

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
KARINE COUTURIER

L'INFLUENCE DES GROUPES DE PRATIQUE RÉFLEXIVE SUR LA  
PERCEPTION DE COMPÉTENCE EN SOINS PALLIATIFS DES INFIRMIÈRES EN  
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

MAI 2019

## **UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS**

### **Ce mémoire a été dirigé par :**

Éric Tchouaket Nguemeleu, directeur de recherche, Ph.D. Université du Québec en  
Outaouais

Lucie Lemelin, codirectrice de recherche, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

### **Jury d'évaluation du mémoire:**

Roseline Galipeau, présidente du jury, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

Sylvain Brousseau, membre examinateur, inf., Ph.D. Université du Québec en Outaouais

## Sommaire

Actuellement au Québec, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont les deuxième milieux de fin de vie, après les hôpitaux de soins aigus, et 30 à 50 % des personnes hébergées y décèdent dans l'année suivant leur admission. Il est donc primordial que les infirmières qui œuvrent dans ces milieux optimisent leurs compétences en soins palliatifs. Selon les écrits scientifiques, la pratique réflexive (PR) est une approche novatrice qui a des résultats positifs sur le développement professionnel des infirmières. Cette recherche a donc pour objectif de déterminer si une intervention de PR influence la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières (PCISP) en CHSLD. Une étude de type évaluative avec approche quasi expérimentale mesures avant-après (groupe unique) en trois phases a été sélectionnée: 1) Développement de l'intervention; 2) Validation de l'intervention; et, 3) Évaluation de l'intervention. L'intervention de PR réalisée a consisté à 46 rencontres de 30 minutes, sur 4 semaines, auprès de 22 infirmières œuvrant en CHSLD au CISSS des Laurentides. Les résultats indiquent que la PCISP des infirmières en CHSLD est plus élevée ( $p < 0,05$ ) après l'intervention de PR. En somme, la mesure de la PCISP permet de cerner les besoins de développement professionnel auprès des infirmières en CHSLD. La PR s'avère alors une approche novatrice à poursuivre d'explorer afin d'augmenter la perception de compétence de l'infirmière en soins palliatifs.

Mots-clés : Soins palliatifs, pratique réflexive, soins de longue durée, soins infirmiers, infirmières.

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des abréviations.....	xii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Problématique.....	4
Recension des écrits.....	10
Les soins palliatifs en CHSLD.....	11
Définition des soins palliatifs.....	11
Bref historique et normes de pratiques en soins palliatifs.....	12
Les particularités des soins palliatifs en CHSLD.....	15
La pratique réflexive.....	20
Origines et définitions de la pratique réflexive.....	20
Méthodes et modèles utilisés pour la pratique réflexive.....	23
Prémises et limites de la pratique réflexive.....	35
La perception de compétence infirmière en soins palliatifs.....	38

Définition de la compétence .....	39
Définition de la perception de compétence.....	39
Mesure de la perception de compétence .....	41
L'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs .....	47
L'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence .....	47
Cadre de référence .....	50
Intervention de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006).....	51
Perception de compétence infirmière en soins palliatifs (Desbiens, 2015) .....	56
L'influence de l'intervention de groupes de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs de Desbiens (2015).....	61
Le but et objectifs de la recherche .....	62
Questions de recherche .....	62
Méthode .....	64
Le devis de recherche .....	65
Phase 1 : Développement de l'intervention de pratique réflexive .....	66
Phase 2 : Validation de l'intervention de pratique réflexive .....	71
Phase 3 : Évaluation de l'intervention de pratique réflexive .....	74

Milieu, recrutement et échantillonnage .....	75
Le milieu .....	75
Le recrutement et l'échantillonnage .....	75
Variables à l'étude et instruments de mesure .....	77
Variables à l'étude .....	77
Instruments de mesures.....	78
Analyse des données.....	80
Statistiques descriptives.....	80
Tests statistiques d'hypothèses .....	80
Considérations éthiques .....	82
Critères de scientificité .....	85
Résultats.....	87
Phase 1 : Développement de l'intervention de pratique réflexive.....	88
Phase 2 : Validation de l'intervention.....	95
Validation des experts.....	95
Validation des infirmières.....	104
Phase 3 : Évaluation de l'intervention de pratique réflexive.....	106
Description du déroulement de l'intervention de pratique réflexive .....	107
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	108
Perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant l'intervention .....	110
Perception de compétence infirmière en soins palliatifs après l'intervention .....	114

Influence de l'intervention de pratique réflexive sur la PCISP des infirmières :	
Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention .....	116
Discussion .....	125
Phase 1 : Développement de l'intervention de pratique réflexive .....	126
Phase 2 : Validation de l'intervention de pratique réflexive .....	128
Phase 3 : Évaluation de l'intervention de PR sur la PCISP .....	129
Perception de la compétence infirmière en soins palliatifs en CHSLD.....	131
Influence des caractéristiques sociodémographiques sur la perception de la compétence infirmière en soins palliatifs .....	134
Association entre la pratique réflexive et la perception de compétence infirmière en soins palliatifs .....	135
Limites de l'étude et stratégies d'atténuation .....	138
Les retombées .....	140
Retombées pour la pratique clinique .....	140
Retombées pour la formation.....	141
Retombées pour la gestion.....	142
Retombées pour la recherche.....	143
Conclusion .....	145
Références.....	148

Appendice A Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) .....	166
Appendice B Questionnaire des données sociodémographiques.....	168
Appendice C Questionnaire sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP) .....	171
Appendice D Approbations éthiques .....	176
Appendice E Formulaire d'informations et de consentement.....	182
Appendice F Analyse des écrits scientifiques sur la pratique réflexive en groupe.....	203
Appendice G Description de la consultation d'infirmières pour la validation de l'intervention de pratique réflexive.....	210
Appendice H Journal de bord pour l'intervention de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs avec des infirmières œuvrant en CHSLD .....	212
Appendice I Exemples de journal de bord complétés lors de la consultation des infirmières.....	215
Appendice J Résultats des tests de normalité des distributions avant l'intervention.....	222
Appendice K Résultats des tests de comparaison des moyennes de la PCISP avant l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques .....	224
Appendice L Résultats des tests de normalité des distributions après l'intervention.....	228



Appendice M Résultats des tests de comparaison des moyennes de la PCISP après l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques .....	230
Appendice N Résultats des tests de comparaison de la PCISP avant et après l'intervention en fonction des caractéristiques sociodémographiques .....	234

## Liste des tableaux

### Tableau

1 Méthodes de réflexion pour le développement de la pratique .....	24
2 Règles pour la pratique réflexive guidée .....	35
3 Description des domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs .....	59
4 Calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe.....	90
5 Commentaires et suggestions du comité d'experts .....	100
6 Modifications apportées à l'intervention suite à la consultation du comité d'experts.	102
7 Réactions des infirmières sur l'intervention de pratique réflexive lors de la consultation .....	105
8 Modifications apportées à l'intervention suite à la consultation des infirmières .....	106
9 Caractéristiques sociodémographiques des participants (n = 22).....	109
10 Perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant l'intervention (n = 22) .....	113
11 Perception de compétence infirmière en soins palliatifs après l'intervention (n = 20) .....	123
12 Influence de l'intervention de pratique réflexive sur la PCISP des infirmières : comparaison de la PCISP avant et après l'intervention .....	124

## Liste des figures

### Figure

1. Adaptation du la 15e édition du Modèle de réflexion structurée et de la cartographie du Modèle de réflexion structurée (Johns, 2006). ..... 55
2. Théorie partagée en soins palliatifs (Desbiens, Gagnon & Filion, 2012, p. 2120)..... 56
3. L'influence de l'intervention de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (Adapté et développé par Couturier, 2019). ..... 61
4. Description des trois phases de la présente étude. .... 66
5. Synthèse des sources d'évidences pour le développer et la valider d'une intervention. Adaptation de Polit et Beck (2017), p. 612..... 67
6. Perception de compétence en soins palliatifs avant et après l'intervention de pratique réflexive. .... 118
7. Évolution de la PCISP selon le niveau d'expérience des infirmières..... 120
8. Évolution de la PCISP selon le niveau d'expérience en CHSLD..... 120

## **Liste des abréviations**

ACSP : Association canadienne des soins palliatifs

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

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

GI-SPC : Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la santé

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PCISP : Perception de compétence infirmière en soins palliatifs

PR : Pratique réflexive

## **Remerciements**

C'est avec une sincère reconnaissance que je souhaite souligner la contribution de certaines personnes à cette recherche ambitieuse. D'abord, mon directeur de mémoire, professeur Éric Tchouaket et ma co-directrice, professeure Lucie Lemelin, qui ont été d'excellents guides et qui ont certainement contribué au succès de l'étude par leur rigueur et leur engagement. C'est un privilège d'avoir pu être encadrée par deux professeurs d'une aussi grande qualité. Je souhaite également adresser un sincère remerciement au jury, professeure Roseline Galipeau, présidente du jury, et professeur Sylvain Brousseau, membre examinateur, pour leurs contributions constructives.

Aussi, je remercie la Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique du CISSS des Laurentides, particulièrement ma gestionnaire, Marie-Claude Richer. Son écoute, ses bons conseils et la flexibilité accordée dans l'organisation de mon temps m'ont permis de mener à terme cette recherche.

Je tiens également à remercier mes parents et mes beaux-parents, sans qui il m'aurait été impossible de garder un équilibre entre les études, le travail et la vie familiale. Ma sœur et amie, qui a pris de son précieux temps pour corriger mes travaux. Finalement, je souhaite souligner la compréhension de mon conjoint, Daniel, et de nos deux garçons, Charles et William, qui ont accepté de me partager avec les nombreuses

heures dédiées à cette recherche. Vous m'avez toujours encouragé à donner le meilleur de moi-même et je souhaite avoir été un modèle de persévérance pour vous.

## **Introduction**

La pratique infirmière auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) renferme de nombreux défis au quotidien. Étant donné la complexité présentée par la clientèle hébergée, les infirmières sont désormais confrontées à accompagner ces personnes dans les différentes transitions, et ce, de leur admission jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2018). Comme l'infirmière occupe une place prépondérante dans les soins et les services offerts en CHSLD, sa pratique professionnelle exige d'optimiser ses compétences afin de pouvoir répondre aux besoins de soins grandissants de ces personnes, dont les soins palliatifs (OIIQ, 2018).

Une recension des écrits démontre qu'il est difficile de reconnaître le stade terminal des maladies neurodégénératives, ce qui provoque un obstacle majeur à une approche palliative précoce en soins de longue durée (Wetle, Shield, Teno, Miller, & Welch, 2005). Également, plusieurs études indiquent que l'évaluation et la gestion de la douleur, particulièrement avec les personnes atteintes de démence, est une compétence à développer pour les infirmières dans ce milieu (Hanson et al., 2008; Levy, Morris, & Kramer, 2008; Swine, 2009; Verschuur, Groot, & Van Der Sande, 2014).

Cette étude a alors émergée du constat de l'augmentation importante du taux de décès dans les milieux d'hébergement ainsi que du sentiment que les infirmières nommaient quant à leur besoin d'améliorer leur compétence à prodiguer des soins



palliatifs de qualité. Cette étude propose alors une intervention de pratique réflexive (PR) en groupe afin d'améliorer la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières (PCISP) en CHSLD.

Ce mémoire contient six chapitres. D'abord, le premier chapitre présente la problématique. Le chapitre suivant expose la recension des écrits, le cadre de référence, le but, les objectifs spécifiques et les questions de recherche. Le troisième chapitre aborde la méthode utilisée pour la présente étude. Lors du quatrième chapitre, les résultats détaillés de l'étude sont présentés. Le cinquième chapitre est consacré à la discussion ainsi qu'aux retombées qui en découlent. Finalement, le dernier chapitre comprend la conclusion.

## **Problématique**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016), entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans doublera. Ce vieillissement est encore plus important chez les 80 ans et plus, qui atteindront environ 395 millions. Au Québec, l'Institut de la statistique du Québec (2014) estime que, d'ici 2061, les personnes âgées de 80 ans et plus représenteront plus de 1,2 millions de personnes, comparativement à 329 000 en 2011. Ces constats amènent un fardeau social préoccupant, car cela multipliera par quatre le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Elles ne pourront plus vivre seules, car elles auront de la difficulté à se déplacer, deviendront possiblement fragiles ou pourront voir apparaître d'autres problèmes de santé physique ou mentale (OMS, 2017).

Présentement, au Québec, pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, 3 % d'entre elles sont hébergées dans un CHSLD (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2014). En 2012-2013, cela représentait 33 759 personnes, dont 42 % étaient âgées de 85 ans et plus (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2012). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2010), les deux tiers des personnes hébergées sont atteintes de multipathologies, dont au moins trois problèmes de santé chronique, et plus de 80 % d'entre elles présentent des pertes cognitives. En 2014-2015, dans certaines régions du Québec, l'espérance de vie des personnes hébergées en CHSLD était inférieure à 18 mois, portant ainsi le nombre de décès annuels entre 30 et 50 % (Francoeur, 2016).

Depuis plusieurs années, les soins palliatifs sont une préoccupation gouvernementale importante. D'ailleurs, le bilan démographique du Québec de 2012-2013 démontre une croissance importante du nombre de décès (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2013). Au départ, développés dans un contexte de cancérologie, les soins palliatifs sont dorénavant associés à toutes pathologies ayant un pronostic réservé, tel que l'insuffisance cardiaque grave, les maladies pulmonaires obstructives chroniques sévères, l'insuffisance rénale terminale, ainsi que les maladies neurodégénératives (MSSS, 2015). Suite à ces constats, des actions politiques ont été mises en place, dont la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* (MSSS, 2004), la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité* (Assemblée nationale du Québec, 2014) et la *Loi concernant les soins de fin de vie* (MSSS, 2014). Pourtant, malgré toutes les actions qui ont été entreprises, des enjeux importants subsistent. L'inégalité quant à l'accès aux soins palliatifs, ainsi que le manque de formation des intervenants afin de développer leurs compétences dans ce domaine en font partie (MSSS, 2015).

Les infirmières sont appelées à jouer un rôle primordial dans la prestation des soins palliatifs, car elles sont présentes dans tous les contextes de soins où ils sont prodigués (Desbiens, 2015). Comme il est estimé qu'environ 20 % des décès surviennent en CHSLD au Québec (MSSS, 2015), il s'avère alors indispensable que les infirmières travaillant dans ce secteur possèdent un certain niveau de compétence quant

à une prestation optimale des soins palliatifs. En 2008, plus de 60 activités de formation continue en soins palliatifs ont été répertoriées (MSSS, 2008). Toutefois, leur contenu est variable et l'impact de ces formations sur le développement des compétences des infirmières est rarement évalué et documenté (Desbiens, 2015). Selon Wallace, Grossman, Campbell, Robert, Lange et Shea (2009), la majorité des formations offertes en soins palliatifs est davantage théorique. Plusieurs auteurs mentionnent que ce type de formation en sciences infirmières néglige les côtés créatif, relationnel, critique, réflexif et éthique (Benner, 2012; Ironside, 2003; Sarabia-Cobo, Alconero-Camarero, Lavín-Alconero, & Ibáñez-Rementería, 2016). De plus, la majorité des infirmières préfèrent fonder leurs connaissances à partir de leurs expériences professionnelles et des interactions avec leurs collègues et leurs patients plutôt que de participer à une formation théorique (Estabrooks, Chong, Brigidear, & Profetto-Mcgrath, 2005).

La compétence se définit comme étant la capacité à intégrer les connaissances, les habiletés, les attitudes, les valeurs et le jugement, pour ensuite les mobiliser en action en fonction de chaque situation clinique (Desbiens, Gagnon, & Fillion, 2012; OIIQ, 2005). Comme il s'agit d'une structure cognitive, la compétence ne peut pas être observée directement (Gonczi, 1994). Selon Bandura (1986), la perception de compétence correspond au jugement que porte une personne sur ses propres capacités. Celle-ci peut se mesurer à partir d'un processus d'auto-évaluation, par un questionnaire auto-administré (Bandura, 2006). Chez les infirmières, une cette démarche d'auto-

évaluation permet d'amorcer une réflexion sur leur pratique professionnelle (Meretoja, Isoaho, & Leino-Kilpi, 2004).

Le concept de pratique réflexive (PR) a été développé dans plusieurs disciplines et a fait l'objet de multiples définitions. En général, celle-ci se décrit comme étant un processus d'apprentissage et de développement au moyen de l'auto-évaluation de sa pratique, en y incluant les expériences, les pensées, les émotions, les actions et les connaissances (Atkins & Murphy, 1993; Duffy, 2007; Johns, 2001). Selon Campbell et Mackay (2001), ce processus d'auto-évaluation des compétences permet aux infirmières d'identifier leurs forces et les notions qu'elles doivent améliorer. Cette réflexion permet aussi aux infirmières de consolider leurs connaissances en faisant des liens entre la théorie et la pratique (Duffy, 2007; Hatlevik, 2012). D'ailleurs, la PR est reconnue par plusieurs comme étant l'un des moyens efficaces afin d'assurer le développement professionnel des infirmières (Freshwater, Taylor, & Sherwood, 2008; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Johns & Freshwater, 2005).

La majorité des études qualitatives réalisées en sciences infirmières sur la PR sont soit en lien avec le contexte académique (Heidari & Galvin, 2003; McGrath & Higgins, 2006) ou avec le développement professionnel des infirmières débutantes (Caldwell & Grobbel, 2013; Forneris & Peden-Mcalpine, 2007; Glaze, 2001). La PR a aussi fait l'objet d'études qualitatives dans un contexte clinique, mais davantage en santé

mentale (Dawber, 2013b; Olofsson, 2005) ou en milieu hospitalier (Dubé & Ducharme, 2014; Mantzoukas & Jasper, 2004). Quelques études ont été réalisées sur la PR dans un contexte de soins palliatifs, mais celles-ci se sont intéressées à l'expérience vécue des infirmières (Graham, Andrewes, & Clark, 2005) ou bien se sont déroulées sur une unité réservée aux soins palliatifs (Bailey & Graham, 2007). Étant donné que peu d'études évaluatives se sont intéressées à la PR dans un contexte de soins palliatifs en CHSLD, il serait pertinent d'évaluer l'influence des groupes de PR basés selon le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) sur la PCISP en CHSLD, tel que décrit par Desbiens (2015). Une telle étude pourrait possiblement permettre de déterminer si les groupes de PR contribuent à améliorer la PCISP des infirmières en CHSLD.

## **Recension des écrits**



Ce chapitre du mémoire présente la recension des écrits des trois concepts à l'étude, soit les soins palliatifs en CHSLD, la pratique réflexive et la perception de compétence infirmière en soins palliatifs. Suivra ensuite le cadre de référence, le but, les objectifs spécifiques et les questions de recherche de la présente étude.

### **Les soins palliatifs en CHSLD**

Cette première partie de la recension des écrits portera sur la définition des soins palliatifs, sur l'historique et les normes de pratiques en soins palliatifs ainsi que sur les particularités des soins palliatifs en CHSLD.

#### **Définition des soins palliatifs**

L'OMS (2017), définit les soins palliatifs comme étant :

Une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, à l'évaluation correcte et au traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.

L'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) (2013) ajoute que les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et la qualité du décès. En ayant la vision que la mort fait partie du processus normal de la vie, ceux-ci ne visent pas à précipiter, ni à retarder le décès. Par une équipe qui soutient la personne et

sa famille, les soins palliatifs aident ceux-ci à vivre activement, et ce, jusqu'à la mort. Ils incluent également l'accompagnement suite au deuil (ACSP, 2009).

Dans un document visant l'intégration des soins palliatifs au Canada, l'ACSP (2015) mentionne que l'approche palliative permet d'améliorer les soins pour les personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie. Elle est définie comme étant une approche qui offre aux personnes et leur famille des renseignements, ainsi que la possibilité de participer activement aux soins et aux décisions, et ce, tout au long de la trajectoire de la maladie (ACSP, 2015). En offrant certains aspects des soins palliatifs, l'approche palliative renforce l'autonomie personnelle en permettant à la personne de prendre une part active à ses soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], ACSP, & Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens [GI-SPC], 2015). Par cette participation active, cette approche procure à la personne et sa famille un certain sentiment de contrôle (ACSP, 2015). De surcroît, elle permet également de réduire les hospitalisations et les traitements médicaux inappropriés qui vont à l'encontre des souhaits de fin de vie de la personne (AIIC, ACSP, & GI-SPC, 2015).

### **Bref historique et normes de pratiques en soins palliatifs**

Au Québec, c'est dans les années 1970 que les premières unités de soins palliatifs ont été ouvertes (ACSP, 2013). En 2004, avec l'adoption de la *Politique en*

*soins palliatifs de fin de vie* (MSSS, 2004), plusieurs développements ont été mis en place. Toutefois, malgré les principes et recommandations émis par cette politique, l'Assemblée nationale du Québec (2012), avec la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*, a constaté que plusieurs enjeux persistent : la méconnaissance de l'approche palliative dans la population et la non intégration de celle-ci dans les milieux de soins tels que le soutien à domicile, les CHSLD et les hôpitaux (OIIQ, 2010). Selon Doucet (2015), cette méconnaissance occasionne que les soins palliatifs seront offerts seulement lors des derniers moments de vie, alors que la douleur ne peut pas être gérée autrement.

Suite à ces constats, l'Assemblée nationale du Québec (2014) a adopté la *Loi concernant les soins de fin de vie* afin d'assurer l'accès à des soins de qualité ainsi qu'à un accompagnement adapté à chaque situation. Cette étape importante dans le développement des soins palliatifs au Québec permet d'encadrer l'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue. Aussi, elle met en place les directives médicales anticipées et assure le développement des soins de fin de vie dans chaque établissement du réseau de la santé (MSSS, 2015). Deux ans plus tard, le MSSS (2016) a publié le *Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie* afin de guider les établissements de santé et de services sociaux dans la formation à l'intention de l'ensemble des intervenants et des bénévoles. Ce cadre de référence a plusieurs objectifs, dont, entre autres, la formation des intervenants sur

l'approche palliative à l'aide de stratégies d'apprentissage novatrices telles que l'autoformation et les approches réflexives en groupe (MSSS, 2016).

En 2013, l'ACSP (2013) a proposé un modèle de soins palliatifs fondé sur les normes de pratiques et les principes nationaux. Ce modèle fait mention des différents domaines dans les problèmes courants liés à la maladie et au deuil. En ayant au centre le patient et ses proches, les soins palliatifs englobent la gestion de la maladie, les domaines physique, psychologique, social, spirituel et pratique, ainsi que les soins de fin de vie, la perte et le deuil. La gestion de ces problèmes se réalise dans six étapes essentielles soit l'évaluation, la transmission d'informations, la prise de décision, la planification, la prestation des soins et la confirmation (ACSP, 2013). Ce cadre conceptuel est fondé sur trois concepts fondamentaux : la communication efficace; le travail en groupe; et, les aptitudes en matière de changement. Ce modèle de soins palliatifs amène une vision commune à l'échelle nationale. Il s'avère également un guide pour les établissements de santé afin d'élaborer des politiques et des programmes de formation complets (ACSP, 2013).

L'ACSP (2009) rapporte que pour prodiguer des soins palliatifs optimaux, ceux-ci doivent être offerts par une équipe interprofessionnelle étant constituée d'intervenants possédant les connaissances et les compétences reliées à tous les aspects du processus de soin. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans l'approche palliative (AIIC, ACSP, &

GI-SPC, 2015). Elles constituent le principal contact professionnel avec la personne et ses proches ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe (ACSP, 2009). D'ailleurs, Verschuur, Groot et Van Der Sande (2014) mentionnent que les infirmières en soins palliatifs évaluent et gèrent efficacement la douleur et les autres symptômes à partir de leurs connaissances spécialisées. Ces auteurs ajoutent que les infirmières doivent également être proactives dans l'approche palliative précoce, dans la communication et le soutien au patient-famille, ainsi que dans la défense des droits et volontés de ceux-ci (Verschuur et al., 2014).

### **Les particularités des soins palliatifs en CHSLD**

Cette section présente les particularités des soins palliatifs en CHSLD. Lors de celle-ci, la recension des écrits scientifiques sur la trajectoire de fin de vie des personnes hébergées, le soulagement de la douleur et des autres symptômes d'ordre physique, le soutien offert quant aux besoins psychologique, émotionnel, social et spirituel ainsi que les enjeux éthiques et légaux en CHSLD seront présentés.

La trajectoire de fin de vie des résidents en CHSLD s'avère un défi important. Effectivement, l'étude ethnographique canadienne de Cable-Williams et Wilson (2014) menée auprès de 50 participants, dont 12 infirmières, mentionne qu'il y a un enjeu afin de déterminer le moment pour faire la transition vers les soins palliatifs et de fin de vie en longue durée. Les conclusions de cette étude permettent de mettre en lumière que le

déclin des capacités afin d'évoluer vers la fin de vie n'y est noté que quelques jours ou quelques heures précédant le décès, ce qui limite alors les soins palliatifs à un soulagement tardif de la douleur et des autres symptômes (Cable-Williams & Wilson, 2014). D'ailleurs, dans une publication sur le rôle de l'infirmière en regard de la loi sur les soins palliatifs et de fin de vie, Francoeur et Durand (2016) mentionnent que, contrairement à la fin de vie de la personne atteinte d'un cancer ou d'une maladie chronique, la trajectoire de fin de vie des maladies neurodégénératives et des démences est bien différente, ces problèmes de santé correspondant principalement à ceux présentés par les personnes hébergées en CHSLD. Cette évolution se fait lentement et progressivement, avec un déclin au niveau fonctionnel, cognitif et communicationnel, comprenant quelques épisodes aigus et s'étendant sur plusieurs mois, rendant ainsi le pronostic difficile à prévoir (Francoeur & Durand, 2016). Également, dans leur revue systématique des écrits portant sur des études réalisées en Australie, aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada entre 1983 et 2004, Wowchuk, McClement et Bond (2007) ont identifiés certains facteurs internes qui influencent la qualité soins palliatifs offerts en longue durée. Selon ces auteurs, la reconnaissance de la phase palliative et le manque de connaissances des soignants en lien avec les normes de soins palliatifs sont des enjeux importants en longue durée (Wowchuk, McClement, & Bond, 2007). Cette difficulté de reconnaissance du stade terminal de la maladie afin de faire la transition vers des soins palliatifs et de fin de vie a également été rapportée par des proches dont une personne est décédée en longue durée lors de l'étude phénoménologique conduite

par Wetle et al. (2005). Enfin, il s'avère loisible de penser que la trajectoire de fin de vie des personnes hébergées devient alors un obstacle à une approche palliative précoce.

L'étude quantitative de Degois et al. (2015) réalisée à partir d'un audit de 69 dossiers, indique que moins de 20 % des personnes mourantes en longue durée recevaient des analgésiques dans leur dernière semaine de vie, alors qu'il s'avère que le soulagement de la douleur devrait être une priorité en soins palliatifs (ACSP, 2013). D'ailleurs, l'étude de Hanson, Eckert, Dobbs, Williams, Caprio, Sloane et Zimmerman (2008), menée dans 230 établissements de soins de longue durée aux États-Unis, rapporte que plus de 47% des personnes mourantes présentaient des symptômes de douleur non soulagée. Selon une revue intégrative de 109 études menées entre 2010 et 2016 conduites par Hanson et al. (2016), le principal défi pour les infirmières en longue durée est dans l'évaluation et la gestion de la douleur, particulièrement avec les personnes atteintes de démence. Que ce soit dans des études réalisées auprès des familles (Carlson, 2007; Thompson, Menec, Chochinov, & McClement, 2008), des gestionnaires (Brazil, Krueger, Bedard, Kelley, McAney et al., 2006; HiraKawa, Masuda, Kuzuyz, Iguchi, & Uemura, 2007) ou des soignants (Kaasaleinen, Brazil, Ploeg, & Martin, 2007; Munn et al., 2008), tous s'entendent sur l'amélioration nécessaire des compétences des infirmières pour l'évaluation et le soulagement de la douleur et des autres symptômes dans ce contexte de soins.

Aussi, d'autres études ont démontré l'importance que les résidents et leur famille accordent au soutien psychologique, émotionnel, social et spirituel. Effectivement, lors de l'étude phénoménologique de Touhy, Brown et Smith (2005) réalisée auprès de 25 soignants américains, ceux-ci ont rapporté que les besoins spirituels des résidents et de leurs proches sont souvent négligés. Par ailleurs, l'étude phénoménologique de Wetle et al. (2005) a permis aux 54 proches interrogés d'exprimer leurs souhaits d'amélioration quant à la communication avec les soignants ainsi qu'à leur implication dans cette étape cruciale. Ces constats ont également été présents dans l'étude qualitative en Israël par Ben Nathan (2008) auprès de 182 participants, dont des soignants, des résidents et leur famille. L'étude qualitative néerlandaise de Verschuur et al. (2014), menée auprès de 16 infirmières par des entrevues de groupes, a également émis des constats quant à l'importance de développer le rôle de l'infirmière dans la communication, le soutien et la guidance en situation de soins palliatifs. Lors de l'étude qualitative descriptive canadienne conduite par Kaasaleinen et al. (2007), les 14 infirmières interrogées ont également rapporté se sentir peu outillées pour faire de l'enseignement adéquat aux familles et pour bien communiquer avec elles afin de leur fournir toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée.

Finalement, les aspects éthiques et légaux ainsi que les traitements disproportionnés lors de situation de soins palliatifs en CHSLD ont également fait l'objet d'études. Selon l'étude irlandaise conduite par Whittaker, George-Kernohan,



Hanson, Howard et McLaughlin (2006), les réponses aux questionnaires des 227 soignants indiquent qu'il y a un besoin de formation important concernant les normes de pratiques, dont les aspects légaux, ainsi que l'approche palliative en soins de longue durée. Aussi, la publication belge de Swine (2009) portant sur la fin de vie lors de la démence rapporte que, par la méconnaissance de la phase terminale, les résidents sont parfois soumis à des examens et des traitements invasifs et douloureux, alors que l'approche palliative serait plus appropriée. Selon Voyer (2013), les traitements disproportionnés peuvent mener à des dilemmes éthiques, car certains les perçoivent comme de l'acharnement alors que, pour d'autres, l'approche palliative est plutôt perçue comme de l'abandon.

En accord avec l'analyse des écrits scientifiques sur les particularités de soins palliatifs en CHSLD, celle-ci permet d'identifier les principaux défis afin de prodiguer des soins adaptés à ce type de clientèle. La transition vers l'approche palliative précoce, l'évaluation et la gestion de la douleur et des autres symptômes, la communication et le soutien psychologique, émotionnel, social et spirituel, ainsi que les aspects éthiques et légaux des soins palliatifs sont des enjeux importants. Par conséquent, le développement des compétences des infirmières sur ces différents aspects serait primordial pour des soins palliatifs de qualité en CHSLD.

## **La pratique réflexive**

Cette deuxième partie de la recension des écrits présente les origines et définitions de la PR, les différentes méthodes de PR, les modèles pour la guider, ainsi que les prémisses et limites de cette pratique.

### **Origines et définitions de la pratique réflexive**

C'est dans les années 1980 que les premiers écrits sur la PR ont vu le jour. Précédemment, les concepts de réflexion et de réflexivité ont d'abord été étudiés. Le philosophe américain John Dewey fut un des premiers à définir la réflexion comme étant un processus actif, persistant et prudent, qui considère toutes les croyances ou suppose toutes les formes de savoir et les connaissances qui les supportent, et ce, afin d'en tirer des conclusions (Dewey, 1933). Ce dernier soutient que la réflexion reliée à l'expérience est réalisée en cinq étapes : 1) présence d'une difficulté à résoudre; 2) définir cette difficulté; 3) détailler les solutions possibles; 4) établir les bases des solutions retenues; et, 5) observer et expérimenter afin d'adopter ou de rejeter les solutions retenues pour pallier à cette difficulté (Dewey, 2004).

En 1974, Argyris et Schön mentionnent que les professionnels praticiens détiennent un savoir invisible expérientiel. Ces auteurs postulent que les actions des professionnels sont dirigées par des connaissances issues de leurs expériences, de leurs

formations, de leurs valeurs, de leurs croyances et des stratégies développées lors d'une situation vécue antérieurement (Argyris & Schön, 1974). Le concept de PR associée à la pratique professionnelle a été davantage développé par le pédagogue américain Donald A. Schön. En poursuivant ses travaux, Schön (1983) constate que le praticien est fréquemment confronté à des situations complexes et spécifiques pour lesquelles les théories existantes s'avèrent inutiles dans leur résolution. Schön (1983) conclut alors que l'acquisition du savoir ne peut pas se faire uniquement à partir de théories. Il rapporte que, comme le professionnel se retrouve souvent dans une automatisation de sa pratique, cela l'empêche de voir et de corriger ses erreurs (Schön, 1994). Il ajoute que la PR permet de construire et d'accéder à un nouveau type de savoir, le savoir expérientiel. C'est alors qu'il développe les deux aspects de la PR, soit la réflexion-sur-l'action et la réflexion-dans-l'action.

Schön (1983) définit la réflexion-sur-l'action comme étant une réflexion rétrospective d'une action posée, et ce, en questionnant, en critiquant, en analysant et en interprétant les connaissances utilisées. Cette réflexion permet de découvrir les connaissances utilisées pour résoudre une situation particulière dans le but d'ajuster ensuite sa pratique professionnelle. Pour ce qui est de la réflexion-dans-l'action, celle-ci est définie comme le processus utilisé par le praticien pour identifier un nouveau problème en utilisant les expériences antérieures afin de le résoudre. Dans cette situation, la réflexion est réalisée simultanément à l'action. Toutefois, la réflexion-dans-l'action

demande des habiletés de réflexion qui seront d'abord développées par la réflexion-sur-l'action.

Provenant du domaine de l'éducation, Mezirow (1981) propose huit différents niveaux de réflexivité : 1) la prise de conscience; 2) la réflexivité affective; 3) la réflexivité discriminative; 4) la réflexivité selon le jugement; 5) la critique consciente; 6) la réflexivité conceptuelle; 7) la réflexivité psychique; et, 8) la réflexion critique menant à une perspective de transformation. Cet auteur rapporte que la réflexion critique est essentielle afin de développer des compétences, car elle questionne la justesse des connaissances déjà acquises et mène à l'acquisition de nouvelles connaissances (Mezirow, 1991). D'ailleurs, dans leur revue intégrative des écrits réalisée en Angleterre ayant pour objet de dénouer et de comprendre le sens de la réflexion à partir des écrits entre 1981 et 1992, Atkins et Murphy (1993) concluent que la réflexion est un outil d'apprentissage nécessaire dans la formation des professionnels.

Afin d'explorer l'apport de la PR en sciences infirmières, la revue intégrative des écrits de Johns (1995b) indique que la PR permet d'habiliter le praticien à accéder, à comprendre et à apprendre de ses expériences vécues, pour ensuite prendre des actions afin de développer une pratique efficace, selon le contexte et ce qui est considéré comme étant souhaité. Cet auteur, en collaboration avec plusieurs collègues, propose une typologie de PR nuançant l'évolution du praticien réflexif (Johns, Burnie, Lee, Brooks,

& Jarvis, 2013). Selon ces auteurs, la PR débute en faisant une réflexion sur une situation vécue afin d'en apprendre pour sa pratique future; le praticien fait alors de la réflexion-sur-l'expérience. Ensuite, il évolue vers la réflexion-dans-l'action, la supervision interne, la réflexion-dans-le-moment, pour arriver à la dernière étape, soit devenir un être réflexif, en pleine conscience de sa façon de penser, de se sentir et de répondre aux situations (Johns et al., 2013).

Devant cette analyse des écrits scientifiques, la PR n'est pas clairement définie et aucune des définitions proposées ne fait l'unanimité. Toutefois, un point commun des différentes définitions semble être l'analyse d'une situation vécue afin d'en faire un apprentissage qui modifiera ensuite la pratique du professionnel.

### **Méthodes et modèles utilisés pour la pratique réflexive**

Au fil des années, de multiples méthodes et modèles de PR ont été développés. D'ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent qu'un modèle ou qu'une méthode encadrant la PR facilite le processus (Ashby, 2006; Chirema, 2007; Johns, 2010; Schutz, 2007). Selon Freshwater, Taylor et Sherwood (2008), les méthodes de PR réfèrent à la façon dont le modèle ou le cadre de PR seront utilisés pour la réflexion, tandis que le modèle réfère au cadre de référence choisi afin de guider la réflexion lors de la PR.

**Méthodes de pratique réflexive.** Selon le niveau de réflexion visé, Freshwater (2001) propose différentes méthodes pour la PR. Ces méthodes sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1

*Méthodes de réflexion pour le développement de la pratique*

<b>Niveau de réflexion</b>	<b>Méthodes de réflexion</b>	<b>Étapes du développement de la pratique</b>
Descriptive	Journal réflexif (portfolio) Rapports d'incidents Réflexion-sur-l'action	Pratique devient consciente
Dialogique	Discussions avec les pairs dans différentes sphères, incluant la supervision clinique (groupes de pratique réflexive)	Pratique devient délibérée
Critique	Habilité d'avoir un raisonnement avant l'action par des conversations critiques avec pratique/soi/autres	Transformation de la pratique/ développement de la pratique / innovation

*Note.* Traduction libre, Freshwater (2001), p. 10.

**Méthode descriptive pour la pratique réflexive.** Pour ce qui est de méthodes de PR de niveau descriptif, les méthodes de PR les plus fréquemment utilisées dans les études empiriques sont le journal réflexif ainsi que le portfolio.

