

# PRATIQUE RÉFLEXIVE EN GROUPE :

## approche novatrice pour améliorer la compétence infirmière en soins palliatifs

KARINE COUTURIER, INF. M. SC. INF. (C)

Candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Département  
des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Correspondance: couk16@uqo.ca

ÉRIC TCHOUAKET NGUEMELEU, PH. D.

Professeur agrégé, Département des sciences infirmières,  
Université du Québec en Outaouais

LUCIE LEMELIN, INF. PH. D.

Professeure agrégée, Département des sciences infirmières,  
Université du Québec en Outaouais

---

### RÉSUMÉ

Les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) présentent des problèmes de santé complexes. Les infirmières qui œuvrent dans ce milieu doivent désormais les accompagner dans les différentes transitions, allant de leur admission jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie. Les soins palliatifs offerts en CHSLD font face à une augmentation importante des taux de décès, ainsi qu'à la nécessité d'optimiser les compétences des infirmières pour répondre aux besoins des personnes qui y sont hébergées. La pratique réflexive (PR) en groupe apparaît comme une approche novatrice dont les résultats semblent positifs pour le développement des compétences professionnelles. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la PR dans un contexte de soins palliatifs en CHSLD. La présente étude vise donc à évaluer l'influence d'une intervention de PR en groupe sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières (PCISP) en CHSLD. Elle

s'appuie sur une approche quasi expérimentale avant-après (groupe unique) en 3 phases : le développement d'une intervention de PR en groupe, sa validation puis son évaluation en matière d'amélioration de la perception de compétence. L'intervention de PR basée sur le Modèle de réflexion structurée de Johns (2006) a consisté en un échange en groupe guidé par une infirmière expérimentée dans les soins palliatifs en CHSLD. L'intervention a été réalisée en 46 rencontres de 30 minutes, sur 4 semaines, auprès de 22 infirmières œuvrant dans deux CHSLD de la province de Québec. Les résultats indiquent que la PCISP des infirmières en CHSLD est plus élevée ( $p < 0,05$ ) après l'intervention de PR. La mesure de la PCISP permet de mieux cerner les besoins de développement professionnel auprès des infirmières en CHSLD. La pratique réflexive s'avère alors une approche novatrice qui mérite d'être explorée davantage afin d'augmenter la perception de compétence des infirmières en soins palliatifs et, conséquemment, améliorer leur qualité des soins.

**Mots clés :** compétence infirmière, soins infirmiers palliatifs, pratique réflexive, soins de longue durée

---

\* L'étude sur l'influence de la pratique réflexive en groupe sur la compétence infirmière en soins palliatifs en CHSLD n'a reçu aucun financement. Les auteurs ne déclarent aucun conflit.

## INTRODUCTION

En 2016, environ 36 690 personnes étaient en perte d'autonomie et vivaient en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2018). Les deux tiers étaient atteints d'au moins trois problèmes de santé chroniques et 80 % de troubles cognitifs. Ces personnes présentent une espérance de vie inférieure à 18 mois, portant ainsi le nombre de décès annuels en CHSLD entre 30 et 50 % (Francoeur, 2016). Par ailleurs, environ 20 % des décès surviennent en CHSLD au Québec, faisant de ce milieu le deuxième endroit de fin de vie des Québécois, après les hôpitaux de soins aigus (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2015).

Bien que les soins palliatifs soient davantage associés au contexte de cancérologie, ils regroupent aussi 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). D'ailleurs, ces maladies chroniques et neurodégénératives sont fréquentes en CHSLD et constituent la trajectoire de fin de vie de la majorité des personnes hébergées (Francoeur, 2016). Cette trajectoire est bien différente des personnes atteintes d'un cancer, étant donné que le déclin des capacités se fait lentement et progressivement, et ce, au niveau fonctionnel, cognitif et communicationnel, comprenant quelques épisodes aigus afin d'évoluer vers la fin de vie (Mission, Aubin, Durand et Verreault, 2012). Cette évolution lente a pour conséquence que la transition vers la fin de vie n'est notée que quelques jours ou quelques heures précédant le décès. Il est donc observé que les soins palliatifs sont fréquemment limités à un soulagement tardif de la douleur et des autres symptômes (Cable-Williams et Wilson, 2014; Mitchell *et al.*, 2016). Cette trajectoire de fin de vie des personnes hébergées devient alors un obstacle à une approche palliative précoce.

