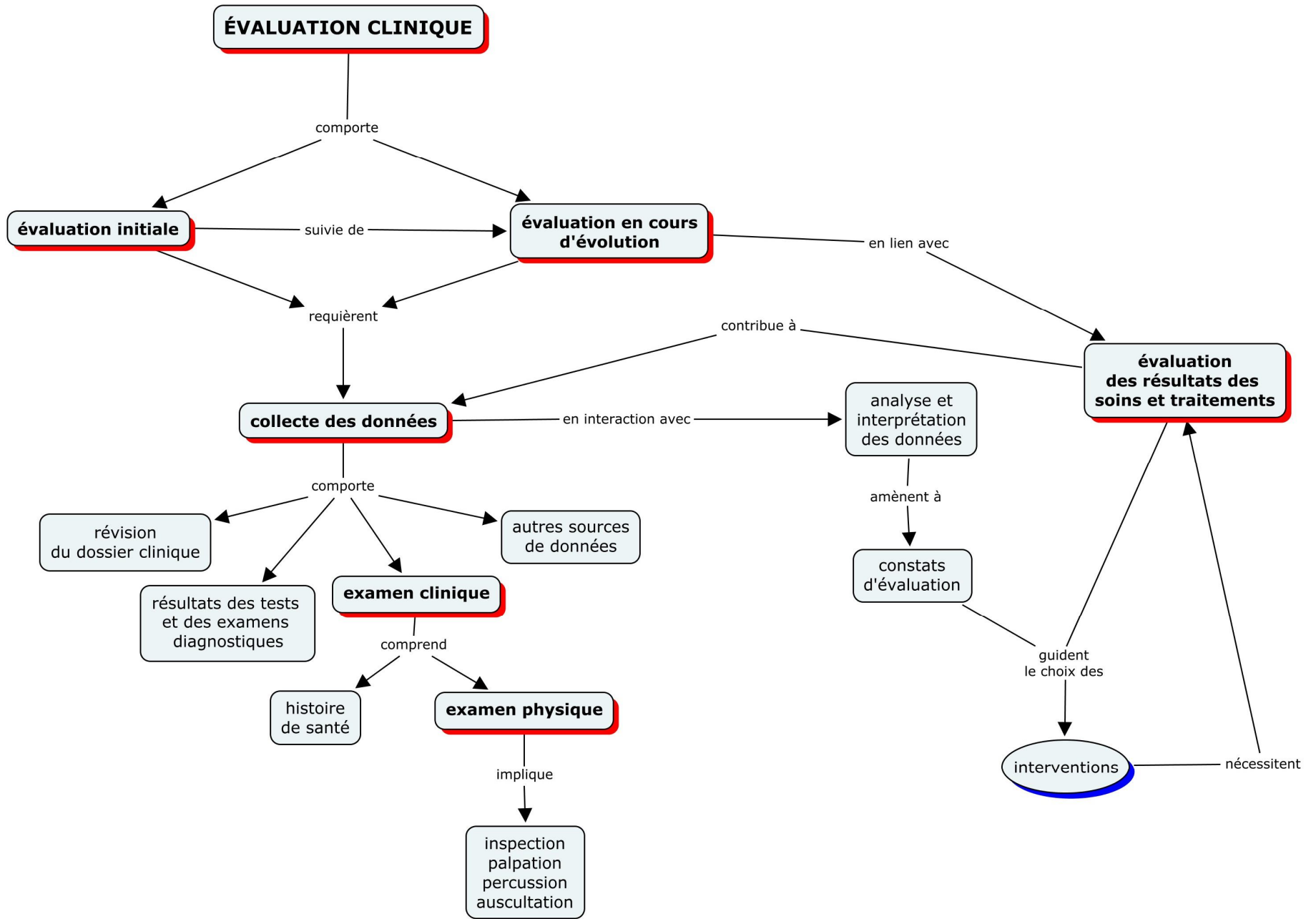
- Cone, K. J., Anderson, M. A., & Johnson, J. A. (1996). The effect of in-service education on emergency nurses' documentation of physical assessment. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 22(5), 398-402.
- Considine, J., Potter, R., & Jenkins, J. (2006). Can written nursing practice standards improve documentation of initial assessment of ED patients? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(1), 11-18.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design-qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Californie, SAGE.
- Dawson, S., Manderson, L., & Tallo, V.L. (1993). *A Manual for the Use of Focus Groups*. Boston : INFDC.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill Éditeurs.
- Dillon, P.M. (2007). *Nursing health assessment. A critical thinking case studies approach (2e éd.)*. Philadelphie: DavisPlus.
- Doyon, O., Brûlé, M., & Cloutier, L. (2002). Les fondements de l'examen clinique. Dans Brûlé, M. & Cloutier, L. *L'examen clinique dans la pratique infirmière* (pp. 1-14). Montréal: Éditions du nouveau pédagogique inc.
- Edmunds, L., Ward, S., & Barnes, R. (2010). The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. *British Journal of Nursing*, 19(5), 282-287.
- Emergency Nurses Association. (1999). *Standards of Emergency Nursing Practice (4th ed.)*. Park Ridge: ENA.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière-Éducation.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Speed, G., & Hadm, P. (2008). Assessing cognition in elderly patients presenting to the emergency department. *International Emergency Nursing*, 16, 73-79.
- Huot, A. (2009). Questionnaire général, mesures et signes vitaux. Dans Jarvis, C., *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Traduction de la 5^e édition américaine par C. Chapados (pp. 157-188). Montréal : Beauchemin Chenelière Éducation.