Le journal réflexif est une méthode de PR qui est davantage utilisé dans un contexte académique, auprès des étudiantes infirmières. Lors de l'étude de cas réalisée

par Chirema (2007) au Royaume-Uni, 42 étudiantes ont utilisé le journal réflexif afin de promouvoir la réflexion et l'apprentissage. En ayant comme cadre de référence les niveaux de réflexion de Mezirow (1991), Chirema (2007) conclut que le journal réflexif est un outil intéressant afin de déterminer le niveau de réflexion auquel l'étudiante se situe. Au Moyen-Orient, l'étude descriptive de Simpson et Courtney (2007) menée auprès de 20 infirmières conclut que le journal réflexif s'avère un outil intéressant de développement professionnel. Il permet aux infirmières d'écrire leurs pensées, les données subjectives et objectives de la situation et ainsi de les aider à trouver un sens aux erreurs commises (Simpson & Courtney, 2007). Selon ces auteurs, cette expérience permet également aux infirmières de diminuer leur stress au travail (Simpson & Courtney, 2007). Toutefois, l'étude québécoise de Dubé et Ducharme (2014) ayant combiné l'utilisation du journal réflexif et des groupes de PR auprès de 22 infirmières rapporte que le journal réflexif est une méthode de PR qui ne semble pas permettre d'atteindre un niveau de réflexion supérieur. En accord avec cette dernière étude ainsi qu'avec les écrits de Freshwater (2001), le journal réflexif se situe au niveau descriptif de la PR et semble s'avérer une méthode de PR ne permettant de développer les habiletés réflexives de façon optimale.

Une autre méthode descriptive pour documenter la PR est le portfolio. Selon Besner (2007), le portfolio est un registre tenu par un professionnel dans lequel ses expériences cliniques significatives sont décrites. Pour l'infirmière, il s'agit d'un moyen

pour documenter ses apprentissages et son développement professionnel (Besner, 2007). L'étude descriptive de Coffey (2005) menée auprès de 22 étudiantes irlandaises a permis de décrire l'utilisation du portfolio comme outil de réflexion afin de documenter les apprentissages cliniques. Cet auteur a observé que l'utilisation du portfolio a mené au développement des habilités réflexives des étudiantes, et ce, en documentant leurs expériences, leur conscience de soi et leur introspection. Cependant, cette étude a révélé que ce type de PR écrite n'est pas un processus naturel pour les étudiantes, qui ont mentionné trouver le processus ardu (Coffey, 2005). Finalement, dans sa revue de intégrative de 14 études réalisées entre 1993 et 2004, McCready (2007) mentionne que lorsque le portfolio est bien développé, cela influence significativement la compétence infirmière dans la pratique. Cet auteur mentionne que le portfolio nécessite un guide d'élaboration clair ainsi que d'un support pour le développement de celui-ci (McCready, 2007). En accord avec cette dernière perspective, ainsi que celle de Coffey (2005), le portfolio ne semble pas s'avérer une méthode favorisant l'évolution de la réflexion lors de la PR.

*Méthode dialogique pour la pratique réflexive.* Au niveau dialogique, les groupes de PR sont également une méthode de PR souvent utilisée dans la recherche en sciences infirmières. D'ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent que la PR est facilitée lorsqu'elle est exprimée oralement (Johns, 2004; Schutz, 2007; Somerville & Keeling, 2004) et par la présence d'un guide (Freshwater et al., 2008; Johns et al., 2013;



McCormack & Henderson, 2007). Dans leur étude évaluative menée auprès de 13 infirmières dans le domaine de l'oncologie, de la néphrologie et de la neurologie, McVey et Jones (2012) ont constaté que les groupes de PR permettent le développement professionnel. Ces auteurs mentionnent que ces groupes ont permis de partager des idées et des solutions, d'améliorer la confiance en soi des participants et que ceux-ci ont développé des habiletés de communication et d'écoute (McVey & Jones, 2012). Lors de l'étude phénoménologique interprétative suivant la méthodologie de Parse de Graham, Andrewes et Clark (2005), les 12 infirmières côtoyant les soins palliatifs sur une unité de médecine ont rapporté plusieurs bénéfices des groupes de PR sur le développement de leurs compétences professionnelles. Les auteurs concluent que la PR en groupe permet de tourner la page sur les situations cliniques difficilement vécues, de trouver de nouvelles stratégies pour la pratique clinique future et de mettre en lumière les aspects positifs de ces situations (Graham et al., 2005). L'étude pilote de Dawber (2013a, 2013b) menée auprès de 18 infirmières de différents domaines de pratique guidés par une infirmière spécialisée en psychiatrie a également démontré que les groupes de PR ont eu des impacts positifs sur les participants. Les résultats de cette étude indiquent que les groupes de PR ont amélioré la résilience des participants, leur conscience de soi et des autres, leur capacité à reconnaître leurs émotions ainsi que la cohésion des équipes de soins (Dawber, 2013b). Ces études exposent donc que les groupes de PR sont une méthode démontrant plusieurs effets bénéfiques dans le développement des compétences des infirmières. Par conséquent, cette méthode de PR est celle ayant été retenue pour la présente étude.

*Le rôle du mentor lors de l'intervention de pratique réflexive en groupe.*

Certaines études recensées permettent de constater l'importance du rôle du mentor lors d'une intervention de PR en groupe (Bailey & Graham, 2007; Dawber, 2013b; McVey & Jones, 2012; Olofsson, 2005). Lors de leur travail dirigé sur les groupes de PR en lien avec les soins palliatifs en CHSLD, Legault et Lord-Fontaine (2016) rapportent que le rôle du mentor est nécessaire au bon déroulement des rencontres et à l'atteinte des objectifs afin que le processus de réflexion soit prolifique et mène au changement. D'ailleurs, Dawber (2013b) mentionne que le mentor d'un groupe de PR doit susciter la participation des infirmières qui y participent. Cet auteur ajoute que celui-ci doit posséder des habiletés de communication afin de permettre aux participants de se développer à travers les aspects cognitifs, émotifs et narratifs de la PR.

Aussi, l'étude phénoménologique de Bailey et Graham (2007) menée auprès de huit infirmières indique qu'il est préférable que le mentor n'ait pas de lien hiérarchique ou d'autorité avec les participants, et ce, afin d'optimiser l'ouverture, la confiance et les discussions authentiques du groupe. Legault et Lord-Fontaine (2016) suggèrent de sélectionner une personne détenant du leadership et que celle-ci possède une bonne connaissance de la PR, de la culture organisationnelle du milieu, ainsi que de la réalité de la pratique clinique des infirmières en soins de longue durée. Ces mêmes auteurs proposent de solliciter la contribution d'une conseillère en soins infirmiers afin de jouer

le rôle de mentor, étant donné que celle-ci détient une expérience en animation d'ateliers et qu'elle est reconnue pour son leadership et son expertise (Legault & Lord-Fontaine, 2016). En accord avec ces dernières études, la contribution d'une conseillère en soins a été sélectionnée afin d'agir à titre de mentor lors de la présente étude.

*Méthode critique pour la pratique réflexive.* En ce qui attrait cette méthode de PR, il appert qu'aucune étude en lien avec l'utilisation d'une méthode critique pour la PR en sciences infirmières n'a été retrouvée dans les écrits scientifiques.

**Modèles de pratique réflexive.** Selon Johns (2010), Freshwater et al. (2008), adopter un modèle pour la PR permet de guider, de structurer et de faciliter le processus. Plusieurs modèles afin de guider la PR ont été élaborés dans les dernières décennies. Dans un article analysant le concept de PR, Duffy (2007) mentionne que les trois modèles de PR les plus utilisés sont : le cycle réflexif de Gibbs (Gibbs, 1988); la théorie de l'apprentissage transformationnel (*Transformational Learning Theory*) de Mezirow (Mezirow, 1991); et, le modèle de réflexion structurée de Johns (Johns 1995, 2002, 2006, 2010, 2013).

*Le modèle du cycle réflexif de Gibbs.* Le cycle réflexif de Gibbs est un modèle de PR qui propose la réflexion à partir d'une expérience vécue (Gibbs, 1988). Ce modèle utilise des concepts-clés afin de formuler différentes questions et ainsi prodiguer une

liste à suivre pour les apprenants, et ce, au fil de leur progression dans la réflexion (Husebø, Amp, Apos, Regan, & Nestel, 2015). Le cycle réflexif de Gibbs (1988) propose six étapes afin de bien cerner une situation : 1) la description; 2) les émotions; 3) l'évaluation; 4) l'analyse; 5) la conclusion; et, 6) le plan d'action. Dans chacune des étapes, le modèle propose des questions spécifiques afin de susciter la réflexion (Gibbs, 1988).

Le modèle du cycle réflexif de Gibbs a été utilisé dans divers contextes. Dans son article visant à décrire l'utilisation du cycle réflexif de Gibbs auprès d'infirmières qui travaillent à l'urgence, Powley (2013) mentionne que ce modèle permet d'outiller ces infirmières face à des situations potentiellement dangereuses, soit avec des patients intoxiqués ou ayant des problèmes de santé mentale. Lors de l'étude mixte de Sethares et Asselin (2017) menée auprès de dix patients atteints d'une insuffisance cardiaque, le modèle réflexif de Gibbs a été utilisé pour les entrevues et les journaux réflexifs. L'analyse des résultats obtenus par les questionnaires pré et post et les données qualitatives ont montré des effets positifs sur l'auto-prise en charge des soins de cette clientèle (Sethares & Asselin, 2017). Également, dans sa revue intégrative des études publiées entre 1983 et 2013 sur la réflexion, Moon (2013) rapporte que ce modèle de PR est facilitant pour les infirmières débutant un processus de réflexion. Finalement, le cycle réflexif de Gibbs a été critiqué par Husebø, Amp, Apos, Regan et Nestel (2015) lors de leur revue intégrative de sept études réalisées entre 2008 et 2013, en lien avec

l'éducation basée sur les simulations en sciences infirmières. Ces derniers auteurs rapportent que ce modèle de réflexion est bien structuré et facile à utiliser pour comprendre les situations cliniques pratiques. Toutefois, ceux-ci mentionnent que ce modèle ne contient pas de guide afin d'améliorer la qualité de la réflexion et ne permet donc pas d'atteindre un niveau de réflexion supérieur (Husebø et al., 2015).

*Le modèle théorique de l'apprentissage transformationnel de Mezirow.* Un autre modèle de PR utilisé dans différentes études correspond à la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (1981). Cette théorie propose que l'apprentissage se développe automatiquement par les personnes détenant des habilités réflexives, qui s'adaptent aux changements et qui examinent de façon critique leurs expériences (Mezirow, 1997). Afin de s'engager dans l'apprentissage transformationnel, la personne doit posséder une certaine maturité au niveau émotionnel, une conscience d'elle-même, de l'empathie et du contrôle (Mezirow, 2000). Pour arriver à un changement de perspective, la personne se développe à partir de son vécu et de ses expériences de vie (Mezirow, 2000). La théorie de Mezirow propose trois phases : 1) le dilemme désorientant; 2) la réflexion critique; et, 3) le changement de perspective (Kear, 2013).

La théorie de l'apprentissage transformationnel a été utilisée comme modèle de PR dans quelques études en sciences infirmières. Dans l'étude phénoménologique de

Zanchetta et al. (2017) menée auprès de 21 participants, soit des mentors et leurs apprenants, cette théorie a guidé l'analyse et l'interprétation des réflexions personnelles écrites. Les auteurs rapportent que la théorie de l'apprentissage transformationnel a permis de combiner les contextes des situations, l'autoréflexion, le dialogue critique ainsi que le partage des hypothèses et des idées (Zanchetta et al., 2017). Lors de l'étude avec analyse des récits narratifs de Kear (2013), cette théorie a été utilisée afin d'analyser les récits réflexifs de dix étudiantes infirmières. Par cette analyse, les étudiantes mentionnent avoir acquis des connaissances sur les soins aux immigrants, les enfants vivants dans des situations socioéconomiques difficiles et les personnes présentant différentes problématiques de santé physique ou mentale (Kear, 2013). Selon Duffy (2007), avec cette approche participative, la théorie de l'apprentissage transformationnel peut apporter un changement considérable dans la perspective et le comportement de l'adulte. Cet auteur mentionne également que cette théorie ne tient pas compte de l'aspect interpersonnel dans la façon d'apprendre (Duffy, 2007). D'ailleurs, lors de leur publication visant à explorer cette théorie à partir des écrits scientifiques, Nairn, Chambers, Thompson, McGarry et Chambers (2012) rapportent que cette théorie ne tient pas compte des contraintes liées au contexte social pour l'apprentissage.

*Le modèle de réflexion structurée de Johns.* Finalement, le modèle de réflexion structurée (MRS) de Johns est fréquemment utilisé pour encadrer la PR. La première version du MRS de Johns (Johns, 1991) a été élaborée en 1991. Depuis, plus de seize

éditions ont été publiées, dont la dernière version se structurant en cinq phases : 1) phase préparatoire; 2) phase descriptive; 3) phase réflexive; 4) phase anticipatoire; et, 5) phase intuitive (Johns et al., 2013). Toutefois, la quinzième édition de ce modèle est celle qui a été retenue pour quelques d'études. Ce modèle est fondé à partir des différentes sources du savoir infirmier proposées par Carper (1978). Ces quatre différentes sources du savoir infirmier sont : 1) le savoir empirique, dit comme la science infirmière; 2) le savoir esthétique, l'art des soins infirmiers; 3) le savoir personnel, composante reliée à l'expérience personnelle; et, 5) le savoir éthique, la composante morale des soins infirmiers (Carper, 1978). Johns (1995) rapporte que les sources du savoir infirmier représentent la complexité de l'apprentissage par l'expérience et qu'il est évident que tous les praticiens doivent bien les comprendre.

Dans la quinzième édition du MRS, Johns (2006) propose de guider la réflexion à partir de questions formulées selon chaque source du savoir infirmier. Cette PR guidée débute par la description d'une situation clinique vécue par l'infirmière (Johns, 2006). Par la suite, l'infirmière procède à l'analyse de la situation à partir de 20 différentes questions, dont chacune réfère à une des sources du savoir infirmier. Aussi, Johns (2006) y ajoute le concept de réflexivité, duquel découlent quelques questions réflexives. Selon Johns (2006), la réflexivité réfère aux connaissances tacites acquises lors d'une réflexion sur les expériences antérieures. Ce processus de PR est un processus subjectif qui vise

une compréhension approfondie de la situation de soin dans sa globalité et vise à améliorer la pratique (Freshwater et al., 2008).

Plusieurs publications en sciences infirmières se sont intéressées aux modèles de PR de Johns. Dans l'article de Giese (2016) portant sur une réflexion pour les infirmières travaillant avec des personnes obèses, celle-ci propose une PR individuelle basée sur ce modèle. L'auteure mentionne que ce processus de réflexion permettrait aux infirmières de diminuer les biais et la stigmatisation dans les soins prodigués cette clientèle (Giese, 2016). L'article de Beggs, Shields et Janiszewski-Goodin (2011) propose l'utilisation du MRS de Johns (2006) auprès d'étudiantes afin de diminuer leur anxiété face aux examens. Selon les auteurs, ce modèle de PR permet aux étudiantes infirmières d'identifier leurs émotions et ainsi trouver des solutions afin de diminuer leur anxiété (Beggs et al., 2011). Finalement, l'étude de Dubé et Ducharme (2014) menée auprès de 22 infirmières travaillant sur des unités de médecine a démontré des résultats intéressants avec l'utilisation de ce modèle de PR. Ces auteures rapportent qu'à partir de ce modèle, les infirmières ont développé des habiletés d'introspection, d'ouverture aux autres et d'analyse critique face aux personnes âgées hospitalisées (Dubé & Ducharme, 2014). Ces différentes publications permettent de conclure que le MRS de Johns est un modèle intéressant afin de guider la PR. Ce modèle de PR a donc été sélectionné comme cadre de référence pour l'intervention de PR lors de la présente étude.



## Prémises et limites de la pratique réflexive

**Prémisse pour la pratique réflexive.** Selon Andrews (1996), Schutz (2007), Atkins et Murphy (1993), certaines habiletés individuelles sont requises afin que l’infirmière puisse s’investir dans une PR. Dans leur revue intégrative des écrits, Atkins et Murphy (1993) rapportent que la conscience de soi, l’esprit de synthèse, la capacité de description, d’évaluation et d’analyse font partie des prémisses à une telle démarche. Aussi, comme la PR demande du temps, l’appui des milieux de soins et des ressources humaines et financières de l’organisation s’avère essentielle (Burton, 2000; Heath, 1998). L’article de Duffy (2008), ayant pour but de définir les étapes pratiques pour faciliter la PR, propose certaines règles à respecter pour une PR guidée (Tableau 2).

Tableau 2

*Règles pour la pratique réflexive guidée*

- 
- Allouer du temps consacré à la pratique réflexive, à un moment déterminé et dans un environnement adéquat;
  - Assurer la confidentialité, sauf si cela implique que l’incident rapporté est contraire à l’éthique;
  - Les participants doivent être respectueux et collaborer entre eux;
  - Les participants doivent se sentir respectés et libres de parler;
  - Préparer le sujet de la pratique réflexive à l’avance;
  - Dans un groupe de plus de deux personnes, chacun doit prendre la parole;
  - Chaque participant est responsable de son apprentissage.
- 

*Note.* Traduction libre, Duffy (2008), p. 338.

Dans leur méta-synthèse de 63 articles publiés entre 1980 et 2004, Gustafsson, Asp et Fagerberg (2007) concluent que le succès de la PR dépend des habilités des individus à réfléchir, mais également des facteurs organisationnels qui doivent favoriser la PR. Aussi, l'analyse de 29 études publiées entre 1995 et 2004 dans la revue systématique des écrits de Mann, Gordon et Macleod (2009) permet d'identifier que l'habilité et la disposition à réaliser une PR varient selon le milieu de pratique et selon les personnes, qu'elles soient des professionnelles ou des étudiantes. Ces auteurs rapportent que les facteurs associés au succès de cette pratique sont un climat de confiance, un environnement d'apprentissage adéquat, des petits groupes, la présence d'un mentor, le soutien des pairs et du temps réservé pour la réflexion. Ces deux dernières études confirment alors les écrits de Duffy (2007). Ces prémisses seront alors considérées lors du développement de l'intervention de PR de cette étude afin d'en assurer le succès.

**Limites de la pratique réflexive.** Dans leur revue systématique, Mann et al. (2009) rapportent que la majorité des études répertoriées sur la PR sont des études qualitatives et exploratoires. Ces auteurs mentionnent qu'aucune des études recensées n'avait pour objectif d'évaluer des résultats observables de la PR sur les professionnels, sur leur pratique ou sur l'amélioration des soins aux patients. L'étude ethnographique de Mantzoukas et Jasper (2004), menée auprès de 16 infirmières pratiquant sur des unités de médecine, a observé que certains établissements ne valorisent pas l'utilisation de la

PR comme une méthode validée pour l'acquisition des connaissances et considèrent que la PR n'est pas une pratique fondée sur les résultats probants. Selon ces auteurs, ceci amène que les infirmières ne sont pas encouragées à vouloir participer à une telle démarche et qu'elles doivent alors effectuer la PR sur leur temps personnel. Ceci devient alors un obstacle majeur au développement des habiletés réflexives (Mantzoukas & Jasper, 2004). C'est également ce que Larue, Dubois, Girard, Goudreau et Dumont (2013) ont observé dans leur recherche descriptive exploratoire auprès de 34 infirmières et 19 gestionnaires. Ces auteurs mentionnent que les gestionnaires doivent promouvoir l'apprentissage en stimulant l'auto-évaluation et en libérant les infirmières pour la tenue de groupes de co-développement. En accord avec Mantzoukas et Jasper (2004) ainsi que Larue et al. (2013), l'absence de temps alloué à la réflexion dans le milieu semble s'avérer un obstacle au développement de la pratique professionnelle des infirmières, car la réflexion est le principal outil d'apprentissage des infirmières (Larue et al., 2013).

Enfin, dans son article visant à explorer l'apport de la réflexion pour le développement de l'expertise clinique, Andrews (1996) a identifié trois limites pour la PR : 1) la difficulté des participants à verbaliser le rationnel qui appuie leurs actions; 2) la possibilité que les participants ne se rappellent que de ce qu'ils veulent bien se rappeler; et, 3) la réalité que les participants n'expriment pas toujours leurs actions. Aussi, d'autres limites sont identifiées par des articles examinant l'apport de la réflexion pour la pratique infirmière de Burton (2000), Andrews, Gidman et Humphreys (1998). Ces

auteurs rapportent que la PR demande du temps, de l'énergie et de l'engagement, que ce soit par le professionnel ou par l'accompagnateur. Également, ces auteurs mentionnent que les milieux de soins désirant développer cette pratique doivent prévoir des ressources humaines et financières supplémentaires, ce qui est un enjeu important dans la situation actuelle des organisations de soins santé.

L'analyse des écrits scientifiques sur la PR démontre qu'il y a plusieurs définitions, différentes méthodes et quelques modèles pour guider la PR. L'utilisation des groupes de PR basés sur un modèle, tel que le modèle de réflexion structurée de Johns (2006), facilite le processus. Aussi, des prémisses sont essentielles afin que la PR soit efficace et seront instaurées lors de la présente étude. Toutefois, certaines limites lors d'une intervention de PR ont été identifiées et tenterons d'être restreintes lors de la présente étude.

### **La perception de compétence infirmière en soins palliatifs**

Cette troisième partie de la recension des écrits soumet la définition de la compétence, de la perception de compétence ainsi que la perception de compétence en soins palliatifs. Ensuite, les différents instruments pour mesurer la perception de compétence et la perception de compétence en soins palliatifs seront présentés.

### **Définition de la compétence**

Avant de développer sur la perception de compétence, le concept de compétence doit d'abord être défini. Benner (1982) propose que la compétence est l'habilité de l'infirmière à réaliser ses tâches en obtenant les résultats désirés, et ce, dans les différents contextes du monde réel. Par la suite, Meretoja et al. (2004) ont statué que la compétence professionnelle de l'infirmière réfère plutôt aux connaissances, aux conduites, aux habilités et aux valeurs qui sont attendues de l'infirmière. Aussi, Raines et Lynn (2010) rapportent que la compétence infirmière nécessite l'incorporation des connaissances, des habilités techniques et de l'expérience dans les situations de soins. Takase et Teraoka (2011) ajoutent que la compétence infirmière nécessite que celle-ci utilise efficacement un ensemble de qualités, dont ses caractéristiques personnelles, ses valeurs, ses comportements, ses connaissances et ses habilités afin de répondre à ses responsabilités professionnelles. Finalement, Lin, Wu, Hsiao, Han et Hung (2017) mentionnent que la compétence de l'infirmière ne réfère pas seulement à sa capacité à prodiguer des soins, mais implique également sa motivation et ses aptitudes en tant que professionnelle en soins infirmiers.

### **Définition de la perception de compétence**

Selon Bandura (1986), une pratique infirmière compétente présume que les compétences requises ont été acquises, mais également que l'infirmière ait une perception de compétence qui lui permet de les utiliser. Dans sa théorie sociale cognitive,

Bandura (1986) mentionne que la perception de compétence concorde avec la perception d'efficacité personnelle (*self-efficacy*). Cette théorie définit la perception de compétence comme étant le jugement que la personne porte sur ses propres capacités à mettre des actions en place afin d'atteindre une performance visée (Bandura, 1986). Cet auteur propose que la perception de compétence influence grandement la motivation à initier une action, les objectifs fixés, les stratégies utilisées ainsi que les efforts déployés face aux situations complexes (Bandura, 1986, 1997). D'ailleurs, Bandura (1997) mentionne qu'une personne ayant une bonne perception de sa compétence professionnelle se fixera des objectifs plus élevés et présentera une meilleure persévérance face aux difficultés. Selon celui-ci, un processus d'auto-évaluation par un questionnaire auto-administré pourrait mesurer la perception de compétence de l'infirmière (Bandura, 2006). Cette démarche permettrait à l'infirmière de réfléchir sur sa pratique et ainsi identifier ses forces et les aspects à améliorer (Meretoja et al., 2004).

**Définition de la perception de compétence en soins palliatifs.** Dans un contexte de soins palliatifs, peu d'auteurs on définit la perception de compétence spécifique à ce domaine de pratique. Basés sur les travaux de Bandura (1986, 1997), Desbiens, Gagnon et Fillion (2012) proposent une définition de la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP). Selon les auteurs, la PCISP est le jugement que l'infirmière porte sur sa capacité à prodiguer des soins de qualité aux patients et leur famille, étant atteint d'une maladie à caractère fatale ou en fin de vie, et

ce, en mobilisant toutes les connaissances provenant des différents domaines du savoir infirmier (Desbiens et al., 2012). Dans une revue intégrative des écrits, Desbiens et al. (2012) ont développé une théorie partagée en soins palliatifs. Cette théorie relie le concept d'auto-perception de compétence de Bandura (1986), tel que décrit précédemment, et le modèle conceptuel d'auto-soin d'Orem (2001), celui-ci proposant que les activités d'auto-soins doivent être prodiguées pour maintenir la vie, la santé et le bien-être. Selon les auteurs, cette théorie partagée serait un cadre de référence intéressant afin d'évaluer les programmes de formation en soins infirmiers palliatifs (Desbiens et al., 2012). Aussi, les auteurs proposent que la mesure de la perception de compétence infirmière dans ce domaine pourrait éclairer sur les compétences à développer et ainsi améliorer la qualité des soins (Desbiens et al., 2012).

### **Mesure de la perception de compétence**

Meretoja et al. (2004) mentionnent que, par un processus d'auto-évaluation de sa compétence professionnelle, l'infirmière est encouragée à être active dans son processus de développement professionnel. Selon ces auteurs, en plus de prendre conscience de son évolution en tant que professionnelle, cette auto-évaluation motive l'infirmière à prodiguer des soins de qualité (Meretoja et al., 2004). Souvent utilisée dans un contexte d'évaluation des étudiants, l'auto-évaluation de la compétence peut également être un outil intéressant pour produire un profil professionnel d'une infirmière expérimentée et même être utilisée comme un outil de planification de carrière (Campbell & Mackay,

2001). Toutefois, selon Hensel, Meijers, Van der Leeden et Kessels (2010), l'auto-évaluation de la compétence est critiquée par certains auteurs, étant donné qu'un biais relié à la personne peut affecter la représentation qu'elle se fait de sa réelle compétence. Ces auteurs ajoutent cependant que l'évaluation de la compétence réalisée par autrui est également sujette à des biais et peut varier selon la personne qui l'évalue (Hensel et al., 2010).

Plusieurs instruments de mesure de la perception de la compétence infirmière ont été élaborés dans les dernières décennies. Une échelle qui mesure la compétence infirmière ayant été utilisée dans les différentes études scientifiques est l'échelle de compétence infirmière (*Nurse competence scale*) (Meretoja et al., 2004). Cette échelle consiste à un questionnaire auto-administré comprenant 73 items, classés en sept catégories : le rôle d'assistance; l'enseignement et le *coaching*; les fonctions diagnostiques; la gestion des situations; l'intervention thérapeutique; la gestion de la qualité des soins; et, le rôle relié à la tâche (Meretoja et al., 2004). La validité et la fiabilité de cette échelle ont été mesurées à partir d'un échantillon de 498 infirmières provenant de 19 milieux de soins différents. Selon les résultats obtenus, les qualités psychométriques de cette échelle se sont avérées satisfaisantes, ce qui permet qu'elle soit utilisée pour des recherches futures (Meretoja et al., 2004). D'ailleurs, plusieurs auteurs ont ensuite utilisé cette échelle de mesure dans différentes études empiriques.



Dans l'étude transversale quantitative de Wangensteen, Johansson, Björkström et Nordström (2012) menée auprès de 620 infirmières norvégiennes récemment graduées, l'échelle de compétence infirmière a permis de démontrer que la pensée critique était le facteur prédominant dans la perception de compétence de ces infirmières. Selon les résultats de cette étude, le développement de la pensée critique des nouvelles infirmières aurait une influence significative sur leur perception de compétence (Wangensteen et al., 2012). L'étude transversale quantitative de Kajander-Unkuri et al. (2014) a également utilisé cette échelle de mesure auprès de 154 étudiantes infirmières finlandaises afin de décrire leur niveau de compétence et d'identifier les facteurs pouvant influencer cette perception. Les auteurs concluent que l'auto-évaluation est à la base du développement professionnel des étudiantes et que ce processus devrait être systématiquement utilisé dans la formation des infirmières (Kajander-Unkuri et al., 2014). Dans une autre étude transversale comparative, Numminen, Meretoja, Isoaho et Leino-Kilpi (2013) ont également utilisé cette échelle. Le questionnaire auto-administré a été complété par 2083 infirmières finlandaises travaillant dans 15 unités de soins différentes. Les résultats de cette étude révèlent que la qualité des actions réalisées par les infirmières est influencée positivement par la fréquence de ces actions. Aussi, l'âge et l'expérience de travail auraient un impact significatif sur la perception de compétence des infirmières (Numminen et al., 2013). Selon les différentes études, l'échelle de compétence infirmière s'avère un outil intéressant afin de mesurer la perception de compétence des infirmières. Toutefois, aucune des études répertoriées n'a utilisé cette échelle de mesure dans un contexte de soins palliatifs.

**Mesure de la perception de compétence infirmière en soins palliatifs.** Selon Desbiens (2015), quelques instruments de mesure ont fait l'objet d'étude afin de mesurer la PCISP. Cet auteur rapporte que les instruments répertoriés comportent plusieurs limites, soit au niveau de la validité de contenu, de l'absence d'un cadre conceptuel ou d'un manque de rigueur dans le processus de développement (Desbiens, 2015). Suite à ce constat, Desbiens (2015) a développé et validé un instrument de mesure permettant d'évaluer la PCISP. Dans un premier temps, un rigoureux processus de développement et de validation a permis d'obtenir la première version du questionnaire mesurant la PCISP. Cette première version comprend 50 énoncés, classés en 10 dimensions : les besoins physiques : douleur; les besoins physiques : autres symptômes; les besoins psychologiques; les besoins sociaux; les besoins spirituels; les besoins liés au statut fonctionnel; les enjeux éthiques et légaux; la collaboration interprofessionnelle et communication; les enjeux personnels et professionnels liés aux soins; et, les soins de fin de vie. Desbiens (2015) rapporte que les dimensions du construit ont été déterminées à partir d'une revue systématique des écrits scientifiques et validés par des chercheurs et des experts en soins infirmiers palliatifs. Ce processus démontre une certaine rigueur scientifique et explique le choix de l'utilisation de cet instrument de mesure lors de la présente étude.

Ensuite, une étude qualitative a été réalisée auprès de 17 infirmières québécoises provenant du secteur hospitalier, des soins de longue durée et de la santé communautaire. Par des entrevues semi-structurées ainsi qu'un groupe de discussion (*focus group*), le raffinement et la clarification de l'instrument ont pu être réalisés. Aussi, l'indice de validité du contenu et le niveau de difficulté des énoncés ont également été évalués afin d'assurer la validité du questionnaire. D'ailleurs, Desbiens (2015) rapporte que, par ce processus, les énoncés sélectionnés représentent ceux étant les plus significatifs d'une pratique infirmière en soins palliatifs de qualité.

La première version du questionnaire sur la PCISP a été utilisée dans le cadre de l'étude quantitative transversale de Nguyen, Yates et Osborne (2014) visant à décrire les connaissances et le sentiment de compétence en soins palliatifs, ainsi qu'à explorer la relation entre les connaissances et la perception de compétence dans ce domaine. Deux questionnaires auto-administrés ont été complétés par 251 infirmières du Vietnam, dont celui sur la PCISP. Selon Nguyen et al. (2014), les résultats démontrent que les infirmières qui détiennent de meilleures connaissances en soins palliatifs possèdent une attitude plus positive et une bonne perception de compétence. Également, les auteurs rapportent que les domaines dans lesquels les infirmières se sentent le moins compétentes sont le soulagement de la douleur ainsi que les domaines social et spirituel des soins palliatifs (Nguyen et al., 2014). Cette étude permet de statuer que ce

questionnaire est un outil de mesure intéressant qui permet de déterminer les besoins de formation continue des infirmières.

Dans l'étude de Desbiens (2015) ayant pour objectif d'évaluer les qualités psychométriques du questionnaire sur la PCISP, cet auteur a effectué une analyse des énoncés, une vérification de la fidélité de l'instrument et sa validation au niveau de la structure interne. Suite à cette recherche, Desbiens (2015) conclut que le questionnaire constitue un instrument de mesure prometteur et suggère que celui-ci soit utilisé dans des contextes de formation continue ou de recherche auprès d'infirmières qui doivent prodiguer des soins palliatifs dans leur milieu de travail. Le questionnaire a été complété par 615 infirmières qui proviennent des soins communautaires, des soins critiques, des soins palliatifs et de l'oncologie. Cette étude a permis de réduire à 34 énoncés et à huit dimensions, ainsi qu'à démontrer des qualités psychométriques satisfaisantes (Desbiens, 2015). Les dimensions de la deuxième version du questionnaire sur la PCISP sont : 1) les besoins physiques : douleur et autres symptômes; 2) les besoins psychosociaux; 3) les besoins spirituels; 4) les besoins liés au statut fonctionnel; 5) les enjeux éthiques et légaux; 6) la collaboration interprofessionnelle et communication; 7) les enjeux personnels et professionnels liés aux soins; et, 8) les soins de fin de vie. Selon l'auteur, ces huit dimensions sont cohérentes avec le *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs* (MSSS, 2008). Étant donné la rigueur scientifique de cet instrument de mesure, ainsi que son nombre moins élevé d'énoncés

tout en conservant sa fidélité et sa validité, cette deuxième version du questionnaire sur la PCISP a été sélectionnée lors de la présente étude afin de mesurer la PCISP avant et après l'intervention.

### **L'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs**

Dans cette dernière section, l'analyse des écrits scientifiques recensés sur l'influence de la PR sur la perception de compétence, ainsi que sur la PCISP est présentée.

#### **L'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence**

Quelques études ont été recensées en lien avec la PR et la perception de compétence infirmière. Dans une étude exploratoire utilisant 16 groupes de discussion, Fry, Macgregor, Hyland, Payne et Chenoweth (2015) se sont entretenus avec 80 infirmières du secteur de l'urgence. Dans un contexte de soins aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et souffrantes suite à une fracture, les auteurs mentionnent que la réflexion est primordiale dans le développement de la confiance en soi et dans la perception de compétences des infirmières (Fry, Macgregor, Hyland, Payne, & Chenoweth, 2015). Suite à cette étude, les auteurs concluent que la PR permet aux infirmières d'adapter leurs actions afin de répondre aux besoins complexes des

personnes âgées qui présentent des troubles cognitifs. Ces conclusions justifient la alors pertinence de réaliser la présente étude.

Aussi, dans une autre étude à devis mixte, comprenant une approche qualitative de type recherche-action et une approche quantitative de type quasi expérimentale avec groupe de comparaison, Ducharme et Dubé (2012) ont testé et évalué une intervention de PR. Dans cette étude, 43 infirmières ont participé à la recherche, dont 22 dans le groupe expérimental pour lequel l'intervention de PR avait lieu. Selon les auteures, l'intervention de PR a contribué au développement des habiletés d'introspection, d'ouverture aux autres et d'analyse critique (Ducharme & Dubé, 2012). Aussi, les infirmières du groupe expérimental ont rapporté que la PR leur a permis de développer les différentes sources du savoir infirmier ainsi que leur pratique professionnelle, et ce, en évitant une routine dans l'administration des soins (Ducharme & Dubé, 2012).

À la lecture des études qui observent l'interaction entre la PR et la perception de compétence infirmière, le constat est que, bien qu'elles existent dans les écrits scientifiques, celles-ci comportent davantage un volet qualitatif. Conséquemment, ces études consistent généralement en un nombre limité de participants et les résultats sont basés sur les propos rapportés par ceux-ci. Il est alors loisible de penser qu'une étude quantitative afin d'évaluer l'influence de la PR sur la compétence infirmière est justifiée et permettrait d'établir de nouvelles évidences en sciences infirmières.

**L'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs.** Suite à cette recension des écrits, aucune étude quantitative dont l'objectif est de déterminer l'influence de la PR sur la PCISP n'a été répertoriée, particulièrement dans un contexte de soins de longue durée. Dans le *Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie*, le MSSS (2016) privilégie une approche réflexive qui suscite la discussion et le partage des connaissances afin de développer les compétences des intervenants en soins palliatifs. Aussi, dans ce même document, le MSSS (2016) suggère qu'étant donné le nombre élevé de personnes nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD, il est prioritaire que les intervenants qui travaillent dans ce milieu soient interpellés dans ce processus. Dans cette perspective, il est évident que la présente étude quantitative, qui examine l'influence de la PR sur la PCISP, s'avère une opportunité intéressante, qui pourrait ensuite permettre d'apporter des ajustements aux différents contenus de formation en fonction des résultats obtenus.

## **Cadre de référence**



Cette section détaille le cadre de référence de la présente étude, soit l'interaction entre les deux concepts-clés décrits précédemment : la PR et la PCISP. Premièrement, l'intervention de PR basée sur la 15<sup>e</sup> édition du Modèle de réflexion structurée (MRS) de Johns (2006) sera présentée. Ensuite, le concept de perception de compétence infirmière en soins palliatifs, tel que décrit par Desbiens (2015) et préconisé pour la présente étude, sera approfondi. Finalement, les questions de recherches seront présentées.

### **Intervention de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006)**

Afin de concevoir l'intervention de PR de cette étude, le modèle de réflexion structurée (MRS) de Johns (2006) a été sélectionné. Ce modèle pour guider la PR a été développé par Christopher Johns en 1991. Depuis sa première version, la capacité du MRS à guider le professionnel dans sa réflexion a été constamment testée. Par la suite, selon les réponses et la rétroaction des personnes qui ont utilisé ce modèle, le concepteur de celui-ci a fait plusieurs versions afin de l'améliorer. La quinzième édition du MRS de Johns (2006) a retenu dans la présente étude. Cette édition se démarque des quatorze autres, car elle permet de fournir des pistes de réflexion au praticien afin de déconstruire l'expérience de soins vécue (Johns, 2010) et s'appuie sur les différents domaines du savoir infirmier, tel que décrit par Carper (1978) : le savoir empirique; le savoir éthique; le savoir esthétique; et, le savoir personnel. Ce processus permet de conduire à une

compréhension approfondie de la situation de soins vécue et d'identifier les apprentissages qui vont influencer les expériences futures (Johns, 2010).