Plusieurs particularités concernant les soins palliatifs en soins de longue durée sont notées dans les écrits scientifiques. Entre autre, Hanson, Eckert, Dobbs, Williams, Caprio, Sloane et Zimmerman (2008) rapportent que plus de 47 % des personnes mourantes y présentaient des symptômes de douleur non soulagée. Aussi, des besoins de développement professionnel quant à la communication, au soutien et à la guidance en soins palliatifs ont été rapportés par les infirmières œuvrant en longue durée (Verschuur *et al.*, 2014). Finalement, étant donné la méconnaissance de la phase terminale, les personnes hébergées sont parfois soumises à des examens et des traitements invasifs et douloureux, alors que l'approche palliative serait plus appropriée (Swine, 2009; Hanson *et al.*, 2016). Ces traitements disproportionnés peuvent alors conduire 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 (Voyer, 2013). Conséquemment, les infirmières sont confrontées à plusieurs enjeux afin de prodiguer des soins palliatifs adaptés à ce type de clientèle.

L'infirmière occupe une place prépondérante dans les soins et les services offerts en CHSLD (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2018). La pratique professionnelle de l'infirmière exige de sa part d'optimiser ses compétences afin de pouvoir répondre aux besoins de soins grandissants des personnes hébergées, notamment les soins palliatifs (OIIQ, 2018). Les infirmières sont peu préparées à ce type de soins, étant donné les divergences dans les différentes formations de bases, ainsi que le manque de formations continues disponibles, dont les contenus sont variables et les effets sur le développement de la pratique sont peu documentés (Dickinson, 2007; MSSS, 2008; Desbiens, 2015). Wallace, Grossman, Campbell, Robert, Lange et Shea (2009) rapportent que plusieurs des formations offertes en soins palliatifs sont davantage théoriques. Alors qu'Estabrooks, Chong, Brigidear et Profetto-Mcgrath (2005) affirment que 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 participer à une formation théorique. Ces constats amènent alors à remettre en question la formation théorique et à envisager une autre approche afin d'optimiser la compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD.

La pratique réflexive est 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 et 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. D'ailleurs, la pratique réflexive est reconnue par plusieurs comme étant l'un des moyens efficaces afin d'assurer le développement professionnel des infirmières (Freshwater, Taylor et Sherwood, 2008; Gustafsson et Fagerberg, 2004; Johns et Freshwater, 2005). Une étude a donc été menée dans le but de développer, de valider et d'évaluer si une intervention de pratique réflexive en groupe influence la compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD.

