

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
ANNIE PERRON

ÉLABORATION ET ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION
D'UN PROGRAMME DE FORMATION POUR LES INFIRMIÈRES NOVICES
À L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS

AOÛT 2016



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (M. Sc.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE

ÉLABORATION ET ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION
D'UN PROGRAMME DE FORMATION POUR LES INFIRMIÈRES NOVICES
À L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS

PAR
ANNIE PERRON

Manon Champagne, codirectrice de recherche,	Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue
Sylvie Cardinal, présidente du jury,	Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue
Abir El Haouly, codirectrice de recherche	Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue
Lyne Fecteau, membre interne	Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue
Mélanie Lavoie-Tremblay, membre externe	Université McGill

Sommaire

La pénurie infirmière est un problème critique de par son impact sur la mortalité et la morbidité de la clientèle. Ce problème est criant dans les unités de soins intensifs (USI) où le ratio infirmière/patient est faible. Dans le but de répondre à la demande, les nouvelles diplômées commencent de plus en plus tôt leur carrière dans ce milieu. Or, la littérature et les observations dans le milieu démontrent qu'elles sont peu préparées à assumer leur rôle dans une unité de soins critiques. Un programme de préceptorat a été mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec pour remédier à cette situation. Toutefois, les préceptrices en USI avouent se sentir fréquemment démunies quant au contenu à voir avec leurs apprenantes. De plus, elles se sentent souvent peu supportées et manquent de ressources pour les aider dans leur rôle. La revue de la littérature met en lumière la nécessité d'élaborer un programme de préceptorat proposant un contenu théorique suffisamment détaillé et adapté à la réalité de pratique régionale. Dans le but de répondre à cette problématique, le présent projet propose 1) d'élaborer un programme de formation adapté à la réalité régionale pour l'infirmière novice à l'USI en collaboration avec des préceptrices œuvrant en USI, 2) d'en évaluer l'implantation dans les milieux, 3) d'évaluer la satisfaction des infirmières novices et des préceptrices face à ce programme et 4) d'explorer leurs perceptions sur les apprentissages de la novice. La théorie d'acquisition des compétences de Benner (1984/2001) et le modèle interactif de planification de programme de Caffarella (2002) ont constitué le cadre de référence permettant d'élaborer un programme de formation destiné aux novices à l'USI. Le programme a ainsi été élaboré entre juin 2014 et janvier 2015 dans le contexte d'une

recherche-action par un comité composé de quatre préceptrices. Quatre groupes de discussion ont permis le développement du matériel pédagogique, à savoir le programme, le contenu de la formation ainsi que les outils d'évaluation. La participation des préceptrices a permis de s'assurer d'élaborer un programme adapté à leur réalité de pratique. Ce programme a ensuite été implanté entre mai 2015 et février 2016 dans deux centres hospitaliers de l'Abitibi-Témiscamingue. Dans le but de respecter l'organisation de chacun des centres, le programme a été implanté selon deux modalités différentes. En effet, dans un des deux centres, le préceptorat de groupe a été utilisé et dans l'autre centre, c'est plutôt le préceptorat individuel. L'évaluation de l'implantation a eu lieu à l'aide de 14 entrevues individuelles réalisées entre octobre 2015 et mars 2016 avec neuf novices et cinq préceptrices. Les entrevues ont permis de constater la satisfaction des participantes par rapport au programme. Elles ont souligné que le contenu était cohérent avec leur réalité de pratique. La principale difficulté rencontrée était en lien avec la conciliation du programme avec les horaires de travail. Cette difficulté était toutefois moindre en préceptorat de groupe qui, par ailleurs, a permis aux participantes de créer des liens entre elles. Les principaux apprentissages perçus chez les novices se rapportaient à l'amélioration de leurs interventions et à la capacité d'en effectuer de nouvelles auprès de la clientèle, ce qui témoigne d'un développement des compétences selon la théorie de Benner (1984/2001). Il est encore trop tôt pour connaître les impacts de ce programme à long terme. Toutefois, les préceptrices se disent désormais mieux outillées pour le soutien clinique et les novices mieux préparées pour répondre aux situations complexes de soins de l'USI.

Je dédie ce mémoire à mon fils, Maël Perron.

Tu as su composer avec une mère qui tentait de concilier famille, études et deux emplois.

Le fait que tu aies cru en moi m'a poussée à ne jamais abandonner.