Tout d'abord, Johns (2006) propose une période de méditation afin d'amener l'esprit à se centrer sur soi pour permettre la réflexion (*bringing the mind home*). Johns (2006) s'est inspiré des écrits de Rinpoche (1992) afin de décrire cette première étape du MRS. Lors de situations complexes, les pensées sont fragmentées, parfois contradictoires et mêlées aux sentiments, ce qui fait surgir un conflit interne et que l'esprit est tiraillé dans plusieurs directions. Afin de faciliter le processus de réflexion, *bringing the mind home* permet de diminuer ce conflit interne. Johns (2006) rapporte que cette courte période de méditation avec quelques minutes de relaxation à l'aide d'exercices de respiration permet à l'esprit de se préparer à la réflexion. Selon l'auteur, ceci permet de créer l'espace dans lequel l'apprentissage et la guérison pourront prendre place. Johns (2006) mentionne que cette première étape est la base essentielle pour la réflexion. Suite à cette étape, l'infirmière sera en mesure d'identifier, de décrire et de partager une expérience qui est significative pour elle.

Ensuite, le MRS de Johns (2006) propose des pistes de réflexion à partir de différentes questions. Cette 15<sup>e</sup> édition s'avère facilitante pour des infirmières désirant s'initier à cette pratique, étant donné que les questions sont simples et explicites, ce qui justifie le choix de celle-ci dans le cadre de la présente étude. Celui-ci comprend 20

questions qui permettent de mieux cerner une situation de soins choisie. Ces questions, qui partent des différents domaines du savoir infirmier, sont formulées pour identifier les domaines du savoir ayant été utilisés dans la situation de soins et ceux qui doivent être davantage développés. La réponse à ces 20 questions, dans un partage en groupe, permet de construire l'intervention de PR proposée dans la présente étude. Un aide-mémoire de l'intervention de PR est présenté à l'appendice A.

Afin de raffiner son MRS, Johns (2000, 2004, 2006) propose une définition pour chaque domaine du savoir infirmier. Selon cet auteur, le savoir empirique correspond aux connaissances systématiques et organisées présentes dans les écrits scientifiques. Ensuite, le savoir esthétique réfère à la conception unique qu'a l'infirmière d'une situation de soins, soit dans sa façon de la voir, de la comprendre et de l'interpréter. Le savoir éthique implique le processus par lequel l'infirmière tente constamment d'agir dans le meilleur intérêt du patient, tout en respectant les règles éthiques et morales. Pour ce qui est du savoir personnel, celui-ci se traduit par les connaissances acquises par l'infirmière au fil du temps, et ce, en lien avec ses valeurs, ses croyances, ses attitudes et ses émotions. Aussi, afin de réaliser une cartographie complète de la 15<sup>e</sup> édition du MRS, le concept de réflexivité a été ajouté aux quatre domaines du savoir infirmier. Selon Johns (2006), la réflexivité réfère aux connaissances tacites acquises lors d'une réflexion sur les expériences antérieures et celle-ci complète les différents domaines du savoir infirmier afin d'arriver à une pratique réflexive exhaustive.

Pour faciliter la compréhension du MRS, Johns (2006) illustre les liens entre les différents domaines du savoir infirmier et la réflexivité dans une cartographie. Une intégration des questions de réflexion de la 15<sup>e</sup> édition du MRS de Johns (2006) à cette cartographie du MRS est présentée dans la Figure 1. Cette schématisation du MRS constitue le modèle de PR pour de l'intervention en groupe qui a été utilisée dans la présente étude.

	<b>Empirique</b> Ai-je agi en accord avec la meilleure pratique?	
<p><b>Éthique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à quel point ai-je agi de la meilleure façon et en accord avec mes valeurs?</li> </ul>	<p>Raconter la situation révèle la dimension <b>Esthétique</b>.</p> <p>Façon dont l'infirmière :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>s'approprie et interprète le modèle de situation du patient</li> <li>effectue son jugement et comment mieux répondre</li> <li>répond avec des actions habiles</li> <li>réfléchies et juge de l'efficacité de ses actions afin d'arriver aux objectifs désirés</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous décrire une expérience qui semble significative dans certains aspects?</li> <li>Quels problèmes particuliers semblaient assez significatifs pour que j'y accorde mon attention?</li> <li>Quels sentiments les personnes impliquées ont-elles ressentis et pourquoi se sont-elles senties ainsi?</li> <li>Qu'est-ce que j'essayais d'atteindre et est-ce que j'ai répondu à mes attentes efficacement?</li> <li>Quelles ont été les conséquences de mes actions sur le patient, les autres personnes impliquées et moi-même?</li> </ul>	<p><b>Personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment me suis-je sentie et pourquoi me suis-je sentie ainsi?</li> <li>Quels sont les facteurs qui ont influencé la façon dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>je me suis sentie?</li> <li>j'ai réfléchi?</li> <li>j'ai répondu dans la situation?</li> </ul> </li> <li>Comment cette situation peut-elle être reliée à des expériences précédemment vécues?</li> <li>Quels facteurs pourraient m'empêcher d'agir de cette nouvelle façon?</li> <li>Maintenant, comment est-ce que je me sens par rapport à cette expérience?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la situation se reproduisait, comment pourrais-je agir différemment?</li> <li>Quelles seraient les conséquences d'agir de cette nouvelle façon pour le patient, les autres personnes impliquées et moi-même?</li> <li>En conséquence, est-ce que je me sens mieux outillée pour soutenir moi-même et les autres dans une situation comparable?</li> <li>Qu'est-ce que j'ai appris par cette expérience?</li> <li>Ai-je développé les capacités afin de réaliser mon idéal de pratique?</li> <li>Qu'ai-je appris à travers cette réflexion?</li> </ul>	<p>Tension créative : <b>Réflexivité</b></p>

Figure 1. Adaptation du la 15<sup>e</sup> édition du Modèle de réflexion structurée et de la cartographie du Modèle de réflexion structurée (Johns, 2006).

### Perception de compétence infirmière en soins palliatifs (Desbiens, 2015)

En 2012, Desbiens, Gagnon et Fillion (2012) ont publié un article afin de décrire la théorie partagée en soins palliatifs. Cette théorie est une proposition de comparaison entre la théorie sociale-cognitive de Bandura (1986) et le modèle conceptuel d'Orem (2001), tel que décrit lors de la recension des écrits. Un schéma de la théorie partagée en soins palliatifs est illustré dans la figure 2. Le concept de perception de compétence infirmière en soins palliatifs (*PC nursing self-competence*), se situant dans la portion infirmière (*nurse*) de cette théorie partagée en soins palliatifs, constitue le cadre de référence pour le contenu de l'intervention de PR proposée lors de la présente étude.

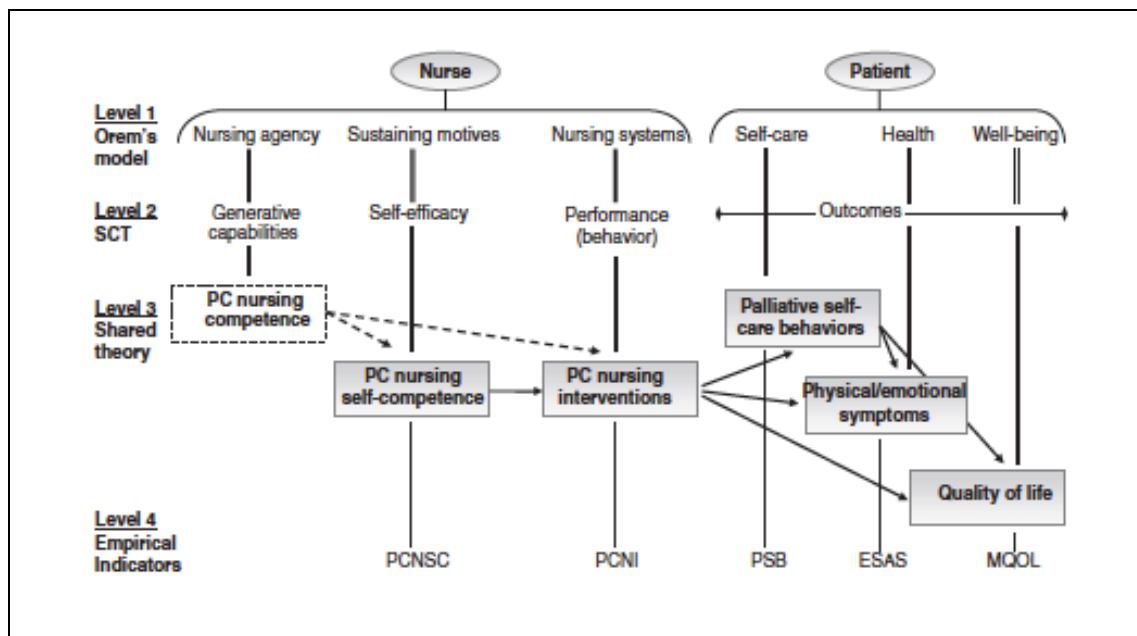


Figure 2. Théorie partagée en soins palliatifs (Desbiens, Gagnon & Fillion, 2012, p. 2120).

C'est partir de cette théorie que Desbiens (2015) a développé, dans sa thèse doctorale, un modèle afin de décrire et mesurer la PCISP. Premièrement, cet auteur a utilisé un processus inductif, avec une revue systématique des écrits, afin d'identifier les domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs. Par la suite, cinq chercheurs qui proviennent des sciences infirmières, de la psychologie, de l'éducation et de la santé publique ont revu et validé la définition théorique et les domaines sélectionnés afin de décrire la compétence infirmière en soins palliatifs.

À partir de la définition théorique de la PCISP et des domaines sélectionnés, les compétences et les énoncés afin de pouvoir les mesurer ont été développés. Dans sa deuxième version de l'instrument de mesure de la PCISP développé, Desbiens (2015) a déterminé les huit domaines afin de décrire la PCISP, dont quatre concernant la capacité d'évaluation et d'interventions du patient en termes de : 1) besoins physiques; 2) besoins psychosociaux; 3) besoins spirituels; et, 4) besoins reliés au statut fonctionnel. Les quatre autres dimensions de la PCISP sont reliées aux interventions de l'infirmière des autres aspects des soins palliatifs: 5) enjeux éthiques et légaux; 6) collaboration interprofessionnelle et communication; 7) enjeux personnels et professionnels liés aux soins; et, 8) soins de fin de vie. Desbiens (2015) rapporte que les énoncés ont été formulés dans des termes qui exposent les capacités de l'infirmière, donc ce qu'elle peut faire, et sur ce qu'elle doit faire, donc la qualité de ses actions. L'auteur ajoute que ces

compétences et ces énoncés reposent sur le savoir de la discipline infirmière (Desbiens, 2015).

Desbiens (2015) propose une description de chaque domaine afin de définir la compétence infirmière en soins palliatifs. L'auteur mentionne que ces descriptions sont cohérentes avec l'analyse des écrits scientifiques réalisée, malgré qu'aucun consensus clair ne soit fait en lien avec la compétence infirmière en soins palliatifs. Devant cette absence de consensus, Desbiens (2015) s'est également inspiré de la nomenclature proposée par le MSSS (2008) pour décrire les domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs. La description des domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs selon Desbiens (2015) est illustrée dans le tableau 3.



Tableau 3

*Description des domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs*

<b>Domaines de connaissances</b>	<b>Description</b>
1. Besoins physiques : douleur et autres symptômes	Évaluer et collaborer au traitement de la douleur et des symptômes physiques. Favoriser le confort physique de la personne, à l'aide d'interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques ou complémentaires.
2. Besoins psychosociaux	Évaluer les besoins psychologiques et sociaux de la personne et de ses proches, les soutenir émotionnellement, les accompagner dans leur adaptation dans la maladie et aux pertes associées. Établir une relation thérapeutique. Accompagner les proches dans leur processus de deuil et les orienter vers les ressources appropriées pour répondre au besoin.
3. Besoins spirituels	Évaluer les besoins spirituels de la personne et de ses proches. Les assister dans leur recherche d'un sens, à travers des interventions spirituelles adaptées. Favoriser l'expression et la pratique des rites religieux, lorsqu'indiqués.
4. Besoins liés au statut fonctionnel	Évaluer les besoins liés aux activités de la vie quotidienne et aider la personne et ses proches à y répondre. Favoriser le maintien des capacités fonctionnelles de la personne et de son autonomie.
5. Enjeux éthiques et légaux	Reconnaitre les dilemmes éthiques propres aux soins palliatifs (niveaux de soins, non réanimation, nutrition, hydratation, arrêt des traitements, euthanasie, sédation palliative, etc.) et élaborer un jugement éthique approprié dans les situations de soins. Aider la personne et ses proches à répondre aux questions éthiques liées à la fin de vie et collaborer aux prises de décision cliniques à dimension éthique. Défendre les droits de la personne et appuyer les décisions autonomes.

Tableau 3

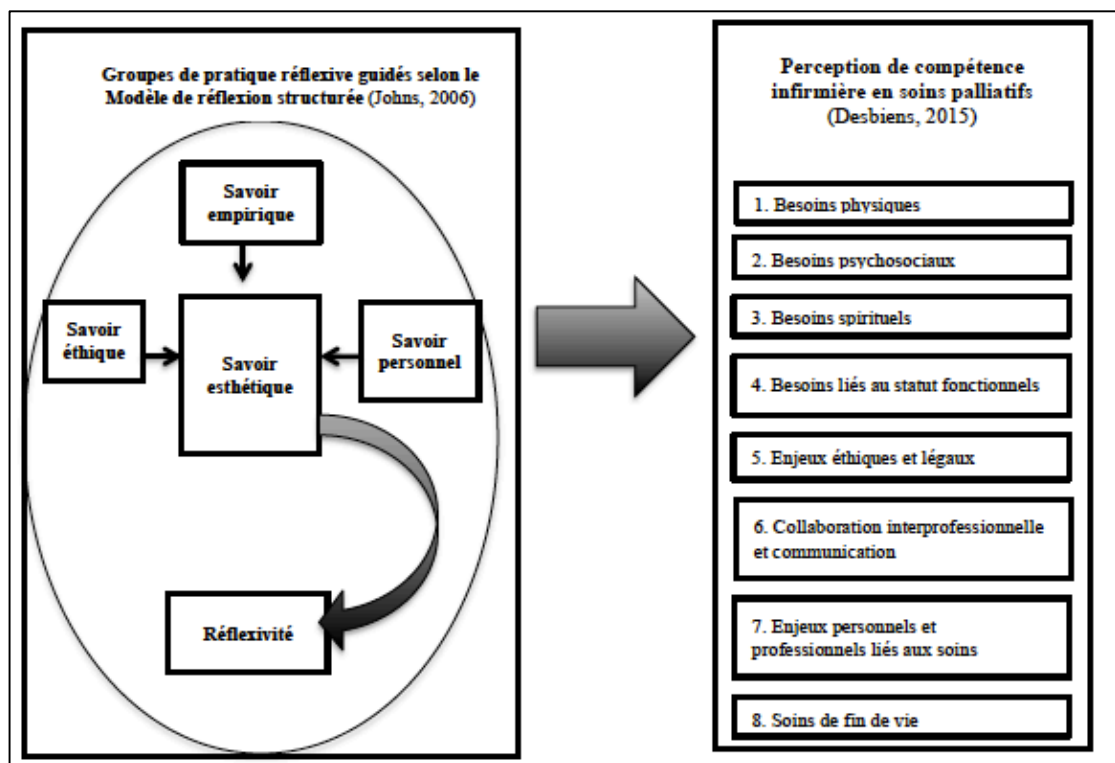
*Description des domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs (suite)*

Domaines de connaissances	Description
6. Collaboration interprofessionnelle et communication	Utiliser une approche interdisciplinaire dans le travail et favoriser la collaboration. Participer activement aux rencontres d'équipe interdisciplinaire. Collaborer à la continuité des soins et des services. Faciliter la communication familiale.
7. Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Reconnaître l'influence de ses propres valeurs et croyances sur la prestation des soins. Reconnaître les facteurs de stress particuliers aux soins infirmiers palliatifs et déterminer des stratégies qui assurent le bien-être.
8. Soins de fin de vie	Assurer le confort du patient et soulager la douleur et les autres symptômes pendant les dernières heures de vie. Accompagner le patient et sa famille, les aider à se préparer au moment du décès. Reconnaître les signes et symptômes de mort imminente. Supporter la famille après le décès.

*Note.* Traduction libre, Desbiens (2015), p. 70 à 73.

**L'influence de l'intervention de groupes de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs de Desbiens (2015)**

Le cadre de référence de la présente étude, illustré à la figure 3, permet d'évaluer l'influence de l'intervention de PR basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) sur la PCISP de Desbiens (2015).



*Figure 3.* L'influence de l'intervention de pratique réflexive basée sur le Modèle de réflexion structurée sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (Adapté et développé par Couturier, 2019).

Cette section présente le but, les objectifs spécifiques ainsi que les questions de recherche de la présente étude.

### **Le but et objectifs de la recherche**

Dans cette perspective, cette étude a pour but d'évaluer l'influence des groupes de PR sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD. Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

1. Développer et valider une intervention de groupes de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs chez des infirmières travaillant en CHSLD;
2. Mesurer la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD;
3. Évaluer l'influence de la pratique réflexive en groupe sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD.

### **Questions de recherche**

Prenant appui sur le cadre de référence illustré ci-haut, les questions de recherche afin de répondre aux objectifs de la présente étude sont :

1. Comment se construit une intervention de pratique réflexive en groupe, guidée par le MRS de Johns (2006), qui s'appuie sur les différents domaines du savoir infirmier, dans une logique de réflexivité?

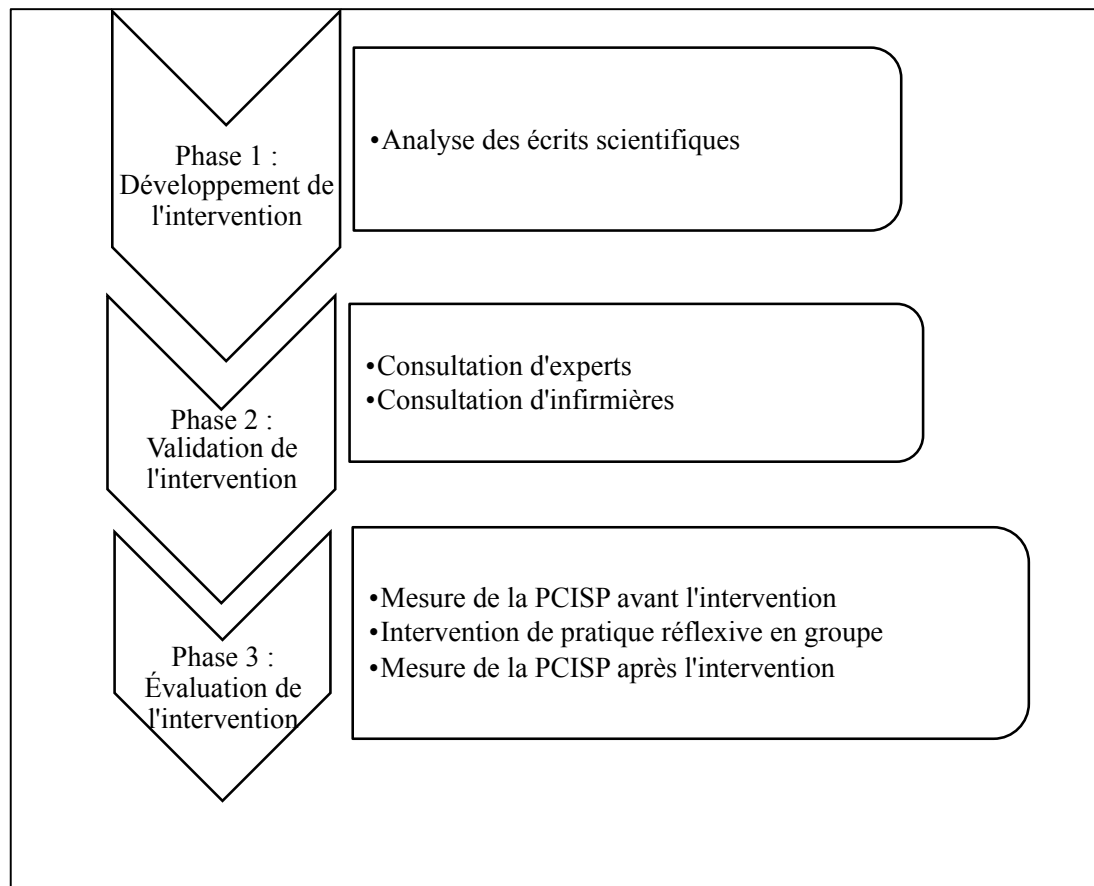
2. Quelle est la perception des infirmières en CHSLD en termes de compétences pour évaluer et intervenir concernant : les besoins physiques; psychosociaux; spirituels; et, liés au statut fonctionnel des patients, dans un contexte de soins palliatifs?
3. Quel est leur perception de leur niveau de compétences des interventions concernant : les enjeux éthiques et légaux; la collaboration interprofessionnelle et la communication; les enjeux personnels et professionnels liés aux soins; et, les soins de fin de vie, dans un contexte de soins palliatifs?
4. Les groupes de pratique réflexive influencent-ils la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD?

## **Méthode**

Ce chapitre décrit la méthode utilisée afin de réaliser la présente étude. Il comprend le devis de l'étude, l'échantillonnage, la description de l'intervention, les variables, les instruments de mesure, les méthodes d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

### **Le devis de recherche**

Afin de répondre à l'objectif principal de la présente étude, une étude de type évaluative avec une approche quasi-expérimentale avant-après avec groupe unique a été sélectionnée. La nature quasi-expérimentale s'explique par la présence d'une intervention qui a été développée par l'étudiante chercheuse et par l'absence de randomisation des participants (Polit et Beck, 2017). Tel que recommandé par Polit et Beck (2017), trois phases ont été utilisées dans la présente étude, tel qu'illustré dans la figure 4 : 1) phase de développement de l'intervention; 2) phase de validation l'intervention; et, 3) phase d'évaluation de l'intervention.



*Figure 4.* Description des trois phases de la présente étude.

### **Phase 1 : Développement de l'intervention de pratique réflexive**

Tout d'abord, la première phase de la présente étude a consisté à développer l'intervention de pratique réflexive (PR) à partir d'une analyse des écrits scientifiques. Selon Polit et Beck (2017), le développement d'une intervention débute avec un examen minutieux des écrits scientifiques, ainsi qu'à l'aide d'une synthèse des sources d'évidence pour développer et valider une intervention (figure 4). Afin de bien cerner les prémisses et les enjeux lors de la phase de développement de l'intervention, des théories,



des revues systématiques des écrits ainsi que des études exploratoires et descriptives ont été analysées (Polit & Beck, 2017).

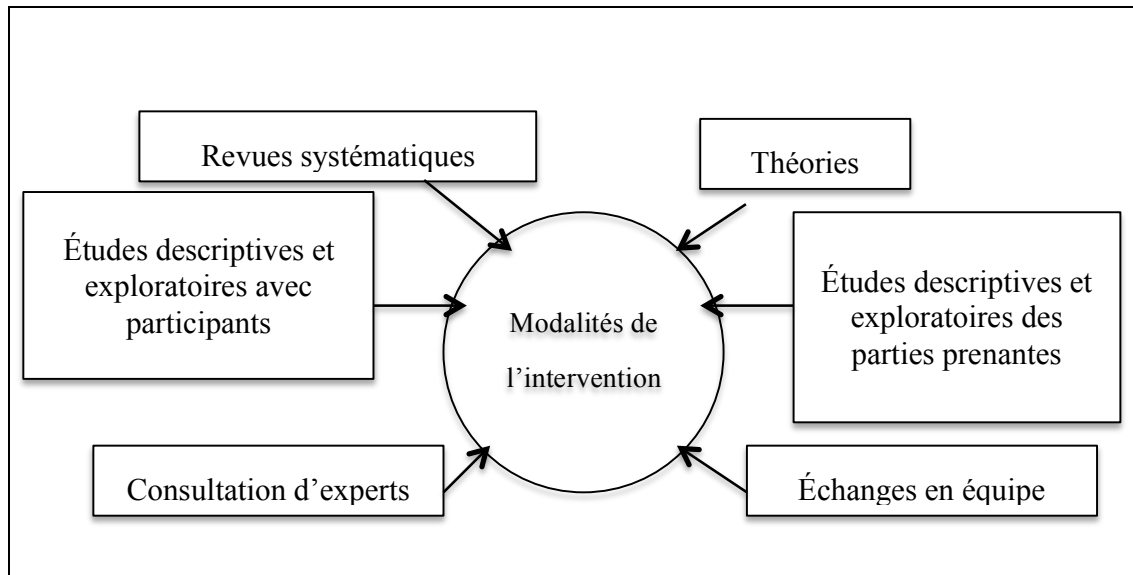


Figure 5. Synthèse des sources d'évidences pour développer et valider d'une intervention. Adaptation de Polit et Beck (2017), p. 612.

Pour réaliser cette analyse des écrits scientifiques, les bases de données ont été consultées, soient CINHAL, PUBMED, MEDLINE et Cochrane. Les mots clés utilisés en combinaison sont : *reflective practice, groups, nursing, critical reflexion, nurses*. Cette recherche s'est limitée aux articles publiés entre 2007 et 2018, en langue française ou anglaise, dont le résumé était disponible, ainsi que ceux issus du domaine des sciences infirmières. Aussi, d'autres bases de données ont été consultées afin de répertorier des projets de maîtrise ou de doctorat ayant pour objet la PR en sciences

infirmières. Cette analyse des écrits scientifiques a alors permis de définir les modalités et le contenu de l'intervention de pratique réflexive en groupe proposée.

**Modalités de l'intervention de pratique réflexive.** L'analyse des écrits scientifiques a permis de déterminer les modalités de l'intervention de PR qui a été proposée, soit le nombre d'infirmières par groupe, le nombre de rencontres, l'intervalle entre les rencontres, la durée de celles-ci ainsi que le rôle du mentor.

Selon les études recensées, le nombre d'infirmières souhaité pour former des groupes de PR se situe entre deux et dix infirmières. D'ailleurs Dawber (2013a; 2013 b), McVey et Jones (2012) recommandent de maintenir cette taille dans le but d'enrichir les discussions. Toutefois, la majorité des études recommandent entre quatre et six infirmières afin que chacune d'entre elles puisse participer au groupe. Ce nombre permet de favoriser les échanges et la diversité d'expériences, et ce, tout en ne compromettant pas l'aspect convivial et intime de la rencontre (Dubé & Ducharme, 2015; Goudreau et al., 2015).

Aussi, le nombre recommandé de rencontres afin que l'intervention de PR démontre des résultats positifs se situe entre huit (Bailey & Graham, 2007; Dubé & Ducharme, 2015), neuf (Caley et al., 2017) et dix sessions (Goudreau et al., 2015).

L'intervalle entre les groupes de PR est également variable d'une étude à l'autre. Ducharme et Dubé (2012) mentionnent que les fondements de la PR demandent une période de temps suffisamment longue entre la situation de soins et son analyse afin que l'infirmière puisse en faire des apprentissages. Goudreau et al. (2015) ainsi que Dawber (2013a; 2013b) recommandent des rencontres toutes les semaines ou aux 2 semaines.

Il n'existe pas de consensus sur la durée d'une intervention de PR. Bailey et Graham (2007) mentionnent que la durée des rencontres doit être suffisamment longue afin de permettre de décortiquer les situations de soins, tout en considérant la fatigue provoquée par la charge émotionnelle de ces rencontres. Selon l'analyse des écrits scientifiques réalisée, la durée des groupes de PR varie entre 30 minutes et 3,5 heures (Caley et al., 2017; Dawber, 2013a, 2013b; Dubé & Ducharme, 2015).

Finalement, pour ce qui est du rôle du mentor, comme l'étudiante chercheuse est également conseillère en soins infirmiers dans le milieu qui a été sélectionné pour la présente étude, celle-ci a agi à titre de mentor lors des rencontres de groupe de PR. Cela répond aux recommandations émises dans les écrits scientifiques recensés.

**Contenu de l'intervention de pratique réflexive.** Le contenu de l'intervention de PR a été élaboré à partir du cadre de référence de l'étude. Les huit domaines de la PCISP selon Desbiens (2015) ont été approfondis, un ou plusieurs domaines par rencontre.

Afin de faciliter la réflexion, les infirmières devaient utiliser le MRS de Johns (2006) pour la préparation à la rencontre ainsi que pour exposer leur expérience d'une situation de soin vécue. Un aide-mémoire composé de l'adaptation du MRS de Johns (2006), tel qu'illustré précédemment, et inspiré du journal réflexif de l'infirmière proposé par Ducharme et Dubé (2012) leur a été remis (appendice A).

Lors de la première des huit rencontres, le mentor avait, entre autres, pour objectifs de: 1) établir un climat de confiance et permettre aux participants de se présenter; 2) présenter les domaines de la PCISP; 3) expliquer ce qu'est la PR et le MRS de Johns (2006); et de, 4) établir des règles de fonctionnement du groupe de PR. Cette portion de la première rencontre a permis aux participants de mieux se préparer pour les rencontres suivantes. Le mentor a invité les infirmières à utiliser l'aide-mémoire de PR selon le MRS de Johns (2006) afin de se préparer aux rencontres subséquentes.

La deuxième portion de la première rencontre a été allouée à l'intervention de pratique réflexive proposée en lien avec le domaine des besoins physiques, douleur et

autres symptômes. Le mentor a invité les participants à prendre un moment de méditation à l'aide d'exercices de respiration afin de se centrer sur une expérience en soins palliatifs qui a semblé significative dans certains aspects, particulièrement en lien avec les besoins physiques, soit la douleur ou les autres symptômes.

Lors des rencontres suivantes, un bref retour sur la rencontre précédente a été guidé par le mentor. Par la suite, le mentor a présenté le domaine de la PCISP qui sera abordé et a invité les participants à partager la situation de soins ayant suscité leur attention en lien avec le domaine discuté. Chaque participant devait présenter sa situation de soins palliatifs vécue et les échanges entre collègues suivaient afin d'approfondir la réflexion. La rencontre se terminait par un bref résumé du mentor sur les apprentissages réalisés ainsi que par la présentation du domaine de la PCISP qui sera abordé la semaine suivante.

## **Phase 2 : Validation de l'intervention de pratique réflexive**

Ensuite, tel que recommandé par la synthèse des sources d'évidence pour développer et valider une intervention (figure 4), un comité d'experts a été consulté et s'en est suivi une consultation auprès deux infirmières qui faisait partie de la population à l'étude, mais qui n'ont pas été incluses dans l'échantillon. Cette seconde phase a permis de questionner certains aspects du protocole de recherche, des modalités de l'intervention ainsi que d'émettre des suggestions afin de renforcer la validité de

l'intervention (Polit & Beck, 2017). Celle-ci a également permis de vérifier la faisabilité de l'intervention, en identifiant les facteurs qui pouvaient affecter l'implantation, le recrutement, la rétention ou l'adhérence à cette recherche (Polit & Beck, 2012).

**Consultation d'un comité d'experts.** Tel que recommandé par Polit et Beck (2017), afin de développer une intervention, la consultation d'experts reconnus dans les domaines à l'étude est nécessaire, en plus de l'analyse des écrits scientifiques, et ce, afin de bien cerner les prémisses et les enjeux de l'intervention à considérer (Polit & Beck, 2017). Dans le cadre de la présente étude, quatre experts dont les domaines d'intérêts sont les soins palliatifs, la PR ou les soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie qui œuvrent au CISSS des Laurentides ou à l'Université du Québec en Outaouais ont été sollicités. Les critères afin de sélectionner les membres du comité d'experts étaient les suivants :

- Être un(e) conseiller (ère) cadre clinique qui œuvre dans les domaines à l'étude, soit en soins palliatifs ou en soins infirmiers en CHSLD;
- Être un(e) chercheur(e) universitaire dont le champ d'intérêt est la PR ou les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans le cadre de cette recherche, le rôle des experts a consisté à analyser et à apporter des recommandations en lien avec l'intervention de PR tel que proposée par l'étudiante chercheuse. Un courriel de sollicitation a été envoyé aux experts sélectionnés.

Ce courriel comprenait le « Formulaire d'information et de consentement destiné aux experts » (appendice E) ainsi qu'un document s'intitulant « Consultation d'experts pour intervention ». Ce dernier document contenait la recension d'écrits ainsi que l'analyse de des écrits scientifiques réalisée lors de la phase de développement de l'intervention.

Après avoir pris connaissance des documents et signé le formulaire d'informations et de consentement, les experts devaient faire des commentaires et des suggestions afin de valider l'intervention. Pour ce faire, ils ont pris connaissance du document « Consultation d'experts pour intervention » et ont consigné leurs commentaires et leurs suggestions par écrit, directement sur le document. Cette période de consultation demandait environ 60 minutes. Par la suite, le document comprenant les annotations a été retourné à l'étudiante chercheuse. Un délai d'un mois a été accordé pour la consultation, qui a été réalisée sur une base volontaire et sur le temps personnel des experts.

**Consultation des infirmières.** Afin de terminer la validation de l'intervention de pratique réflexive, une consultation auprès de deux infirmières parmi celles ayant accepté de participer à l'étude a été réalisée. Ces infirmières ont été exclues de l'échantillon pour les réponses aux questionnaires et pour la participation à l'intervention de PR. Cette consultation s'est déroulée lors de deux rencontres de 60 minutes, lors d'une même semaine. Lors de ces rencontres, l'intervention de pratique

réflexive, telle que proposée, a été expérimentée et discutée. La description des rencontres de consultation des infirmières est présentée à l'appendice G.

Lors de rencontres de consultation avec les infirmières, le mentor a utilisé un journal de bord afin de documenter le déroulement des rencontres. Le journal de bord comprenait une brève description des situations de soins palliatifs exposées ainsi que le temps alloué aux discussions, les réactions des participants, la structure de la rencontre et les effets concrets et observés de la PR. Le canevas du journal de bord utilisé par le mentor pour chaque rencontre de consultation est présenté à l'appendice H. Les informations inscrites au journal de bord ont permis de noter les points forts ainsi que les dernières modifications à apporter à l'intervention afin d'en assurer sa validité.

### **Phase 3 : Évaluation de l'intervention de pratique réflexive**

Finalement, la troisième phase comprend l'évaluation de l'intervention de pratique réflexive. Pour la présente étude, celle-ci consiste en une approche quasi expérimentale mesures avant-après avec un groupe unique. Le déroulement de cette troisième phase a débuté par une mesure de la PCISP chez les participants. Ensuite, les participants ont reçu l'intervention de PR selon les modalités déterminées lors des deux premières phases de l'étude. Pour terminer, un mois après l'intervention, la PCISP des participants a été mesurée de nouveau.



## **Milieu, recrutement et échantillonnage**

### **Le milieu**

Le milieu sélectionné pour la présente étude est le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (CISSSL), plus particulièrement dans les CHSLD du secteur de Saint-Jérôme. Le CISSSL a pour vision d'assurer des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population des Laurentides. Il a pour valeurs organisationnelles le respect, la collaboration, l'engagement, l'intégrité et la bienveillance. Le CISSSL est réparti en 80 installations situées sur un territoire de 20 000 km<sup>2</sup>, dont 14 CHSLD publics. Pour le secteur de Saint-Jérôme, celui-ci a été déterminé étant donné que l'organisation souhaitait qu'un seul secteur soit sollicité, pour sa proximité de l'établissement d'enseignement et parce qu'il s'agit du milieu de travail de l'étudiante chercheuse. Deux installations ont été sollicitées lors de cette étude, soit un CHSLD ayant 212 lits d'hébergement permanent, ainsi qu'un CHSLD ayant 78 lits d'hébergement permanent et deux lits d'hébergement temporaire.

### **Le recrutement et l'échantillonnage**

La présente étude s'intéresse plus précisément aux infirmières détentrices d'un poste à temps complet ou à temps partiel, sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit et qui prodiguent des soins aux personnes hébergées en CHSLD dans le secteur de

Saint-Jérôme (N = 45). Les critères d'inclusion sont : 1) être infirmière, incluant les candidat(e)s à l'exercice de la profession infirmière (CEPI); 2) posséder une formation collégiale et/ou de niveau universitaire en soins/sciences infirmières; 3) travailler régulièrement en CHSLD; 4) avoir une bonne connaissance du français parlé et écrit, et ce, afin de permettre des réponses adéquates aux différents questionnaires ainsi que d'assurer une participation optimale aux groupes de PR, et ; 5) accepter de compléter les questionnaires et s'exprimer lors des rencontres de groupes de PR. Les infirmières auxiliaires sont exclues de cette recherche. Également, bien que la collaboration des professionnels de l'équipe interdisciplinaire soit essentielle à la qualité des soins palliatifs offerts en CHSLD, ceux-ci sont exclus de la présente étude étant donné qu'ils ne font pas partie de la population à l'étude. Toutefois, la collaboration interdisciplinaire sera abordée lors des rencontres de PR.

Lors de cette étude, un échantillonnage de convenance a été utilisé. Tel que mentionné par Ducharme et Dubé (2012), afin de pouvoir mesurer l'influence de l'intervention de PR, un échantillon de 60 infirmières est recommandé. Ces auteures rapportent que, selon Field (2005), cette taille d'échantillon est reconnue comme une valeur standard qui permet de se rapprocher d'une courbe normale représentant la population à l'étude. Toutefois, étant donné qu'un seul secteur a été sollicité, pour la faisabilité de l'étude, l'échantillon visé a été réduit à 20 infirmières (groupe unique). Ceci a permis de rassembler six groupes de PR, avec deux à cinq participants par groupe.

La taille de l'échantillon a été considérée lors de l'interprétation des données et pourrait s'avérer une limite dans la présente étude.