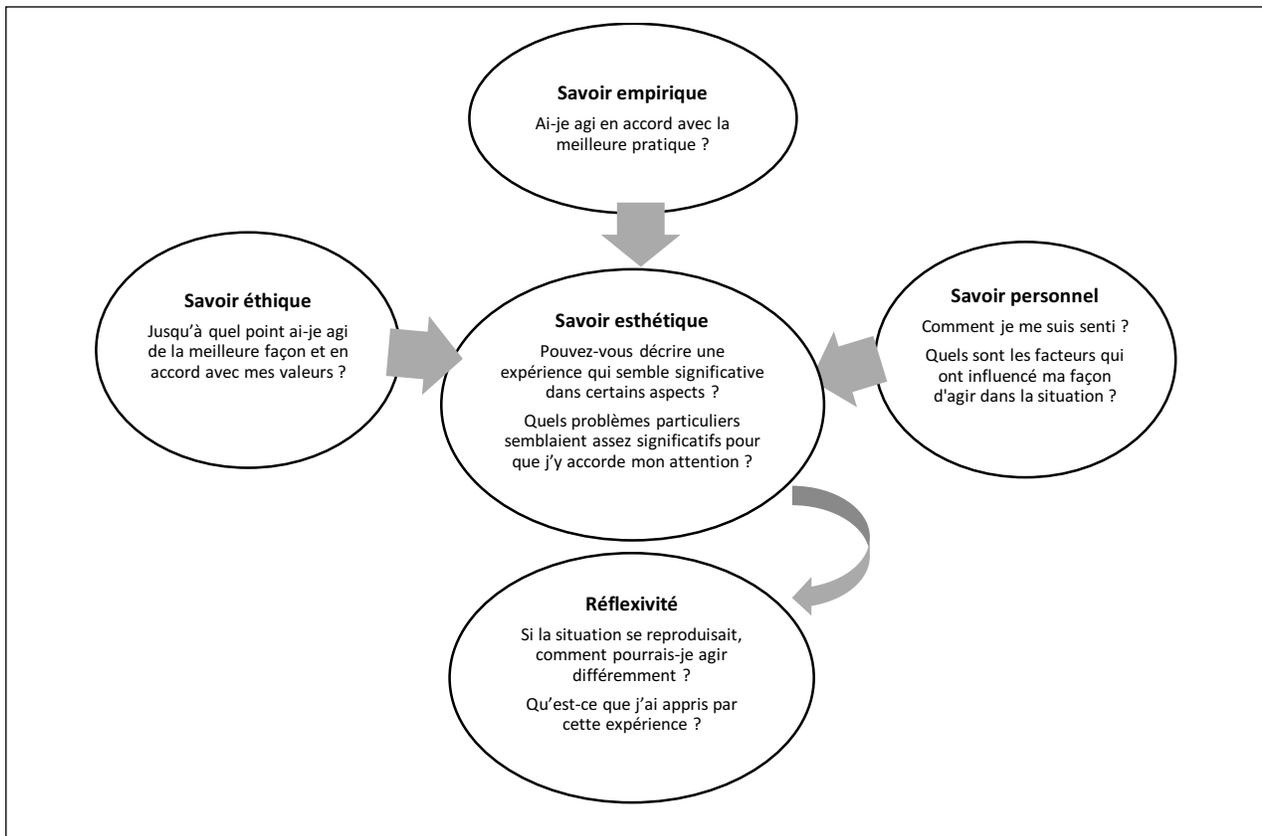
## PRATIQUE RÉFLEXIVE

En 1983, Donald A. Schön 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, mais également à partir des expériences, des valeurs, des croyances et des stratégies développées lors d'une situation vécue antérieurement. Ce nouveau type de savoir, le savoir expérientiel, est alors un savoir qui est issu d'un processus de réflexion sur sa pratique. En 1991, Mezirow rapporte que la réflexion critique est essentielle afin de développer des compétences, car elle conteste la justesse des connaissances déjà acquises et mène à l'acquisition de nouvelles connaissances. Dans le même sens, Atkins et Murphy (1993) concluent que la réflexion est un outil d'apprentissage nécessaire dans la formation et le développement des

professionnels. Finalement, Johns (1995) précise que la pratique réflexive 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 souhaité.

Plusieurs auteurs mentionnent que la pratique réflexive est facilitée lorsqu'elle est exprimée oralement (Johns, 2004; Schutz, 2007) et par la présence d'un guide (Freshwater *et al.*, 2008; Johns *et al.*, 2013). La pratique réflexive en groupe semble permettre de partager des idées et des solutions, d'améliorer la confiance en soi des participants ainsi que de développer des habiletés de communication et d'écoute (McVey et Jones, 2012). Par ailleurs, les groupes de pratique réflexive guidées par un mentor permettraient d'améliorer 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, 2013). La pratique réflexive en groupe, guidé par un mentor, a donc été sélectionnée comme méthode de pratique réflexive pour l'intervention de cette étude.

Le modèle de pratique réflexive utilisé dans le cadre de cette étude est celui de Johns (2006). 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, désigné comme la science infirmière; 2) le savoir esthétique, ou l'art des soins infirmiers; 3) le savoir personnel, ou composante reliée à l'expérience personnelle; et 4) le savoir éthique, ou la composante morale des soins infirmiers (Carper, 1978). Le modèle de réflexion structurée de Johns (2006) propose 20 questions qui permettent de mieux cerner une situation de soins choisie. Ces questions, qui émergent 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. Une cartographie du Modèle de réflexion structurée de Johns (2006), qui comprend quelques exemples des 20 questions de réflexion, est présentée à la figure 1.



**Figure 1. Cartographie du Modèle de réflexion structurée (adaptation de Johns, 2006)**

## COMPÉTENCE INFIRMIÈRE EN SOINS PALLIATIFS

Une pratique infirmière compétente présume que les compétences requises ont été acquises, mais également que l'infirmière a une perception de compétence qui lui permet de les utiliser (Bandura, 1986). 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). Ces auteurs proposent qu'une mesure de la perception de com-

pétence infirmière dans ce domaine pourrait éclairer sur les compétences à développer et, ainsi, à améliorer la qualité des soins prodigués (Desbiens *et al.*, 2012).