- Kerrison, S.A. & Chapman, S. (2006). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 48-55.
- Krueger, R.A. (1998). Moderating focus group. *Focus group kit (4-6)*. Thousand Oaks : SAGE.
- Lachapelle, M. (2009). *Le processus spécifique de soins pour la personne adulte victime d'un traumatisme crânio-cérébral léger (TCCL) : perceptions des infirmières de l'urgence en traumatologie au Québec*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Lefebvre, H. & Cardinal, S. (2002). L'entrevue. Dans Brûlé, M. & Cloutier, L. *L'examen clinique dans la pratique infirmière* (pp. 15-28). Montréal: Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Lesa, R., & Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review, 54*(2), 166-172.
- Lillibridge, J., & Wilson, M. (1999). Registered nurses' descriptions of their health assessment practices. *International Journal of Nursing Practice, 5*(1), 29-37.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Traduction française de l'édition américaine par Loiselle, C.G. Montréal : ERPI.
- Lont, K.L. (1992). Physical assessment by nurses: a study of nurses' use of chest auscultation as an indicator of their assessment practice. *Contemporary Nurse, 1*(2), 93-97.
- Milligan, K., & Neville, S. (2003). The contextualisation of health assessment. *Nursing Praxis in New Zealand, 19*(1), 23-31.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Traduction de la 2e édition américaine par M. Hlady Rispal. Méthodes en sciences humaines. Paris : De Boeck.
- Morgan, D. L. (1993). *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA: Sage Focus Edition.
- Morgan, D. L. (1998). Planning focus groups. *Focus group kit (2-6)*. Thousand Oaks : SAGE.
- Newberry, L., & Criddle, L.M. (2005). *Sheehy's Manual of Emergency Care* (6th ed.). Illinois: Elsevier Mosby.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions cliniques de l'infirmière. Application de la Loi 90*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière* (2^e éd). Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Mise à jour du guide publié en 2003. Montréal : OIIQ.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pellerin, N. (2009). Pensée critique et évaluation clinique. Dans Jarvis, C., *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Traduction de la 5^e édition américaine par C. Chapados (pp. 1-12). Montréal : Beauchemin Chenelière Éducation.
- Pelletier, A. (2009). Regard global sur l'histoire de santé. Dans Jarvis, C., *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Traduction de la 5^e édition américaine par C. Chapados (pp. 83-104). Montréal : Beauchemin Chenelière Éducation.
- Pilote, B. (2009). Entrevue. Dans Jarvis, C., *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Traduction de la 5^e édition américaine par C. Chapados (pp. 59-82). Montréal : Beauchemin Chenelière Éducation.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pirès, A. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Reaby, L. L. (1990). The effectiveness of an education program to teach Australian nurses comprehensive physical assessment skills. *Nurse Education Today*, 10(3), 206-214.
- Reaby, L. L. (1991). Use of physical assessment skills by Australian nurses. *International Nursing Review*, 38(6), 181-184.

- Reaby, L., & James, J. (1990). Continuing education in physical assessment: a pilot study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 7(3), 44-51.
- Secrest, J. A., Norwood, B. R., & DuMont, P. M. (2005). Physical assessment skills: a descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of Professional Nursing*, 21(2), 114-118.
- Skillen, D. L., Anderson, M. C., & Knight, C. L. (2001b). The created environment for physical assessment by case managers. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 72-89.
- Sony, S. D. (1992). Baccalaureate nurse graduates' perception of barriers to the use of physical assessment skills in the clinical setting. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 23(2), 83-87.
- Ulin, P.R., Robinson, E.T., & Tolley, E.E. (2005). *Qualitative methods in public health. A field guide for applied research*. San Francisco: JOSSEY-BASS.
- Vasquez, A.M. (2009). So much to learn, so little time. Educational priorities for the future of emergency nursing. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31(4), 337-353.
- Weber, J. & Kelley, J. (2007). *Health assessment in nursing (3e éd.)*. Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilson, M & Lillibridge, J. (1995). Health assessment: a study of registered nurses' knowledge and skill level. *Contemporary Nurse*, 4(3), 116-122.
- Yamauchi, T. (2001). Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 3(4), 213-224.

ANNEXE A
CARTE CONCEPTUELLE DE L'ÉVALUATION CLINIQUE



ANNEXE B
NORME CLINIQUE « COLLECTE DES DONNÉES »
DE L'EMERGENCY NURSE ASSOCIATION (ENA, 1999)

**Norme clinique « collectes des données » (*assessment*) de l'Emergency Nurses Association (ENA, 1999)
(Traduction libre adaptée de Lachapelle, 2009)**

Norme clinique	Critères de l'American Nurses Association (ANA, 1998)	Niveaux et indicateurs de compétence de l'ENA
Collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> - La collecte des données est réalisée avec le client, sa famille et les professionnels de la santé concernés; - La condition clinique et les besoins du patient déterminent le type de collecte des données à utiliser; - Les données pertinentes sont recueillies en utilisant les techniques et les instruments appropriés; - Les données pertinentes sont rendues accessibles et documentées; - La collecte des données est un processus holistique et continu. 	<p><u>Compétent</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueille une base de données initiale ciblée composée de données subjectives et objectives par le biais de l'histoire de santé, de l'examen physique, de la révision du dossier médical et de consultations auprès du client, de sa famille et des autres professionnels de la santé impliqués; - Réalise la collecte des données selon la perspective holistique et professionnelle des soins infirmiers; - Procède à la collecte des données initiale en fonction des caractéristiques du patient à son arrivée. Procède à la collecte des données en cours d'évolution selon les politiques du département et l'évolution de la condition clinique du client; - Adapte sa collecte des données en fonction des particularités physiques, psychologiques et sociales et du stade de développement de la personne; - Documente les données au dossier afin de les rendre accessibles; - Communique les données pertinentes aux intervenants concernés tout au long de l'épisode de soins à l'urgence; - Recueille des données sur les besoins d'apprentissage du patient et de sa famille.