## **Variables à l'étude et instruments de mesure**

### **Variables à l'étude**

La présente étude comprend deux variables, soit une variable indépendante et une variable dépendante.

La variable indépendante de cette étude est en lien avec l'intervention de PR en groupe, guidée selon le MRS de Johns (2006), qui sera développée et validée lors des deux premières phases de l'étude. Cette variable est catégorielle nominale, soit ayant la valeur « mesure avant » l'intervention et « mesure après » l'intervention.

Pour ce qui est de la variable dépendante, la présente étude en comporte neuf. Les huit premières variables dépendantes représentent la perception des participants en termes de compétence en lien avec les différents domaines des soins palliatifs. La neuvième variable dépendante représente la perception globale de l'infirmière en soins palliatifs, celle-ci représentant la moyenne des huit domaines de la PCISP. Ces neuf variables dépendantes, tel que défini dans le cadre de référence selon Desbiens (2105)

sont : 1) les besoins physiques; 2) les besoins psychosociaux; 3) les besoins spirituels; 4) les besoins liés au statut fonctionnel; 5) les enjeux éthiques et légaux; 6) la collaboration interprofessionnelle et la communication; 7) les enjeux personnels et professionnels liés aux soins; 8) les soins de fin de vie; et, 9) la PCISP globale. Ces variables dépendantes sont des variables catégorielles ordinales, car elles sont mesurées à l'aide d'une échelle de zéro à dix.

### **Instruments de mesures**

**Questionnaire de données sociodémographiques.** Afin de décrire les participants à l'étude, les données recueillies auprès de ceux-ci sont : l'âge, le sexe, le dernier niveau de formation académique complété (collégial ou universitaire), le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière, le nombre d'années d'expérience en CHSLD, le quart de travail, le statut d'emploi, la date de la dernière formation en soins palliatifs reçue ainsi que l'expérience antérieure de travail dans une unité spécialisée en soins palliatifs. Le questionnaire de données sociodémographiques est présenté dans l'appendice B.

**Questionnaire sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP).** Dans le cadre de la présente étude, la deuxième version l'outil de mesure proposé par Desbiens (2015) a été utilisée afin de mesurer la PCISP des infirmières qui travaillent en CHSLD (appendice C). Cette deuxième version a été sélectionnée, car il

s'agit d'une version plus courte avec des qualités psychométriques satisfaisantes (CFI = 0,951; TLI = 0,993; RMSEA = 0,084; WRMR = 0,470), ce qui a facilité la réponse au questionnaire. Cette deuxième version comporte huit domaines et 34 énoncés. Chaque domaine comprend trois ou quatre énoncés, à l'exception du domaine des besoins physiques, qui en comporte huit. Desbiens (2015) explique que cela reflète la vision actuelle des soins infirmiers. Cette vision du rôle de l'infirmière en termes d'évaluation de besoins physiques des patients est davantage développée que celui qui concerne leurs besoins psychologiques ou sociaux (Desbiens, 2015).

Afin de mesurer la PCISP de l'infirmière en CHSLD, celle-ci doit répondre à chaque énoncé selon comment elle se sent capable de prodiguer des soins palliatifs, et ce, à l'aide d'une échelle graduée de zéro à dix. Selon Desbiens (2015), les infirmières peuvent juger qu'elles sont plus compétentes dans certains domaines et moins dans d'autres. L'auteur spécifie que la PCISP tient compte de la variation possible de la compétence infirmière selon les domaines et que c'est pour cette raison que l'échelle graduée incluse offre une marge importante dans les options de réponses (Desbiens, 2015).

## **Analyse des données**

### **Statistiques descriptives**

Pour analyser les données, des statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 24.0.0.1. À partir des données sociodémographiques, les caractéristiques de tendance centrale et de dispersion (fréquence et pourcentage) ont permis de faire une description détaillée de l'échantillon. Aussi, afin de dresser un portrait initial de la PCISP, les statistiques descriptives (moyennes, écart-type, médiane et mode) ont également été réalisées, et ce, pour les huit domaines et la PCISP globale. Ces mêmes statistiques descriptives ont été effectuées un mois après l'intervention afin de mesurer les différents domaines et la PCISP globale après l'intervention.

### **Tests statistiques d'hypothèses**

Tel que recommandé par Polit (2012), des tests de normalité des distributions ont été réalisés afin de valider si celles-ci suivaient la loi normale. Les résultats des tests de Kolmogorov-Smirnov ont indiqué que seulement certaines distributions suivaient la loi normale. Pour cette raison, et considérant un échantillon de 22 participants, des tests non paramétriques ont été utilisés pour les analyses statistiques subséquentes.

Pour déterminer si les caractéristiques sociodémographiques influençaient la PCISP des participants, des tests de U de Mann-Whitney ont été effectués pour chaque

caractéristique sociodémographique pour les données avant et après l'intervention. Ce test statistique est approprié afin de comparer les moyennes d'échantillons indépendants pour une distribution ne suivant pas la loi normale (Polit, 2012).

La quatrième étape de l'analyse des résultats a été réalisée en lien avec l'objectif principal de l'étude, soit de déterminer l'influence de l'intervention de PR sur la PCISP des infirmières en CHSLD. Afin de valider les résultats, des tests non paramétriques pour échantillons liés ont été effectués avec les données avant et après l'intervention l'aide du test statistique de Rang signé de Wilcoxon pour échantillons associés, tel que recommandé par Polit (2012). Ce test statistique permet de comparer les moyennes pour les échantillons liés lors d'une distribution ne suivant pas la loi normale (Polit, 2012). Ce même test statistique a été utilisé afin de valider si des variables d'interaction pouvaient influencer la relation de la PCISP avant et après l'intervention, et ce, en isolant les données selon les caractéristiques sociodémographiques.

Pour tous les tests statistiques d'hypothèses, le niveau de signification a été fixé à 10 % ( $p < 0,1$ ). Malgré que la convention standard indique d'utiliser un niveau de signification à 5 % ( $p < 0,05$ ) (Polit, 2012), ce niveau de signification a été choisi étant donné le petit échantillon, et ce, afin de ne pas rejeter des hypothèses qui pourraient s'avérer significatives avec un niveau de signification fixé à 10% (plutôt qu'à 5%). Ce niveau de signification a d'ailleurs été utilisé dans l'étude de St-Pierre, Roussel, Lepage

et Tchouaket (2013) pour effectuer des tests de comparaison avec des groupes à faible échantillon.

### **Considérations éthiques**

La présente recherche a été soumise et approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides. Aussi, l'Université du Québec en Outaouais a émis un certificat d'éthique pour la présente étude. Les approbations éthiques sont présentées dans l'appendice D et les formulaires d'informations et de consentements des participants dans l'appendice E.

Lors de la présente étude, l'application de plusieurs principes éthiques a visé le respect de la dignité humaine. Tout d'abord, l'étudiante chercheuse a permis à chaque participant de donner un consentement libre, éclairé et continu, et ce, en pouvant questionner et en ayant accès aux informations pertinentes à la prise de décision. Aussi, tel que mentionné par Polit et Beck (2017), cela comprenait également d'accepter que les personnes refusent de répondre à certaines questions ainsi que de permettre tout désistement en cours de projet.

Les infirmières faisant partie de la population ciblée ont été rencontrées lors d'une rencontre d'équipe, sur leur temps de travail, en collaboration avec le chef d'unité.



La recherche a été présentée aux infirmières par l'étudiante chercheuse et une période de questions a suivi la présentation. Les infirmières intéressées à participer ont été invitées à partager leur adresse courriel. L'étudiante chercheuse leur a ensuite fait parvenir le lien électronique pour l'accès aux questionnaires informatisés ainsi qu'une copie numérique du formulaire d'information et de consentement. Pour les infirmières qui préféraient obtenir les différents documents en format papier, une enveloppe scellée contenant le formulaire d'information et de consentement et une copie des différents questionnaires leur a été remise.

Ensuite, la préoccupation pour le bien-être des participants a été constante. Lors du recrutement, les participants ont été informés des risques potentiels associés à cette recherche. Comme le partage des expériences vécues en lien avec les soins palliatifs pouvait susciter des souvenirs difficiles et émotifs, l'étudiante chercheuse a mentionné aux participants qu'ils pourraient avoir accès au programme d'aide aux employés de leur établissement en cas de besoin de soutien psychologique. Aussi, afin de respecter la vie privée des participants et d'éviter que des éléments discutés lors des rencontres ne portent atteinte à leur réputation, des règles de fonctionnement du groupe ont été émises et acceptées par chaque participant. Également, la confidentialité des informations nominatives et personnelles a été assurée par l'utilisation de codes, de données anonymes ainsi que par des données informatiques cryptées et sécurisées. Tous les documents et les données informatisées ont été conservés dans le bureau et l'ordinateur

du directeur de la recherche, à l'Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme. Celles-ci seront détruites après cinq ans.

Afin de permettre aux participants de prendre une décision éclairée en lien avec leur adhésion volontaire, les inconvénients reliés à cette recherche leur ont été exposés. Premièrement, tel que rapporté par plusieurs auteurs, la PR demande du temps (Larue, Dubois, Girard, Goudreau, & Dumont, 2013; Mantzoukas & Jasper, 2004). Comme les gestionnaires n'ont pas pu libérer les participants pour les rencontres, la participation et la préparation ont été réalisées sur le temps personnel des participants. De plus, comme un calendrier de rencontre était déterminé à l'avance, il est survenu que certains participants ont dû se déplacer lors d'une journée de congé ou sur un autre quart de travail. Afin d'éviter que cet inconvénient survienne fréquemment, six plages horaires différentes, réparties sur deux jours et touchant les trois quarts de travail, ont été offertes aux participants.

Somme toute, les participants pouvaient retirer plusieurs bénéfices à participer au projet de recherche. Tel que démontré par Dawber (2013), McVey et Jones (2012), la PR en groupe pourrait permettre le développement professionnel, l'amélioration de la confiance en soi et des habiletés de communication. Aussi, ce moment de partage entre collègues pourrait permettre de tourner la page sur des situations cliniques difficiles et de trouver de nouvelles stratégies pour la pratique clinique future (Graham et al., 2005).

Ces rencontres pouvaient également avoir des impacts positifs sur la cohésion des équipes de soins (Dawber, 2013). De plus, les rencontres de groupe de PR étaient considérées comme étant des heures de formation continue non accréditées par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, ce qui était un avantage intéressant pour les participants. Finalement, en collaborant à cette recherche, les participants avaient la possibilité d'acquérir de l'expérience en termes de PR. Cette expérience pouvait leur permettre de transposer ces nouvelles habilités dans toutes les sphères de leur pratique professionnelle.

### **Critères de scientificité**

Bien que le devis quasi expérimental avec groupe unique, mesures avant-après, peut comporter certaines limites, plusieurs stratégies ont été utilisées afin d'assurer la validité interne de l'étude. D'abord, malgré que l'échantillon ait été recruté par convenance et qu'il n'y ait pas de groupe de comparaison la mesure avant-après avec le même groupe assure l'homogénéité de celui-ci et la comparaison lors des analyses statistiques. Aussi, pour consolider la validité interne, un questionnaire valide et fiable, avec un coefficient de fidélité interne à 0,951, a été sélectionné afin de mesurer l'influence de la variable indépendante sur les variables dépendantes. Finalement, une autre stratégie utilisée afin de renforcer la validité interne de l'étude est par l'utilisation d'un comité d'experts et d'un comité d'infirmières afin de valider l'intervention préalablement développée.

Ensuite, pour assurer la validité de construit, des cadres de référence pour définir les concepts à l'étude ont été sélectionnés. Lors de la validation de l'intervention, le comité d'experts s'est prononcé sur la définition conceptuelle claire et que les cadres de référence choisis sont appropriés aux concepts à l'étude. Aussi, pour consolider la validité de construit, l'utilisation d'un journal de bord par l'étudiante chercheuse a été retenu afin d'éviter que les attentes de celles-ci influencent les résultats. L'utilisation du journal de bord et du calendrier de l'intervention de pratique réflexive a également permis d'assurer la fidélité de l'intervention de pratique réflexive pour chaque groupe.

Pour ce qui est de la validité externe de l'étude, l'utilisation d'un questionnaire de données sociodémographiques a permis de faire une description détaillée de l'échantillon ainsi que de pouvoir comparer celui-ci avec l'effectif infirmier québécois. Cette étape permet ainsi de vérifier la représentativité de l'échantillon dans l'objectif de pouvoir généraliser les résultats.

## **Résultats**

Dans ce chapitre, les résultats de la présente recherche sont présentés en trois phases, soit 1) le développement de l'intervention de PR; 2) la validation de l'intervention, et; 3) l'évaluation de l'intervention.

### **Phase 1 : Développement de l'intervention de pratique réflexive**

L'analyse des écrits scientifiques a permis d'obtenir les résultats suivants en lien avec le développement de l'intervention de PR : 89 articles et documents ont été identifiés comme répondant aux critères de recherche (PR en groupe, dans le domaine des sciences infirmières, publiée entre 2007 et 2019). La lecture des titres et résumés a permis d'en exclure 59. À la lecture complète, 15 autres documents ont été exclus. Par la suite, l'analyse des 15 articles et documents retenus a permis de déterminer les modalités de l'intervention de PR, selon les résultats et les recommandations des différentes études. Cette analyse des écrits scientifiques est présentée dans l'appendice F.

L'analyse des écrits scientifiques a permis de définir les modalités de l'intervention de PR en groupe qui a été dispensée aux infirmières. Cette intervention se décrit de la façon suivante:

- Groupes de PR composés de deux à six infirmières, guidés par un mentor;
- Quatre à huit rencontres de PR;

- Rencontre de groupe de PR à chaque semaine;
- Durée de 30 à 60 minutes par rencontre.

Le tableau 4 présente de façon exhaustive le calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe développée et constitue l'intervention (variable indépendante avant-après) de la présente étude.

Tableau 4

*Calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe*

<b>Rencontre</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Contenu</b>	<b>Durée/dates/lieux</b>
<b># 1 : Premier contact et besoins physiques : douleur et autres symptômes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir un climat de confiance</li> <li>2. Présenter les domaines de la PCISP</li> <li>3. Se familiariser avec la pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006)</li> <li>4. Établir les règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> <li>5. Se familiariser avec le domaine des besoins physiques, tels que la douleur et les autres symptômes en soins palliatifs.</li> <li>6. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins physiques, soit la douleur et les autres symptômes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des domaines de la PCISP selon Desbiens (2015)</li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> <li>- Règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> <li>- Description du domaine des besoins physiques : douleur et autres symptômes : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluation et collaboration au traitement de la douleur et des autres symptômes physiques (ex : dyspnée, nausées et vomissements, confusion, fatigue, etc.) ;</li> <li>o Favoriser le confort physique de la personne à l'aide d'interventions pharmacologiques, non pharmacologiques ou complémentaires.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>Durée de 30 min, 2 rencontres accolées (durée totale : 1h)</p> <p>6 plages horaires hebdomadaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p> <p>Locaux à déterminer</p>



Tableau 4

*Calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe (suite)*

<b>Rencontre</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Contenu</b>	<b>Durée/dates/locaux</b>
<b># 2 : Besoins psychosociaux</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retour sur la rencontre précédente</li> <li>2. Se familiariser avec le domaine des besoins psychosociaux en soins palliatifs.</li> <li>3. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins psychosociaux.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des besoins psychosociaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluer les besoins psychologiques et sociaux de la personne et de ses proches ;</li> <li>o Soutenir émotionnellement la personne et ses proches, les accompagner dans leur adaptation à la maladie et aux pertes associées ;</li> <li>o Accompagne les proches dans leur processus de deuil avant et après le décès et les orienter vers les ressources appropriées au besoin.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>Durée de 30 min, 2 rencontres accolées (durée totale : 1h)</p> <p>6 plages horaires par semaine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p>
<b># 3 : Besoins spirituels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retour sur la rencontre précédente</li> <li>2. Se familiariser avec le domaine des besoins spirituels en soins palliatifs</li> <li>3. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins spirituels.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des besoins spirituels : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluer les besoins spirituels de la personne et de ses proches ;</li> <li>o Les assister dans leur recherche d'un sens, à travers des interventions spirituelles adaptées ;</li> <li>o Favoriser l'expression et la pratique des rites religieux, lorsqu'indiqué.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>Locaux à déterminer</p>

Tableau 4  
*Calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe (suite)*

<b>Rencontre</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Contenu</b>	<b>Durée/dates/lieux</b>
<b># 4 : Besoins lié au statut fonctionnel</b>	1. Retour sur la rencontre précédente	- Description du domaine des besoins liés au statut fonctionnel : o Évaluer les besoins liés aux activités de la vie quotidienne et aider la personne et ses proches à y répondre; o Favoriser le maintien des capacités fonctionnelles de la personne et son autonomie.	Durée de 30 min, 2 rencontres accolées (durée totale : 1h)
	2. Se familiariser avec le domaine des besoins liés au statut fonctionnel en soins palliatifs.	o Favoriser le maintien des capacités fonctionnelles de la personne et son autonomie.	6 plages horaires par semaines:
	3. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins liés au statut fonctionnel.	- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).	- 7h30 - 14h00 - 15h30
<b># 5 : Enjeux éthiques et légaux</b>	1. Retour sur la rencontre précédente.	- Description du domaine des enjeux éthiques et légaux : o Reconnaître les dilemmes éthiques propres aux soins palliatifs, par exemple les niveaux de soins, la non réanimation, l'alimentation, l'hydratation, l'arrêt des traitements, l'euthanasie, la sédation palliative, etc. ;	2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.
	2. Se familiariser avec les enjeux éthiques et légaux en soins palliatifs.	o Élaborer un jugement éthique approprié dans les situations de soins;	Locaux à déterminer
	3. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue lors de laquelle des enjeux éthiques et légaux sont survenus.	o Aider la personne et ses proches à répondre aux questions éthiques reliées à la fin de vie.	

Tableau 4  
*Calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe (suite)*

<b>Rencontre</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Contenu</b>	<b>Durée/dates/locaux</b>
<b># 5 : Enjeux éthiques et légaux (suite)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Collaborer aux prises de décisions cliniques à dimension éthiques ;</li> <li>○ Défendre les droits de la personne et appuyer les prises de décisions autonomes.</li> </ul> <p>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</p>	<p>Durée de 30 min, 2 rencontres accolées (durée totale : 1h)</p> <p>6 plages horaires par semaines:</p>
<b># 6 : Collaboration inter- professionnelle et communication</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retour sur la rencontre précédente.</li> <li>2. Se familiariser avec la collaboration inter-professionnelle et la communication en soins palliatifs.</li> <li>3. Décoriquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue lors de laquelle des enjeux de collaboration inter-professionnelle ou de communication sont survenus.</li> </ol>	<p>- Description du domaine de la collaboration interprofessionnelle et de la communication:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utiliser une approche interdisciplinaire dans le travail et favoriser la collaboration;</li> <li>○ Participer activement aux rencontres d'équipe interdisciplinaire;</li> <li>○ Collaborer à la continuité des soins et des services ;</li> <li>○ Évaluer les besoins d'information de la personne et de ses proches et y répondre ;</li> <li>○ Enseigner et communiquer efficacement les renseignements reliés à la fin de vie ;</li> <li>○ Établir une relation thérapeutique, en appliquant les principes de la communication ;</li> <li>○ Faciliter les communications familiales ;</li> <li>○ Organiser et animer des rencontres familiales.</li> </ul> <p>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</p>	<p>- 7h30</p> <p>- 14h00</p> <p>- 15h30</p> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p> <p>Locaux à déterminer</p>

Tableau 4  
*Calendrier de l'intervention de pratique réflexive en groupe (suite)*

<b>Rencontre</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Contenu</b>	<b>Durée/dates/locaux</b>
<b># 7 : Enjeux personnels et professionnels liés aux soins</b>	1. Retour sur la rencontre précédente.	- Description du domaine des enjeux personnels et professionnels liés aux soins :	Durée de 30 min, 2 rencontres accolées (durée totale : 1h)
	2. Se familiariser avec les enjeux personnels et professionnels en soins palliatifs.	o Reconnaître l'influence de ses propres valeurs et croyances sur la prestation des soins; o Reconnaître les facteurs de stress particuliers aux soins infirmiers palliatifs et déterminer des stratégies qui assurent le bien-être.	- 7h30 - 14h00
	3. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue lors de laquelle des enjeux personnels ou professionnels sont survenus.	- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).	- 15h30
<b># 8 : Soins de fin de vie</b>	1. Retour sur la rencontre précédente.	- Description du domaine des soins de fin de vie :	2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.
	2. Se familiariser avec les soins de fin de vie.	o Assurer le confort du patient et soulager la douleur et les autres symptômes pendant les dernières heures de vie ; o Accompagner le patient et sa famille, les aider à se préparer au moment du décès;	Locaux à déterminer
	3. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec les soins de fin de vie.	o Reconnaître les signes et symptômes de mort imminente; o Supporter la famille après le décès. - Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).	

## **Phase 2 : Validation de l'intervention**

Les résultats de la deuxième phase de la présente étude, soit la validation de l'intervention, seront présentés en deux sections : validation des experts et validation des infirmières.

### **Validation des experts**

Cette section présente les résultats obtenus lors de la validation de l'intervention auprès des experts. La consultation du comité d'expert a permis de bien cerner les prémisses et les enjeux de l'intervention à considérer. Le tableau 5 présente un résumé des commentaires et suggestions du comité d'experts.

**Commentaires de l'expert #1.** Les commentaires du premier expert consulté ont permis de confirmer la pertinence de ce projet de recherche. Selon celui-ci, le rehaussement des compétences des infirmières en CHSLD en matière de soins palliatifs était un sujet plus que pertinent dans le contexte où la population vieillissante est en augmentation, particulièrement dans la région des Laurentides. De plus, l'expert a mentionné que les infirmières qui œuvrent en hébergement sont, de par leur nombre restreint, souvent isolées et ont moins l'occasion de se référer à une collègue pour valider une pratique ou simplement échanger lorsque survient une situation clinique complexe. Il a ajouté que les infirmières se font moins « *challenger* » et sont moins

exposées au partage du savoir d'expérience, qu'il soit de nature affective, technique, relationnelle ou organisationnelle, et qui est essentiel à la croissance professionnelle. L'expert a également affirmé que la PR propose une approche qui aide les infirmières à améliorer leur confiance en soi, élément essentiel pour la prise de décision et pour exercer un leadership clinique solide. Selon celui-ci, la démarche devait permettre aux infirmières d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle et de performance, tout en favorisant l'amélioration de ses connaissances et de sa pratique.

Les commentaires de l'expert ont également permis d'identifier certaines limites et contraintes qui étaient à considérer dans le cadre de cette étude. L'expert a souligné que la démarche proposée dans le cadre de cette étude n'était pas sans défis, bien que celle-ci ait bien été structurée et planifiée. L'expert a questionné quant au nombre d'infirmières à l'emploi en CHSLD et la taille de l'échantillon visé : était-ce réaliste? Il a également questionné la valeur ajoutée d'avoir trois groupes différents en deux temps distincts ainsi que sur le nombre de rencontres qui était prévu. Selon lui, par la grande implication que cela demandait aux infirmières, un impact significatif sur l'adhésion au projet devait être pris en considération. Cet expert a alors proposé qu'avec moins de groupe et de rencontres, un groupe témoin pourrait être envisagé. Ainsi, une mesure de l'efficacité de la PR comme moyen pour rehausser le sentiment de compétences des infirmières en CHSLD pouvait être réalisée.

**Commentaires de l'expert #2.** Le deuxième expert consulté a permis de confirmer le cadre de référence utilisé dans la présente étude. Cet expert a mentionné que le cadre théorique proposé par Desbiens et al. (2012) était très intéressant et directement en lien avec un des concepts de l'étude, soit les soins palliatifs. Aussi, il a ajouté que les domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs proposés correspondaient bien à la réalité des infirmières travaillant dans ce secteur.

Cet expert a permis de reconsidérer certaines modalités de l'intervention de PR qui étaient proposées. Celui-ci a rapporté que, par le nombre variable de participants par groupe et en considérant le nombre de rencontres, la possibilité que chaque participant puisse présenter une situation clinique était peu réaliste. Il a également mentionné qu'une portion théorique lors des rencontres, étant en lien avec les meilleures pratiques en soins palliatifs, pourrait contribuer au développement des compétences des infirmières et aurait été intéressante à envisager.

**Commentaires de l'expert #3.** Le troisième expert consulté a souligné que le projet de recherche était très intéressant quoique quelque peu ambitieux. Le nombre de rencontres nécessaires pour couvrir les huit domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs dans un délai assez court lui semblait peu réaliste. Cet expert a également questionné le fait de compartimenter les différents domaines de la compétence en soins palliatifs lors des rencontres, soit un domaine par rencontre. Il a expliqué son

questionnement en mentionnant que, lors d'une même situation de soins, plusieurs domaines de la compétence infirmière peuvent être touchés. Il a alors proposé de jumeler plusieurs domaines lors d'une même rencontre. D'ailleurs, celui-ci a suggéré que ce soit plutôt les participants qui proposent les domaines de la compétence qui seraient à discuter lors de chacune des rencontres afin d'être moins directif et de favoriser leur implication.

Aussi, cet expert a mentionné être préoccupé par le temps alloué lors des rencontres afin de répondre aux 20 questions réflexives avec un groupe de deux à huit participants. Celui-ci a recommandé de valider l'intervention avec un nombre restreint d'infirmières, soit un groupe composé de deux infirmières, et ce, afin d'assurer qu'une rencontre de 30 ou de 60 minutes permettait de répondre aux objectifs de la PR.

**Commentaires de l'expert #4.** Les commentaires du quatrième expert consulté rejoignaient ceux de l'expert précédent. Malgré la pertinence du projet, celui-ci questionnait également le morcèlement des domaines de la compétence infirmière par rencontre. Cet expert a mentionné que la PR s'inscrit dans un paradigme constructiviste et que de présenter un seul domaine par rencontre serait de circonscrire le patient en plusieurs systèmes, référant ainsi au paradigme post-positiviste. Afin de corriger cette incohérence, cet expert a suggéré que le mentor se réfère aux différents domaines de la



compétence infirmière en soins palliatifs pour animer les rencontres, sans toutefois diviser les rencontres par domaine.

Aussi, le quatrième expert a également proposé d'utiliser l'aide-mémoire du MRS de Johns (2006) comme seul guide officiel pour les participants lors des rencontres ainsi que d'inclure la famille du patient lors des questionnements en lien avec la situation de soins palliatifs. Finalement, tout comme l'expert précédent, il a questionné la durée des rencontres afin de répondre aux objectifs de l'étude et a proposé des rencontres d'une durée de 75 minutes.

Tableau 5  
*Commentaires et suggestions du comité d'experts*

<b>Expert consulté</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Suggestions des modifications à apporter</b>
#1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sujet et la population à l'étude sont pertinents.</li> <li>- L'intervention de pratique réflexive proposée est appropriée afin de répondre à l'objectif de l'étude.</li> <li>- La taille de l'échantillon visé semble peu réaliste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer le nombre de groupes et de rencontres pour favoriser l'adhésion au projet.</li> <li>- Utiliser un groupe témoin pour évaluer l'influence de l'intervention.</li> </ul>
#2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadre théorique intéressant et approprié au concept des soins palliatifs.</li> <li>- Domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs proposés sont cohérents avec la réalité.</li> <li>- La variabilité du nombre de participants par groupe pourrait influencer la possibilité que chaque participant puisse présenter une situation clinique significative.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajouter une portion théorique aux rencontres en lien avec les meilleures pratiques en soins palliatifs.</li> </ul>
#3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet très intéressant.</li> <li>- Présenter un seul domaine par rencontre semble peu réaliste, car lors d'une situation de soins, plusieurs domaines peuvent être touchés.</li> <li>- Temps alloué à la rencontre, avec les 20 questions réflexives et un groupe de deux à huit infirmières semble peu réaliste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumeler plusieurs domaines de compétence lors d'une seule rencontre.</li> <li>- Les participants pourraient déterminer les domaines de compétences à discuter.</li> <li>- Valider l'intervention avec un groupe de deux infirmières afin de déterminer si le temps alloué à la rencontre est suffisant.</li> </ul>

Tableau 5  
*Commentaires et suggestions du comité d'experts (suite)*

<b>Expert consulté</b>	<b>- Commentaires</b>	<b>- Suggestions des modifications à apporter</b>
#4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MRS de Johns est un modèle intéressant s'inscrivant dans le paradigme constructiviste.</li> <li>- Présenter un seul domaine par rencontre serait de circonscrire le patient en plusieurs systèmes, référant ainsi au paradigme post-positiviste.</li> <li>- La durée des rencontres semble courte afin de répondre aux objectifs de la pratique réflexive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'aide-mémoire sur le MRS de Johns (2006) devrait être le seul outil pour les participants.</li> <li>- Se servir des domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs comme guide pour animer les rencontres.</li> <li>- Inclure la famille avec le patient lors de toutes les discussions des situations de soins palliatifs.</li> <li>- Augmenter la durée des rencontres à 75 minutes.</li> </ul>

**Modifications apportées à l'intervention suite à la consultation du comité d'experts.** La consultation des experts a permis de questionner certaines modalités de l'intervention afin que celles-ci répondent aux objectifs de l'étude, tout en permettant d'assurer l'adhésion des participants au projet. Le tableau 6 présente les modifications apportées pour améliorer l'intervention.

Tableau 6

*Modifications apportées à l'intervention suite à la consultation du comité d'experts*

<b>Suggestion de l'expert</b>	<b>Modification apportée à l'intervention</b>
1. Diminuer le nombre de groupes et de rencontres pour favoriser l'adhésion à l'étude.	1. Afin de favoriser l'adhésion à l'étude, deux rencontres de 30 minutes ont été accolées afin de limiter les déplacements des participants. Cette modification a eu pour effet que les 8 rencontres se sont tenues sur 4 semaines.
2. Utiliser un groupe témoin pour évaluer l'influence de l'intervention.	2. Cette suggestion est en lien avec la méthodologie. Elle a été considérée lors de la discussion.
3. Ajouter une portion théorique aux rencontres en lien avec les meilleures pratiques en soins palliatifs.	3. Le questionnaire provenant du savoir empirique dans le MRS a permis de discuter de la meilleure pratique en soins palliatifs, selon la situation de soins exposée. Aussi, les domaines de compétence infirmière en soins palliatifs sont directement en lien avec les normes de pratique canadiennes en soins palliatifs, ce qui assure un contenu de pratiques exemplaires.
4. Jumeler plusieurs domaines de compétence lors d'une seule rencontre.	4. Le domaine déterminé pour la rencontre prévue au calendrier a seulement permis de guider le choix de la situation de soins vécue exposé par les participants. Le MRS contient des questionnements qui touchent plusieurs domaines, par exemple éthiques ou personnels, lors de chaque rencontre.

Tableau 6

*Modifications apportées à l'intervention suite à la consultation du comité d'experts (suite)*

<b>Suggestion de l'expert</b>	<b>Modification apportée à l'intervention</b>
5. Les participants pourraient déterminer les domaines de compétences à discuter.	5. Ce sont les participants qui ont déterminé la situation de soins qu'ils ont présentés. Le domaine de compétence de la rencontre défini dans le calendrier a seulement servi de guide pour le choix. Toutes les situations en soins palliatifs qui ont été choisies ont été acceptées considérant qu'elles touchaient nécessairement plusieurs domaines.
6. Valider l'intervention avec un groupe de deux infirmières afin de déterminer si le temps alloué à la rencontre est suffisant.	6. Une validation a été réalisée avec deux infirmières, tel que suggéré.
7. L'aide-mémoire sur le MRS de Johns (2006) devrait être le seul outil pour les participants.	7. L'aide-mémoire sur le MRS de Johns (2006) a été l'outil principal pour les participants lors des rencontres de pratique réflexive.
8. Se servir des domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs comme guide pour animer les rencontres.	8. La description des domaines de compétence infirmière en soins palliatifs a été remise aux participants à titre informationnel. Aussi, le mentor l'a utilisée comme guide pour animer les rencontres.
9. Augmenter la durée des rencontres à 75 minutes.	9. Afin de favoriser l'adhésion au projet et comme les rencontres se sont réalisées sur le temps personnel des participants, cette recommandation n'a pas pu être mise en application. Toutefois, la validation des infirmières a permis de confirmer que la durée était suffisante pour répondre aux objectifs de la pratique réflexive.

### **Validation des infirmières**

La deuxième partie de la validation de l'intervention a été réalisée par la consultation de deux infirmières, tel que recommandé par le comité d'experts. Celle-ci s'est déroulée lors de deux rencontres de 60 minutes, lors d'une même semaine. Pendant chacune des rencontres, le mentor a détaillé le déroulement dans un journal de bord. Les journaux de bord complétés lors des rencontres de consultation sont présentés à l'appendice I.

L'analyse des journaux de bord complétés a permis de noter les réactions positives et négatives des infirmières consultées. Le tableau 7 présente les réactions des infirmières lors des rencontres de consultation. Pour terminer, les dernières modifications ont été apportées à l'intervention suite à la consultation des infirmières. Le tableau 8 présente les commentaires des infirmières ainsi que les dernières modifications apportées à l'intervention.

Tableau 7

*Réactions des infirmières sur l'intervention de PR lors de la consultation*

<b>Réactions positives</b>	<b>Réactions négatives</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières nomment qu'ils préfèrent le groupe de pratique réflexive comme méthode d'apprentissage que la formation théorique.</li> <li>• Un petit groupe amène une ambiance de calme et d'ouverture ainsi qu'un climat de confiance et d'intimité qui favorise l'esprit d'équipe.</li> <li>• Des nouvelles solutions ont été découvertes et pourraient être appliquées lors d'une prochaine situation clinique semblable. Il faudrait les noter puis les partager entre collègues.</li> <li>• Prise de conscience des connaissances à développer suite à la description des domaines de compétence infirmière en soins palliatifs ce qui permet une auto-évaluation et de l'introspection.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rythme et le climat de la rencontre ont été interrompus par des employés qui ont cogné à la porte de la salle de rencontre.</li> <li>• Confrontation par rapport aux interventions faites et celles qui auraient dû être réalisées. Questionnement par rapport à ses propres compétences.</li> <li>• Des émotions sont revécues face à certaines situations tristes, mais cela fait du bien d'en discuter.</li> <li>• Rencontres semblent trop courtes mais il serait difficile d'y assister à l'extérieur du temps de travail si la durée était plus longue.</li> </ul>

Tableau 8

*Modifications apportées à l'intervention suite à la consultation des infirmières*

<b>Commentaires des infirmières</b>	<b>Modifications apportées à l'intervention</b>
1. Le fait que des employés sont venus cogner à la porte a eu un impact sur le climat et le rythme de la rencontre.	1. Mettre une affiche « Rencontre en cours. SVP, ne pas déranger. Merci! »
2. Rencontres semblent trop courtes mais serait difficile d'y assister à l'extérieur du temps de travail si durée plus longue.	2. Maintien de la durée prévue des rencontres à deux rencontres de 30 minutes accolées.
3. Inscire les constats faits et les solutions trouvées lors des rencontres afin de pouvoir les partager aux autres collègues lors des rencontres d'équipe.	3. À la fin de chaque rencontre, le mentor mettra par écrit les constats et solutions trouvées et les remettra aux participants.
4. Un nombre restreint de participants favorise un climat d'intimité et de confiance. Il serait intéressant de limiter le nombre de participants à quatre avec le mentor.	4. Le nombre de participants est maintenu entre deux et huit. Advenant qu'une rencontre contienne un nombre de participants supérieur à quatre et que ceux-ci expriment que cela a limité leur apprentissage, le mentor demandera aux participants de tenter de prendre une autre plage horaire si possible. Toutefois, celui-ci ne limitera pas la participation si le participant n'était pas en mesure de se joindre à une autre rencontre.

**Phase 3 : Évaluation de l'intervention de pratique réflexive**

Cette section présente les résultats obtenus lors de la troisième phase de l'étude. Premièrement, une courte description du déroulement de l'intervention et des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sera présentée. Ensuite, les



résultats obtenus suite aux analyses statistiques réalisées avant et après l'intervention sont exposés.

### **Description du déroulement de l'intervention de pratique réflexive**

Cette troisième phase de l'étude s'est déroulée sur une période de 11 semaines. La première semaine a été allouée aux participants afin de répondre aux questionnaires avant l'intervention, soit le questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques et le questionnaire sur la PCISP. L'intervention s'est ensuite déroulée pendant les quatre semaines suivantes. Un mois après l'intervention, les participants ont répondu au questionnaire sur la PCISP après intervention. Ceux-ci avaient un délai de deux semaines afin de répondre au questionnaire après l'intervention afin de permettre à tous les participants de pouvoir répondre (période de vacances).

Pour ce qui est de l'intervention de PR, 46 rencontres de 30 minutes se sont tenues pendant les quatre semaines. Le nombre de participants par rencontre a varié entre deux et cinq participants, en plus du mentor. Une seule rencontre a dû être annulée par manque de participant.

### **Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon**

L'échantillon comprend 20 infirmières et deux infirmiers (n = 22). L'âge des participants se situe entre 26 et 45 ans pour 59 % d'entre eux, et 23 % des participants sont âgés de plus de 56 ans. Les participants ont majoritairement une formation complétée de niveau collégiale. L'échantillon contient des infirmières de diverses années d'expérience de travail, soit autant d'infirmières novices (moins de cinq ans) que d'infirmières expertes, et ce, également en lien avec l'expérience de travail en soins de longue durée. La majorité des participants travaille à temps partiel et ceux-ci proviennent des différents quarts de travail. Aussi, 68 % des participants n'ont jamais participé à une formation en soins palliatifs ou ont eu une formation il y a plus de deux ans. Environ 23 % des participants ont déjà travaillé sur une unité spécialisée en soins palliatifs. Finalement, des 22 participants, 64 % ont participé aux huit rencontres de PR, 5 % à 6 rencontres et 22 % à quatre rencontres. Il y a deux participants qui se sont désistés avant le début de la première rencontre pour des raisons personnelles. Les données des participants s'étant désistés ont été retirées lors de l'analyse des données après l'intervention. Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées dans le tableau 9.