Afin de pouvoir mesurer la compétence infirmière en soins palliatifs, Desbiens (2015) a développé et validé un questionnaire qui permet à l'infirmière de s'autoévaluer quant à sa capacité à prodiguer des soins palliatifs, et ce, pour les 8 domaines des soins palliatifs. Les huit domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs sont en lien avec l'évaluation et les interventions concernant : 1) les besoins physiques : douleur et autres symptômes ; 2) les besoins psychosociaux ; 3) les besoins spirituels ; 4) les besoins liés au statut fonctionnel ; ainsi que des interventions concernant : 5) les enjeux éthiques et légaux ; 6) la collaboration interprofessionnelle et la communication ; 7) les enjeux personnels et professionnels liés aux soins ; et 8) les soins de fin de vie. À partir de ces

8 domaines, Desbiens (2015) propose 34 énoncés pour lesquels l'infirmière doit indiquer jusqu'à quel point elle se sent capable de prodiguer des soins palliatifs, et ce, à l'aide d'une échelle de 0 à 10. Dans le cadre de la présente étude, cet instrument de mesure a permis de faire un portrait de la compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD, ainsi que de valider l'influence de l'intervention de pratique réflexive en groupe.

## DÉMARCHES DE L'ÉTUDE

Cette étude s'appuie sur une approche quasi expérimentale avant-après en trois phases : 1) le développement d'une intervention de pratique réflexive en groupe, 2) sa validation et 3) son évaluation en matière d'amélioration de la perception de compétence.

### Développement de l'intervention

D'abord, l'intervention de pratique réflexive a été développée à l'aide d'une analyse des écrits scientifiques. Pour réaliser cette analyse, plusieurs bases de données ont été consultées, soient CINHALL, 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. À la suite de la lecture des titres et des résumés, ainsi que de la lecture complète de certains articles, 15 documents empiriques ont été analysés. Cette première phase a permis de définir les modalités et le contenu de l'intervention de pratique réflexive en groupe.

### Validation de l'intervention

En second lieu, l'intervention a été validée par une consultation d'un comité d'experts ainsi qu'une consultation d'infirmières. Le comité d'experts a été constitué de deux experts cliniques, ainsi que deux professeurs-chercheurs universitaires dont les domaines d'intérêts sont les soins palliatifs, les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie ou la pratique réflexive. La validation de l'intervention a également été réalisée par une consultation de deux infirmières faisant partie de la population à l'étude, lors de laquelle l'intervention de pratique réflexive a été expérimentée.

### Évaluation de l'intervention

Pour terminer, la troisième phase a permis d'évaluer l'intervention en mesurant la perception de compétence en soins palliatifs des participants et des participantes avant l'intervention et un mois après (de novembre 2018 à janvier 2019).

Cette recherche a été soumise et approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement de santé dans lequel s'est déroulée l'étude. L'Université du Québec en Outaouais a également émis un certificat d'éthique pour la présente étude.

### Recrutement et échantillon

L'étude a été réalisée dans deux CHSLD d'un établissement de santé publique de la province de Québec, dont un CHSLD ayant 212 lits d'hébergement et l'autre ayant 78 lits. Les 45 infirmiers et infirmières visés par l'étude ont été invités à participer sur une base volontaire. Les critères d'inclusion de l'étude étaient d'être infirmière ou infirmier, de travailler régulièrement en CHSLD, d'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. Au total, 22 infirmiers et infirmières ont accepté de participer à l'étude,

dont 20 d'entre eux ont participé aux rencontres de pratique réflexive et ont rempli le questionnaire après l'intervention. Les caractéristiques sociodémographiques des participants et participantes sont présentées dans le tableau 1.

Variables	Fréquence (%)
Sexe	
Femme	20 (90,9)
Homme	2 (9,1)
Âge	
26 à 35 ans	6 (27,3)
36 à 45 ans	7 (31,8)
46 à 55 ans	4 (18,2)
56 ans et +	5 (22,7)
Niveau de scolarité	
Diplôme d'études collégiales	16 (72,7)
Certificat universitaire de 1 <sup>er</sup> cycle	4 (18,2)
Baccalauréat en sciences infirmières	2 (9,1)
Années d'expérience en tant qu'infirmier/infirmière	
0 à 5 ans	6 (27,3)
6 à 15 ans	4 (18,2)
16 à 25 ans	7 (31,8)
26 ans et +	5 (22,7)
Statut d'emploi	
Temps complet	8 (36,4)
Temps partiel	14 (63,6)
Horaire de travail	
Nuit	2 (9,1)
Jour	10 (45,5)
Soir	7 (31,8)
Rotation	3 (13,6)
Délai depuis la dernière formation en soins palliatifs reçue	
Aucune formation reçue	8 (36,4)
Moins de 2 ans	7 (31,8)
Plus de 2 ans	7 (31,8)
Expérience antérieure sur une unité spécialisée en soins palliatifs	
Oui	5 (22,7)
Non	17 (77,3)