J'espère t'avoir transmis l'envie d'aller au bout de tes rêves.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Problématique	4
Effectifs infirmiers et situation de soins	5
Contexte de soins et effectifs à l’USI.....	8
Le préceptorat comme piste de solution	12
Recension des écrits.....	17
Définition et modalités d’application du préceptorat.....	18
Programmes de préceptorat.....	20
Programmes de préceptorat à l’USI.....	27
Cadre de référence	30
Théorie de l’acquisition des compétences de Patricia Benner	31
Modèle interactif de planification de programmes de Caffarella.....	33
Méthode	35
Description des milieux	36
CH d’Amos	37
CH de La Sarre.....	37
CH de Rouyn-Noranda	38
Participants.....	38
Stratégie de recherche	42
Premier cycle de recherche-action	45
Première phase d’observation	46
Première phase de réflexion.....	48
Première phase d’action.....	49
Deuxième cycle de recherche-action	50

Deuxième phase d'observation	50
Deuxième phase de réflexion et d'action	51
Troisième cycle de recherche-action.....	52
Troisième phase d'observation	52
Troisième phase de réflexion et d'action	53
Quatrième cycle de recherche-action.....	53
Quatrième phase d'observation.....	53
Quatrième phase de réflexion et d'action	55
Journal de bord.....	57
Rigueur scientifique de la recherche.....	57
Considérations étiques	58
Résultats.....	61
Le matériel pédagogique.....	62
Résultats du premier cycle de recherche-action.....	62
Résultats du deuxième cycle de recherche-action.....	79
Résultats du troisième cycle de recherche-action	86
Évaluation de trois aspects du programme	88
Implantation du programme.....	89
Satisfaction face au programme.....	95
Perception des apprentissages effectués par les novices.....	110
Discussion et recommandations.....	113
Programme de formation	114
Programme.....	114
Adaptation régionale.....	119
Synthèse des recommandations	121
Forces et limites de la recherche	123
Conclusion	129
Références.....	132
Appendice A Programme d'orientation Soins intensifs médicaux – chirurgicaux	140
Appendice B Extrait du Programme de Soins infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick (PSICNB).....	146

Appendice C Stades des compétences selon Benner	149
Appendice D Compétences de l’infirmière experte selon Benner	153
Appendice E Modèle de Caffarella	156
Appendice F Formulaire d’information et de consentement – préceptrice	159
Appendice G Questionnaire sociodémographique.....	167
Appendice H Formulaire d’information et de consentement - novice	170
Appendice I Guide pour le premier groupe de discussion	177
Appendice J Grille d’analyse du premier groupe de discussion	180
Appendice K Grille d’analyse documentaire	187
Appendice L Guide pour le 2e groupe de discussion.....	215
Appendice M Guide pour le 3e groupe de discussion.....	218
Appendice N Guide d’entrevue individuelle	221
Appendice O Programme de préceptorat	224
Appendice P Plan de formation de la préceptrice	245
Appendice Q Cahier de la novice	334
Appendice R Suivi de préceptorat	345
Appendice S Évaluation formative de la novice	348
Appendice T Autoévaluation de la novice.....	360

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synthèse des quatre cycles de recherche.....	56
Tableau 2 : Objectifs d’acquisition de connaissances factuelles associés aux connaissances scientifiques.....	65
Tableau 3 : Objectifs d’acquisition de connaissances factuelles associés aux connaissances instrumentales.....	68
Tableau 4 : Objectifs de développement des habiletés d’intervention associés aux connaissances des pratiques d’interventions.....	70
Tableau 5 : Objectif de travail sur soi associé aux connaissances de soi.....	75
Tableau 6 : Activités de formation.....	78
Tableau 7 : Synthèse des résultats du deuxième cycle de recherche-action	82
Tableau 8 : Impression générale en lien avec les objectifs et les éléments de contenu.....	100
Tableau 9 : Modifications suggérées aux ressources disponibles.....	103
Tableau 10 : Ajouts suggérés aux activités d’apprentissage.....	106
Tableau 11 : Modifications suggérées aux moyens d’évaluation et d’autoévaluation des apprentissages	110
Tableau 12 : Apprentissages des novices tels que perçus par les préceptrices et les novices	112
Tableau 13 : Synthèse des recommandations	123
Tableau 14 : Planification des activités d’apprentissage – CSSSTR.....	142
Tableau 15 : Compétences de l’infirmière selon Benner.....	155
Tableau 16 : Composantes du Modèle de Caffarella	160

Liste des figures

Figure 1 : Conséquences de la pénurie infirmière dans les USI québécoise.....	11
Figure 2 : Modèle interactif de planification de programmes de Caffarella.....	33
Figure 3 : Cycle de recherche-action	43

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier les équipes des unités de soins intensifs de l'Abitibi-Témiscamingue, en particulier les préceptrices ayant participé à ce projet. Elles ont su transmettre leur savoir avec passion. Elles ont cru dans le potentiel des infirmières de notre relève et ont su les amener plus loin dans leur cheminement professionnel. Merci à M. Luc Lemieux et à M. Normand Lemieux, chefs d'unités de soins intensifs, qui ont soutenu l'implantation de ce programme de formation dans leur unité respective. Leur leadership fut une grande source de motivation.