Norme clinique	Critères de l'American Nurses Association (ANA, 1998)	Niveaux et indicateurs de compétence de l'ÉNA
		<p><u>Expert</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueille une base de données initiale approfondie composée de données subjectives et objectives par le biais de l'histoire de santé, de l'examen physique, de la révision du dossier médical et de consultations auprès du client, de sa famille, des autres professionnels de la santé impliqués, des personnes significatives et des aidants naturels; - Constitue un modèle de rôle et une personne de référence qui contribue à la réalisation de collectes des données précises et en continue à l'urgence; - Identifie les éléments déficients du système ou de la pratique infirmière qui font obstacle à la bonne réalisation de la collecte des données; - Est consultée, à titre de personne-ressource, par ses pairs et par les professionnels de la santé de la communauté quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle.

ANNEXE C
RECRUTEMENT



XXXXXX, le jeudi 17 mars 2011

Objet: Projet de recherche à l'urgence: Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle à l'urgence, étape préalable à la formulation du jugement clinique infirmier

Bonjour Mme.../M.....,

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à titre de ... à un projet de recherche qui se déroulera prochainement à l'urgence de votre centre hospitalier. Cette étude est sous la direction de Madame Hélène Lefebvre, inf. Ph.D., et vise à explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle.

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous serez convoqué/e à un groupe de discussion de 90 minutes qui réunira quatre gestionnaires en soins infirmiers et infirmières ressources cliniques⁴ de l'urgence. Le moment de la rencontre, qui se déroulera dans un local du centre hospitalier prévu à cet effet, sera déterminé en fonction des disponibilités des participants et se tiendra au mois de mars 2011.

Votre participation à la discussion en tant que... nous permettra de mieux connaître et comprendre votre vision du rôle de l'infirmière d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle.

Soyez assuré(e) que les données recueillies dans le cadre de cette étude demeureront strictement confidentielles. En aucun cas votre nom ou votre fonction ne seront révélés puisqu'un numéro de code servira à vous identifier et à préserver votre identité.

⁴ L'expression « infirmières ressources cliniques » est utilisée pour désigner les infirmières, qui dans le cadre de leur fonction d'infirmière clinicienne spécialisée et d'infirmière clinicienne à la formation agissent à titre de références cliniques pour les infirmières soignantes.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et nous vous invitons à communiquer avec l'investigatrice, Miriam Tessier au XXXXX par courriel à l'adresse XXXXX afin de confirmer votre participation à l'étude ou pour obtenir, en tout temps, de plus amples informations sur le projet de recherche.

Miriam Tessier, inf. B.Sc.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montréal

Sous la direction de Hélène Lefebvre, inf., Ph.D. et la codirection de Louise Boyer,
inf. M.Sc., Ph.D. (c)

LA COLLECTE DES DONNÉES: QU'EN PENSENT LES INFIRMIÈRES D'URGENCE ?

XXXXX, le mercredi 16 mars 2011

Chères infirmières d'urgence,

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à un projet de recherche à la maîtrise qui se déroulera dans votre milieu de travail et qui s'intéresse à la réalisation de la collecte des données par les infirmières.

Titre de l'étude: Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle à l'urgence, étape préalable à la formulation du jugement clinique infirmier.

Pourquoi s'impliquer dans le projet de recherche?

La participation des infirmières d'urgence s'avère essentielle puisqu'elle contribuera à l'avancement des connaissances sur la réalisation de la collecte des données et l'évaluation clinique dans la pratique infirmière d'urgence.

En quoi consiste la participation des infirmières d'urgence au projet?

La participation à l'étude comporte deux volets :

- ☞ La participation à une entrevue individuelle de 60 minutes
- ☞ La participation à un groupe de discussion de 90 minutes

L'entrevue individuelle et le groupe de discussion se dérouleront dans un local du centre hospitalier selon les disponibilités des infirmières.

Quels sont les critères de sélections des infirmières d'urgence?

- ☞ Occuper un poste en tant qu'infirmière soignante à la salle d'urgence du centre hospitalier depuis plus d'un an
- ☞ Accepter volontairement de participer à l'étude

Afin de manifester votre intérêt à participer au projet de recherche ou pour obtenir de plus amples informations, veuillez communiquer avec la chercheuse responsable, Miriam Tessier XXXXX ou par courriel à l'adresse suivante XXXXX avant le 8 avril 2011.

*Le féminin inclut le masculin

ANNEXE D
FICHES DES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

FICHE DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES (INFIRMIÈRES)

Titre de l'étude : Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence

Date : _____

Âge : _____

Sexe : femme homme

Titre d'emploi au sein de l'organisation : _____

Statut d'emploi :

Temps plein Temps partiel

Quart de travail :

Jour Soir Nuit

Niveau de scolarité en soins infirmiers (plus haut diplôme obtenu):

- Collégial
- Universitaire 1^{er} cycle
- Universitaire 2^e cycle
- Universitaire 3^e cycle

Études actuellement en cours: _____

Durant vos études en soins infirmiers, avez-vous reçu de la formation sur l'évaluation clinique? oui non

Si oui, quels étaient les aspects abordés? _____

**FICHE DES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
(GESTIONNAIRES EN SOINS INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES
RESSOURCES CLINIQUES DE L'URGENCE)**

Titre de l'étude : Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence

Date : _____

Âge : _____

Sexe : femme homme

Fonction au sein de l'organisation: _____

Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction au sein de l'organisation?