## Analyse des données

Le logiciel SPSS version 24 a été utilisé. Pour les données sociodémographiques, les fréquences et les pourcentages ont permis de faire une description détaillée de l'échantillon. Afin de dresser un portrait initial de la PCISP, les statistiques descriptives (moyennes et écart-type) ont été réalisées pour les huit domaines et la PCISP globale, cette dernière représentant la moyenne des huit domaines. Les tests de normalité des distributions, réalisés à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov, ont indiqué que seulement certaines distributions suivaient la loi normale. Pour cette raison, et considérant un échantillon de 22 participants et participantes, des tests non paramétriques ont été utilisés pour les analyses statistiques subséquentes. Pour déterminer si les caractéristiques sociodémographiques influençaient la PCISP des participants et participantes, des tests d'U de Mann-Whitney ont été effectués. Finalement, pour déterminer l'influence de l'intervention sur la PCISP, des tests statistiques de rang signé de Wilcoxon pour échantillons associés ont été réalisés.

## RÉSULTATS

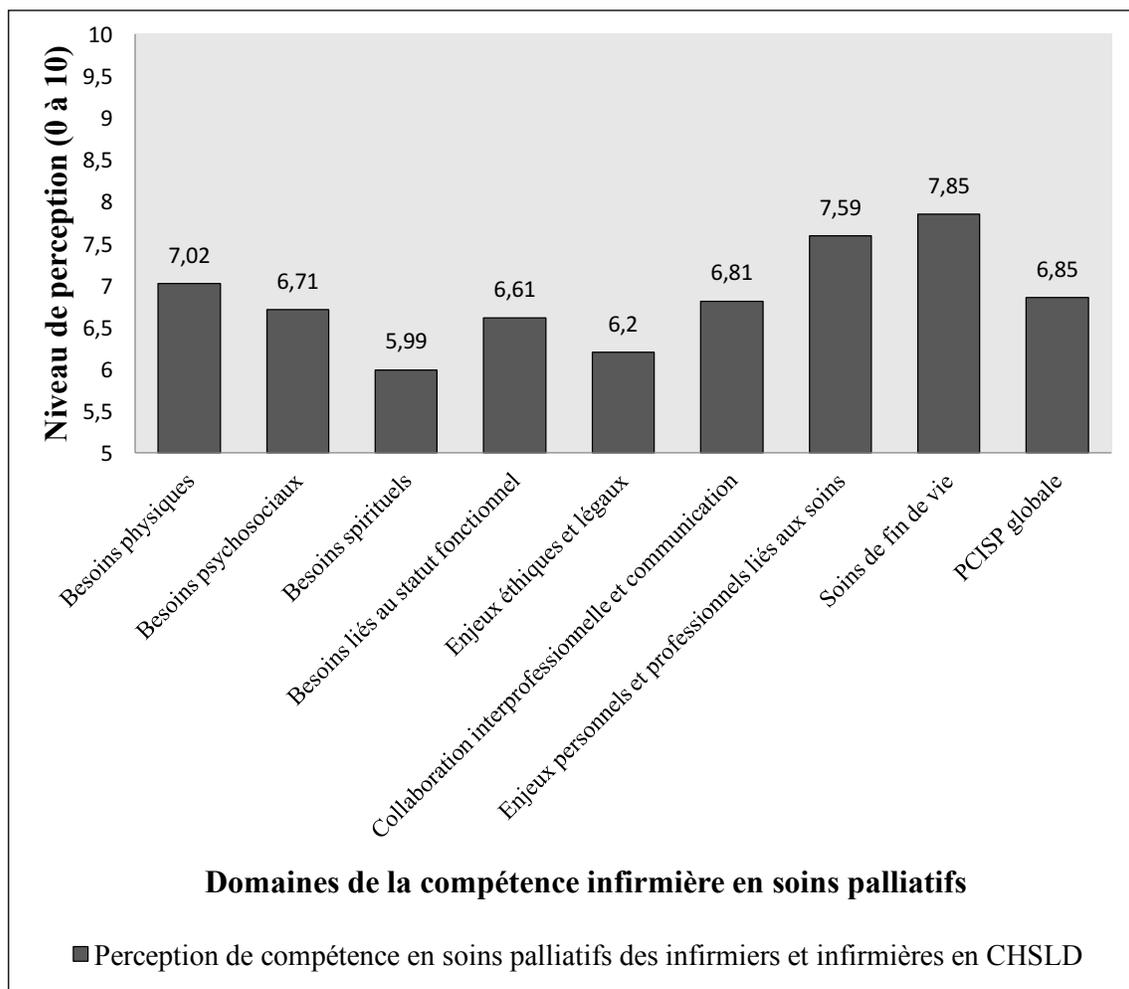
L'intervention de pratique réflexive développée et validée par les experts s'est déroulée sur une période de quatre semaines, soit deux rencontres de 30 minutes par semaine, pour un total de huit rencontres de pratique réflexive par groupe. Pour évaluer l'intervention, six groupes d'infirmiers et infirmières ont été constitués, chacun comprenait entre deux et cinq participants ou participantes, en plus du mentor.