Tableau 9  
*Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=22)*

<b>Variabes</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Sexe</b>	
- Femme	- 20 (90,91)
- Homme	- 2 (9,09)
<b>Âge</b>	
- 26 à 35 ans	- 6 (27,27)
- 36 à 45 ans	- 7 (31,82)
- 46 à 55 ans	- 4 (18,18)
- 56 ans et +	- 5 (22,73)
<b>Niveau de scolarité</b>	
- Diplôme d'études collégiales	- 16 (72,73)
- Certificat universitaire de 1 <sup>er</sup> cycle	- 4 (18,18)
- Baccalauréat en sciences infirmières	- 2 (9,09)
<b>Années d'expérience en tant qu'infirmier/infirmière</b>	
- 0 à 5 ans	- 6 (27,27)
- 6 à 15 ans	- 4 (18,18)
- 16 à 25 ans	- 7 (31,82)
- 26 ans et +	- 5 (22,73)
<b>Années d'expérience de travail en CHSLD</b>	
- 0 à 2 ans	- 6 (27,27)
- 3 à 10 ans	- 6 (27,27)
- 11 à 20 ans	- 4 (18,18)
- 21 ans et +	- 6 (27,27)
<b>Statut d'emploi</b>	
- Temps complet	- 8 (36,36)
- Temps partiel	- 13 (59,09)
- Temps partiel occasionnel	- 1 (4,55)
<b>Horaire de travail</b>	
- Nuit	- 2 (9,09)
- Jour	- 10 (45,45)
- Soir	- 7 (31,82)
- Rotation	- 3 (13,64)

Tableau 9  
*Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=22)(suite)*

Variables	Fréquence (%)
<b>Délai depuis la dernière formation en soins palliatifs reçue</b>	
- Aucune formation reçue	- 8 (36,36)
- Moins de 1 an	- 3 (13,64)
- 1 à 2 ans	- 4 (18,18)
- plus de 2 ans	- 7 (31,82)
<b>Expérience antérieure sur une unité spécialisée en soins palliatifs</b>	
- Oui	- 5 (22,73)
- Non	- 17 (77,27)
<b>Nombre de rencontres participées</b>	
- 0	- 2 (9,09)
- 2	- 0 (0)
- 4	- 5 (22,73)
- 6	- 1 (4,55)
- 8	- 14 (63,64)

### **Perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant l'intervention**

**Statistiques descriptives : Perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant l'intervention.** Une semaine avant l'intervention de PR, les participants devaient répondre au questionnaire sur la PCISP. Les réponses au questionnaire avant l'intervention indiquent que les domaines des soins palliatifs dans lesquels les infirmières se sentent davantage compétentes sont les soins de fin de vie ( $M = 7,85$ ,  $ÉT = 1,22$ ), les enjeux personnels et professionnels liés aux soins ( $M = 7,59$ ,  $ÉT = 1,02$ ), ainsi que les besoins physiques : douleur et autres symptômes ( $M = 7,02$ ,  $ÉT = 1,28$ ). Les

deux domaines pour lesquels les infirmières ont une perception de compétence moins développée sont les besoins spirituels ( $M = 5,99$ ,  $ÉT = 1,53$ ) ainsi que les enjeux éthiques et légaux ( $M = 6,20$ ,  $ÉT = 1,30$ ). Les résultats de la PCISP avant l'intervention sont présentés dans le tableau 10.

**Analyses bivariées : Perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant l'intervention et caractéristiques sociodémographiques.** Avant de procéder aux diverses analyses bivariées, des tests de normalité des distributions ont été réalisés afin de valider si celles-ci suivaient la loi normale. Les résultats des tests de Kolmogorov-Smirnov indiquent que la distribution de la PCISP globale ( $p = 0,033$ ), des domaines des soins de fin de vie ( $p = 0,002$ ), des enjeux éthique et légaux ( $p = 0,028$ ) ainsi que des besoins physiques ( $p = 0,007$ ) ne sont pas des distributions suivant la loi normale. Les résultats des tests de normalités sont présentés dans l'appendice J.

Cette première étape a permis de déterminer que les analyses afin de comparer les moyennes devaient être réalisées à l'aide des tests non paramétriques. Pour déterminer si les caractéristiques sociodémographiques influencent la PCISP des participants avant l'intervention, des tests de U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants ont été effectués, et ce, pour chaque caractéristique sociodémographique. Les résultats des analyses indiquent qu'il y a une différence statistiquement significative entre la PCISP globale des infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience et celles ayant plus de cinq

ans d'expérience ( $p = 0,008$ ). Particulièrement au niveau des domaines des besoins physiques ( $p = 0,059$ ), des besoins spirituels ( $p = 0,000$ ), des besoins liés au statut fonctionnel ( $p = 0,006$ ) et des enjeux éthiques et légaux ( $p = 0,017$ ), la perception des infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience est plus faible que celle des infirmières plus expérimentées. Aussi, les infirmières qui travaillent en CHSLD depuis moins de deux ans se perçoivent moins compétentes de façon globale pour les soins palliatifs ( $p = 0,083$ ), et ce, particulièrement dans le domaine de l'évaluation des besoins spirituels ( $p = 0,03$ ), des besoins liés au statut fonctionnel ( $p = 0,013$ ) et des enjeux éthiques et légaux ( $p = 0,098$ ) que celles ayant plus d'expérience dans ce milieu.

Pour ce qui est du niveau de formation des infirmières, soit collégial ou universitaire, le fait d'avoir participé à une formation en soins palliatifs ou d'avoir déjà travaillé dans une unité spécialisée en soins palliatifs, ces caractéristiques n'ont pas d'influence sur la PCISP des infirmières. Aussi, le statut d'emploi ainsi que le quart de travail n'a pas d'influence significative. Les résultats des analyses bivariées de l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur la PCISP avant l'intervention sont présentés dans l'appendice K.

Tableau 10

*Perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant l'intervention (n=22)*

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
<b>Moyenne (M)</b>	7,02	6,71	5,99	6,61	6,20	6,81	7,59	7,85	6,85
<b>Médiane</b>	7,44	7,00	5,88	6,83	6,50	7,00	7,50	8,00	6,99
<b>Mode</b>	7,00	7,00	5,75	6,67	6,50	7,00	7,00	8,40	6,94
<b>Écart Type (ET)</b>	1,28	1,43	1,53	1,41	1,30	1,64	1,02	1,22	1,12

### **Perception de compétence infirmière en soins palliatifs après l'intervention**

**Statistiques descriptives : Perception de compétence infirmière en soins palliatifs après l'intervention.** Un mois après la fin de l'intervention, les participants devaient compléter le questionnaire sur leur PCISP, en lien avec les expériences vécues depuis les dernières rencontres de PR. Un délai de deux semaines a été accordé aux participants afin de compléter le questionnaire, considérant que certains participants étaient en congé ou en vacances. Les résultats des analyses descriptives de la PCISP après l'intervention indiquent que les domaines dans lesquels les infirmières se perçoivent davantage compétentes suite à l'intervention sont les soins de fin de vie ( $M = 8,63$ ,  $ÉT = 1,02$ ), les enjeux personnels et professionnels liés aux soins ( $M = 8,39$ ,  $ÉT = 1,13$ ), ainsi que les besoins physiques : douleur et autres symptômes ( $M = 8,36$ ,  $ÉT = 1,13$ ). Ces domaines sont les mêmes qu'avant l'intervention. Pour ce qui est des domaines pour lesquels les infirmières ont une perception de compétence moins développée, et ce, après l'intervention, les besoins spirituels ( $M = 7,76$ ,  $ÉT = 1,11$ ) ainsi que les enjeux éthiques et légaux ( $M = 7,64$ ,  $ÉT = 1,37$ ) sont, encore une fois, ceux ayant des résultats plus faibles. Les résultats des statistiques descriptives de la PCISP après l'intervention sont présentés dans le tableau 11.

**Analyses bivariées : Perception de compétence infirmière en soins palliatifs et caractéristiques sociodémographiques après l'intervention.** Tel qu'effectué avant



l'intervention, des tests de normalité des distributions ont été réalisés afin de valider si celles-ci suivaient la loi normale. Les résultats des tests Kolmogorov-Smirnov indiquent que seulement les distributions des domaines des besoins psychosociaux ( $p = 0,200$ ) et des enjeux personnels et professionnels liés aux soins ( $p = 0,200$ ) étaient des distributions qui suivaient la loi normale. Les résultats des tests de normalité des distributions après l'intervention sont présentés dans l'appendice L.

Pour déterminer si les caractéristiques sociodémographiques influencent la PCISP des participants après l'intervention, des tests de U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants ont également été effectués pour chaque caractéristique sociodémographique. Les résultats des analyses indiquent que seulement le niveau de formation complété influence la PCISP globale ( $p = 0,064$ ) des infirmières après l'intervention. Toutes les autres caractéristiques sociodémographiques n'ont pas d'influence significative sur la PCISP globale après l'intervention.

Pour le niveau de formation des infirmières, les infirmières qui ont un niveau de formation universitaire complété ont une perception de compétence plus grande, et ce, plus spécifiquement dans les domaines des besoins psychosociaux ( $p = 0,099$ ), des enjeux éthiques et légaux ( $p = 0,064$ ), des enjeux personnels et professionnels liés aux soins ( $p = 0,080$ ) et des soins de fin de vie ( $p = 0,064$ ). Pour ce qui est du quart de travail, il y a une différence statistiquement significative entre la perception de compétence des

infirmières de jour et celles des autres quarts de travail en lien avec le domaine des besoins physiques : douleur et autres symptômes ( $p = 0,046$ ), des besoins liés au statut fonctionnel ( $p = 0,097$ ), ainsi que pour les soins de fin de vie ( $p = 0,030$ ). Effectivement, les infirmières qui ne travaillent pas sur le quart de jour ont une meilleure perception de compétence dans ces deux domaines.

Après l'intervention, ni l'expérience de travail en tant qu'infirmière ou l'expérience de travail en CHSLD n'influencent la PCISP des infirmières. Pour le fait d'avoir participé à une formation en soins palliatifs ou d'avoir déjà travaillé dans une unité spécialisée en soins palliatifs, ces caractéristiques n'ont pas d'influence sur la PCISP des infirmières après l'intervention, tout comme avant celle-ci. Aussi, il n'y a pas de différence statistiquement significative selon le nombre de rencontres auxquelles le participant a assisté, soit 4, 6 ou 8. Les résultats des analyses bivariées de l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur la PCISP après l'intervention sont présentés dans l'appendice M.

### **Influence de l'intervention de pratique réflexive sur la PCISP des infirmières : Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention**

**Analyses bivariées : Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention.** La quatrième étape de l'analyse des résultats est en lien avec l'objectif principal de l'étude, soit de déterminer l'influence de l'intervention de PR sur la PCISP des infirmières en

CHSLD. Afin de valider les résultats, des tests non paramétriques pour échantillons liés ont été effectués avec les données avant et après l'intervention. Les résultats des tests statistiques de rang signé de Wilcoxon pour échantillons associés indiquent qu'il y a une différence statistiquement significative pour tous les domaines de la PCISP ainsi que pour la PCISP globale avant et après l'intervention. Effectivement, la PCISP globale après l'intervention de PR s'est améliorée, avec une moyenne passant de  $M = 6,85$  ( $ÉT = 1,12$ ) à une moyenne de  $M = 8,12$  ( $ÉT = 1,04$ ) ( $p = 0,000$ ). Aussi, la perception de compétence des infirmières dans tous les domaines des soins palliatifs s'est améliorée, et ce, avec un niveau de signification en bas de 5% ( $p < 0,05$ ). Les résultats des analyses avant et après l'intervention sont illustrés dans la figure 6 et présentés dans le tableau 12.

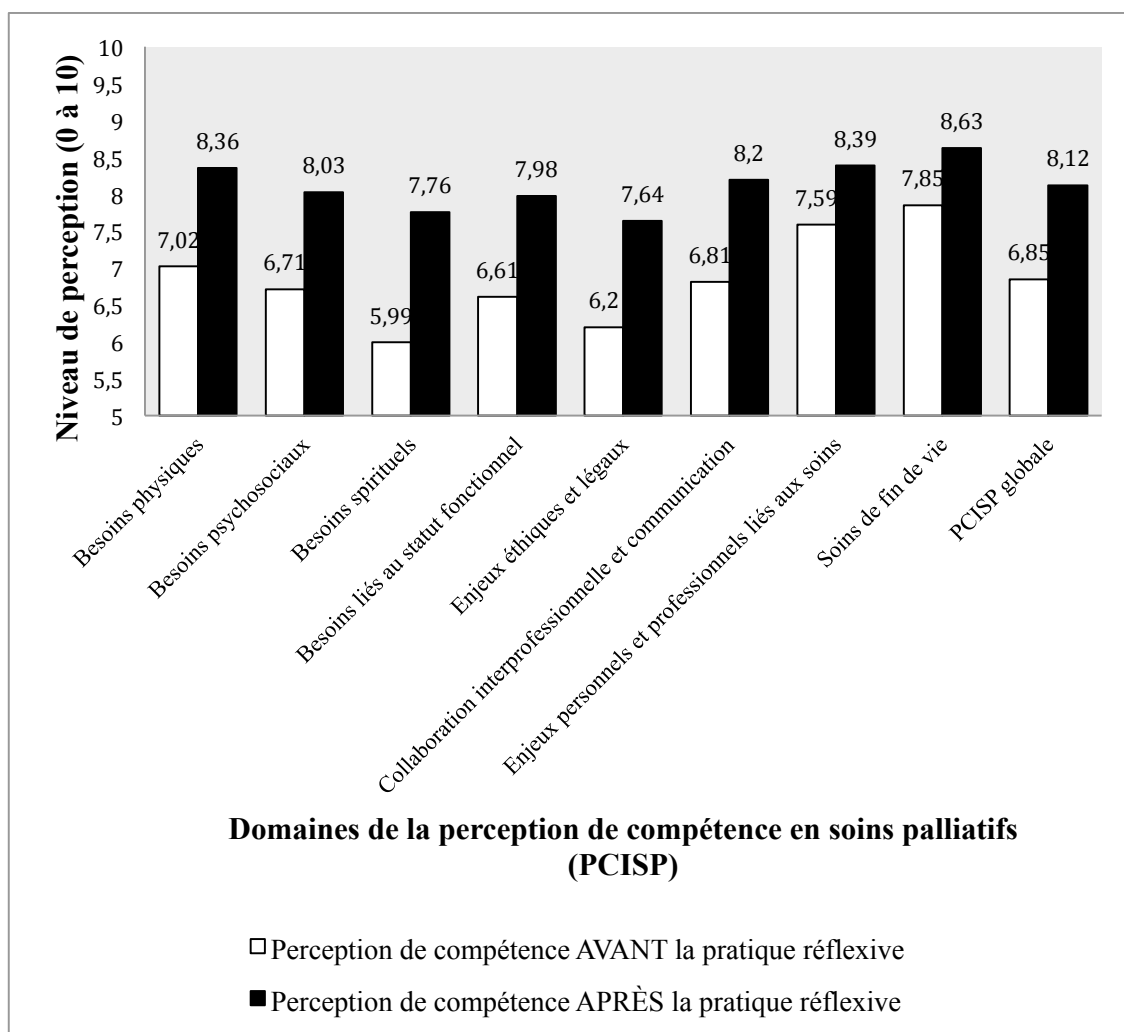


Figure 6. Perception de compétence en soins palliatifs avant et après l'intervention de pratique réflexive.

**Analyses bivariées : Variation de la relation PCISP avant et après l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques.** Malgré que les analyses précédentes indiquent que l'intervention a une influence statistiquement significative sur la PCISP, d'autres tests d'analyses ont été réalisés afin de vérifier si des

variables d'interaction pouvaient influencer cette relation. Pour réaliser ces tests statistiques, chaque caractéristique sociodémographique a été isolée afin de comparer la relation entre la PCISP avant et après l'intervention. Des tests non paramétriques de rang signé de Wilcoxon pour échantillons associés ont été effectués et ont permis de valider que certaines caractéristiques sociodémographiques influençaient cette relation. La comparaison de la perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant et après l'intervention, en fonction des caractéristiques sociodémographiques est présentée dans l'appendice N.

Peu importe les caractéristiques sociodémographiques, l'intervention de PR a une influence significative sur la PCISP globale. Particulièrement chez les infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience, l'évolution de la PCISP globale est particulièrement prononcée. Cette variation est illustrée dans la figure 7. Cette évolution importante de la PCISP est également présente pour les infirmières qui ont moins de deux ans d'expérience en CHSLD, tel qu'illustré dans la figure 8.

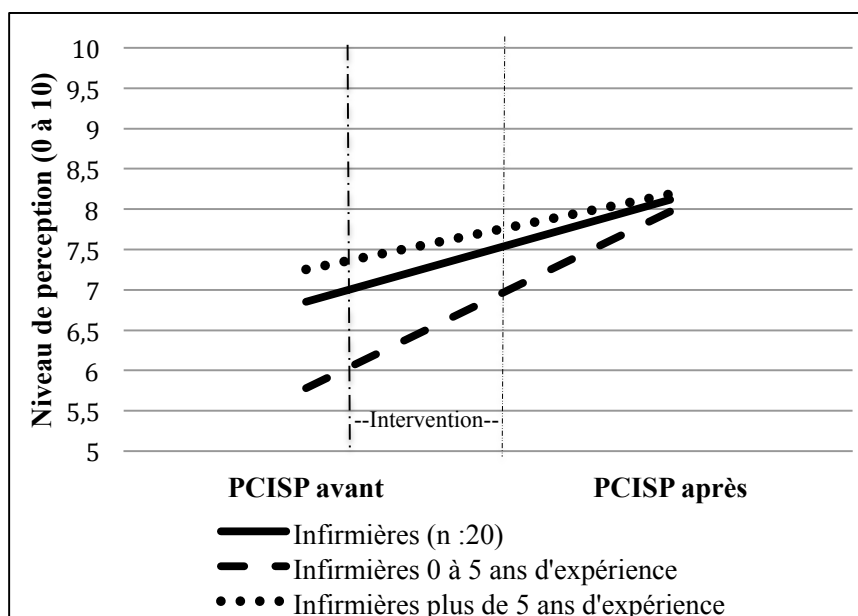


Figure 7. Évolution de la PCISP selon le niveau d'expérience des infirmières.

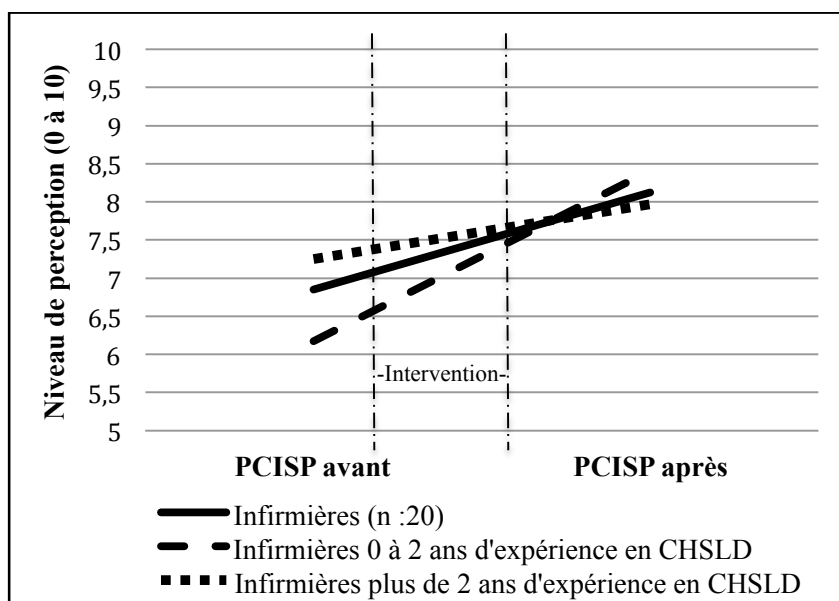


Figure 8. Évolution de la PCISP selon le niveau d'expérience en CHSLD.

Pour certains domaines de la PCSIP, quelques caractéristiques sociodémographiques influencent l'effet de l'intervention de PR. Par exemple, le niveau de formation des infirmières influence l'effet de la PR sur les domaines des enjeux éthiques et légaux, de la collaboration interprofessionnelle et la communication, des enjeux personnels et professionnels liés aux soins et des soins de fin de vie. L'intervention de PR serait davantage efficace pour les infirmières ayant une formation collégiale. Pour les infirmières ayant une expérience antérieure sur une unité de soins palliatifs, l'effet de l'intervention de PR ne serait pas significatif pour les domaines des besoins spirituels, des besoins liés au statut fonctionnel, de la collaboration interprofessionnelle et de la communication, des enjeux personnels et professionnels liés aux soins et aux soins de fin de vie.

Aussi, le fait d'avoir participé ou non à une formation en soins palliatifs dans les deux dernières années pourrait influencer l'effet de l'intervention sur certains domaines de la PCISP, dont les besoins liés au statut fonctionnel, les enjeux éthiques et légaux, les enjeux personnels et professionnels liés aux soins et les soins de fin de vie. Effectivement, celles ayant participé à une formation ont une amélioration de la PCISP dans ces domaines après l'intervention. Finalement, le nombre de rencontres auxquelles les infirmières ont participé influence l'effet de l'intervention de PR. Les infirmières ayant participé aux huit rencontres se perçoivent davantage compétentes, et ce, dans tous les domaines de la PCISP.

Ces résultats indiquent que des variables d'interaction influencent l'effet de l'intervention de PR sur certains domaines de la PCISP des infirmières en CHSLD. Ces variables d'interaction sont; 1) l'expérience de travail 2) le niveau de formation complété; 3) le statut d'emploi; 4) l'expérience antérieure sur une unité spécialisée en soins palliatifs; 5) la formation en soins palliatifs; et, 6) le nombre de rencontres de PR.



Tableau 11

*Perception de compétence infirmière en soins palliatifs après l'intervention (n=20)*

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux professionnels et liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
Moyenne (M)	8,36	8,03	7,76	7,98	7,64	8,20	8,39	8,63	8,12
Médiane	8,63	8,25	7,88	8,00	8,00	8,67	8,38	9,00	8,44
Mode	8,88	9,00	7,50	8,00	8,00	8,67	8,25	9,00	8,45
Écart Type (ET)	1,13	1,09	1,11	1,27	1,37	1,16	1,13	1,02	1,04

Tableau 12  
*Influence de l'intervention de pratique réflexive sur la PCISP des infirmières : Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention*

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
<b>Avant</b> (n=22)									
<i>M</i>	7,02	6,71	5,99	6,61	6,20	6,81	7,59	7,85	6,85
<i>ÉT</i>	1,28	1,43	1,53	1,41	1,30	1,64	1,02	1,22	1,12
<b>Après</b> (n=20)									
<i>M</i>	8,36	8,03	7,76	7,98	7,64	8,20	8,39	8,63	8,12
<i>ÉT</i>	1,13	1,09	1,53	1,27	1,37	1,16	1,13	1,02	1,04
Test de rang signé de Wilcoxon:	$p=0,001^{**}$	$p=0,001^{**}$	$p=0,001^{**}$	$p=0,001^{**}$	$p=0,003^*$	$p=0,000^{**}$	$p=0,008^{**}$	$p=0,023^*$	$p=0,000^{**}$

*Note.* \*Test de rang signé de Wilcoxon pour échantillon associé significatif en bas de 0,1.

\*\*Test de rang signé de Wilcoxon pour échantillon associé significatif en bas de 0,05.

## **Discussion**

L'objectif principal de la présente étude visait à évaluer l'influence des groupes de PR sur la PCISP en CHSLD. Les objectifs spécifiques étaient de développer et de valider l'intervention de PR et, ensuite, de mesurer la PCISP des infirmières en CHSLD. Au cours de cette section, les résultats obtenus, en fonction des objectifs ci-haut mentionnés et des trois phases de l'étude seront discutés en les comparant aux études retrouvées dans les écrits scientifiques. Ensuite, les limites de l'étude ainsi que les stratégies d'atténuation utilisées seront exposées. Finalement, les retombées de cette étude selon les cinq axes de la discipline infirmière seront décrites.

### **Phase 1 : Développement de l'intervention de pratique réflexive**

Dans le cadre de cette étude, le premier objectif était de développer une intervention de PR. Les résultats obtenus lors de première phase de cette étude ont permis de développer l'intervention de PR selon certaines valeurs et un des objectifs actuels des infirmières, soit l'amélioration des compétences afin de prodiguer des soins palliatifs de qualité, tel que recommandé par Polit et Beck (2017). L'analyse des écrits scientifiques réalisée a également permis de connaître et d'intégrer les règles pour une PR guidée optimale lors de la présente étude, tel que recommandé par Duffy (2008).

Aussi, plusieurs des modalités déterminées dans la présente étude adhèrent aux recommandations retrouvées dans les écrits scientifiques. Tel que préconisé par Duffy (2008), le moment et le milieu pour la PR ont été sélectionnés en fonction des priorités

de l'organisation et de la disponibilité des ressources humaines par la démarche de convenance institutionnelle. L'élaboration d'un calendrier a permis d'informer les participants sur le temps à consacrer à la PR ainsi que le moment déterminé et l'environnement choisi, ce qui est cohérent avec les règles établies par Duffy (2008). Le mode de transmission, soit un groupe de deux à cinq infirmières guidées par un mentor, ainsi qu'un environnement propice à la réflexion et au partage, ont contribué à un climat de confiance. Ces éléments ont d'ailleurs été décrits comme des conditions essentielles à la réussite de l'intervention de PR dans l'étude de Mann, Gordon et Macleod (2009). Tel qu'observé lors des études de Goudreau et al. (2015) et de Hockley (2014), la courte durée de l'intervention, soit de 30 minutes par rencontre, a permis de répondre aux objectifs de l'intervention de PR : apprendre d'une situation de soins vécue à partir d'un partage réflexif en groupe. Toutefois, malgré l'appui de l'organisation et des gestionnaires, il a été impossible que les infirmières aient suffisamment de temps consacré à participer aux rencontres sur leur temps de travail. Les rencontres se sont alors tenues sur leur temps personnel, lors de leur pause repas, avant ou après un quart de travail. Tel que rapporté par Mantzoukas et Jasper (2004), ainsi que Larue et al. (2013), ceci aurait pu avoir un impact sur le recrutement et l'adhésion à l'intervention. Afin d'optimiser le recrutement et l'adhésion lors d'une étude future, il serait important de considérer les règles pour une intervention de PR, telles que de dédier du temps aux infirmières dans leur milieu de travail, ainsi que de prévoir un environnement propice à la réflexion.

## **Phase 2 : Validation de l'intervention de pratique réflexive**

Afin de répondre au premier objectif spécifique de l'étude et tel que recommandé par Polit et Beck (2017), la validation de l'intervention de PR a été réalisée en deux temps, soit par la consultation d'experts et la consultation d'infirmières. La contribution d'experts en lien avec les concepts à l'étude, soit les soins palliatifs, les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie et la PR, a permis d'assurer la validité du construit en confirmant que le cadre de référence choisi était cohérent avec les objectifs de l'étude. Suite aux modifications apportées selon les commentaires et les suggestions des experts, la consultation auprès d'infirmières faisant partie de la population à l'étude a été réalisée. Cette étape a permis de confirmer la faisabilité de l'intervention, soit dans l'objectif poursuivi, la durée, le milieu, l'agent et le mode de transmission (Polit & Beck, 2017). Ainsi, lors des rencontres de consultations, les infirmières ont rapporté que le petit groupe et la présence d'un mentor expérimenté a facilité le déroulement des rencontres. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de McVey et Jones (2012), qui ont réalisé ces mêmes constats quant aux petits groupes de PR. Comme l'indique Dawber (2013), le groupe restreint d'infirmières et la présence d'un mentor expérimenté ont produit un environnement de confiance et sans jugement, ce qui a permis aux infirmières de prendre conscience de certaines difficultés et d'en faire émerger des solutions. Il serait alors important de considérer la composition des groupes de PR, soit par un nombre deux à cinq participants, ainsi que de prévoir la contribution d'un mentor expérimenté afin d'assurer une intervention de PR de qualité.

### **Phase 3 : Évaluation de l'intervention de PR sur la PCISP**

Au cours de la troisième phase de cette étude, les résultats obtenus ont permis de répondre à l'objectif principal de l'étude. Cette section présente la discussion de ces résultats, soit de la représentativité de l'échantillon, de la PCISP en CHSLD, de l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur la PCISP, ainsi que de l'association entre la PR et la PCISP.

#### **Représentativité de l'échantillon**

Les résultats obtenus lors de l'analyse des caractéristiques sociodémographiques des participants démontrent que cet échantillon est représentatif de l'effectif infirmier du Québec en termes d'âge et de proportion d'homme dans la profession (OIIQ, 2018). Par ailleurs, une différence est constatée dans la proportion d'infirmières détenant une formation universitaire (9,1% lors de cette étude alors que 43,9% pour l'effectif infirmier québécois). Cette différence peut être expliquée, entre-autre, par le portrait régional de l'effectif infirmier de Laurentides/Lanaudière, pour lequel le nombre d'infirmières détenant une formation universitaire est sous la moyenne québécoise (OIIQ, 2018). Aussi, le statut d'emploi des participants de cette étude diffère de celui de l'effectif infirmier au Québec (59,1% à temps partiel pour l'échantillon, tandis que 33,4% pour l'effectif infirmier québécois). Ceci pourrait être expliqué par l'engagement

et le temps que demandaient la préparation ainsi que la participation aux rencontres de PR, qui serait peut-être trop demandant pour des infirmières qui travaillent à temps complet (Dubé & Ducharme, 2012).

Finalement, l'échantillon est constitué d'infirmières de divers niveaux d'expérience, et ce, tant dans la profession infirmière que dans le milieu des soins aux personnes en perte d'autonomie. Cette caractéristique démontre ainsi l'hétérogénéité de l'échantillon, ce qui est une force pour une intervention de PR enrichissante, tel que retrouvé lors de l'étude de Dubé et Ducharme (2012). Effectivement, la contribution d'infirmières plus expérimentées ainsi que de novices lors d'un même échange a été une plus-value lors de l'intervention. Lors des rencontres de PR, les infirmières novices ont validé leur jugement clinique face aux différentes situations de soins vécues auprès des infirmières d'expérience. Tandis que les infirmières d'expérience ont profité du regard nouveau des jeunes infirmières, qui détiennent des connaissances récemment acquises lors de leur formation initiale. D'ailleurs, lors de l'étude conduite par Bethune, Sherrod, et Youngblood (2005), les jeunes infirmières préféraient apprendre de leurs collègues plus expérimentées afin de se faire valider, tant au niveau de leurs connaissances que de leur compétence. Ceci démontre alors que l'échantillon diversifié de cette étude a pu contribuer aux succès de l'intervention. Il serait alors important de constituer des groupes de PR hétérogènes en termes de niveau d'expérience afin d'assurer une intervention de PR enrichissante.



### **Perception de la compétence infirmière en soins palliatifs en CHSLD**

Les résultats obtenus lors de la présente étude ont permis de répondre au second objectif de l'étude, soit de mesurer la PCISP des infirmières en CHSLD. À la lueur des résultats, il a été possible de déterminer les domaines de compétence en soins palliatifs étant perçus comme plus faibles par les infirmières et ceux ayant un niveau de perception plus élevé.

**Domaines de soins palliatifs étant perçus comme les plus faibles. *Domaine des besoins spirituels.*** Un des domaines des soins palliatifs dans lesquels les infirmières se perçoivent moins compétentes est celui des besoins spirituels. Les résultats obtenus lors de la présente étude rejoignent ceux de Nguyen et al. (2014), obtenus lors d'une étude visant à explorer la relation entre les connaissances et la perception de compétence en soins palliatifs. Tel qu'obtenu lors de la présente étude, les résultats de Nguyen et al. (2014) indiquent que le domaine des besoins spirituels est un des domaines ayant un résultat des plus faibles en termes de perception de compétence en soins palliatifs. À l'instar des études qualitatives conduites par Higgins (2013), Jolley et Moreland (2011), réalisées auprès des familles de personnes décédées en CHSLD, les résultats de la présente étude indiquent que les besoins spirituels sont peu considérés et même négligés dans le contexte de la fin de vie des personnes hébergées. En accord avec ces derniers écrits scientifiques et les résultats obtenus dans la présente étude, il appert que des

stratégies de développement des compétences infirmières en lien avec les besoins spirituels seraient à envisager afin de répondre à ces besoins lors de situations de soins palliatifs en CHSLD.

***Domaine des enjeux éthiques et légaux.*** Au niveau des enjeux éthiques et légaux, les résultats de la présente étude indiquent que les infirmières ont un sentiment de compétence faible face à ce domaine des soins palliatifs. Ce constat avait été fait par Kaasaleinen et al. (2007), à l'effet que les infirmières ne se sentaient pas à l'aise dans l'enseignement aux familles, particulièrement lorsqu'il s'agit de leur fournir toutes les informations nécessaires à la prise de décision éclairée (éthique) dans les situations de soins palliatifs. Tel qu'obtenu dans les résultats de la présente étude, Whittaker, George-Kernohan, Hasson, Howard et McLaughlin (2006) ont également conclu que le personnel en soins infirmiers nécessitait de la formation en lien avec les aspects éthiques et légaux des soins palliatifs, les normes de pratique et l'approche palliative. Tout comme les besoins spirituels, les résultats de la présente étude quant à la connaissance des enjeux éthiques et légaux indiquent que celui-ci serait un domaine des soins palliatifs qui nécessiterait des développements dans les compétences des infirmières.

***Domaines des soins palliatifs étant perçus comme les plus élevés. Domaine des besoins physiques.*** Les résultats obtenus lors de la présente étude indiquent que les infirmières ont une perception élevée de compétence en lien avec le domaine des besoins

physiques. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans les écrits scientifiques. En effet, les études de Brazil, Krueger, Bedard, Kelley, McAiney, et al. (2006), Miller, Teno, Mor (2004) et Schofield (2006) indiquent que les compétences des infirmières dans l'évaluation et la gestion de la douleur, particulièrement chez les personnes atteintes de démence, doivent être améliorées. Les connaissances du personnel infirmier en lien avec le concept de douleur totale ainsi que sur les approches pharmacologiques et non pharmacologiques possibles ont également été nommés comme des enjeux en soins de longue durée (Brazil & al., 2006; Miller & al., 2004; Schoefield, 2006). Le délirium s'avère un autre symptôme physique qui a été fréquemment sous-détecté en phase palliative lors de l'étude de Goodridge, Bond, Cameron et McKean (2005). Aussi, lors des études de Carlson (2007), Phillips et al. (2006), le domaine des besoins physiques était celui dont les infirmières qui travaillaient en soins de longue durée mentionnaient avoir des besoins prioritaires en termes de formation. Ces constats issus des écrits scientifiques diffèrent alors des résultats de la présente étude.

***Domaine des soins de fin de vie.*** Lors de la présente étude, les infirmières ont un niveau de compétence élevé quant au domaine des soins de fin de vie. Contrairement aux résultats de la présente étude, Mitchell, Kiely et Hamel (2004) rapporte que les personnes hébergées atteintes de démence décédaient en présentant des symptômes de douleur et de dyspnée. Wowchuk, McClement et Bond (2006) ont également rapporté que les compétences des infirmières en situation de fin de vie devaient être améliorées,

particulièrement en lien avec l'évaluation et la gestion des difficultés respiratoire et de l'agitation. Les résultats de l'étude de Vohra et al. (2006) indiquent aussi que les proches des personnes décédées en longue durée rapportaient être insatisfaits quant à la gestion des symptômes en fin de vie. Suite à cet écart entre les écrits scientifiques et les résultats obtenus dans la présente étude, il serait intéressant d'explorer davantage les raisons de cette différence ainsi que de maintenir cette perception élevée de compétence des infirmières quant aux domaines des besoins physiques et des soins de fin de vie.

### **Influence des caractéristiques sociodémographiques sur la perception de la compétence infirmière en soins palliatifs**

Il a été constaté lors de la présente étude que certaines caractéristiques sociodémographiques des infirmières influencent leur niveau de compétence perçue. Particulièrement chez les infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience, leur niveau de PCISP est inférieur à celui des infirmières ayant davantage d'expérience, tel qu'observé lors de l'étude de Nguyen et al. (2014). Les études conduites par Meretoja, Numminen, Isoaho et Leino-Kilpi (2015), Numminen et al. (2013) ainsi que Wangenstein et al. (2012) ont également confirmé que le niveau d'expérience des infirmières influençait leur perception de compétence, et ce, dans d'autres milieux de soins, tels que la médecine, l'obstétrique et la psychiatrie. Les résultats obtenus lors de la présente étude, tout comme ceux trouvés dans les écrits scientifiques indiquent alors

qu'il serait nécessaire d'accompagner les infirmières ayant peu d'expérience afin qu'elles puissent développer davantage leur perception de compétence.

Les résultats de la présente étude ne permettent pas d'établir d'autres liens entre la PCISP et les caractéristiques sociodémographiques, sauf le niveau d'expérience. Contrairement aux résultats de l'étude de Nguyen et al. (2014), l'expérience antérieure sur une unité spécialisée en soins palliatifs n'a pas eu d'influence sur la PCISP des infirmières qui avait déjà côtoyé cette clientèle. Ce résultat pourrait être expliqué par le petit échantillon. Il serait alors intéressant d'explorer davantage si l'expérience antérieure sur une unité spécialisée en oncologie ou en soins palliatifs influencerait la PCISP des infirmières dans une étude avec un plus grand échantillon.