Statut d'emploi :

Temps plein Temps partiel

Niveau de scolarité en soins infirmiers (plus haut diplôme obtenu):

- Collégial
- Universitaire 1^{er} cycle
- Universitaire 2^e cycle
- Universitaire 3^e cycle

Études actuellement en cours: _____

Durant vos études en soins infirmiers, avez-vous reçu de la formation sur l'évaluation clinique? oui non

Si oui, quels étaient les aspects abordés? _____

Avez-vous déjà participé à une activité de formation continue sur l'évaluation clinique? oui non

Si oui, en quoi consistait cette formation? _____

Scolarité dans un domaine autre que les soins infirmiers : _____

Nombre d'années d'expérience au sein de votre organisation : _____

Nombre d'années d'expérience dans le secteur de l'urgence : _____

Nombre d'années d'expérience au sein de l'urgence de votre organisation:

ANNEXE E
GUIDE D'ENTRETIEN S'ADRESSANT AUX INFIRMIÈRES
LORS DES ENTREVUES INDIVIDUELLES

PERCEPTIONS INFIRMIÈRES QUANT À LA RÉALISATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES À L'URGENCE

Guide d'entretien s'adressant aux infirmières basé sur la norme clinique « collecte des données » de L'ENA

- S'assurer de la disponibilité de la personne pour la durée de l'entretien (environ 60 minutes)
- Lire, compléter et signer le formulaire de consentement
- Lire et compléter le formulaire de données sociodémographiques

Mise en contexte

Nous nous intéressons à la façon dont vous percevez votre rôle quant à la réalisation de la collecte des données auprès du patient et de sa famille à l'urgence.

Sens, signification et compréhension

- Pour vous, qu'est-ce que signifie l'expression « collecte des données »?

Définition de la collecte des données: La collecte des données consiste à recueillir, par le biais de sources variées, les informations pertinentes à l'identification des besoins et problèmes prioritaires de la personne (Pellerin, 2009; OIIQ, 2006; 2010).

- Selon vous, quel est le lien entre la collecte des données et l'évaluation clinique?
- Selon vous, quels sont le but et l'utilité de la collecte des données réalisée par l'infirmière d'urgence?
- Est-ce que la collecte des données réalisée à l'urgence est différente de celle réalisée dans d'autres milieux cliniques et pourquoi?
- Quelle est l'importance que vous accordez à la collecte des données dans votre pratique clinique à l'urgence et pourquoi?
- Parlez-moi d'une situation où la collecte des données que vous avez réalisée à l'urgence a eu un impact positif.
- Parlez-moi d'une situation où le fait de ne pas avoir réalisé ou d'avoir réalisé de façon incomplète la collecte des données à l'urgence a eu un impact négatif.

Utilisation

- À titre d'infirmière d'urgence, quelles sont les données qui vous apparaissent importantes à recueillir?
 - o Quelles sont vos sources d'informations?
 - o Quelles sont les techniques que vous utilisez?
 - o Quels sont les outils que vous utilisez?
 - o Quels sont les facteurs qui influencent la nature des données recueillies auprès de la clientèle?
- Les données recueillies à l'admission sont-elles différentes de celles recueillies en cours d'hospitalisation et, si oui, en quoi le sont-elles?
- Quelle est la différence entre les données recueillies par l'infirmière et celles recueillies par le médecin et les autres professionnels à l'urgence et pourquoi?

Communication et documentation

- Dans quelles situations et à qui communiquez-vous les résultats de votre collecte des données? Pourriez-vous me donner un exemple?
- Pour vous, est-ce important de documenter les données recueillies et pourquoi?
 - o Quelles sont les données que vous documentez?
 - o Où et comment les données recueillies sont-elles documentées?

Facteurs contraignants et facilitants

- Quels sont les facteurs qui facilitent la réalisation de la collecte des données à l'urgence?
- Quels pourraient être les obstacles à la réalisation de la collecte des données auprès du client à l'urgence?
- Selon vous, quelles sont les perceptions des médecins et des autres professionnels quant au rôle de collectes des données de l'infirmière?

Conclusion

Avez-vous d'autres informations à ajouter? Y a-t-il d'autres aspects du sujet dont vous auriez aimé discuter?

ANNEXE F
GUIDE D'ENTRETIEN S'ADRESSANT AUX INFIRMIÈRES
LORS DU GROUPE DE DISCUSSION

PERCEPTIONS INFIRMIÈRES QUANT À LA RÉALISATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES À L'URGENCE

Guide d'entretien s'adressant aux infirmières basé sur la norme clinique « collecte des données » de L'ENA

- S'assurer de la disponibilité de la personne pour la durée de l'entretien (environ 90 minutes)
- Lire, compléter et signer le formulaire de consentement

Introduction générale à la rencontre

L'objectif de la rencontre d'aujourd'hui est de vous présenter un condensé des résultats qui ont émergé des entrevues individuelles réalisées avec vous. Suite à cette présentation, nous aimerions connaître vos impressions ainsi que vos recommandations pour le futur.

Ouverture

J'aimerais débiter la rencontre par un tour de table afin que chacun d'entre vous puisse se présenter et mentionner en quoi il apprécie particulièrement la pratique infirmière dans le contexte de la salle d'urgence.

Introduction

J'aimerais d'abord connaître vos impressions suite aux entrevues individuelles qui ont été réalisées avec vous.

Transition

Ces entrevues ont-elles eu des répercussions sur votre pratique à l'urgence? Quelles ont été ces répercussions?

Présentation des résultats

Clés

- Quelles sont vos impressions/réactions à la lumière des résultats qui vous ont été présentés?
- Est-ce que les résultats qui vous ont été présentés correspondent bien à vos perceptions individuelles?