### Portrait de la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers et infirmières en CHSLD avant l'intervention

Les réponses au questionnaire avant l'intervention ont permis de faire un portrait de la PCISP en CHSLD. Les résultats indiquent que les domaines

des soins palliatifs dans lesquels les infirmiers et 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 infirmiers et 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 ( $M = 6,20$ ,  $ÉT = 1,30$ ). Le portrait de la PCISP des infirmiers et infirmières en CHSLD est illustré dans la figure 2.

Aussi, les résultats des analyses effectuées afin de valider si certaines caractéristiques sociodémographiques influencent la PCISP indiquent que la perception des infirmiers et infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience est plus faible que celle des plus expérimentés pour plusieurs domaines des soins palliatifs, dont les besoins physiques ( $p = 0,059$ ), les besoins spirituels ( $p = 0,000$ ), les besoins liés au statut fonctionnel ( $p = 0,006$ ), les enjeux éthiques et légaux ( $p = 0,017$ ) ainsi que la PCISP globale ( $p = 0,008$ ). Les résultats pour les autres caractéristiques sociodémographiques n'ont pas indiqué d'influence significative sur la PCISP.



**Figure 2. Portrait de la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers et infirmières en CHSLD avant l'intervention**

## Influence de la pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmiers et infirmières en CHSLD

Le tableau 2 présente l'évolution de la perception de compétence infirmière en soins palliatifs avant et après l'intervention. Les résultats indiquent qu'il existe une différence significative pour tous les domaines de la PCISP, ainsi que pour la PCISP globale avant et après l'intervention de pratique réflexive. La PCISP globale après l'intervention de pratique réflexive 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 dans tous les domaines des soins palliatifs s'est améliorée, et ce, avec un niveau de signification en bas de 5 % ( $p < 0,05$ ).

**Tableau 2. Influence de l'intervention de pratique réflexive sur la PCISP des infirmiers et infirmières: Comparaison de la PCISP avant et après l'intervention**

Domaines de la compétence infirmière en soins palliatifs	Avant l'intervention (n = 22)		Après l'intervention (n = 20)		Test de rang signé de Wilcoxon (p)
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Besoins physiques	7,02	1,28	8,36	1,13	0,001*
Besoins psychosociaux	6,71	1,43	8,03	1,09	0,001*
Besoins spirituels	5,99	1,53	7,76	1,53	0,001*
Besoins liés au statut fonctionnel	6,61	1,41	7,98	1,27	0,001*
Enjeux éthiques et légaux	6,20	1,30	7,64	1,37	0,003*
Collaboration interprofessionnelle et communication	6,81	1,64	8,20	1,16	0,000*
Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	7,59	1,02	8,39	1,13	0,008*
Soins de fin de vie	7,85	1,22	8,63	1,02	0,023*
PCISP globale	6,85	1,12	8,12	1,04	0,000*

Note : L'astérisque (\*) signale les tests de rang signé de Wilcoxon pour échantillon associé significatifs 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. Préalablement, un portrait de la PCISP des infirmiers et infirmières en CHSLD a été réalisé.

Le portrait de la PCISP en CHSLD a démontré que les domaines des soins palliatifs dans lesquels les infirmiers et infirmières se perçoivent moins compétentes sont les besoins spirituels et les enjeux éthiques et légaux. Ces résultats corroborent 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, qui indiquent que les besoins spirituels sont peu maîtrisés par les infirmières. Aussi, les études qualitatives conduites par Higgins (2013), Jolley et Moreland (2011), réalisées auprès des familles de personnes décédées en CHSLD, concluent que les besoins spirituels sont peu considérés et même négligés dans un contexte de fin de vie des personnes hébergées. Pour ce qui est des enjeux éthiques et légaux, Kaasaleinen *et al.* (2007), avaient aussi constaté 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. D'ailleurs, Whittaker, George-Kernohan, Hasson, Howard et McLaughlin (2006) concluent 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. Les résultats de la présente étude indiquent alors que l'évaluation et les interventions en lien avec les besoins spirituels ainsi que la connaissance des enjeux éthiques et légaux des soins palliatifs nécessiteraient des développements en matière de compétence pour les infirmières.