### **Association entre la pratique réflexive et la perception de compétence infirmière en soins palliatifs**

#### **Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention de pratique réflexive.**

La présente étude a permis de constater que l'intervention de PR a amélioré significativement la PCISP des infirmières en CHSLD, et ce, dans tous les domaines des soins palliatifs. Ces mêmes résultats ont été retrouvés dans les écrits scientifiques. Ainsi, tel que rapporté par Graham et al. (2005), les groupes de PR ont aidé à faire avancer la pratique clinique des infirmières en leur permettant d'apprendre de leurs expériences vécues et d'explorer les sentiments ressentis. L'étude de Bailey et Graham (2007) avait

également conclu que la PR dans le cadre des soins palliatifs permettait d'améliorer la qualité des soins infirmiers palliatifs et favorisait le développement de l'expertise professionnelle dans ce domaine. Bien qu'il s'agisse d'études qui ont été conduites dans d'autres milieux de soins, les résultats des études de Gustafsson et Fagerberg (2004) ainsi que Mantzoukas et Jasper (2004) sont similaires à la présente étude. En effet, la PR a permis aux infirmières de trouver de nouvelles solutions en puisant dans leur imagination et leurs sentiments. Les résultats obtenus lors de la présente étude, tout comme ceux trouvés dans les écrits scientifiques, indiquent ainsi qu'en plus de leur permettre de développer leur capacité d'introspection et de concentration, les groupes de PR pourraient faire avancer la pratique professionnelle des infirmières.

Enfin, l'effet positif de l'intervention sur la perception de compétence des infirmières concernant le domaine des enjeux éthiques et légaux des soins palliatifs est corroboré par la recension des écrits de Mann et al. (2009). Ces auteurs ont conclu que la PR avait un effet significatif sur l'aspect éthique lors des situations cliniques complexes. D'ailleurs, tout comme lors de l'étude de Dubé et Ducharme (2012), la dimension éthique des situations de soins palliatifs est celle qui a été le plus souvent abordée par les infirmières et qui procurait le plus de questionnements. Cette forte préoccupation a fait émerger des constats, tels que l'importance du rôle d'*advocacy* de l'infirmière et de l'effet d'une communication précoce sur l'approche palliative avec les proches afin d'éviter les traitements disproportionnés, tel que recommandé par Legault et Lord-

Fontaine (2015). Étant donné que les résultats de la présente étude indiquent que ce domaine des soins palliatifs a un niveau faible en termes de perception de compétence et du constat de l'effet positif de l'intervention sur ce domaine, il serait alors loisible de croire que la PR devrait être utilisée pour apprendre des situations cliniques complexes, particulièrement celles en lien avec des enjeux éthiques et légaux.

**Relation de la PCISP avant et après l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques.** Les résultats de la présente étude qui visait à explorer les facteurs qui influencent la relation entre la PR et la PCISP indiquent que certaines caractéristiques peuvent l'influencer. Tel qu'illustré préalablement dans les figures 6 et 7, l'évolution de la PCISP suite à l'intervention de PR est particulièrement prononcée pour les infirmières ayant moins d'expérience, que ce soit dans la profession ou dans le milieu des CHSLD. Tel que rapporté par Mann et al. (2009), la PR s'avère une stratégie d'apprentissage utile, particulièrement auprès des infirmières novices, car elle leur permet de faire des liens entre les connaissances acquises antérieurement et les nouvelles connaissances. D'ailleurs, Kajander-Unkuri et al. (2014) ont aussi conclu qu'un environnement clinique qui favorisait l'apprentissage des infirmières novices ainsi que la présence de supervision clinique par des infirmières plus expérimentées avait un effet significatif sur leur perception de compétence. Wangenstein et al. (2012) ont également rapporté que le facteur qui influençait davantage la perception de compétence des infirmières novices est le développement de la pensée critique. Tel qu'observé lors de la

présente étude, Wangenstein et al. (2012) ajoutent que le niveau de formation et l'expérience antérieure sur une unité spécialisée influençaient aussi le niveau de perception de compétence des nouvelles infirmières, mais ces caractéristiques joueraient un rôle moins important. Ces résultats probants des études de Kajander-Unkuri et al. (2014) et de Wangenstein et al. (2012) permettent alors d'expliquer que la PR en groupe a eu un effet aussi prononcé auprès des infirmières moins expérimentées et que cette stratégie d'accompagnement des infirmières novices serait à instaurer dans les milieux cliniques.

### **Limites de l'étude et stratégies d'atténuation**

Certaines limites ont été identifiées dans le cadre de cette étude. Toutefois, plusieurs stratégies d'atténuation ont été utilisées afin de minimiser les effets de ces limites sur les résultats.

D'abord, étant donné les commentaires et suggestions obtenus lors de la phase de validation de l'intervention, et ce, afin de faciliter le recrutement, la durée des rencontres de PR a dû être diminuée à 30 minutes plutôt qu'une heure. Ensuite, au lieu de huit rencontres sur huit semaines (une rencontre par semaine), celles-ci ont été réalisées sur une période de quatre semaines (deux rencontres par semaine). Ce choix a permis de favoriser l'adhésion et la fidélisation des participants à la présente étude. Ces modalités sont cohérentes avec celles mentionnées dans les études de Goudreau et al. (2015) et de



Hockley (2014) afin de faciliter le déroulement d'un groupe de PR. Cependant, un contexte organisationnel favorisant la libération des infirmières pour des rencontres plus longues seraient recommandé pour faciliter le recrutement.

Le devis quasi-expérimental mesures avant-après avec groupe unique choisi pour évaluer l'influence de l'intervention de PR comporte certaines limites. Tel que mentionné par Polit et Beck (2017), l'absence d'un groupe de comparaison ne permettrait pas de conclure sur l'effet causal de l'intervention, car d'autres facteurs pourraient influencer (facteurs historiques). L'utilisation d'un devis avant-après permet de se prononcer sur l'association entre l'intervention de PR et la PCISP, tel que démontré lors de cette étude.

Par ailleurs, la méthode d'échantillonnage par convenance et la petite taille de l'échantillon (22 participantes) auraient pu causer un biais de sélection (Polit & Beck, 2017). Toutefois, il a été établi que certaines caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, expérience) des participants de cette étude sont similaires à celles de l'effectif infirmier québécois, ce qui se trouvent à être une force. Aussi, les caractéristiques hétérogènes de l'échantillon ont permis de statuer que celui-ci représente la population des infirmières en CHSLD.

Finalement, un biais de désirabilité pour plaire à l'étudiante chercheuse aurait pu être noté étant donné que cette dernière était le mentor. Pour atténuer ce biais, un journal de bord a été utilisé lors de chaque rencontre par l'étudiante chercheuse. Tel que mentionné par Polit et Beck (2017), le journal de bord aide le chercheur à garder une distance analytique et permet aussi d'assurer que l'intervention soit la même pour chaque groupe.

### **Les retombées**

Cette section expose les retombées de la présente étude dans les cinq axes de la discipline infirmière: la pratique clinique, la formation, la gestion ainsi que pour la recherche en sciences infirmières.

#### **Retombées pour la pratique clinique**

Selon les résultats obtenus lors de la présente étude, il appert que la PR est un moyen efficace pour améliorer la PCISP des infirmières en CHSLD. Tel que mentionné par Pepin, Kérouac et Ducharme (2017), en faisant appel aux divers modes de développement et d'utilisation des savoirs issus de la science infirmière, la PR amène une compréhension approfondie d'une situation de soins pour améliorer la pratique clinique. Aussi, le partage d'expériences professionnelles stimule l'apprentissage entre pairs, ce qui semble être un moyen de développement des compétences qui est apprécié des infirmières. Des groupes composés d'infirmières de différents niveaux d'expérience

sont d'autant plus enrichissants, tant pour les novices que les expertes, et doivent être envisagés pour la PR en milieu clinique. Finalement, dans un contexte aussi complexe que les soins palliatifs, il pourrait sembler évident que le fait de discuter et de partager les connaissances acquises dans la pratique clinique favorise l'analyse critique de ces situations et aura, nécessairement, pour effet d'améliorer la qualité des soins offerts, et ce, peu importe le milieu de soins.

### **Retombées pour la formation**

Par les résultats observés en lien avec la PCISP avant l'intervention de PR, il est évident que certains domaines des soins palliatifs seraient peu connus et moins maîtrisés par les infirmières en CHSLD. Un questionnaire en lien avec la formation offerte aux infirmières serait alors à considérer, particulièrement concernant certains domaines des soins palliatifs. Comme la complexité des soins ne cesse de s'accroître, particulièrement en lien avec la clientèle vulnérable hébergée, un changement dans la formation des infirmières devrait être envisagé. Dans un contexte de soins palliatifs, cela permettrait de préparer les futures infirmières à une pratique professionnelle empreinte de compassion, de respect et d'humanité, conforme aux normes de pratiques reconnues et sécuritaires (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2017) et ce, dans une approche de *caring*, où le prendre soin de soi est un préalable pour prendre soin des autres (Watson, 2012). La PR serait un moyen de développement professionnel à intégrer dans tous les milieux de formation collégiale et universitaire, bien que certains milieux d'enseignement l'aient

déjà intégré cette dans leur cursus académique (Ducharme & Dubé, 2012). Lors de la formation en milieu clinique, le rôle du mentor au sein d'un groupe de PR s'avère essentiel au déroulement d'une rencontre afin d'assurer que les objectifs soient atteints, tout en conservant un climat de confiance, de respect et de partage. La contribution d'une conseillère en soins spécialisée devrait être considérée comme mentor, étant donné que celle-ci détient une expérience en animation d'ateliers, qu'elle n'a pas de lien hiérarchique avec les participants et qu'elle est reconnue pour son leadership et son expertise clinique.

### **Retombées pour la gestion**

Dans le contexte actuel du système de santé où la pénurie de main-d'œuvre et le taux de roulement élevé sont préoccupants, les gestionnaires doivent assurer la gestion des soins et des services infirmiers en mettant l'accent sur la perception positive des compétences de la part des infirmières lors de leur processus de prises de décision. Malgré que le développement professionnel appartienne à chacune, il est démontré qu'un milieu de soins qui alloue du temps pour des activités de perfectionnement, tel que les groupes de PR, serait un milieu attractif et qui favoriserait la rétention des infirmières au travail (Chu, Wodchis, & McGilton, 2014; Tourangeau & al., 2010). Pour la PR en groupe, les gestionnaires devraient prévoir des espaces dédiés à ces rencontres et demander la contribution d'une personne ressource qui pourrait agir comme mentor. Tel que mentionné par Lawrence (2011), Sherwood, Cherian, Horton-Deutsch, Kitzmiller et

Smith-Miller (2018), ces investissements auraient des impacts positifs en termes d'une meilleure rétention de personnel qualifié et d'intégration des meilleures pratiques de soins. Donc, considérant que la présente étude démontre un effet positif avec des courtes rencontres, les gestionnaires auraient avantage à mettre en place les conditions facilitantes pour des rencontres de PR en groupe afin que les infirmières puissent y participer.

### **Retombées pour la recherche**

Les résultats de cette étude permettent de combler un vide dans les écrits scientifiques quant à l'influence de la PR sur la PCISP dans les milieux d'hébergement. En effet, la présente étude a permis de démontrer que la PR optimise la perception de compétence des infirmières pour évaluer et intervenir concernant : les besoins physiques; psychosociaux; spirituels; et, liés au statut fonctionnel des patients, ainsi que d'améliorer leur perception de compétence quant : aux enjeux éthiques et légaux; à la collaboration interprofessionnelle et à la communication; aux enjeux personnels et professionnels liés aux soins; et, aux soins de fin de vie. Plus encore, la présente étude a démontré que la PR améliore la PCISP peu importe l'expérience professionnelle des infirmières et particulièrement auprès des novices. D'autres projets de recherche quantitative ou de type recherche action participative sur le sujet seraient intéressants afin d'établir, de façon plus précise, l'effet causal de cette intervention. L'utilisation d'un groupe de comparaison et la randomisation des participants dans une étude

multicentrique seraient à envisager afin de pouvoir isoler l'effet de l'intervention de PR. Aussi, des stratégies de recrutement afin d'obtenir un échantillon plus grand seraient à prévoir, tels que du temps alloué aux infirmières dans leur milieu de travail. Finalement, dans une perspective où les indicateurs de qualité de soins sont des données importantes à mesurer pour influencer les décisions politiques, il serait intéressant d'explorer l'effet d'une intervention de PR sur des indicateurs de qualité, tels que le soulagement de la douleur et la réduction des événements indésirables. Pour ce faire, une collaboration étroite entre les chercheurs en sciences infirmières, les gestionnaires, les directrices des soins infirmiers, les conseils des infirmières et infirmiers, les infirmières et les instances gouvernementales serait essentielle pour mener à bien un tel projet de recherche.

## **Conclusion**

En conclusion, depuis l'adoption de la *Loi sur les soins de fin de vie* en 2014, le développement des soins palliatifs et de fin de vie dans les différents milieux de soins est devenu une priorité pour la société québécoise. Particulièrement auprès de la clientèle vulnérable hébergée en CHSLD, le développement des compétences des intervenants, dont le personnel en soins infirmiers, est primordial. Malgré certaines limites de la présente étude, dont l'absence de groupe de comparaison et le faible échantillon, il a été possible de conclure que la PR s'avère un moyen qui améliore la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD. Il est loisible de croire que cette amélioration pourrait permettre aux infirmières de mieux accompagner la personne et ses proches lors de cette période cruciale de la vie. Cette stratégie de développement des connaissances devrait être considérée, tant dans la formation initiale collégiale et universitaire des infirmières que dans leur formation continue. Notamment pour les infirmières ayant peu d'expérience clinique, les périodes d'échanges et d'analyse critique des situations de soins palliatifs semblent être une stratégie efficace pour faciliter l'intégration des connaissances acquises dans leur formation.

Avec le *Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie* publié en 2016, les approches réflexives en groupe ont été sélectionnées comme une des stratégies de développement des compétences des intervenants. Nous pourrions croire que cette approche continuera à être développée dans



les prochaines années et que l'intérêt des chercheurs sur les effets de la PR ne cessera de d'évoluer envers la pratique infirmière et également dans la pratique interprofessionnelle.

## Références

- Andrews, M. (1996). Using reflection to develop clinical expertise. *British journal of nursing*, 5(8), 508. doi : <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.1996.5.8.508>
- Andrews, M., Gidman, J., & Humphreys, A. (1998). Reflection: does it enhance professional nursing practice? *British journal of nursing*, 7(7), 413.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increase professional effectiveness*. Washington, D.C: Jossey Bass.
- Ashby, C. (2006). Models for reflective practice. *Practice Nurse*, 32 (10), 28.
- Assemblée nationale du Québec. (2012). *Mourir dans la dignité: rapport de la commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*. Québec, Québec.
- Assemblée nationale du Québec. (2014). *Loi concernant les soins de fin de vie*. Québec, Québec.
- Association canadienne de soins palliatifs. (2013). *Modèle de soins palliatifs: Fondé sur les normes de pratique et principes nationaux*. Ottawa, Ontario.
- Association canadienne de soins palliatifs. (2015). *Cadre national « Aller de l'avant: feuille de route pour l'intégration de l'approche palliative »*. Ottawa, Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de soins palliatifs, & Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens. (2015). *Énoncé de position commun- L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières*.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD*. Montréal, Québec.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18081188.x>

- Bailey, M.E., & Graham, M.M. (2007). Introducing guided group reflective practice in an Irish palliative care unit. *International journal of palliative nursing*, 13(11), 555. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.11.27591>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, W.H.: Freeman.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 5, 307-337. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Barry, C.D., Blum, C.A., & Purnell, M.J. (2007). Caring for individuals displaced by Hurricanes Katrina and Wilma: The lived experiences of students nurses. *International Journal of Human Caring*, 11(2), 67-73.
- Beggs, C., Shields, D., & Janiszewski Goodin, H. (2011). Using guided reflection to reduce test anxiety in nursing students. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses Association*, 29(2), 140. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010110393352>
- Ben Nathan, M. (2008). Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning resident's needs. *International Journal of Nursing Practice*, 14(3), 195-199.
- Benner, P. (1982). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, C.A: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2012). Educating nurses: a call for radical transformation-how far have we come? *The Journal of nursing education*, 51, 183. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120402-01>
- Besner, G. (2007). Le portfolio professionnel... un nouvel outil personnel d'évolution pour l'infirmière. *L'Avant-Garde*, 7(1), 15.

- Bethune, M., Sherrod, D., & Youngblood, L. (2005). 101 tips to retain a happy, healthy staff. *Nursing Management*, 36(4), 24-30.
- Brazil, K., Krueger, P., Bedard, M., Kelley, L., McAiney, C., Justice, C., & Taniguchi, A. (2006). Quality end-of-life care in long-term care facilities: Service providers perspective. *Journal of Palliative Care*, 20(2), 85-92.
- Brazil, K., Krueger, P., Bedard, M., Kelley, L., McAiney, C., Justice, C., & Taniguchi, A. (2006). Quality of care for resident dying in Ontario long-term care facilities: Findings from a survey of directors of care. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 18-25.
- Burton, A.J. (2000). Reflection: nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1009.
- Cable-Williams, B., & Wilson, D. (2014). Awareness of impending death for residents of long-term care facilities. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 169-179. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12045>
- Caldwell, L., & Grobbel, C.C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319-326.
- Caley, L., Pittordou, V., Adams, C., Gee, C., Pitkahoo, V., Matthews, J., . . . Muls, A. (2017). Reflective practice applied in a clinical oncology research setting. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(16), S4. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2017.26.16.S4>
- Campbell, B., & Mackay, G. (2001). Continuing competence: An Ontario nursing regulatory program that supports nurses and employers. *Nursing Administration Quarterly*, 25(2), 22-30.
- Carlson, A.L. (2007). Death in the nursing home: Resident, family, and staff perspectives. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(4), 32-41.

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Advances In Nursing Sciences*, 1(1), 13-23.
- Chirema, K. D. (2007). The use of reflective journals in the promotion of reflection and learning in post-registration nursing students. *Nurse education today*, 27, 192-202.
- Chu, C. H., Wodchis, W. P., & McGilton, K. S. (2014). Turnover of regulated nurses in long-term care facilities. *Journal of nursing management*, 22(5), 553.
- Coffey, A. (2005). The clinical learning portfolio: a practice development experience in gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 75-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01279.x>
- Dawber, C. (2013a). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 1 – the model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 135-144. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00839.x>
- Dawber, C. (2013b). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 2 – the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 241-248. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x>
- Degois, M., Grillot, A., Boyraci, E., Saillard, V., Jandard, A., Prévalet-Courlet, L., & Aubry, R. (2015). Les pratiques des soins palliatifs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Santé Publique*, 27, 199-204.
- Desbiens, J.-F. (2015). *Développement et validation d'une mesure de perception de compétence infirmière en soins palliatifs*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.
- Desbiens, J. F., Gagnon, J., & Fillion, L. (2012). Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2113-2124. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x>

- Dewey, J. (1933). *How we think: A restatement of the reflective thinking to the educative process*. Boston, MA: Heath.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Doucet, H. (2015). *La mort médicale est-ce humain?* Paris: Médiaspaul.
- Dubé, V., & Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: a mixed method study. *Journal for nurses in professional development*, 30(1), 34-41.
- Dubé, V., & Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91.
- Ducharme, F., & Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières oeuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (eprint\_UdeM1866/8623).
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, 16(22), 1400-1407.
- Duffy, A. (2008). Guided reflection: a discussion of the essential components. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 17(5), 334. doi : <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2008.17.5.28832>
- Estabrooks, C.A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto-Mcgrath, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 37(2), 118. doi : <http://dx.doi.org/10.4169/000298910X492871>
- Forneris, S.G., & Peden-Mcalpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced*

*Nursing*, 57(4), 410-421. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04120.x>

Francoeur, L. (2016). *Les soins de fin de vie en CHSLD*. Présentée lors du congrès de l'ACFAS.

Francoeur, L., & Durand, S. (2016). La loi concernant les soins de fin de vie. *Perspectives infirmières*, 13(1), 56-64.

Freshwater, D. (2001). The role of reflection in practice development *The handbook of practice development*. Londres: Sage.

Freshwater, D., Taylor, B.J., & Sherwood, G. (2008). *International textbook of reflective practice in nursing*. Oxford: Blackwell Pub. : Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing.

Fry, M., Macgregor, C., Hyland, S., Payne, B., & Chenoweth, L. (2015). Emergency nurses' perceptions of the role of confidence, self-efficacy and reflexivity in managing the cognitively impaired older person in pain. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1622. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12763>

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit.

Giese, K. K. (2016). Self-reflection: Relationship Building in Patients With Excess Weight. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(1), 7-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.06.015>

Glaze, J. E. (2001). Reflection as a transforming process: student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 639-647.

Gonczy, A. (1994). Competency based assessment in the professions in Australia. *Assessment in Education Principles, Policy & Practice*, 7(1), 27-41.



- Goodridge, D., Bond, J. B., Jr., Cameron, C., & McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home : A study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1 p.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., & Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse education in practice*, 15(6), 572-578. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.013>
- Graham, I.W., Andrewes, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 277-285. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00535.x>
- Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Reflective practice in nursing care: Embedded assumptions in qualitative studies. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 151-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2007.00620.x>
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.
- Hanson, E., Hellström, A., Sandvide, Å., Jackson, G. A., Macrae, R., Waugh, A., . . . Tolson, D. (2016). The extended palliative phase of dementia - An integrative literature review. *Dementia*.
- Hanson, L. C., Eckert, J. K., Dobbs, D., Williams, C. S., Caprio, A. J., Sloane, P. D., & Zimmerman, S. (2008). Symptom experience of dying long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 91-98.
- Hatlevik, I. K. R. (2012). The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 868-877 810p.

- Heath, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 1054-1059. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00593.x>
- Heidari, F., & Galvin, K. (2003). Action learning groups: can they help students develop their knowledge and skills? *Nurse education in practice*, 3(1), 49-55. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1471-5953\(02\)00054-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1471-5953(02)00054-9)
- Hensel, R., Meijers, F., Van der Leeden, R., & Kessels, J. (2010). 360 degree feedback: how many rathers are needed for reliable ratings on the capacity to develop competences, with personal qualities as developmental goals? *International Journal of Human Ressource Management*, 21(15), 2813-2830.
- Higgins, P. (2013). Meeting the religious needs of residents with dementia. *Nursing Older People*, 25(9), 25-29.
- Hirakawa, I., Masuda, Y., Kuzuyz, M., Iguchi, A., & Uemura, K. (2007). Non-medical palliative care and education to improve end-of-life care at geriatric health services facilities: A notionwide questionnaire survey of chief nurse. *Geriatrics & Gerontology International*, 73(3), 266-270.
- Husebø, S. E., Amp, Apos, Regan, S., & Nestel, D. (2015). Reflective Practice and Its Role in Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), 368-375. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.04.005>
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Le bilan démographique du Québec*. Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Québec, Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec, Québec.

- Ironside, P. M. (2003). New pedagogies for teaching thinking: the lived experiences of students and teachers enacting narrative pedagogy. *The Journal of nursing education*, 42(11), 509.
- Johns, C. (1991). The Burdford Nursing Development Unit holistic model of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1090-1098.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 226-234. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020226.x>
- Johns, C. (1995). The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 23-30.
- Johns, C. (2001). Reflective practice: Revealing the [he]art of caring. *International Journal of Nursing Practice*, 7(4), 237-245. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-172x.2001.00283.x>
- Johns, C. (2002). *Guided Reflection: Advancing Practice*. Oxford: Blackwell Science.
- Johns, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner* (2e éd.). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice: a narrative approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Johns, C. (2010). *Guided reflection : a narrative approach to advancing professional practice* (2<sup>nd</sup> éd.). Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.
- Johns, C., Burnie, S., Lee, S., Brooks, S., & Jarvis, J. (2013). *Becoming a reflective practitioner* (4<sup>th</sup> éd.) Chichester, West Sussex, United Kingdom: John Wiley & sons.
- Johns, C., & Freshwater, D. (2005). *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.

- Jolley, D., & Moreland, N. (2011). Dementia care: Spirituel and faith perspectives. *Nursing & Residential Care, 13*(8), 388-391.
- Kaasaleinen, S., Brazil, K., Ploeg, J., & Martin, L.S. (2007). Nurses's perceptions around providing palliative care for long-term care resident with dementia. *Journal of Palliative Care, 23*(3), 173-180.
- Kajander-Unkuri, S., Meretoja, R., Katajisto, J., Saarikoski, M., Salminen, L., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2014). Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse education today, 34*(5), 795-801. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.009>
- Kear, T. M. (2013). Transformative learning during nursing education: A model of interconnectivity. *Nurse education today, 33*(9), 1083-1087. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.03.016>
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., & Dumont, K. (2013). Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*(1), 76.
- Lawrence, L. A. (2011). Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum, 46*(4), 256-268.
- Legault, A., & Lord-Fontaine, L. (2016). *Une proposition d'intervention de pratique réflexive visant les infirmières pour l'amélioration des soins palliatifs en centre de soins de longue durée*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (eprint\_UdeM1866/13398).
- Levy, C., Morris, M., & Kramer, A. (2008). Improving end-of-life outcomes in nursing homes by targeting residents at high-risk of mortality for palliative care : Program description and evaluation. *Journal of Palliative Medecine, 11*(2), 217-225.
- Lin, C.-C., Wu, C.-J., Hsiao, Y.-C., Han, C.-Y., & Hung, C.-C. (2017). An exploratory factor analysis for developing and validating a scale of Nursing Students

Competence Instrument. *Nurse education today*, 50, 87-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.007>

Mann, K., Gordon, J., & Macleod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.

Mantzoukas, S., & Jasper, M. A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 925-933. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x>

McCormack, B., & Henderson, L. (2007). Critical reflection and clinical supervision: facilitating transformation *Clinical Supervision* (2e éd.). Palgrave, Basingstoke, UK.

McCready, T. (2007). Portfolios and the assessment of competence in nursing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 143-151. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.013>

McGrath, D., & Higgins, A. (2006). Implementing and evaluating reflective practice group sessions. *Nurse education in practice*, 6(3), 175-181. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2005.10.003>

McVey, J., & Jones, T. (2012). Assessing the value of facilitated reflective practice groups. *Cancer Nursing Practice*, 11(8), 32-37.

Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino - Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>

Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H., & Leino - Kilpi, H. (2015). Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross - sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 350-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12297>

- Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, 32, 3-24.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Oxford: Jossey Bass.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: theory to practice. *Adult Continuing Education*, 74, 5-12.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*. San Francisco: Wiley.
- Miller, S. C., Teno, J. M., & Mor, V. (2004). Hospice and palliative care in nursing homes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 717-734.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Québec Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Loi concernant les soins de fin de vie*. Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Soins palliatifs et de fin de vie : Plan de développement 2015-2020*. Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie*. Québec, Québec.
- Mitchell, S.L., Kiely, D.K., & Hamel, M.B. (2004). Dying with advanced dementia in the nursing home. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 321-326.

- Moon, J.A. (2013). *Reflection in learning and professional development: theory and practice*. New York: Routledge Flamer.
- Munn, J.C., Dobbs, D., Meier, A., Williams, C.S., Biola, H., & Zimmerman, S. (2008). The end-of-life care experience in long-term care: Five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff. *The Gerontologist*, 48(4), 485-494.
- Nairn, S., Chambers, D., Thompson, S., McGarry, J., & Chambers, K. (2012). Reflexivity and habitus: opportunities and constraints on transformative learning. *Nursing Philosophy*, 13(3), 189-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00530.x>
- Nguyen, L.T., Yates, P., & Osborne, Y. (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *International journal of palliative nursing*, 20(9), 448. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.9.448>
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2013). Professional competence of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1411. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04334.x>
- Olofsson, B. (2005). Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 259-267. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00827.x>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2005). La compétence professionnelle, une obligation déontologique. *Le Journal*, vol n 4.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Mourir dans la dignité : Développer d'abord les soins palliatifs*. Westmount, Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018a). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD): cadre de référence*. Montréal, Québec.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018*. Montréal, Québec.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St-Louis, Missouri: Mosby.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève, Suisse.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). 10 faits sur les soins palliatifs. Page consultée
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Phillips, J., Davidson, P.M., Jackson, D., Kristjanson, L., Daly, J., & Curran, J. (2006). Residential aged care : The last frontier for palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 416-424.
- Polit, D. F. (2013). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research: Pearson New International Edition: Do I Really Need This Stuff?*. Pearson Higher Ed.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10 éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Powley, D. (2013). Reducing violence and aggression in the emergency department. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 21(4), 26. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/en2013.07.21.4.26.e687>



- Raines, D. A., & Lynn, C. E. (2010). Nursing practice competency of accelerated bachelor of science in nursing program students. *Journal of Professional Nursing, 26*(3), 162-167.
- Rinpoche, S. (1992). *The Tibetan Book of Living and Dying*. London: Rider.
- Sarabia-Cobo, C. M., Alconero-Camarero, A. R., Lavín-Alconero, L., & Ibáñez-Rementería, I. (2016). Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students. *Nurse education today, 45*, 219-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.014>
- Schofield, P. (2006). Pain management of older people in care homes : A pilot study. *British Journal of Nursing, 15*(9), 509-514.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How practitioners think in action*. New York: Basics Books.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif: A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Éditions Logiques.
- Schutz, S. (2007). Reflection and reflective practice. *Community Practitioner, 80*(9), 26-29.
- Sethares, K.A., & Asselin, M.E. (2017). The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care, 46*(3), 192-198. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.03.002>
- Sherwood, G., Cherian, U.K., Horton-Deutsch, S., Kitzmiller, R., & Smith-Miller, C. (2018). Reflective practices: meaningful recognition for healthy work environments. *Nursing Management, 24*(10), 30-34.
- Simpson, E., & Courtney, M. (2007). A framework guiding critical thinking through reflective journal documentation: A Middle Eastern experience. *International Journal of Nursing Practice, 13*(4), 203-208.

- Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100(12), 42-45.
- St-Pierre, C., Roussel, J., Lepage, M., & Tchouaket, E. (2013). Efficacité d'une formation pour modifier les comportements de caring chez les infirmières en soins de longue durée. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 62-69.
- Swine, C. (2009). Fin de vie du patient atteint de démence. *Gérontologie et société*(1), 243.
- Takase, M., & Teraoka, S. (2011). The development of the Holistic Nursing Competence Scale. *Nursing & Health Sciences*, 13, 396-403.
- Thompson, G.N., Menec, V.H., Chochinov, H.M., & McClement, S.E. (2008). Family satisfaction with care of dying loved one in nursing home: What makes the difference? *Journal of Gerontological Nursing*, 34(12), 37-44.
- Touhy, T.A., Brown, C., & Smith, C.J. (2005). Spiritual caring: End of life in a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 27-35.
- Tourangeau, A.E., Cummings, G., Cranley, L.A., Ferrone, E.M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospitals nurse intention to remain employed : broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), 22-32.
- Verschuur, E.M.L., Groot, M.M., & Van Der Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. *International journal of palliative nursing*, 20(5), 241.
- Vohra, J. U., Brazil, K., & Szala-Meneok, K. (2006). The last word: Family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 33-39.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: Pearson.

- Wallace, M., Grossman, S., Campbell, S., Robert, T., Lange, J., & Shea, J. (2009). Integration of End-of-Life Care Content in Undergraduate Nursing Curricula: Student Knowledge and Perceptions. *Journal of Professional Nursing, 25*(1), 50-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2008.08.003>
- Wangenstein, S., Johansson, I.S., Björkström, M.E., & Nordström, G. (2012). Newly Graduated Nurses Perception of Competence and Possible Predictors: A Cross-sectional Survey. *Journal of Professional Nursing, 28*(3), 170-181. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.014>
- Watson, (2012). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Caring in nursing classics: An essential resource, 237-242.*
- Wetle, T., Shield, R., Teno, J., Miller, S.C., & Welch, L. (2005). Family perspectives on end-of-life car experiences in nursing homes. *The Gerontologist, 45*(5), 642-650.
- Whittaker, E., George-Kernohan, G., Hasson, F., Howard, V., & McLaughlin, D. (2006). The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse education today, 26*(6), 501-510.
- Wowchuk, S.M., McClement, S., & Bond, J.J. (2006). The challenge of providing palliative car in the nursing home: Part 1 external factors. *International journal of palliative nursing, 12*(6), 260-267.
- Wowchuk, S.M., McClement, S., & Bond, J.J. (2007). The challenge of providing palliative care in the nursing home part II: Internal factors. *International journal of palliative nursing, 13*(7), 345-350.
- Zanchetta, M.S., Bailey, A., Kolisnyk, O., Baku, L., Schwind, J., Osino, E., . Yu, L. (2017). Mentors and mentees intellectual-partnership through the lens of the Transformative Learning Theory. *Nurse education in practice, 25*, 111-120. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2017.05.009>

## **Appendice A**

Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le

Modèle de réflexion structurée de Johns (2006)

**Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006)**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire une expérience en soins palliatifs qui semble significative dans certains aspects.</li> <li>2. Quels problèmes particuliers semblaient assez significatifs pour y accorder de l'attention?</li> <li>3. Quels sentiments les personnes impliquées ont-elles ressenties et pourquoi se sont-elles senties ainsi?</li> <li>4. Qu'est-ce que j'essayerais d'atteindre et est-ce que j'ai répondu à mes attentes efficacement?</li> <li>5. Quelles ont été les conséquences de mes actions sur le patient, les autres personnes impliquées et moi-même?</li> </ol>	<p align="center"><b>Dimension esthétique :</b></p> <p>Décrire une situation vécue révèle la façon dont l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'approprie et interprète le modèle de situation du patient</li> <li>• effectue son jugement et comment mieux répondre</li> <li>• répond avec des actions habiles</li> <li>• réfléchit et juge de l'efficacité de ses actions afin d'arriver aux objectifs désirés</li> </ul>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ai-je agi en accord avec la meilleure pratique?</li> </ol>	<p align="center"><b>Dimension empirique</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jusqu'à quel point ai-je agi de la meilleure façon et en accord avec mes valeurs?</li> <li>8. Comment me suis-je sentie et pourquoi me suis-je sentie ainsi?</li> <li>9. Quels sont les facteurs qui ont influencé la façon dont je me suis sentie?</li> <li>10. Quels sont les facteurs qui ont influencé la façon dont j'ai réfléchi?</li> <li>11. Quels sont les facteurs qui ont influencé la façon dont j'ai répondu dans la situation?</li> <li>12. Comment cette situation peut-elle être reliée à des expériences précédemment vécues?</li> <li>13. Quels facteurs pourraient m'empêcher d'agir de cette nouvelle façon?</li> <li>14. Maintenant, comment est-ce que je me sens par rapport à cette expérience?</li> </ol>	<p align="center"><b>Dimension éthique</b></p> <p align="center"><b>Dimension personnelle</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Si la situation se reproduisait, comment pourrais-je agir différemment?</li> <li>16. Quelles seraient les conséquences d'agir de cette nouvelle façon pour le patient, les autres personnes impliquées et moi-même?</li> <li>17. En conséquence, est-ce que je me sens mieux outillées pour soutenir moi-même et les autres dans une situation comparable?</li> <li>18. Qu'est-ce que j'ai appris par cette expérience?</li> <li>19. Ai-je développé les capacités afin de réaliser mon idéal de pratique?</li> <li>20. Qu'ai-je appris à travers cette réflexion?</li> </ol>	<p align="center"><b>Réflexivité</b></p>

## **Appendice B**

Questionnaire des données sociodémographiques

## Questionnaire des données sociodémographiques

Ce questionnaire vise à connaître les caractéristiques des infirmières qui participent à ce projet de recherche. S'il vous plait, pour chaque question, encerclez la lettre correspondante à la réponse la plus précise possible. Merci!

**1. Quel est votre groupe d'âge?**

- a) 19 à 25 ans                      b) 26 à 35 ans                      c) 36 à 45 ans  
d) 36 à 55 ans                      e) 56 ans et +

**2. Quel est votre sexe?**

- a) féminin                              b) masculin

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

- a) Diplôme d'études collégiales (DEC)                      b) Certificat universitaire en sciences infirmières (1<sup>er</sup> cycle)  
c) Baccalauréat en sciences infirmières                      c) Maîtrise en sciences infirmières

**4. Combien d'années d'expériences en tant qu'infirmière détenez-vous?**

- a) 0 à 5 ans                      b) 5 à 10 ans                      c) 11 à 15 ans                      d) 15 à 20 ans  
e) 20 à 25 ans                      f) 26 ans et +

**5. Depuis combien d'années travaillez-vous en CHSLD?**

- a) 0 à 2 ans                      b) 3 à 5 ans                      c) 6 à 10 ans                      d) 11 à 15 ans  
e) 16 à 20 ans                      f) 21 ans et +

**6. Quel est votre statut d'emploi actuel?**

- a) temps complet    b) temps partiel    c) temps partiel occasionnel

**7. Quel est le quart de travail sur lequel vous travaillez?**

- a) nuit    b) jour    c) soir    d) rotation

**8. Avez-vous déjà participé à une formation concernant les soins palliatifs et de fin de vie?**

- a) oui    b) non

**9. Si oui, à quand date cette formation? (Si non à la réponse précédente, passez à la question suivante)**

- a) moins de 6 mois    b) 6 mois à 1 an    c) 1 à 2 ans    d) 2 ans et +

**10. Avez-vous déjà travaillé dans une unité spécialisée en soins palliatifs?**

- a) oui    b) non



## **Appendice C**

Questionnaire sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP)

## QUESTIONNAIRE SUR LA PERCEPTION DE COMPÉTENCE INFIRMIÈRE EN SOINS PALLIATIFS (PCISP)

Les soins palliatifs constituent une approche de soins qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes en fin de vie ou atteintes **d'une maladie grave à caractère fatal** et de leurs proches (comprenant les membres de la famille, les amis et toute autre personne significative). Ce questionnaire s'adresse à toutes les infirmières et infirmiers qui sont appelés à prodiguer des soins à ces personnes, peu importe le milieu de soins.