- Suite à la présentation des résultats, quels sont les aspects de la discussion qui vous apparaissent les plus importants et les moins importants?
- Quelles seraient vos recommandations afin d'améliorer ou de maintenir la qualité du processus de collecte des données réalisé par l'infirmière à l'urgence ?
- Quel type de soutien vous serait nécessaire afin de maintenir et d'améliorer le processus de collecte des données à l'urgence?
- Comment les infirmières pourraient-elles être impliquées dans le processus d'amélioration et de maintien de la qualité de la collecte des données réalisée à l'urgence?
- Comment l'organisation, les administrateurs et les infirmières ressources cliniques de l'urgence peuvent-ils soutenir la pratique des infirmières quant à cet aspect?

Finale

À la lumière des discussions qui se sont déroulées durant la rencontre, y a-t-il des éléments qui ont été omis ou que vous auriez aimé développer davantage?

ANNEXE G

**GUIDE D'ENTRETIEN S'ADRESSANT AUX GESTIONNAIRES
EN SOINS INFIRMIERS ET AUX INFIRMIÈRES RESSOURCES
CLINIQUES DE L'URGENCE**

PERCEPTIONS INFIRMIÈRES QUANT À LA RÉALISATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES À L'URGENCE

Guide d'entretien s'adressant aux gestionnaires en soins infirmiers et aux infirmières ressources cliniques de l'urgence basé sur la norme clinique « collecte des données » de L'ENA

- S'assurer de la disponibilité de la personne pour la durée de l'entretien (environ 90 minutes)
- Lire, compléter et signer le formulaire de consentement
- Lire et compléter le formulaire de données sociodémographiques

Introduction générale à la rencontre

L'objectif de la rencontre est d'explorer vos perceptions quant à la réalisation de la collecte des données par les infirmières d'urgence qui est une étape préalable à la formulation du jugement clinique infirmier.

Ouverture

J'aimerais débiter la rencontre par un tour de table afin que chacun d'entre vous puisse se présenter.

Introduction

- Pour vous, qu'est ce que signifie l'expression « collecte des données »?

Définition de la collecte des données: La collecte des données consiste à recueillir, par le biais de sources variées, les informations pertinentes à l'identification des besoins et problèmes prioritaires de la personne (Pellerin, 2009; OIIQ, 2006; 2010).

Transition

- Selon vous, dans quel but l'infirmière d'urgence réalise-t-elle la collecte des données auprès de la clientèle?
- Selon vous, quelle est l'importance de réaliser une collecte des données dans la pratique infirmière?
- Selon vous, quelle est la différence entre les données recueillies par l'infirmière et celles recueillies par le médecin et les autres professionnels à l'urgence?

Clés

- J'aimerais que vous me décriviez ce qui se fait dans l'urgence de votre centre en termes de collectes des données.
 - o Au niveau de la pratique clinique des infirmières.
 - o Au niveau de la formation ou du soutien qui leur est offert.
- Selon vous, quelle est l'importance accordée à la réalisation de la collecte des données par les infirmières de votre urgence?
- Dans le contexte de l'urgence de votre centre, quels sont les facteurs qui facilitent la réalisation de la collecte des données par les infirmières?
- Dans le contexte de l'urgence de votre centre, quels sont les obstacles à la réalisation de la collecte des données par les infirmières?
- Quel est l'impact d'une bonne collecte des données sur la qualité de la pratique des infirmières?
- Quel est l'impact d'une mauvaise collecte des données sur la qualité de la pratique des infirmières?
- Selon vous, quelles sont les perceptions des médecins et des autres professionnels quant au rôle de collectes des données de l'infirmière?
- Quelles seraient vos recommandations afin d'améliorer ou de maintenir la qualité des collectes des données réalisées par les infirmières de l'urgence de votre centre?
- De quel soutien pensez-vous que les infirmières de l'urgence de votre centre ont besoin quant à cet aspect de leur pratique et pourquoi?

Finale

L'objectif de la rencontre était de connaître vos perceptions sur la réalisation de la collecte des données par les infirmières d'urgence. À la lumière des discussions qui se sont déroulées durant la rencontre, y a-t-il des éléments qui ont été omis ou que vous auriez aimé développer davantage?

ANNEXE H
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
POUR LES INFIRMIÈRES D'URGENCE

Centre de santé et de services sociaux

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES
INFIRMIÈRES D'URGENCE**

TITRE DE L'ÉTUDE: Perceptions infirmières quant à la réalisation de
la collecte des données à l'urgence

INVESTIGATRICE: Miriam Tessier inf. B.Sc.
Étudiante à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Téléphone:

DIRECTRICE DE MÉMOIRE : Hélène Lefebvre, inf., Ph.D. (éducation)
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Téléphone:

CODIRECTRICE DE MÉMOIRE : Louise Boyer, inf. M.Sc., Ph.D. (c)
Chargée d'enseignement
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Téléphone:

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre de l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières et qui s'intéresse à la collecte des données réalisée par l'infirmière d'urgence. 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 termes avec lesquels vous êtes moins familier. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'investigatrice du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

1. Nature et objectif de l'étude

Au Québec, une importante réforme législative des professions de la santé a mené à l'adoption, en 2002, de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c.33). La Loi sur les infirmières et infirmiers (LII, article 36) ainsi modernisée confère désormais aux infirmières une autonomie élargie en reconnaissant, notamment, leur compétence et leur responsabilité à l'égard de l'évaluation clinique qui est représentée dans cette loi comme l'assise de l'exercice infirmier. En effet, le but de l'évaluation clinique est de permettre à l'infirmière de poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne, jugement qui oriente le choix des interventions de l'infirmière auprès du client. L'infirmière d'urgence a une responsabilité majeure en termes d'évaluation clinique. En effet, elle œuvre auprès de clientèles de tous âges qui présentent des problèmes de santé variés, aigus et parfois urgents et doit souvent intervenir, sur la base de son évaluation clinique, avant qu'un diagnostic n'ait été établi ou que le client n'ait été vu par le médecin.