Aussi, le portrait de la PCISP des infirmiers et infirmières en CHSLD a permis d'identifier que le niveau d'expérience influence significativement le niveau de compétence perçue. Comme observé lors de

l'étude de Nguyen *et al.* (2014), les infirmières ayant moins de cinq ans d'expérience se perçoivent moins compétentes que leurs collègues plus expérimentées. Les études conduites par Meretoja, Numminen, Isoaho et Leino-Kilpi (2015), Numminen *et al.* (2013), ainsi que Wangensteen *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. Ces résultats indiquent alors qu'il serait nécessaire d'accompagner les infirmières ayant peu d'expérience afin qu'elles puissent développer davantage leur perception de compétence.

Finalement, les résultats de la présente étude confirment que l'intervention de PR améliore significativement la PCISP des infirmiers et infirmières en CHSLD, et ce, dans tous les domaines des soins palliatifs. Ainsi, tel que rapporté par Graham *et al.* (2005), les groupes de PR ont aidé à faire avancer la pratique clinique des infirmiers et 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. Finalement, l'effet positif de l'intervention concernant le domaine des enjeux éthiques et légaux 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 (2014), la dimension éthique des situations de soins palliatifs est celle qui a été le plus souvent abordée par les infirmiers et infirmières et qui procurait le plus de questionnements. Ces résultats 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 infirmiers et infirmières, particulièrement

celle en lien avec les enjeux éthiques et légaux des soins palliatifs.

## LIMITES DE L'ÉTUDE ET STRATÉGIES D'ATTÉNUATION

Bien qu'un devis quasi expérimental mesure avant-après (groupe unique) peut comporter certaines limites, plusieurs stratégies ont été utilisées afin d'assurer la validité interne de l'étude. D'abord, même si l'échantillon est de convenance, sans 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, avec un effectif de 22 infirmiers et infirmières, l'utilisation des méthodes de statistiques non paramétriques a permis de s'assurer de la robustesse des analyses malgré le faible échantillon.

Pour consolider la validité interne de l'étude, un questionnaire valide et fiable, avec un coefficient de fidélité interne à 0,951, a été utilisé afin de mesurer l'influence de la variable indépendante (PR) sur les variables dépendantes (PCISP). Aussi, l'utilisation d'un comité d'experts et d'un comité d'infirmières pour la validation de l'intervention préalablement développée permet de renforcer la validité de la présente étude.

Pour assurer la validité de construit, des cadres de référence pour définir les concepts à l'étude ont été utilisés. Lors de la validation de l'intervention, le comité d'experts s'est prononcé sur une définition conceptuelle claire. Les experts ont également confirmé que les cadres de référence sélectionnés étaient appropriés aux concepts à l'étude. Aussi, un journal de bord a été complété par l'étudiante chercheuse qui agissait à titre de mentor lors des rencontres de pratique réflexive. L'utilisation du journal de bord a permis d'assurer la fidélité de l'intervention de pratique réflexive pour chaque groupe.

---

## RETOMBÉES DE L'ÉTUDE

La PR est un moyen efficace pour améliorer la PCISP des infirmiers et infirmières en CHSLD. 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 (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2017). Ce partage d'expériences professionnelles stimule l'apprentissage entre pairs, ce qui semble être un moyen de développement des compétences qui est apprécié des infirmiers et infirmières. 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. Pour la formation, des changements devraient être envisagés, particulièrement concernant certains domaines des soins palliatifs et considérant que la complexité des soins auprès de la clientèle vulnérable hébergée ne cesse de s'accroître.

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 devraient mettre l'accent sur la perception positive des compétences des infirmiers et infirmières lors de leur processus de prises de décision. Effectivement, il est démontré qu'un milieu de soins qui accorde du temps pour des activités de perfectionnement, telles que les groupes de PR, serait un milieu attractif et qui favoriserait la rétention des infirmières au travail (Chu, Wodchis et McGilton, 2014; Tourangeau *et al.*, 2010). Considérant que la présente étude démontre un effet positif avec de courtes rencontres, les gestionnaires auraient avantage à mettre en place les conditions facilitantes pour des rencontres de PR en groupe afin que les infirmiers et infirmières puissent y participer.