Nous aimerions savoir jusqu'à quel point vous vous sentez capable actuellement de prodiguer des soins palliatifs. Pour chaque énoncé, veuillez indiquer un chiffre de 0 à 10 en utilisant l'échelle ci-dessous:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne me sens				Je me sens				Je me sens		
pas capable				modérément capable				hautement capable		

### BESOINS PHYSIQUES : DOULEUR ET AUTRES SYMPTÔMES

1. Évaluer la douleur chez une personne en soins palliatifs qui ne peut pas communiquer. \_\_\_\_\_
2. Utiliser de manière efficace les interventions pharmacologiques pour soulager la douleur d'une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
3. Utiliser des interventions non pharmacologiques et complémentaires pour soulager la douleur d'une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
4. Prodiger des soins efficaces pour soulager les nausées et vomissements chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
5. Prodiger des soins efficaces pour soulager la constipation chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
6. Prodiger des soins efficaces pour soulager la dyspnée chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
7. Prodiger des soins de bouches appropriés pour favoriser le confort d'une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
8. Détecter de manière précoce le délirium chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne me sens				Je me sens				Je me sens		
pas capable				modérément capable				hautement capable		

### **BESOINS PSYCHOSOCIAUX**

9. Prodiguer des soins efficaces pour diminuer la détresse psychologique d'une personne en soins palliatifs et de ses proches. \_\_\_\_\_
10. Accompagner une personne en soins palliatifs et ses proches dans leur expérience de deuil. \_\_\_\_\_
11. Évaluer l'impact d'une maladie grave à caractère fatale sur la dynamique familiale. \_\_\_\_\_
12. Aider une personne en soins palliatifs et ses proches à identifier leurs ressources personnelles pour faire face aux difficultés liées à une maladie grave à caractère fatale. \_\_\_\_\_

### **BESOINS SPIRITUELS**

13. Évaluer les besoins spirituels d'une personne en soins palliatifs et de ses proches. \_\_\_\_\_
14. Reconnaître la détresse spirituelle chez une personne en soins palliatifs et ses proches. \_\_\_\_\_
15. Aider une personne en soins palliatifs à explorer le sens de son expérience de maladie. \_\_\_\_\_
16. Adapter les soins en fonction des croyances spirituelles d'une personne en soins palliatifs et de ses proches. \_\_\_\_\_

### **BESOINS LIÉS AU STATUT FONCTIONNEL**

17. Évaluer les besoins liés aux activités de la vie quotidienne chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
18. Aider une personne en soins palliatifs à maintenir son autonomie le plus longtemps possible. \_\_\_\_\_
19. Mettre en place des interventions appropriées pour aider à diminuer l'épuisement des proches d'une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne me sens				Je me sens			Je me sens			
pas capable				modérément capable			hautement capable			

### **ENJEUX ÉTHIQUES ET LÉGAUX**

20. Reconnaître promptement les enjeux éthiques présents dans les situations de soins chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
21. Procurer de l'information à une personne en soins palliatifs concernant les aspects légaux associés à une maladie grave à caractère fatal. \_\_\_\_\_
22. Aider une personne en soins palliatifs à prendre des décisions éclairées concernant les soins de fin de vie. \_\_\_\_\_
23. Défendre les intérêts d'une personne en soins palliatifs et de ses proches auprès des autres professionnels. \_\_\_\_\_

### **COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET COMMUNICATION**

24. Participer activement aux discussions concernant une situation de soins palliatifs lors des rencontres de l'équipe interdisciplinaire. \_\_\_\_\_
25. Favoriser la communication entre la personne en soins palliatifs, ses proches et les professionnels de la santé pour assurer le partage d'information. \_\_\_\_\_
26. Favoriser la communication entre les différents professionnels de la santé lorsqu'un conflit surgit concernant les soins d'une personne en soins palliatifs et de ses proches. \_\_\_\_\_

### **ENJEUX PERSONNELS ET PROFESSIONNELS LIÉS AUX SOINS**

27. Reconnaître comment mes croyances personnelles et professionnelles peuvent influencer les soins que je prodigue à une personne en soins palliatifs et à ses proches. \_\_\_\_\_
28. Faire face aux pertes et aux deuils liés aux soins des personnes en soins palliatifs et de leurs proches. \_\_\_\_\_
29. Reconnaître mes ressources personnelles pour gérer le stress lié aux soins d'une personne en soins palliatifs et de ses proches. \_\_\_\_\_
30. Discuter de la mort avec une personne en soins palliatifs et ses proches. \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne me sens				Je me sens				Je me sens		
pas capable				modérément capable				hautement capable		

### **SOINS DE FIN DE VIE**

31. Prodiguer des soins efficaces pour soulager la détresse respiratoire dans les dernières heures de vie. \_\_\_\_\_
32. Reconnaître les signes et les symptômes d'une mort imminente chez une personne en soins palliatifs. \_\_\_\_\_
33. Assurer une présence authentique auprès d'une personne en soins palliatifs et de ses proches dans les dernières heures de vie. \_\_\_\_\_
34. Favoriser l'expression des traditions culturelles et religieuses de la personne en soins palliatifs et de ses proches dans les dernières heures de vie. \_\_\_\_\_

## **Appendice D**

Approbations éthiques

## COURRIER ÉLECTRONIQUE

Saint-Eustache, le 19 novembre 2018

M. Eric Tchouaket Nguemeleu  
Chercheur responsable  
Professeur  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais (UQO)  
Campus Saint-Jérôme  
[eric.tchouaket@uqo.ca](mailto:eric.tchouaket@uqo.ca)

Mme Karine Couturier  
Chercheuse-étudiante  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais (UQO)  
Campus de Saint-Jérôme  
[couk16@uqo.ca](mailto:couk16@uqo.ca)

**Objet: Protocole 2018-369-É**

*- L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD*

**Approbation finale**

Madame,  
Monsieur,

Nous confirmons la réception des formulaires d'information et de consentement modifiés (version française datée du 20 août 2018), ainsi que des précisions et documents concernant l'étude citée en rubrique, le tout en réponse aux demandes du Comité d'éthique de la recherche.

À la lecture des précisions et documents reçus, le tout est jugé satisfaisant et nous procédons donc à l'approbation finale de ladite étude.

Nous vous retournons sous pli copie des formulaires d'information et de consentement

portant l'estampille d'approbation du Comité d'éthique de la recherche. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les participants.

La présente constitue l'approbation finale du protocole par le Comité qui est valide pour un an à compter du 26 juin 2018, date de l'approbation initiale. Nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou aux formulaires de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Nous vous rappelons également que le projet ne pourra débuter que lorsque la Direction générale du Centre Intégré de Santé de de Services Sociaux (CISSS) des Laurentides vous en donnera l'autorisation.

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides exerce ses activités en conformité avec les exigences légales et réglementaires applicables au Québec et avec les directives du Ministère de la santé et des services sociaux. Il suit également les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Me Marie-Josée Bernardi  
Présidente  
Comité d'éthique de la recherche  
CISSS des Laurentides

CC: Mme Julie Boucher, Directrice des services multidisciplinaires, Directrice de l'enseignement et de la recherche et personne formellement mandatée pour autoriser la réalisation de la recherche au CISSS des Laurentides





Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec) J8X 3X7  
www.uqo.ca

Gatineau le 11 janvier 2019

Madame Karine Couturier  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

Objet: L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD

Projet #: 2962

C'est avec un très grand intérêt que j'ai pris connaissance de votre projet de recherche. Comme il s'agit d'un projet multi-centre qui a déjà fait l'objet d'une approbation de la part d'un comité d'éthique, soit:

**CISSS des Laurentides**

il n'a pas été nécessaire de soumettre le projet de façon formelle au CÉR de l'UQO. J'ai donc pris connaissance du dossier et constate, tout comme l'a fait le CISSS des Laurentides que le dossier répond aux conditions éthiques déterminées par l'UQO. Ainsi, j'approuve l'émission d'un certificat d'éthique du CER de l'UQO pour votre participation à cette recherche.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour la durée du projet à compter de sa date d'émission. La durée prévue du projet est de:

**Durée du projet: 1 an**

J'aimerais vous rappeler que pour assurer la conformité de votre certificat éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire un «Rapport de suivi continu» chaque année en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, ci-après «la Politique». Dans l'éventualité où ce rapport de suivi continu ne serait pas déposé 60 jours après la date où celui-ci aurait dû être déposé, le CER pourrait retirer son approbation éthique. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Vous devez aussi soumettre au CER toute modification au protocole de recherche pour validation avant la mise en œuvre de ces modifications.

Afin de vous conformer à la Politique, votre "Rapport de suivi continu" doit être transmis au CER le ou avant le:

**11 janvier 2020**

Un avis vous sera transmis par le secrétariat du CER 30 à jours avant cette date.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Durivage', written in a cursive style with a large loop at the end.



Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec) J8X 3X7  
www.uqo.ca

Notre référence: 2962

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

**Projet:** L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD

**Soumis par:** Karine Couturier  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

**Financement:** Non

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 11 janvier 2020

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

Date d'émission: 11 janvier 2019

## **Appendice E**

Formulaires d'informations et de consentement

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA  
RECHERCHE DU CISSS DES LAURENTIDES

DATE: 19 novembre 2018

SIGNATURE: *Marc-José Beaudin*

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT  
DESTINÉ AUX EXPERTS**

**Titre du projet:** L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers/infirmières en CHSLD

**Chercheur responsable:** **Éric Tchouaket Nguemeleu**, Professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), Campus de Saint-Jérôme. Chercheur Boursier Junior 1-FRQS, Chercheur Régulier au RRISIQ, Chercheur Régulier au Centre de recherche du CISSSO

**Chercheuse-étudiante:** **Karine Couturier**, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, profil mémoire, Université du Québec en Outaouais (UQO), Campus de Saint-Jérôme

**FINANCEMENT:** Fonds de recherche du chercheur responsable

**No de projet au CISSS des Laurentides:** 18.369

---

**PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous avez de l'expertise dans les domaines des soins palliatifs, de la pratique réflexive ou des soins infirmiers en CHSLD. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement,

veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### **NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET**

Présentement, au Québec, 3% des personnes âgées en perte d'autonomie sont hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En 2012-2013, cela représentait 33 759 personnes, dont 42% étaient âgées de 85 ans et plus. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, les deux tiers de ces personnes sont atteintes de multipathologies, dont au moins trois problèmes de santé chroniques, et plus de 80% d'entre elles présentent des pertes cognitives. En 2014-2015, dans certaines régions, l'espérance de vie de ces personnes était inférieure à 18 mois, portant ainsi le nombre de décès annuels entre 30 et 50% en CHSLD. Ces constats mènent à la réflexion suivante: «Les personnes hébergées en CHSLD devraient-elles être considérées comme étant en soins palliatifs?»

Les infirmières sont appelées à jouer un rôle primordial dans la prestation des soins palliatifs. D'ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent que les infirmières en soins palliatifs évaluent et gèrent efficacement la douleur et les autres symptômes à partir de leurs connaissances spécialisées. Ces auteurs ajoutent que les infirmières doivent également être proactives dans l'approche palliative précoce, dans la communication et le support au patient-famille, ainsi que dans la défense des droits et volontés de ceux-ci. Il s'avère donc pertinent de s'intéresser à la nature des compétences nécessaires en soins palliatifs ainsi qu'aux moyens de les développer.

Plusieurs études ont démontré que les compétences en soins palliatifs des infirmières en CHSLD doivent être améliorées. Selon la littérature scientifique, l'approche palliative y est offerte seulement dans les derniers jours; moins de 20% des résidents reçoivent des analgésiques dans leur dernière semaine de vie; plusieurs sont exposés à des soins inconfortables ou disproportionnés. Quant aux infirmières, elles se sentent peu outillées pour la communication et l'enseignement aux résidents et ses proches dans cette étape cruciale.

La littérature scientifique démontre également qu'un processus d'auto-évaluation des compétences permet aux infirmières d'identifier leurs forces et les notions qu'elles doivent améliorer. Par exemple, le concept de pratique réflexive est décrit comme étant un processus d'apprentissage et de développement au moyen de l'auto-évaluation de sa pratique, en y incluant les expériences, les pensées, les émotions, les actions et les connaissances. Plusieurs études ont démontré que la pratique réflexive est une approche novatrice qui permet le développement professionnel des infirmières, l'amélioration de leur confiance en soi et le développement de leurs habiletés de communication. La pratique réflexive permet également de tourner la page sur des situations cliniques difficilement vécues et de trouver de nouvelles stratégies pour la pratique clinique future.

La présente recherche a donc pour but principal de tenter de déterminer, via une intervention de groupe de pratique réflexive, si de tels groupes influencent la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers/infirmières en CHSLD, et si oui, dans quelle mesure.

Dans le cadre de cette recherche, le rôle des experts consiste à analyser et apporter des recommandations en lien avec l'intervention de pratique réflexive tel que proposée par les chercheurs.

La nature de leur participation est décrite dans ce formulaire d'information et de consentement, dans la section « Nature de la participation demandée ». Pour ce qui est de la participation des infirmiers/infirmières, leur participation consiste à contribuer aux rencontres, et ce, en choisissant une situation de soins vécue en lien avec les soins palliatifs dans le cadre de leur travail en CHSLD. Par la suite, les infirmiers/infirmières devront analyser cette situation en groupe, guidé par un mentor et à l'aide du modèle de réflexion structurée proposé.

#### **NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION**

20 à 30 infirmiers/infirmières œuvrant en CHSLD et 3 experts travaillant dans les domaines des soins palliatifs, de la pratique réflexive ou des soins infirmiers en CHSLD au CISSS des Laurentides ou à l'Université du Québec en Outaouais seront recrutés pour prendre part à cette étude. Sera considérée comme experte une conseillère cadre clinique qui œuvrent dans les domaines à l'étude, soit en soins palliatifs ou en soins infirmiers en CHSLD. Aussi, un chercheur universitaire dont le champ d'intérêt est la pratique réflexive ou les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie.

La durée globale de cette étude sera de 8 mois, soit de septembre 2018 à avril 2019. La participation individuelle des experts se déroulera sur une période d'un mois, sur votre propre temps.

#### **NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE**

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, vous devrez faire des commentaires et suggestions en afin de valider l'intervention tel que proposée par les chercheurs. Votre consultation, qui se fera sur une base volontaire et sur votre temps personnel, pourra être réalisée à l'endroit de votre choix.

Vous pourriez être consultés à 2 ou 3 reprises. Cette période de consultation demande environ 60 minutes pour chacune des consultations.

#### **DÉROULEMENT DU PROJET/PROCÉDURES**

Ce projet de recherche comportera 3 phases:

- 1) phase de développement de l'intervention;
- 2) phase de mise à l'essai de l'intervention; et,
- 3) phase d'évaluation de l'intervention.

##### **- Phase 1: Développement de l'intervention (septembre 2018)**

Cette première phase pour laquelle votre participation est demandée consistera à effectuer une analyse de la littérature scientifique et consulter des experts du CISSS des Laurentides et de l'Université du Québec en Outaouais dans le domaine des soins palliatifs, de la pratique réflexive et des soins infirmiers en CHSLD afin de valider le contenu de l'intervention tel que développé par les chercheurs. L'analyse de la littérature et la proposition de l'intervention a été réalisée par l'étudiante chercheuse.

Dans le cadre de votre participation, vous devrez:

- Prendre connaissance du document «Consultation experts pour intervention», qui vous est envoyé par courriel, joint à ce formulaire d'information et de consentement.

- Émettre des commentaires et des suggestions par écrit, directement sur le document et le retourner à l'équipe de recherche. À noter qu'un délai d'un mois vous sera accordé pour rédiger vos commentaires et nous les retourner par courriel.

- Phase 2: Mise à l'essai de l'intervention (octobre 2018)

Suite à la première phase, un groupe de 4 à 6 infirmiers/infirmières mettra à l'essai l'intervention. Celles-ci seront recrutées sur une base volontaire, dans un CHSLD du CISSS des Laurentides.

- Phase 3: Évaluation de l'intervention (décembre 2018 à avril 2019)

Cette troisième et dernière phase du projet de recherche consiste à évaluer l'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP). Cette troisième phase sera divisée en trois étapes: i) mesurer la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP) avant l'intervention; ii) procéder à l'intervention de pratique réflexive; iii) mesurer à nouveau la PCISP. Les infirmiers/infirmières participants devront compléter un questionnaire de données sociodémographique ainsi qu'un questionnaire sur la PCISP, et devront contribuer à l'intervention de pratique réflexive.

#### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Toutefois, la consultation des documents et la rédaction des commentaires et des suggestions vous prendront du temps personnel, ce qui pourra avoir un impact sur le temps que vous pourrez accorder à vos différentes occupations.

À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine, qui est le développement d'une intervention de pratique réflexive en groupe.

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations tels que votre nom, votre titre d'emploi, ainsi que les commentaires et recommandations que vous aurez émis.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 5 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

#### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**



Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande au chercheur responsable à la fin de l'étude. Les résultats seront diffusés dans le mémoire de recherche de l'étudiante chercheuse. Aussi, des présentations lors d'un atelier délibératif, sous forme de dîner conférence, lors de colloques ainsi que la rédaction d'un article scientifique sont également envisagés.

#### **FINANCEMENT DU PROJET**

Le projet est financé par des fonds de recherche personnels du chercheur responsable.

#### **COMPENSATION**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

#### **EN CAS DE PRÉJUDICE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré(e) du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

#### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable, Éric Tchouaket, au numéro suivant: 450-530-7616, poste 4039 (entre 9h00 et 17h00, du lundi au vendredi).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CISSS des Laurentides, au 450-432-8708 ou au 1-866-822-0549.

**SIGNATURE**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du/de la participant(e)	Date
--------------------------	-----------------------------------	------

**SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE**

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
--------------------------	--	------

**ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE**

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au/à la participant(e).

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du chercheur responsable	Date
--------------------------	------------------------------------	------

**Veillez noter:**

Il faut consigner dans le dossier de recherche du(de la) participant(e), le cas échéant, d'autres renseignements sur l'aide fournie au cours du processus visant à obtenir le consentement.

**APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides a approuvé le projet et en assurera le suivi.

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA  
RECHERCHE DU CISSS DES LAURENTIDES

DATE: 19 novembre 2018

SIGNATURE: *Eric Tchouaket Nguemeleu*

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX  
INFIRMIERS/INFIRMIÈRES**

**Titre du projet:** L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers/infirmières en CHSLD

**Chercheur responsable:** **Éric Tchouaket Nguemeleu**, Professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), Campus de Saint-Jérôme. Chercheur Boursier Junior 1-FRQS, Chercheur Régulier au RRISIQ, Chercheur Régulier au Centre de recherche du CISSSO

**Co-chercheuse-étudiante:** **Karine Couturier**, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, profil mémoire, Université du Québec en Outaouais (UQO), Campus de Saint-Jérôme

**FINANCEMENT:** Fonds de recherche du chercheur responsable

**No de projet au CISSS des Laurentides:** 18.369

**PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes infirmiers/infirmières en CHSLD et que vous prodiguez régulièrement des soins palliatifs et de fin de vie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce

formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

Présentement, au Québec, 3% des personnes âgées en perte d'autonomie sont hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En 2012-2013, cela représentait 33 759 personnes, dont 42% étaient âgées de 85 ans et plus. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, les deux tiers de ces personnes sont atteintes de multipathologies, dont au moins trois problèmes de santé chroniques, et plus de 80% d'entre elles présentent des pertes cognitives. En 2014-2015, dans certaines régions, l'espérance de vie de ces personnes était inférieure à 18 mois, portant ainsi le nombre de décès annuels entre 30 et 50% en CHSLD. Ces constats mènent à la réflexion suivante: «Les personnes hébergées en CHSLD devraient-elles être considérées comme étant en soins palliatifs?»

Les infirmiers/infirmières sont appelées à jouer un rôle primordial dans la prestation des soins palliatifs. D'ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent que les infirmiers/infirmières en soins palliatifs évaluent et gèrent efficacement la douleur et les autres symptômes à partir de leurs connaissances spécialisées. Ces auteurs ajoutent que les infirmiers/infirmières doivent également être proactives dans l'approche palliative précoce, dans la communication et le support au patient-famille, ainsi que dans la défense des droits et volontés de ceux-ci. Il s'avère donc pertinent de s'intéresser à la nature des compétences nécessaires en soins palliatifs ainsi qu'aux moyens de les développer.

Plusieurs études ont démontré que les compétences en soins palliatifs des infirmiers/infirmières en CHSLD doivent être améliorées. Selon la littérature scientifique, l'approche palliative y est offerte seulement dans les derniers jours; moins de 20% des résidents reçoivent des analgésiques dans leur dernière semaine de vie; plusieurs sont exposés à des soins inconfortables ou disproportionnés. Quant aux infirmiers/infirmières, elles se sentent peu outillées pour la communication et l'enseignement aux résidents et ses proches dans cette étape cruciale.

La littérature scientifique démontre également qu'un processus d'auto-évaluation des compétences permet aux infirmiers/infirmières d'identifier leurs forces et les notions qu'elles doivent améliorer. Par exemple, **le concept de pratique réflexive est décrit comme étant un processus d'apprentissage et de développement au moyen de l'auto-évaluation de sa pratique, en y incluant les expériences, les pensées, les émotions, les actions et les connaissances.** Plusieurs études ont démontré que la pratique réflexive est une approche novatrice qui permet le développement professionnel des infirmiers/infirmières, l'amélioration de leur confiance en soi et le développement de leurs habilités de communication. La pratique réflexive permet également de tourner la page sur des situations cliniques difficilement vécues et de trouver de nouvelles stratégies pour la pratique clinique future.

3 experts travaillant dans les domaines des soins palliatifs, de la pratique réflexive ou des soins infirmiers en CHSLD et 20 à 30 infirmiers/infirmières œuvrant en CHSLD dans le CISSS des Laurentides seront recrutés pour prendre part à cette étude.

Dans le cadre de cette recherche, le rôle des experts consiste à analyser et apporter des recommandations en lien avec l'intervention de pratique réflexive tel que proposée par les chercheurs. Pour ce qui est de la participation des infirmiers/infirmières, la nature de leur participation est décrite dans ce formulaire d'information et de consentement, dans la section « Nature de la participation demandée ».

La présente recherche a donc pour but principal de tenter de déterminer, via une intervention de groupe de pratique réflexive, si de tels groupes influencent la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers/infirmières en CHSLD, et si oui, dans quelle mesure.

#### **NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION**

3 experts travaillant dans les domaines des soins palliatifs, de la pratique réflexive ou des soins infirmiers en CHSLD et 20 à 30 infirmières œuvrant en CHSLD dans le CISSS des Laurentides seront recrutés pour prendre part à cette étude. Parmi ces infirmières, un groupe de 4 à 6 infirmiers/infirmières seront sélectionnés pour mettre à l'essai l'intervention sur leur temps personnel.

La durée globale de cette étude sera de 8 mois, soit de septembre 2018 à avril 2019. La participation individuelle des infirmiers/infirmières se déroulera sur une période de 4 mois.

#### **NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE**

Si vous vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, vous devrez répondre à deux questionnaires, à deux moments différents, et ce, à un intervalle de quatre mois. Les réponses aux questionnaires demandent environ 60 minutes à chaque reprise.

Aussi, vous participerez à l'intervention de pratique réflexive, **qui se déroulera sur une période de 9 semaines, lors de rencontres hebdomadaires de 60 minutes chacune**. Afin de faciliter votre participation, 6 plages horaires hebdomadaires seront disponibles afin que vous puissiez participer sur votre temps personnel aux 9 différentes rencontres (voir le tableau en annexe pour la description des rencontres).

#### **DÉROULEMENT DU PROJET/PROCÉDURES**

Ce projet de recherche comportera 3 phases:

- 1) phase de développement de l'intervention;
- 2) **phase de mise à l'essai de l'intervention; et,**
- 3) **phase d'évaluation de l'intervention.**

##### **- Phase 1: Développement de l'intervention (septembre 2018)**

La première phase consistera à effectuer une analyse de la littérature scientifique et à consulter des experts du CISSS des Laurentides et de l'Université du Québec en Outaouais dans le domaine des soins palliatifs, de la pratique réflexive et des soins

infirmiers en CHSLD afin de valider le contenu de l'intervention tel que développé par les chercheurs.

**- Phase 2: Mise à l'essai de l'intervention (novembre 2018) Durée:**

Cette mise à l'essai se fera en **trois rencontres de 60 minutes chacune**, sur une semaine. La description détaillée des rencontres se retrouve en annexe. Lors de cette phase, votre participation consistera à:

- Contribuer aux rencontres, et ce, en choisissant une situation de soins vécue en lien avec les soins palliatifs dans le cadre de votre travail en CHSLD.
- Par la suite, vous devrez analyser cette situation en groupe, guidé(e) par un mentor et à l'aide du modèle de réflexion structurée proposé.
- Lors de la dernière rencontre, vous devrez participer à un retour sur l'intervention de pratique réflexive auquel vous avez participé et compléter un sondage de satisfaction afin que l'équipe de recherche puisse apporter des changements à l'intervention si requis.

**- Phase 3: Évaluation de l'intervention (janvier à avril 2019) Durée:**

Cette troisième et dernière phase du projet de recherche, **pour laquelle votre participation est également demandée**, consiste à évaluer l'influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP).

Cette troisième phase sera divisée en trois étapes:

- i) Mesurer la PCISP une semaine avant l'intervention;
- ii) Procéder à l'intervention de pratique réflexive pendant 9 semaines;
- iii) Mesurer la PCISP quatre semaines après l'intervention

Lors de cette phase, d'une durée totale de 15 semaines, votre participation consistera à:

- Compléter un questionnaire de données sociodémographiques ainsi qu'un questionnaire sur la PCISP.
- Aussi, vous devrez contribuer aux rencontres de groupe de pratique réflexive, et ce, en choisissant une situation de soins vécue en lien avec les soins palliatifs dans le cadre de votre travail en CHSLD.
- Pour vous préparer aux rencontres, vous devrez vous référer au calendrier des rencontres afin de choisir une situation de soins vécues selon le domaine de soins palliatifs étant prévu au calendrier.
- Lors des rencontres, vous analyserez cette situation en groupe, guidé(e) par un mentor et à l'aide du modèle de réflexion structurée proposé.

**VOS RESPONSABILITÉS ET PRÉCAUTIONS IMPORTANTES À PRENDRE**

- En signant le présent formulaire de consentement, vous acceptez de participer à ce projet de recherche, tel que décrit précédemment.

- Vous devrez informer le plus rapidement possible l'équipe de recherche si vous avez tout problème ou toute préoccupation qui pourrait avoir un impact sur votre santé ou votre travail. Vous pourrez les joindre aux numéros de téléphone indiqués dans la section «Identification des personnes ressources».
- Vous devrez accepter et vous conformer aux règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive.

### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

La participation à cette étude pourrait vous occasionner certains inconvénients. Par exemple, le partage des expériences vécues en lien avec les soins palliatifs peut susciter des souvenirs difficiles et émotifs. Afin de gérer cet inconvénient, vous serez référé(e) au programme d'aide aux employés de votre établissement en cas de besoin de soutien psychologique. Aussi, afin de respecter votre vie privée et celles des autres participants, des règles de fonctionnement du groupe seront émises lors de la première rencontre. Afin d'éviter que les éléments discutés lors des rencontres ne portent atteinte à la réputation des participants, l'équipe de recherche veillera à ce que les règles de fonctionnement soient respectées par chaque participant tout au long du projet de recherche.

Finalement, la préparation et la participation aux rencontres de pratique réflexive vous demanderont un certain temps. Il est possible que vous ayez à vous déplacer lors d'une journée de congé ou sur un autre quart de travail afin de pouvoir participer aux rencontres. Toutefois, un calendrier des rencontres vous sera remis dès le début du projet et 6 plages horaires hebdomadaires seront disponibles pour chacune des rencontres afin de diminuer cet inconvénient.

### **AVANTAGES**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Selon les recherches menées précédemment, la pratique réflexive pourrait permettre le développement professionnel, l'amélioration de la confiance en soi et des habiletés de communication. Aussi, ce moment de partage entre collègues pourrait vous aider à tourner la page sur des situations cliniques difficiles, à trouver de nouvelles stratégies pour votre pratique clinique future, en plus d'avoir des impacts positifs sur la cohésion de votre équipe. De plus, les rencontres de groupe de pratique réflexive sont considérées comme étant des heures de formation continue non accréditées par votre ordre professionnel. Finalement, à tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations tels que votre nom, votre sexe, votre âge, votre date de graduation, votre ancienneté, votre statut d'emploi et votre niveau de scolarité.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 5 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

#### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande au chercheur responsable à la fin de l'étude. Les résultats seront diffusés dans le mémoire de recherche de l'étudiante chercheuse. Aussi, des présentations lors d'un atelier délibératif, sous forme de diner conférence, lors de colloques, ainsi que la rédaction d'un article scientifique sont également envisagés.

#### **FINANCEMENT DU PROJET**

Le projet est financé par des fonds de recherche personnels du chercheur responsable.

#### **COMPENSATION**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

#### **EN CAS DE PRÉJUDICE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par toute procédure reliée à ce projet de recherche, vous serez référé(e) au programme d'aide aux employés de votre établissement.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations



indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré(e) du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

#### **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheur responsable, Éric Tchouaket, au numéro suivant: 450-530-7616, poste 4039 (entre 9h00 et 17h00, du lundi au vendredi).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CISSS des Laurentides, au 450-432-8708 ou au 1-866-822-0549.

**SIGNATURE**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du/de la participant(e)	Date
--------------------------	-----------------------------------	------

**SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE**

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
--------------------------	--	------

**ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE**

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au/à la participant(e).

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du chercheur responsable	Date
--------------------------	------------------------------------	------

**Veillez noter:**

Il faut consigner dans le dossier de recherche du(de la) participant(e), le cas échéant, d'autres renseignements sur l'aide fournie au cours du processus visant à obtenir le consentement.

**APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides a approuvé le projet et en assurera le suivi.

## Annexe

## Description des rencontres de mise à l'essai de l'intervention de pratique réflexive

Rencontres	Objectifs	Contenu	Date/heure/endroit
#1: Présentation du projet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir un climat de confiance et présentation des participants ;</li> <li>2. Introduire les domaines de la PCISP ;</li> <li>3. Expliquer ce qu'est la pratique réflexive et le MRS de Johns (2006);</li> <li>4. Établir des règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des domaines de la PCISP selon Desbiens (2015)</li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> <li>- Règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> </ul>	À déterminer
#2: Mise à l'essai de l'intervention	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec un des domaines des soins palliatifs.</li> <li>2. Effectuer une rencontre de pratique réflexive selon les modalités définies.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des domaines de la PCISP selon Desbiens (2015)</li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	
#3: Retour sur l'intervention	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire un retour sur l'intervention de pratique réflexive.</li> <li>2. Identifier les forces et les éléments à améliorer à l'intervention.</li> <li>3. Suggérer des améliorations à apporter à l'intervention</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sondage de satisfaction des participants.</li> </ul>	

## Calendrier des rencontres de pratique réflexive

Semaines	Objectifs	Contenu	Dates/locaux
<b># 1: Premier contact</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Établir un climat de confiance</li> <li>Présenter les domaines de la PCISP</li> <li>Se familiariser avec la pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006)</li> <li>Établir les règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Description des domaines de la PCISP selon Desbiens (2015)</li> <li>Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> <li>Règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> </ul>	<p>6 plages horaires hebdomadaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p> <p>Locaux à déterminer</p>
<b># 2: Besoins physiques: douleur et autres symptômes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se familiariser avec le domaine des besoins physiques, tels que la douleur et les autres symptômes en soins palliatifs.</li> <li>Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins physiques, soit la douleur et les autres symptômes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Description du domaine des besoins physiques : douleur et autres symptômes : <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation et collaboration au traitement de la douleur et des autres symptômes physiques (ex : dyspnée, nausées et vomissements, confusion, fatigue, etc.) ;</li> <li>Favoriser le confort physique de la personne à l'aide d'interventions pharmacologiques, non pharmacologiques ou complémentaires.</li> </ul> </li> <li>Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	

Semaines	Objectifs	Contenu	Dates/locaux
<b># 3: Besoins psychosociaux</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec le domaine des besoins psychosociaux en soins palliatifs.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins psychosociaux.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des besoins psychosociaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluer les besoins psychologiques et sociaux de la personne et de ses proches ;</li> <li>o Soutenir émotionnellement la personne et ses proches, les accompagner dans leur adaptation à la maladie et aux pertes associées ;</li> <li>o Accompagne les proches dans leur processus de deuil avant et après le décès et les orienter vers les ressources appropriées au besoin.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>6 plages horaires hebdomadaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p> <p>Locaux à déterminer</p>
<b># 4: Besoins spirituels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec le domaine des besoins spirituels en soins palliatifs.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins spirituels.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des besoins spirituels: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluer les besoins spirituels de la personne et des ses proches ;</li> <li>o Les assister dans leur recherche d'un sens, à travers des interventions spirituelles adaptées ;</li> <li>o Favoriser l'expression et la pratique des rites religieux, lorsqu'indiqué.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	

Semaines	Objectifs	Contenu	Dates/locaux
<b># 5: Besoins lié au statut fonctionnel</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec le domaine des besoins liés au statut fonctionnel en soins palliatifs.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec des besoins liés au statut fonctionnel.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des besoins liés au statut fonctionnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Évaluer les besoins liés aux activités de la vie quotidienne et aider la personne et ses proches à y répondre;</li> <li>o Favoriser le maintien des capacités fonctionnelles de la personne et son autonomie.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>6 plages horaires hebdomadaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p>
<b># 6: Enjeux éthiques et légaux</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec les enjeux éthiques et légaux en soins palliatifs.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue lors de laquelle des enjeux éthiques et légaux sont survenus.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des enjeux éthiques et légaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Reconnaître les dilemmes éthiques propres aux soins palliatifs, par exemple les niveaux de soins, la non réanimation, l'alimentation, l'hydratation, l'arrêt des traitements, l'euthanasie, la sédation palliative, etc. ;</li> <li>o Élaborer un jugement éthique approprié dans les situations de soins;</li> <li>o Aider la personne et ses proches à répondre aux questions éthiques reliées à la fin de vie ;</li> <li>o Collaborer aux prises de décisions cliniques à dimension éthiques ;</li> </ul> </li> </ul>	<p>Locaux à déterminer</p>

Semaines	Objectifs	Contenu	Dates/locaux
# 6: Enjeux éthiques et légaux (suite)		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Défendre les droits de la personne et appuyer les prises de décisions autonomes.</li> </ul> <p>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</p>	<p>6 plages horaires hebdomadaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul>
# 7: Collaboration interprofessionnelle et communication	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec la collaboration interprofessionnelle et la communication en soins palliatifs.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue lors de laquelle des enjeux de collaboration interprofessionnelle ou de communication sont survenus.</li> </ol>	<p>- Description du domaine de la collaboration interprofessionnelle et de la communication:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utiliser une approche interdisciplinaire dans le travail et favoriser la collaboration;</li> <li>○ Participer activement aux rencontres d'équipe interdisciplinaire;</li> <li>○ Collaborer à la continuité des soins et des services ;</li> <li>○ Évaluer les besoins d'information de la personne et de ses proches et y répondre ;</li> <li>○ Enseigner et communiquer efficacement les renseignements reliés à la fin de vie ;</li> <li>○ Établir une relation thérapeutique, en appliquant les principes de la communication ;</li> <li>○ Faciliter les communications familiales ;</li> <li>○ Organiser et animer des rencontres familiales.</li> </ul> <p>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</p>	<p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p> <p>Locaux à déterminer</p>

Semaines	Objectifs	Contenu	Dates/locaux
<b># 8: Enjeux personnels et professionnels liés aux soins</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec les enjeux personnels et professionnels en soins palliatifs.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue lors de laquelle des enjeux personnels ou professionnels sont survenus.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des enjeux personnels et professionnels liés aux soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Reconnaître l'influence de ses propres valeurs et croyances sur la prestation des soins;</li> <li>o Reconnaître les facteurs de stress particuliers aux soins infirmiers palliatifs et déterminer des stratégies qui assurent le bien-être.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>6 plages horaires hebdomadaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30</li> <li>- 14h00</li> <li>- 15h30</li> </ul> <p>2 journées par semaines, qui seront déterminées avec le chef d'unité selon les besoins du milieu.</p>
<b># 9: Soins de fin de vie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se familiariser avec les soins de fin de vie.</li> <li>2. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue en lien avec les soins de fin de vie.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du domaine des soins de fin de vie : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Assurer le confort du patient et soulager la douleur et les autres symptômes pendant les dernières heures de vie ;</li> <li>o Accompagner le patient et sa famille, les aider à se préparer au moment du décès;</li> <li>o Reconnaître les signes et symptômes de mort imminente;</li> <li>o Supporter la famille après le décès.</li> </ul> </li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	<p>Locaux à déterminer</p>



## **Appendice F**

Analyse des écrits scientifiques sur la pratique réflexive en groupe

Auteurs et année de publication	Type d'étude/ Buts	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon	Méthode	Résultats
Bailey, M.E., & Graham, M.M. (2007).	Qualitative exploratoire. Buts : Introduire, faciliter et évaluer des groupes de PR, en combinaison avec un journal réflexif.	Session 1-4: Modèle réflexif de Gibbs. Session 5-: MRS Johns.	8 infirmières en soins palliatifs en Irlande.	8 sessions de 2.5 heures sur une période d'un an.	Pratique PR offre un environnement de soutien et de partage d'expériences. Permet l'introspection afin de documenter la pratique. Il y a des bénéfices à un guide et un modèle de réflexion.
Caley, L., Pittordou, V., Adams, C., Gee, C., Pitkahoo, V., Matthews, J.,... Muls, A. (2017)	Qualitatif phénoménologique. But : Présenter l'expérience des groupes réguliers de PR chez des infirmières qui travaillent en recherche pour l'oncologie.	Modèle réflexif de Gibbs.	7 infirmières en oncologie.	21 sessions, 9 participants en moyenne, 1 heure, toutes les 8 semaines.	PR peut être appliquée dans un contexte de recherche, pour expérience positive afin d'augmenter la confiance, support essentiel qui demande du temps et de l'effort.
Dawber, C. (2013).	Méthode mixte : questionnaire, focus group. But : Observer l'évolution des GPR dans différents milieux cliniques et évaluer les impacts.	Group as a whole approach	18 infirmières aux soins intensifs, oncologie et sages-femmes guidés par un mentor.	SI : 3-10 infirmières, 45 min, 1x/mois SF: 6-7 SF, 1 h, 1x/mois. Onco : 6-8 inf, 1 h, 2x/mois, 8 mois.	PR est bénéfique pour la gestion du stress. Permet un moment propice à la ventilation, la reconnaissance, la validation et à la construction de la résilience. Permet de développer la conscience de soi et la confiance et cohésion de l'équipe.