La collecte des données est un volet de l'évaluation clinique. C'est sur la base des informations recueillies que l'infirmière pose son jugement clinique. Le but de cette étude consiste à explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence.

Vous avez été sollicitée à participer à ce projet de recherche en raison de votre expérience à titre d'infirmière d'urgence. Dans le cadre de cette étude, cinq infirmières d'urgence ainsi que quatre gestionnaires en soins infirmiers et infirmières ressources cliniques de l'urgence ont été recrutés.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Le projet de recherche se déroulera sur une période de trois mois. Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous prendrez part, dans un premier temps, à une entrevue individuelle semi-directive d'une durée approximative de 60 minutes dont le but sera d'explorer vos perceptions quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence. Puis, 8 semaines plus tard, vous serez invitée à participer à un groupe de discussion qui réunira les infirmières d'urgence rencontrées en entrevues individuelles. Dans le cadre de ce groupe de discussion d'une durée approximative de 90 minutes, l'investigatrice présentera un condensé des résultats générés par les entrevues individuelles. La discussion visera donc à confirmer que les résultats

présentés correspondent bien aux perceptions du groupe quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence mais aussi, à explorer les perceptions et les recommandations du groupe quant au maintien ou à l'amélioration de la qualité de la pratique des infirmières d'urgence relative à la collecte des données. Les deux rencontres, qui auront lieu dans un local du centre hospitalier prévu à cet effet, seront planifiées avec vous selon vos disponibilités. Le groupe de discussion sera animé par l'investigatrice qui sera assistée d'une observatrice. Les entrevues individuelles et les groupes de discussion seront enregistrés sur bandes audio puis transcrites intégralement pour fins d'analyse.

Parallèlement au groupe de discussion qui se déroulera avec les infirmières d'urgence, un groupe de discussion sera réalisé avec des gestionnaires en soins infirmiers et des infirmières ressources cliniques de l'urgence. La discussion visera à explorer leurs perceptions quant à la réalisation de la collecte des données par les infirmières d'urgence. De plus, quelques questions s'intéresseront à leurs points de vue sur la qualité actuelle de la pratique des infirmières d'urgence relative à cet aspect ainsi qu'à leurs recommandations et à leur implication dans l'amélioration ou le maintien de ce niveau de qualité.

3. Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Il n'y a aucun risque physique associé à votre participation au projet de recherche. Le principal inconvénient que peut représenter la participation à cette étude est le temps que vous consacrerez aux rencontres prévues pour l'entrevue individuelle et le groupe de discussion. L'entrevue individuelle et le groupe de discussion n'auront pas lieu sur le temps de travail et ne seront pas rémunérés. Si vous manifestiez, suite à l'étude, quelques désagréments que ce soit, vous êtes invitée à communiquer avec l'investigatrice, Miriam Tessier, au XXXXX ou par courriel à l'adresse XXXXX qui pourra vous diriger vers la ressource appropriée.

4. Bénéfices potentiels ou escomptés

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances sur le processus de collecte des données dans la pratique infirmière d'urgence en procurant notamment, des pistes de réflexions pour maintenir ou améliorer la qualité de la pratique infirmière relative à cet aspect et ultimement la qualité des soins offerts à la clientèle.

5. Participation volontaire et retrait de l'étude

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 à l'investigatrice du projet. Advenant votre retrait du projet de recherche, l'information confidentielle contenue sur bande audio, fichiers informatiques ou papiers déjà obtenue sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et aussi celles des autres sujets de recherche et rencontrer les exigences réglementaires.

6. Confidentialité

L'information colligée dans le cadre des entrevues individuelles et du groupe de discussion sera utilisée strictement à des fins d'analyse en vue de la rédaction du travail final. Les données confidentielles contenues sur bande audio, fichiers informatiques ou papiers recueillies à votre sujet dans le cadre de ce projet demeureront strictement confidentielles dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'investigatrice. Les données seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Dans cette perspective, il est aussi demandé aux participants de préserver la confidentialité des informations obtenues dans le cadre de l'étude. Les bandes audio et les données confidentielles ne pourront être consultées que par l'investigatrice, la directrice et la codirectrice de mémoire. À des fins de surveillance et de contrôle, les données, s'il y a lieu, pourront aussi être consultées par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de XXXXX. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Les données confidentielles seront conservées, sous clé, pendant 7 ans puis seront détruites. Finalement, les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

7. 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 l'investigatrice du projet, Miriam Tessier, au numéro XXXXX ou par courriel à l'adresse XXXXX.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de XXXXX au numéro suivant : XXXXX.

8. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de XXXXX 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. Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de XXXXX, Dre Johanne Goudreau, au numéro de téléphone : XXXXX.

CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, commanditaires ou établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je, soussigné(e), déclare être majeur(e) et apte et consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant	Signature	Date
--------------------	-----------	------

Nom du chercheur	Signature	Date
------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

ANNEXE I

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
POUR LES GESTIONNAIRES EN SOINS INFIRMIERS ET LES
INFIRMIÈRES RESSOURCES CLINIQUES D'URGENCE

Centre de santé et de services sociaux



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES
GESTIONNAIRES EN SOINS INFIRMIERS ET LES INFIRMIÈRES
RESSOURCES CLINIQUES D'URGENCE**

TITRE DE L'ÉTUDE: Perceptions infirmières quant à la réalisation de
la collecte des données à l'urgence

INVESTIGATRICE: Miriam Tessier inf. B.Sc.
Étudiante à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Téléphone:

DIRECTRICE DE MÉMOIRE : Hélène Lefebvre, inf., Ph.D. (éducation)
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Téléphone:

CODIRECTRICE DE MÉMOIRE : Louise Boyer, Ph.D. (c)
Chargée d'enseignement
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Téléphone:

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre de l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières et qui s'intéresse à la collecte des données réalisée par l'infirmière d'urgence. 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 termes avec lesquels vous êtes moins familier. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'investigatrice du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

1. Nature et objectif de l'étude

Au Québec, une importante réforme législative des professions de la santé a mené à l'adoption, en 2002, de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c.33). La Loi sur les infirmières et infirmiers (LII, article 36) ainsi modernisée confère désormais aux infirmières une autonomie élargie en reconnaissant, notamment, leur compétence et leur responsabilité à l'égard de l'évaluation clinique qui est représentée dans cette loi comme l'assise de l'exercice infirmier. En effet, le but de l'évaluation clinique est de permettre à l'infirmière de poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne, jugement qui oriente le choix des interventions de l'infirmière auprès du client. L'infirmière d'urgence a une responsabilité majeure en termes d'évaluation clinique. En effet, elle œuvre auprès de clientèles de tous âges qui présentent des problèmes de santé variés, aigus et parfois urgents et doit souvent intervenir, sur la base de son évaluation clinique, avant qu'un diagnostic n'ait été établi ou que le client n'ait été vu par le médecin.

La collecte des données est un volet de l'évaluation clinique. C'est sur la base des informations recueillies que l'infirmière pose son jugement clinique. Les études démontrent que les administrateurs et les infirmières ressources cliniques influencent la pratique clinique des infirmières relativement à la réalisation de la collecte des données. Le but de cette étude consiste donc à explorer les perceptions d'infirmières, de gestionnaires en soins infirmiers et d'infirmières ressources cliniques (infirmière clinicienne à la formation et conseillère clinique) d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence.

Vous avez été sollicitée à participer à ce projet de recherche en raison de votre expérience professionnelle à titre de gestionnaire en soins infirmiers et d'infirmière ressource clinique de l'urgence. Dans le cadre de cette étude, cinq infirmières d'urgence ainsi que quatre gestionnaires en soins infirmiers et infirmières ressources cliniques de l'urgence ont été recrutés.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Le projet de recherche se déroulera sur une période de trois mois. Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous serez convoquée à un groupe de discussion d'une durée approximative de 90 minutes. La date de cette rencontre sera déterminée selon les disponibilités des participants et se déroulera dans un local du centre hospitalier prévu à cet effet. La discussion visera à explorer vos perceptions quant à la réalisation de la collecte des données par les infirmières d'urgence. Les questions s'intéresseront également à votre point de vue sur la qualité actuelle de la pratique des infirmières d'urgence relative à cet aspect ainsi qu'à vos recommandations et à votre implication dans l'amélioration ou le maintien de ce niveau de qualité. Le groupe de discussion sera animé par l'investigatrice qui sera assistée d'une observatrice. Le groupe de discussion sera enregistré sur bande audio puis transcrit intégralement pour fin d'analyse.

Parallèlement au groupe de discussion qui se déroulera avec vous, des entrevues individuelles et un groupe de discussion seront réalisés avec 5 infirmières d'urgence. Les entrevues individuelles permettront d'explorer les perceptions des infirmières d'urgence quant à la réalisation de la collecte des données à l'urgence. Lors du groupe de discussion, l'investigatrice présentera un condensé des résultats générés par les entrevues individuelles. La discussion visera donc à confirmer que les résultats présentés correspondent bien aux perceptions des infirmières mais aussi, à explorer leurs perceptions et leurs recommandations quant au maintien ou à l'amélioration de la qualité de la pratique des infirmières d'urgence de leur milieu relative à la réalisation de la collecte des données.

3. Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Il n'y a aucun risque physique associé à votre participation au projet de recherche. Le principal inconvénient que peut représenter la participation à cette étude est le temps que vous consacrerez à la rencontre prévue pour le groupe de discussion.

4. Bénéfices potentiels ou escomptés

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances sur le processus de collecte des données dans la pratique infirmière d'urgence en procurant notamment, des pistes de réflexions pour maintenir ou améliorer la qualité de la pratique infirmière relative à cet aspect et ultimement la qualité des soins offerts à la clientèle.

5. Participation volontaire et retrait de l'étude

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 à l'investigatrice du projet. Advenant votre retrait du projet de recherche, l'information contenue sur bande audio, fichiers informatiques ou papiers déjà obtenue sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et aussi celles des autres sujets de recherche et rencontrer les exigences réglementaires.

6. Confidentialité

L'information colligée dans le cadre du groupe de discussion sera utilisée strictement à des fins d'analyse en vue de la rédaction du travail final. Les données confidentielles contenues sur bande audio, fichiers informatiques ou papiers recueillies à votre sujet dans le cadre de ce projet demeureront strictement confidentielles dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'investigatrice. Les données seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Dans cette perspective, il est aussi demandé aux participants de préserver la confidentialité des informations obtenues dans le cadre de l'étude. Les bandes audio et les données confidentielles ne pourront être consultées que par l'investigatrice, la directrice et la codirectrice de mémoire. À des fins de surveillance et de contrôle, les données, s'il y a lieu, pourront aussi être consultées par une personne mandatée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de XXXXX. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Les données confidentielles seront conservées, sous clé, pendant 7 ans puis seront détruites. Finalement, les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

7. 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 l'investigatrice du projet, Miriam Tessier, au numéro XXXXX ou par courriel à l'adresse XXXXX.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de XXXXX au numéro suivant : XXXXX.

8. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de XXXXX 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. Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de XXXXX, Dre Johanne Goudreau, au numéro de téléphone : XXXXX.

CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs, commanditaires ou établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je, soussigné(e), déclare être majeur(e) et apte et consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant	Signature	Date
--------------------	-----------	------

Nom du chercheur	Signature	Date
------------------	-----------	------

Nom du témoin	Signature	Date
---------------	-----------	------

ANNEXE J
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Centre de santé et de services sociaux

, le 20 janvier 2011

Madame Miriam Tessier

PROJET : Perceptions infirmières quant à la réalisation de la collecte des données auprès de la clientèle à l'urgence, étape préalable à la formulation du jugement clinique infirmier

Madame,

Il nous fait plaisir de vous informer que le Comité scientifique et d'éthique de la recherche a approuvé, en date du 18 janvier 2011, votre protocole de recherche nommé en titre. Les documents suivants ont également été acceptés :

- lettre pour le recrutement;
- affiche pour le recrutement;
- fiche de données sociodémographiques;
- guide d'entretien s'adressant aux infirmières lors des entrevues individuelles;
- guide d'entretien s'adressant aux infirmières lors du groupe de discussion;
- guide d'entretien s'adressant aux administrateurs, aux infirmières ressources cliniques et à la directrice des soins infirmiers;
- formulaire d'information et de consentement pour les infirmières de l'urgence;
- formulaire d'information et de consentement pour les administrateurs, les infirmières ressources cliniques et la directrice des soins infirmiers.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

- à nous rendre compte du déroulement du projet;
- à nous soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche;
- à nous notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'aspect éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet.

Page 2

La présente décision vaut pour une année, soit jusqu'au 17 janvier 2012. Vous devrez donc, au moins un mois avant cette date d'expiration, demander le renouvellement de l'approbation du comité en soumettant un rapport d'étape. Si votre projet ne requiert pas de renouvellement, un rapport final devra être soumis. Les formulaires à utiliser pour nous faire part de modifications au projet, pour demander une réapprobation ou pour signifier la fin de l'étude se retrouvent sur le site web du CSSS

Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

À titre de présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux -- --, je certifie que la structure et le mode de fonctionnement de ce comité sont conformes aux *Bonnes pratiques cliniques* (BPC) de la *Conférence internationale sur l'harmonisation* (CIH) adoptées par Santé Canada ainsi qu'aux lois et règlements applicables.

Nous vous souhaitons bon succès dans la conduite de cette étude et vous prions de croire, Madame, en nos sincères salutations.

Johanne Goudreau, inf., Ph.D.
Présidente
Comité scientifique et d'éthique de la recherche

ANNEXE K
TABLEAU DES THÈMES

Thèmes	Sous-thèmes
<i>Les perceptions et la réalisation de la collecte des données dans le contexte spécifique de l'urgence</i>	Le but de la collecte des données
	L'importance accordée à la collecte des données dans la pratique
	La compréhension de la terminologie
	Le moment et le lieu de la collecte des données
	Le contenu et les sources de la collecte des données
	L'adaptation de la collecte des données <ul style="list-style-type: none"> • À la clientèle • Au contexte de l'urgence
	Les outils de collecte des données
	La documentation de la collecte des données
	Le rôle et les responsabilités de l'infirmière
<i>Les relations et l'interaction avec les membres de l'équipe de soins infirmiers, les autres professionnels et l'organisation</i>	La collaboration avec les patients et leur famille
	La collaboration dans l'équipe de soins infirmiers
	La collaboration interétablissement
	La collaboration avec les autres professionnels
	La collaboration avec les médecins
	Le soutien de l'organisation

ANNEXE L
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Données sociodémographiques

Infirmières d'urgence

Participant(e)s (codes)	Genre	Groupe d'âge	Fonction	Niveau de scolarité	Années d'expérience	Années d'expérience à l'urgence	Quart de travail	A reçu de la formation académique sur la collecte des données	A participé à de la formation continue sur la collecte des données	Auto-évaluation de la compétence en collecte des données sur une échelle de 0 à 10
E. I.1	Féminin	25-35	Infirmière	Maîtrise	5	5	Soir	Oui	Oui	8
E.I.2	Féminin	25-35	Infirmière	BAC	6,5	6,5	Soir	Oui	Non	8
E.I.3	Féminin	25-35	Infirmière	Maîtrise	5	5	Soir	Oui	Non	8
E.I.4	Féminin	20-24	Infirmière	BAC	4,5	4,5	Nuit	Oui	Non	6
E.I.4	Féminin	35-45	Infirmière	BAC	9	8	Nuit	Oui	Non	n/d

Données sociodémographiques

Gestionnaires en soins infirmiers et infirmières ressources cliniques de l'urgence

Participant (pseudonymes)	Genre	Groupe d'âge	Fonction	Niveau de scolarité	Années d'expérience à titre d'infirmière	Années d'expérience au sein de l'organisation	Années d'expérience dans cette fonction	A reçu de la formation académique sur la collecte des données	A participé à de la formation continue sur la collecte des données
G.D.1.1	Féminin	25-35	Infirmière ressource clinique	Maîtrise	11	5	3	Oui	Non
G.D.1.2	Féminin	45-55	Gestionnaire en soins infirmiers	Maîtrise	25	8	3	Oui	Oui
G.D.1.3	Féminin	55-65	Infirmière ressource clinique	DEC	30	30	15	Oui	Oui
G.D.1.4	Féminin	45-55	Gestionnaire en soins infirmiers	DESS	17	3	0,25	Oui	Oui