De plus, 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 démontrant que la PR optimise la perception de compétence des infirmiers et infirmières pour évaluer et intervenir au sujet des besoins physiques, psychosociaux, spirituels et ceux liés au statut fonctionnel des patients. La PR aide aussi à 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 PR améliore la PCISP, peu importe l'expérience professionnelle des infirmiers et 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.

---

## CONCLUSION

En soins de longue durée, les infirmières sont appelées à accompagner la personne hébergée jusqu'à son dernier souffle. Elles doivent avoir développé plusieurs compétences afin de prodiguer des soins palliatifs de qualité à cette clientèle vulnérable. Lors de la présente étude, il a été possible de conclure que la PR est un moyen d'améliorer la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en CHSLD. Il est donc loisible de croire que la pratique réflexive s'avère une approche prometteuse afin d'optimiser les compétences en soins palliatifs et que cette amélioration pourrait permettre aux infirmières de mieux accompagner la personne et ses proches lors de cette période cruciale de la vie et, de ce fait, améliorer la qualité des soins offerts.

## RÉFÉRENCES

- Ashby, C. (2006). Models for reflective practice. *Practice Nurse*, 32(10), 28.
- Atkins, S. et 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. et 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.
- Cable-Williams, B. et 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>
- 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. et McGilton, K. S. (2014). Turnover of regulated nurses in long-term care facilities. *Journal of nursing management*, 22(5), 553.
- Dawber, C. (2013). 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>
- 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. et 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>
- Dickinson, G.E., Clark, D. et Sque, M. (2008) Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes. *Nurse Education Today*, 28(2), 163-170.
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care: a mixed method study. *Journal for nurses in professional development*, 30(1), 34-41.
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, 16(22), 1400-1407.
- Estabrooks, C.A., Chong, H., Brigidear, K. et 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.
- Francoeur, L. (2016). *Les soins de fin de vie en CHSLD*. Présentée lors du congrès de l'ACFAS.
- Freshwater, D., Taylor, B.J. et Sherwood, G. (2008). *International textbook of reflective practice in nursing*. Oxford: Blackwell Pub. : Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing.
- Graham, I.W., Andrewes, T. et 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. et Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.
- Hanson, L. C., Eckert, J. K., Dobbs, D., Williams, C. S., Caprio, A. J., Sloane, P. D. et Zimmerman, S. (2008). Symptom experience of dying long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 91-98.
- Higgins, P. (2013). Meeting the religious needs of residents with dementia. *Nursing Older People*, 25(9), 25-29.
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Données sociodémographiques en bref*, 22(2), 1-17.
- 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. (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. (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>e</sup> éd.). Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.
- Johns, C. et Freshwater, D. (2005). *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Jolley, D. et Moreland, N. (2011). Dementia care: Spirituel and faith perspectives. *Nursing & Residential Care*, 13(8), 388-391.
- Kaasaleinen, S., Brazil, K., Ploeg, J. et 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.

- Mann, K., Gordon, J. et Macleod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.
- McVey, J. et Jones, T. (2012). Assessing the value of facilitated reflective practice groups. *Cancer Nursing Practice*, 11(8), 32-37
- Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H. et 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. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Oxford: Jossey Bass.
- 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. (2015). *Soins palliatifs et de fin de vie: Plan de développement 2015-2020*. Québec, Québec.
- Mission, L., Aubin, M., Durand, P., et Verreault, R. (2012). Les soins palliatifs en soins de longue durée au Québec: contexte et enjeux. *Les cahiers francophones de soins palliatifs*, 12(2). 31-64.
- Mitchell, G., Angeli, J., McGreevy, J., Diamond, M., Roble, H., ScShane, G. et Strain, J. (2016). Palliative and end of life care for people living with dementia in care homes: part 1. *Nursing standard*, 30(43), 54-63.
- Nguyen, L.T., Yates, P. et 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. et 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>
- 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.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How practitioners think in action*. New York: Basics Books.
- Schutz, S. (2007). Reflection and reflective practice. *Community Practitioner*, 80(9), 26-29.
- Swine, C. (2009). Fin de vie du patient atteint de démence. *Gérontologie et société*, 1, 243.
- Tourangeau, A.E., Cummings, G., Cranley, L.A., Ferrone, E.M. et 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. et Van Der Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. *International journal of palliative nursing*, 20(5), 241.
- 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. et 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. et 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>
- Whittaker, E., George-Kernohan, G., Hasson, E., Howard, V. et McLaughlin, D. (2006). The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse education today*, 26(6), 501-510.