Auteurs et année de publication	Type d'étude/ Buts	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon	Méthode	Résultats
Dubé, V., & Ducharme, F. (2014)	Méthode mixte : approche qualitative de type recherche-action et approche quantitative de type quasi-expérimental avec groupe de comparaison, avant après But : Évaluer une intervention de PR et décrire les habiletés et les connaissances développées par les infirmières au cours de l'intervention de PR ainsi que leurs perceptions quant à la PR comme moyen pour améliorer leur pratique clinique liée aux soins aux personnes âgées.	MRS de Johns (2006)	43 infirmières sur unité de médecine/chirurgie	8 ateliers de 75 minutes sur 22 semaines, 3 d'intervalles. 4-8 infirmières par groupe.	PR permet l'introspection, l'ouverture aux autres et l'analyse critique. Permet de développer des savoirs empirique, éthique, esthétique, personnel et émancipatoire. A amélioré significativement l'attitude et les connaissances à l'égard des aînés hospitalisés.
Dubé, V. & Ducharme, F. (2015)	Revue des écrits empiriques. But : Établir le portrait actuel des connaissances empiriques sur la PR afin d'identifier les avenues de la recherche en sciences infirmières.	N/A	37 études entre 1995-2012		Peu d'études ayant mis en place et évalué une intervention de PR en milieu clinique en sciences infirmières.

Auteurs et année de publication	Type d'étude/ Buts	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon	Méthode	Résultats
Gallagher et al. 2107	Étude descriptive exploratoire. Buts: Identifier les facteurs qui facilitent et entravent la participation des étudiants aux rencontres de PR. Décrire l'expérience des étudiants qui participent aux rencontres de PR.	Modèle réflexif de Gibbs (1988)	53 étudiants infirmiers sages-femmes et 10 mentors.	3-4 sessions, 1x/semaine, de septembre 2012 à juin 2103, durée d'une heure.	Les groupes de PR sont une forme de soutien entre pairs et agissent comme catalysateur dans le développement de la pratique clinique. La PR contribue au développement des compétences, de l'introspection et à l'engagement des professionnels.
Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., & Dumont, K. (2015)	Étude descriptive longitudinale évaluative. But: Décrire le processus d'implantation d'une intervention de PR auprès d'infirmières novices.	Post simulation debriefing model (Lavoie, Pepin & Boyer, 2013)	55 infirmières, 2 hôpitaux universitaires	Groupe de 4-5 infirmières, 10 sessions sur 20 semaines. Session de 30 minutes.	PR permet l'amélioration de la confiance en soi, du raisonnement et du leadership clinique, ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Selon les gestionnaires, la sécurité et la qualité des soins aux patients ainsi que la cohésion entre les infirmières nouvelles et celles plus expérimentées ont été favorisées par l'intervention de PR.

Auteurs et année de publication	Type d'étude/ Buts	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon	Méthode	Résultats
Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007).	Méta-synthèse. But: Répertorien et analyser les études qualitatives pour résumer les connaissances et la compréhension du concept de PR chez les infirmières.	N/A	63 écrits entre 1980-2004 : - 36 études empiriques - 27 écrits théoriques	Groupe de 4 à 7, 10 rencontres, 40 minutes. Guidés pas un mentor.	PR est essentielle pour prodiguer et augmenter des soins éthiques et holistiques. Le succès de la PR dépend des capacités individuelles de la personne à réfléchir sur sa propre pratique.
Hockley (2014)	Étude qualitative de type recherche-action. But: Développer et d'implanter une intervention de PR.	Non spécifié	34 infirmières et auxiliaires	Groupe de 4 à 7, 10 rencontres, 40 minutes. Guidés pas un mentor.	PR permet de partager les savoirs, d'apprendre des autres et de créer un environnement de soutien par le partage d'expériences difficiles. Permet de développer la pensée critique, et de l'aspect éthique des situations, tel que l'acharnement thérapeutique.
Lord-Fontaine, L., Legault, A. (2015)	Travail dirigé en sciences infirmières But : Proposer une intervention de PR en tant que stratégie de formation continue des infirmières en soins de longue durée au sujet des soins palliatifs	Approche par compétences Modèle de développement d'équipes de soins réflexives proposé par Ghaye (2005)	Aucun	Non applicable	Une intervention de formation continue hybride est proposée. Celle-ci est composée de : 1) groupe de PR basé sur des incidents critiques relatés par les participants; et de 2) ateliers thématiques construits autour d'études de cas.

Auteurs et année de publication	Type d'étude/ Buts	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon	Méthode	Résultats
Mann, K., Gordon, J. & MacLeod, A. (2009)	Revue systématique des écrits Buts: Comprendre les variables clés qui influencent le processus d'éducation; identifier la différence entre les évidences et explorer l'implication de la PR pour l'éducation et la recherche.	N/A	29 articles entre 1995-2005	2 études sur les GPR : 4 groupes, 6-10 étudiants, 4-5 rencontres.	Aucune étude empirique n'évalue les résultats de la PR. Elle est surtout appropriée pour les situations cliniques complexes. La PR se développe avec le temps et la pratique, mais semble être facilitée lorsque réalisée en petits groupes et accompagné d'un mentor. Un environnement qui encourage est facilitant.
McVey & Jones (2012)	Qualitative, focus groups But: Évaluer l'impact des groupes de supervision clinique.	Non spécifié	13 professionnels (12 infirmières et 1 ergothérapeute)	Groupe de 3 participants et 1 facilitateur, 60 à 90 minutes, 1 fois par mois,	Amélioration du développement professionnel, partage d'idées et de solutions. Acquisition d'habiletés relationnelles, de la communication et de la confiance en soi.
Manning, A., Cronin, P., Managhan, A. & Rawlings-Anderson, K. (2009)	Qualitative, focus groups. But: Explorer la perception des étudiants afin d'identifier comment développer la PR pour les programmes d'enseignement.	Non spécifié	4 groupes d'étudiants infirmiers (2 groupes de 1 <sup>re</sup> année, 2 groupes de 3 <sup>e</sup> année	Durée des GPR de 3mois, guidés par un facilitateur	La PR aide à voir d'autres perspectives. Aide à la résolution de problèmes. Relie la théorie à la pratique. Développe les relations et l'introspection.

Auteurs et année de publication	Type d'étude/ Buts	Cadre de référence ou base théorique	Échantillon	Méthode	Résultats
Meziane, D. (2017)	Quantitative, pré-experimentale, avant-après, groupe unique. But : Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et les effets préliminaires d'une activité de PR sur la détresse morale des infirmières offrant des soins de fin de vie dans un contexte de soins curatifs.	MRS de Johns (2006) <i>Human Caring</i> de Watson (2012)	18 infirmières	120 minutes, 3 semaines, intervalle de 2 à 3 semaines.	Réaliser une intervention de PR est faisable et acceptée par les infirmières. Cette permet de confirmer l'importance de la problématique et qu'il s'avère nécessaire d'augmenter les connaissances sur la PR et la détresse morale des infirmières.
Turcotte, A. (2012)	Qualitative, recherche-action participative But : Documenter le processus de facilitation d'une PR, de type co-développement, et explorer influence sur les compétences relationnelles des IPO et sur d'autres dimensions à la fois personnelles, organisationnelles et cliniques.	Pyramide de St-Arnaud (2009)	6 infirmières pivots en oncologie	Durée : 2 infirmières, 3 heures, 1x/mois, 3 cycles de 4 mois	PR permet des changements importants sur le plan des valeurs et principes, des perceptions et des stratégies d'action. PR a un impact sur la satisfaction liée au travail et a des bienfaits sur la santé. Le climat de travail est plus calme et les processus d'équipe plus satisfaisants.

## **Appendice G**

Description de la consultation d'infirmières pour la validation de l'intervention de pratique  
réflexive



**Description des rencontres de consultation des infirmières pour la validation de  
l'intervention de pratique réflexive**

<b>Sujet et durée</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Contenu</b>	<b>Date/heure/endroit</b>
<b>Présentation</b> (20 minutes)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir un climat de confiance et présentation des participants;</li> <li>2. Introduire les domaines de la PCISP;</li> <li>3. Expliquer la pratique réflexive et le MRS de Johns (2006);</li> <li>4. Établir des règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des domaines de la PCISP selon Desbiens (2015)</li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> <li>- Règles de fonctionnement du groupe de pratique réflexive</li> </ul>	
<b>Mise à l'essai de l'intervention</b> (30 minutes)	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Décortiquer, à l'aide du MRS de Johns (2006), une situation de soins palliatifs vécue.</li> <li>6. Effectuer une rencontre de pratique réflexive selon les modalités définies.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des domaines de la PCISP selon Desbiens (2015)</li> <li>- Aide-mémoire pour une pratique réflexive selon le MRS de Johns (2006).</li> </ul>	À déterminer
<b>Retour sur l'intervention</b> (10 minutes)	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Faire un retour sur l'intervention de pratique réflexive.</li> <li>8. Identifier les forces et les éléments à améliorer à l'intervention.</li> <li>9. Suggérer des améliorations à apporter à l'intervention</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Journal de bord.</li> </ul>	

## **Appendice H**

Journal de bord pour l'intervention de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs avec des infirmières œuvrant en CHSLD

**Journal de bord pour l'intervention de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs avec des infirmières œuvrant en CHSLD**

➤ Journal complété pour chaque rencontre de pratique réflexive

**JOURNAL DE BORD**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Nombre d'infirmières : \_\_\_\_

Début de la rencontre : \_\_\_\_      Quart de travail des infirmières :

Fin de la rencontre : \_\_\_\_       jour     soir     nuit

**1. Contenu abordé**

Cocher les domaines de la PCISP ayant été abordés dans les situations de soins exposées    inf #1 / inf #2

Besoins physiques : douleur et autres symptômes		
Besoins psychosociaux		
Besoins spirituels		
Besoins liés au statut fonctionnel		
Enjeux éthiques et légaux		
Collaboration interprofessionnelle et communication		
Enjeux personnels et professionnels liés aux soins		
Soins de fin de vie		

**2. Brève description des situations de soins palliatifs vécues**

Description de la situation de soins palliatifs #1 :

---



---



---



---

Temps alloué : \_\_\_\_

Description de la situation de soins palliatifs #2 :

---



---



---



---

Temps alloué : \_\_\_\_

**3. Réaction des participants**

Réactions positives :

---



---

Réactions négatives :

---

---



---



---

Expression de la compréhension des domaines de la PCISP :

---



---

#### 4. Structure de la rencontre

Écart entre structure planifiée et le déroulement de la rencontre	Raisons des écarts	Actions prises par rapport aux écarts

#### 5. Effets concrets de la pratique réflexive

Questionner les participants lors du retour sur l'intervention.

Quelles habiletés croyez-vous avoir développées?

---

Quels types de savoir infirmier avez-vous utilisé lors de la situation?

---

Comment percevez-vous la pratique réflexive comme un moyen d'améliorer votre pratique?

---

Quelles connaissances ou attitudes croyez-vous avoir améliorées?

---

Est-ce qu'il y a de nouvelles interventions infirmières que vous voudriez expérimenter?

---

#### 6. Autres commentaires ou observations

---



---



---



---

## **Appendice I**

Exemples de journal de bord complétés lors de la consultation des infirmières

## Journal de bord pour la consultation d'infirmières

### Intervention de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs avec des infirmières

#### œuvrant en CHSLD

➤ Rencontre de consultation #1

JOURNAL DE BORD		
Date : <u>2018 / 11 / 22</u>	Nombre d'infirmières : <u>2</u>	
Début de la rencontre : <u>11 : 35</u>	Quart de travail des infirmières :	
Fin de la rencontre : <u>12 : 30</u>	X jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit	
<b>1. Contenu abordé</b>		
Cocher les domaines de la PCISP ayant été abordés dans les situations de soins exposées    inf #1 / inf #2		
Besoins physiques : douleur et autres symptômes	✓	✓
Besoins psychosociaux	✓	✓
Besoins spirituels		✓
Besoins liés au statut fonctionnel	✓	✓
Enjeux éthiques et légaux	✓	✓
Collaboration interprofessionnelle et communication	✓	✓
Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	✓	✓
Soins de fin de vie	✓	✓
<b>2. Brève description des situations de soins palliatifs vécues</b>		

#### Description de la situation de soins palliatifs #1 :

*Résidente en délirium, semblait souffrante. Beaucoup d'interventions médicales, vu comme de l'acharnement thérapeutique. Processus de fin de vie qui a duré plus de 2 mois. Difficulté de collaboration avec le médecin, enjeux éthiques, car l'équipe ne se sentait pas en accord avec ses valeurs.*

Temps alloué : 20 min

#### Description de la situation de soins palliatifs #2 :

*Résident déjà avec pronostic réservé lors de son admission. Famille n'était pas prête à la phase palliative. Le résident exprimait son désir de mourir, mais ne voulait pas blesser sa famille. Pas de ressources au niveau social disponible, médecin non présent décide de conserver niveau d'intervention actif. Leadership infirmier nécessaire pour faire respecter la volonté du résident.*

Temps alloué : 15 min

### 3. Réaction des participants

Réactions positives :

*Participants nomment qu'ils préfèrent cette façon d'apprendre que la formation théorique. Renforcement de l'esprit d'équipe. Nouvelles solutions découvertes pour prochaine situation semblable. Tous ont pu s'exprimer. Favorise l'introspection et l'auto-évaluation. Petit groupe amène esprit de calme et d'ouverture.*

Réactions négatives :

*Se questionner amène une confrontation par rapport aux interventions qui ont été faites et ce qui aurait pu être fait. Des employés ont cogné à la porte à la recherche d'une salle.*

Expression de la compréhension des domaines de la PCISP :

*Beaucoup de liens ont été faits entre la description théorique des domaines de la compétence et la situation clinique exposée.*

### 4. Structure de la rencontre

Écart entre structure planifiée et le déroulement de la rencontre	Raisons des écarts	Actions prises par rapport aux écarts
<i>15 min ont été prises pour expliquer les domaines de la PCISP, car les participants n'avaient pas pris connaissance de la documentation jointe.</i>	<i>Manque de préparation des participants. Dérangement dans la salle.</i>	<i>Affiche « Rencontre en cours. SVP ne pas déranger » sera réalisée et installée sur la porte de la salle.</i>

### 5. Effets concrets de la pratique réflexive

Questionner les participants lors du retour sur l'intervention.

Quelles habiletés croyez-vous avoir développées?

*Introspection et autocritique.*

Quels types de savoir infirmier avez-vous utilisé lors de la situation?

*Tous les savoirs étant donné le MRS.*

Comment percevez-vous la pratique réflexive comme un moyen d'améliorer votre pratique?

*Meilleur moyen que la théorie. Amène des pistes de solutions grâce au regard extérieur des autres et au recul face à la situation.*

Quelles connaissances ou attitudes croyez-vous avoir améliorées?

*Favoriser la collaboration interdisciplinaire. Planifier des PII de soins palliatifs et fin de vie. Interpeller le comité d'éthique pour nous aider dans des conflits éthiques.*

---

Est-ce qu'il y a de nouvelles interventions infirmières que vous voudriez expérimenter?

*PII soins palliatifs. Stratégies d'accompagnement et de soutien des familles\proches.*

---

**6. Autres commentaires ou observations**

*Participant exprime que la pratique réflexive permet de réaliser la place importante des infirmières et de leur capacité de leadership et advocacy.*

*Les outils cliniques qui sont disponibles sont peu utilisés.*

*Temps prévu pour la rencontre a permis de discuter de 2 situations cliniques.*

---



## Journal de bord pour la consultation d'infirmières

### Intervention de pratique réflexive en lien avec les soins palliatifs avec des infirmières

#### œuvrant en CHSLD

- Rencontre de consultation #2

<b>JOURNAL DE BORD</b>		
Date : <u>2018 / 11 / 23</u>	Nombre d'infirmières : <u>2</u>	
Début de la rencontre : <u>11 : 35</u>	Quart de travail des infirmières :	
Fin de la rencontre : <u>12 : 40</u>	<input checked="" type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit	
<b>1. Contenu abordé</b>		
Cocher les domaines de la PCISP ayant été abordés dans les situations de soins exposées		
	inf #1	inf #2
Besoins physiques : douleur et autres symptômes	✓	✓
Besoins psychosociaux	✓	✓
Besoins spirituels	✓	
Besoins liés au statut fonctionnel	✓	
Enjeux éthiques et légaux	✓	✓
Collaboration interprofessionnelle et communication	✓	✓
Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	✓	
Soins de fin de vie	✓	✓
<b>2. Brève description des situations de soins palliatifs vécues</b>		

#### Description de la situation de soins palliatifs #1 :

*Patient MPOC en phase terminale, aucun réseau social. Accompagnement offert pour retrouver sa fille avec qui il n'avait plus de contact. Soulagement des symptômes physiques. Demande d'aide médicale à mourir. Relation inf/patient développé, écoute, relation d'aide. Questionnement sur comment reconnaître les besoins chez patient inconscient ou inapte.*

Temps alloué : 20 min

#### Description de la situation de soins palliatifs #2 :

*Situation clinique lors d'un stage. Résident en fin de vie avec beaucoup de symptômes. Manque de connaissances de l'infirmière responsable, mauvais soulagement douleur, dyspnée et sécrétions. Sentiment d'impuissance face à la situation, car infirmière du patient peu ouverte. Famille en détresse. Questionnement sur comment faire évoluer les connaissances des collègues qui en ont moins ou qui ne se sont pas maintenues à jour.*

Temps alloué : 20 min

---

### 3. Réaction des participants

Réactions positives :

*Apprentissages pas les pairs est facilitant et connaissance transposables. Faire des constats des bons coups et pistes de solutions pour les moins bons. Adapter les évaluations pour les personnes inconscientes ou inaptés.*

*Petit groupe amène esprit de respect et d'ouverture. Utiliser les outils cliniques qui sont disponibles. Comment communiquer entre collègues lors de divergences d'opinion. Prise de conscience face à la description des domaines qu'il y a des connaissances à développer. Climat d'intimité et de confiance dans le groupe.*

Réactions négatives :

*Rencontres semblent trop courtes. Toutefois, participants nomment qu'il serait difficile que ce soit plus longs si à l'extérieur du temps de travail. Aimerais être libérée pour y participer. Émotions revécues face à certaines situations tristes, mais la participante mentionne que cela lui a fait du bien d'en discuter.*

Expression de la compréhension des domaines de la PCISP :

*Beaucoup de liens ont été faits entre la description théorique des domaines de la compétence et la situation clinique exposée.*

### 4. Structure de la rencontre

Écart entre structure planifiée et le déroulement de la rencontre	Raisons des écarts	Actions prises par rapport aux écarts
<i>5 à 10 minutes de plus que le temps prévu.</i>	<i>Les participants voulaient discuter de 2 autres situations cliniques.</i>	<i>Nous avons pris le temps de discuter des situations.</i>

### 5. Effets concrets de la pratique réflexive

Questionner les participants lors du retour sur l'intervention.

Quelles habiletés croyez-vous avoir développées?

*Introspection et autocritique. Esprit d'équipe. Capacité à communiquer avec les collègues.*

Quels types de savoir infirmier avez-vous utilisé lors de la situation?

*Tous selon le MRS.*

Comment percevez-vous la pratique réflexive comme un moyen d'améliorer votre pratique?

*Apprendre des expériences des autres va aider à mieux réagir lors d'une autre situation. Le MRS permet de faire le tour de la situation pour bien comprendre.*

---

---

Quelles connaissances ou attitudes croyez-vous avoir améliorées?

*Symptômes physiques en fin de vie : rétention urinaire et constipation. Planifier des PII de soins palliatifs et fin de vie. Manque de connaissances sur certains domaines.*

---

Est-ce qu'il y a de nouvelles interventions infirmières que vous voudriez expérimenter?

*Façon d'aborder le niveau de soins selon les souhaits de la personne. Mieux préparer la phase palliative.*

---

#### **6. Autres commentaires ou observations**

*Le MRS est aidant pour exposer la situation de soins. Facile de s'y référer avec l'aide-mémoire. Il faudrait limiter le nombre de participants à 4 personnes pour garder le climat d'intimité et de confiance. Ces rencontres devraient perdurer dans le temps, car encore beaucoup d'apprentissages à faire et encore plusieurs situations cliniques pourraient être discutées selon les participants. Suggestions de prendre en note les constats et les idées lors des rencontres pour ensuite les partager aux autres collègues lors des rencontres d'équipe.*

---

## **Appendice J**

Résultats des tests de normalité des distributions avant l'intervention

### Résultats des tests de normalité des distributions avant l'intervention ( $n=22$ )

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
<b>Sig. Asympto.</b>	<b><math>p=0,007^{**}</math></b>	$p=0,200$	$p=0,200$	$p=0,193$	<b><math>p=0,028^{**}</math></b>	<b><math>p=0,060^*</math></b>	$p=0,200$	<b><math>p=0,002^{**}</math></b>	<b><math>p=0,033^{**}</math></b>

*Note.* \*T est de Kolmogorov-Smirnov significatif en bas de 0,1. \*\* Test de Kolmogorov-Smirnov significatif en bas de 0,05.

## **Appendice K**

Résultats des tests de comparaison des moyennes de la PCISP avant l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques

## Comparaison des moyennes de la PCISP avant l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques (n=22)

	Expérience de travail	Besoins			Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins		Soins de fin de vie	PCISP globale	
		physiques	psychosociaux	spirituels				personnels et professionnels liés aux soins	de fin de vie			
<b>Expérience de travail</b>	<b>0-5 ans</b>	<i>M</i>	6,06	5,67	4,21	5,17	4,96	5,78	7,22	7,13	5,78	
		<i>ÉT</i>	1,61	1,84	1,13	1,44	1,48	1,96	1,17	1,53	1,21	
		<b>+ de 5 ans</b>	<i>M</i>	7,38	7,11	6,66	7,15	6,67	7,21	7,73	8,11	7,25
			<i>ÉT</i>	0,95	1,05	1,06	0,97	0,88	1,37	0,96	1,01	0,80
			Test de U Mann-Whitney:	<b><i>p</i>=0,059*</b>	<i>p</i> =0,115	<b><i>p</i>=0,000**</b>	<b><i>p</i>=0,006**</b>	<b><i>p</i>=0,017*</b>	<i>p</i> =0,115	<i>p</i> =0,407	<i>p</i> =0,261	<b><i>p</i>=0,008*</b>
		<b>Expérience en CHSLD</b>	<b>0-2 ans</b>	<i>M</i>	6,19	6,46	4,46	5,33	5,33	6,22	7,72	7,67
	<i>ÉT</i>			1,68	1,74	1,30	1,52	1,55	2,05	0,77	1,45	1,29
	<b>+ de 2 ans</b>			<i>M</i>	7,33	6,81	6,56	7,08	6,53	7,04	7,54	7,91
	<i>ÉT</i>		0,98	1,34	1,20	1,05	1,08	1,47	1,11	1,17	0,98	
	Test de U Mann-Whitney:		<i>p</i> =0,115	<i>p</i> =0,858	<b><i>p</i>=0,003**</b>	<b><i>p</i>=0,013**</b>	<b><i>p</i>=0,098*</b>	<i>p</i> =0,367	<i>p</i> =0,802	<i>p</i> =1,00	<b><i>p</i>=0,083*</b>	
	<b>Niveau de formation completé</b>		<b>Collégial</b>	<i>M</i>	6,92	6,44	6,00	6,58	5,97	6,58	7,42	7,66
		<i>ÉT</i>		1,43	1,53	1,67	1,46	1,38	1,71	1,01	1,33	1,21
<b>Université</b>		<i>M</i>		7,29	7,45	5,96	6,67	6,83	7,44	8,06	8,33	7,26
<i>ÉT</i>		0,74	0,78	1,23	1,38	0,88	1,36	0,95	0,78	0,78		
Test de U Mann-Whitney:		<i>p</i> =0,971	<i>p</i> =0,178	<i>p</i> =0,802	<i>p</i> =0,858	<i>p</i> =0,178	<i>p</i> =0,329	<i>p</i> =0,231	<i>p</i> =0,449	<i>p</i> =0,541		





### Comparaison des moyennes de la PCISP avant l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques ( $n=22$ )(suite)

Expérience sur unité spécialisée en soins palliatifs	Oui		Non		Mann-Whitney:														
	M	ET	M	ET	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale						
	7,35	0,55	6,15	1,75	6,35	1,63	6,67	0,91	6,15	1,13	7,73	1,23	7,47	1,32	7,64	1,36	6,81	1,09	
	6,93	1,42	6,88	1,33	5,88	1,54	6,59	1,54	6,22	1,38	6,84	1,77	7,63	0,96	7,91	1,22	6,86	1,16	
Test de U					$p=0,880$	$p=0,283$	$p=0,704$	$p=0,880$	$p=0,880$	$p=0,649$	$p=0,940$	$p=0,940$	$p=0,880$						
Mann-Whitney:					$p=0,880$	$p=0,283$	$p=0,704$	$p=0,880$	$p=0,880$	$p=0,649$	$p=0,940$	$p=0,940$	$p=0,880$						

Note. \* Test de U de Mann-Whitney échantillon indépendant significatif en bas de 0,10. \*\* Test de U de Mann-Whitney échantillon indépendant significatif en bas de 0,05

## **Appendice L**

Résultats des tests de normalité des distributions après l'intervention

### Résultats des tests de normalité des distributions après l'intervention (n=20)

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
Sig.									
asymptotique	$p=0,008^{**}$	$p=0,200$	$p=0,025^{**}$	$p=0,000^{*}$	$p=0,021^{**}$	$p=0,025^{**}$	$p=0,200$	$p=0,002^{**}$	$p=0,007^{**}$

Note: \* Test de Kolmogorov-Smirnov significatif en bas de 0,10. \*\* Test de Kolmogorov-Smirnov significatif en bas de 0,05.

## **Appendice M**

Résultats des tests de comparaison des moyennes de la PCISP après l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques



### Comparaison des moyennes de la PCISP après l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques ( $n=20$ )(suite)

Statut d'emploi	T. complet			T. partiel			T. complet			T. partiel											
	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale			
<b>Statut d'emploi</b>	<i>M</i>	8,57	8,16	7,91	8,09	7,52	8,36	8,39	8,64	8,20	<i>M</i>	8,57	8,16	7,91	8,09	7,52	8,36	8,39	8,64	8,20	
	<i>ÉT</i>	0,69	1,07	1,15	0,90	1,27	1,10	1,28	0,90	0,88	<i>ÉT</i>	0,69	1,07	1,15	0,90	1,27	1,10	1,28	0,90	0,88	
<b>Statut d'emploi</b>	<i>M</i>	8,10	7,86	7,58	7,85	7,78	8,00	8,39	8,61	8,02	<i>M</i>	8,10	7,86	7,58	7,85	7,78	8,00	8,39	8,61	8,02	
	<i>ÉT</i>	1,52	1,16	1,10	1,68	1,55	1,29	1,00	1,21	1,24	<i>ÉT</i>	1,52	1,16	1,10	1,68	1,55	1,29	1,00	1,21	1,24	
<b>Statut d'emploi</b>	Test de U de Mann-Whitney: $p=0,456$			$p=0,552$			$p=1,000$			$p=0,603$			$p=0,882$			$p=1,000$			$p=1,000$		
	Test de U de Mann-Whitney: $p=0,456$			$p=0,552$			$p=1,000$			$p=0,603$			$p=0,882$			$p=1,000$			$p=1,000$		
<b>Quart de travail</b>	<b>Jour</b>			<b>Jour</b>			<b>Jour</b>			<b>Jour</b>			<b>Jour</b>			<b>Jour</b>			<b>Jour</b>		
	<i>M</i>	8,02	7,79	7,75	7,64	7,25	7,92	8,12	8,27	7,84	<i>M</i>	8,02	7,79	7,75	7,64	7,25	7,92	8,12	8,27	7,84	
<b>Quart de travail</b>	<i>ÉT</i>	1,24	1,24	1,31	1,42	1,50	1,32	1,26	1,07	1,15	<i>ÉT</i>	1,24	1,24	1,31	1,42	1,50	1,32	1,26	1,07	1,15	
	Test de U de Mann-Whitney: $p=0,046^*$			$p=0,311$			$p=0,817$			$p=0,097^*$			$p=0,115$			$p=0,241$			$p=0,115$		
<b>Formation en soins palliatifs</b>	<b>Oui</b>			<b>Oui</b>			<b>Oui</b>			<b>Oui</b>			<b>Oui</b>			<b>Oui</b>			<b>Oui</b>		
	<i>M</i>	8,54	8,21	7,84	8,38	8,04	8,33	8,41	8,77	8,32	<i>M</i>	8,54	8,21	7,84	8,38	8,04	8,33	8,41	8,77	8,32	
<b>Formation en soins palliatifs</b>	<i>ÉT</i>	0,73	0,75	0,77	0,76	0,80	0,94	0,76	0,67	0,68	<i>ÉT</i>	0,73	0,75	0,77	0,76	0,80	0,94	0,76	0,67	0,68	
	Test de U de Mann-Whitney: $p=0,046^*$			$p=0,311$			$p=0,817$			$p=0,097^*$			$p=0,115$			$p=0,241$			$p=0,115$		
<b>Formation en soins palliatifs</b>	<b>Non</b>			<b>Non</b>			<b>Non</b>			<b>Non</b>			<b>Non</b>			<b>Non</b>			<b>Non</b>		
	<i>M</i>	7,92	7,58	7,58	7,06	6,71	7,89	8,33	8,29	7,67	<i>M</i>	7,92	7,58	7,58	7,06	6,71	7,89	8,33	8,29	7,67	
<b>Formation en soins palliatifs</b>	<i>ÉT</i>	1,78	1,65	1,75	1,78	2,00	1,61	1,83	1,62	1,58	<i>ÉT</i>	1,78	1,65	1,75	1,78	2,00	1,61	1,83	1,62	1,58	
	Test de U de Mann-Whitney: $p=0,904$			$p=0,718$			$p=0,779$			$p=0,153$			$p=0,397$			$p=0,841$			$p=0,602$		
Test de U de Mann-Whitney: $p=0,904$			$p=0,718$			$p=0,779$			$p=0,153$			$p=0,397$			$p=0,841$			$p=0,602$			

**Comparaison des moyennes de la PCISP après l'intervention selon les caractéristiques sociodémographiques (n=20) (suite)**

	Besoins physiques		Besoins psychosociaux		Besoins spirituels		Besoins liés au statut fonctionnel		Enjeux éthiques et légaux		Collaboration interprofessionnelle et communication		Enjeux personnels et professionnels liés aux soins		Soins de fin de vie		PCISP globale	
<b>Expérience sur unité spécialisée en soins palliatifs</b>	<b>Oui</b>																	
	<i>M</i>	8,35	7,75	7,13	8,06	7,71	7,78	8,17	8,63	7,95								
	<i>ÉT</i>	1,28	1,25	1,46	1,31	1,50	1,42	1,63	1,36	1,36								
	<b>Non</b>																	
	<i>M</i>	8,36	8,14	8,04	7,95	7,61	8,38	8,48	8,63	8,20								
	<i>ÉT</i>	1,12	1,05	0,84	1,31	1,37	1,03	0,91	0,92	0,91								
Test de U de Mann-Whitney :		$p=0,779$	$p=0,494$	$p=0,312$	$p=0,718$	$p=0,779$	$p=0,494$	$p=0,904$	$p=0,659$	$p=1,000$								
<b>Nombre de rencontres participées</b>	<b>8</b>																	
	<i>M</i>	8,36	8,07	7,82	8,12	7,84	8,29	8,32	8,61	8,18								
	<i>ÉT</i>	1,26	1,27	1,00	1,44	1,43	1,15	1,21	1,13	1,16								
	<b>6 et -</b>																	
	<i>M</i>	8,35	7,92	7,63	7,67	7,17	8,00	8,54	8,67	7,99								
	<i>ÉT</i>	0,86	0,58	1,42	0,79	1,19	1,25	1,01	0,80	0,72								
Test de U de Mann-Whitney :		$p=0,779$	$p=0,494$	$p=0,312$	$p=0,718$	$p=0,779$	$p=0,494$	$p=0,904$	$p=0,659$	$p=1,000$								

*Note.* \* Test de U de Mann-Whitney échantillon indépendant significatif en bas de 0,10. \*\* Test de U de Mann-Whitney échantillon indépendant significatif en bas de 0,05.

## **Appendice N**

Résultats des tests de comparaison de la PCISP avant et après l'intervention en fonction des caractéristiques sociodémographiques



## Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention en fonction des caractéristiques sociodémographiques

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
<b>Expérience de travail</b>									
<b>0-5 ans</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,028^{***}$	$p=0,027^{**}$	$p=0,027^*$	$p=0,027^{**}$	$p=0,074^*$	$p=0,028^{**}$	$p=0,116$	$p=0,173$	$p=0,028^*$
<b>+ de 5 ans</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,010^{**}$	$p=0,008^{**}$	$p=0,016^*$	$p=0,014^{**}$	$p=0,023^*$	$p=0,005^{**}$	$p=0,024^*$	$p=0,084^{**}$	$p=0,002^*$
<b>Expérience en CHSLD</b>									
<b>0-2 ans</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,018^{**}$	$p=0,017^{**}$	$p=0,018^*$	$p=0,018^{**}$	$p=0,063^*$	$p=0,018^{**}$	$p=0,018^{**}$	$p=0,018^*$	$p=0,018^*$
<b>+ de 2 ans</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,016^{**}$	$p=0,012^{**}$	$p=0,021^*$	$p=0,025^{**}$	$p=0,032^*$	$p=0,007^*$	$p=0,172$	$p=0,345^*$	$p=0,004^*$
<b>Niveau de formation complet</b>									
<b>Collégial</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,004^{**}$	$p=0,003^{**}$	$p=0,004^*$	$p=0,003^{**}$	$p=0,016^*$	$p=0,001^{**}$	$p=0,023^{**}$	$p=0,088^*$	$p=0,001^*$
<b>Université</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,068^*$	$p=0,066^*$	$p=0,068^*$	$p=0,068^*$	$p=0,144$	$p=0,144$	$p=0,102$	$p=0,273$	$p=0,068^*$
<b>Statut d'emploi</b>									
<b>T. complet</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,003^{**}$	$p=0,003^{**}$	$p=0,004^*$	$p=0,003^{**}$	$p=0,009^*$	$p=0,003^{**}$	$p=0,018^{**}$	$p=0,091^*$	$p=0,003^*$
<b>T. partiel</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,091^*$	$p=0,065^*$	$p=0,080^*$	$p=0,122$	$p=0,310$	$p=0,042^*$	$p=0,286$	$p=0,086^*$	$p=0,028^*$

### Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention en fonction des caractéristiques sociodémographiques (suite)

	Besoins physiques	Besoins psychosociaux	Besoins spirituels	Besoins liés au statut fonctionnel	Enjeux éthiques et légaux	Collaboration interprofessionnelle et communication	Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	Soins de fin de vie	PCISP globale
<b>Quart de travail</b>									
<b>Jour</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,008^{**}$	$p=0,012^{**}$	$p=0,015^{**}$	$p=0,011^{**}$	$p=0,020^{**}$	$p=0,005^{**}$	$p=0,093^{*}$	$p=0,221$	$p=0,003^{*}$
<b>Autres</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,018^{**}$	$p=0,018^{**}$	$p=0,018^{*}$	$p=0,027^{**}$	$p=0,090^{*}$	$p=0,028^{**}$	$p=0,051^{*}$	$p=0,043^{**}$	$p=0,018^{*}$
<b>Formation en soins palliatifs</b>									
<b>Oui</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,007^{**}$	$p=0,007^{**}$	$p=0,010^{*}$	$p=0,002^{**}$	$p=0,023^{*}$	$p=0,003^{**}$	$p=0,014^{**}$	$p=0,048^{**}$	$p=0,002^{*}$
<b>Non</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,043^{**}$	$p=0,027^{**}$	$p=0,028^{*}$	$p=0,116$	$p=0,116$	$p=0,042^{**}$	$p=0,172$	$p=0,173$	$p=0,028^{*}$
<b>Expérience sur unité spécialisée en soins palliatifs</b>									
<b>Oui</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,075^{*}$	$p=0,028^{**}$	$p=0,176$	$p=0,116$	$p=0,080^{*}$	$p=0,109$	$p=0,753$	$p=0,463$	$p=0,075^{*}$
<b>Non</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,002^{**}$	$p=0,008^{**}$	$p=0,001^{*}$	$p=0,003^{**}$	$p=0,016^{*}$	$p=0,001^{**}$	$p=0,002^{**}$	$p=0,011^{**}$	$p=0,001^{*}$
<b>Nombre de rencontres participé</b>									
<b>8</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,002^{**}$	$p=0,007^{**}$	$p=0,002^{*}$	$p=0,003^{**}$	$p=0,018^{*}$	$p=0,002^{**}$	$p=0,014^{**}$	$p=0,055^{*}$	$p=0,001^{*}$
<b>6 et -</b>									
Rang signé de Wilcoxon:	$p=0,116$	$p=0,028^{**}$	$p=0,207$	$p=0,115$	$p=0,046^{*}$	$p=0,068^{*}$	$p=0,172$	$p=0,173$	$p=0,075^{*}$

Note. \* Test de rang signé de Wilcoxon significatif en bas de 0,10. \*\* Test de rang signé de Wilcoxon significatif en bas de 0,05.