Merci à Dr Stéphane Terrault et à M. Michaël Lacroix, inhalothérapeute, qui ont généreusement accepté de réaliser et de partager des vidéos de formation pour les infirmières novices. Leur expertise et leur facilité à transmettre leurs connaissances furent d'une aide précieuse.

J'aimerais également remercier mes directrices, Pre Manon Champagne et Pre Abir El Haouly. Leur soutien infailible, même en temps plus difficile, leur rigueur et leur confiance m'ont permis de me dépasser.

J'aimerais remercier Mme Nathalie Thiffault, conseillère clinique cadre en soins critiques au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec, ainsi que son équipe de préceptrices qui ont généreusement partagé leur matériel de formation.

Merci aux membres du jury qui ont la lourde tâche de réviser ce mémoire. Par leurs commentaires, ils procurent une vision externe de ce projet qui permet d'aller encore plus loin.

Merci également à tous mes amis qui m'ont encouragée et qui ont fait preuve de patience devant mes longues périodes d'absence. Merci à tous ceux qui ont cru en moi et qui m'ont permis d'avancer.

Des remerciements sont exprimés aussi à tous ceux et celles dont les noms ne figurent pas ici et qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Introduction

Le contexte dans les unités de soins intensifs (USI) a évolué en lien avec la pénurie infirmière et le vieillissement de la population (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC), 2015). Il est observé que les infirmières nouvellement diplômées débutent de plus en plus tôt dans ces unités. Pour soutenir les infirmières novices, qui sont des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ou des infirmières diplômées depuis moins de trois ans, le MSSS du Québec a mis en place un programme national de soutien clinique au moyen du préceptorat (MSSS, 2008). Des difficultés dans l'application de ce programme ont été observées dans les USI de l'Abitibi-Témiscamingue. Dans le but de répondre à cette problématique, le présent projet propose 1) d'élaborer un programme de formation adapté à la réalité régionale pour l'infirmière novice à l'USI en collaboration avec des préceptrices œuvrant en USI, 2) d'en évaluer l'implantation dans les milieux, 3) d'évaluer la satisfaction des infirmières novices et des préceptrices face à ce programme et 4) d'explorer leurs perceptions sur les apprentissages de la novice.

Le présent mémoire comprend six chapitres. Le premier chapitre présente la problématique détaillée concernant les effectifs de soins en général et dans les USI plus particulièrement ainsi que l'une des solutions envisagées, à savoir le préceptorat.

Le deuxième chapitre expose la recension des écrits effectuée sur le thème de la définition et des modalités d'application du préceptorat. Certains programmes de préceptorat sont décrits, plus particulièrement deux programmes spécifiques à l'USI.

Les deux volets du cadre de référence sont présentés au troisième chapitre du mémoire. Il s'agit premièrement de la théorie d'acquisition des compétences de Patricia Benner (1984/2001) et deuxièmement du modèle interactif de planification de programmes de Caffarella (2002).

Le quatrième chapitre présente la méthodologie utilisée, à savoir une recherche-action composée de quatre cycles de recherche. Les trois premiers portent sur l'objectif d'élaboration du programme et le quatrième sur l'évaluation de trois aspects du programme.

Le cinquième chapitre se penche sur les résultats de ces quatre cycles de recherche. Ces résultats seront ensuite discutés au sixième chapitre.

Problématique

Cette problématique présente la situation de soins et des effectifs infirmiers en général et plus particulièrement à l'unité des soins intensifs (USI). Cette situation est principalement influencée par la pénurie infirmière et le vieillissement de la population (AIIC, 2015). La rétention des infirmières devient une priorité dans un tel contexte (AIIC, 2009). Le préceptorat est une des solutions mises de l'avant par le MSSS du Québec pour soutenir les infirmières débutant leur carrière dans ces circonstances difficiles (MSSS, 2008). Toutefois, cette solution n'est pas toujours facile à mettre en pratique et il sera ici question des difficultés d'application du préceptorat vécues sur le terrain et plus particulièrement en Abitibi-Témiscamingue.

Effectifs infirmiers et situation de soins

La pénurie des infirmières est largement discutée dans les médias et elle est vécue dans plusieurs pays du monde (Buchan & Aiken, 2008 ; Chan & Lai, 2010; St-Pierre, St-Jean, & Alderson, 2010). Il est estimé que 57 pays, par exemple l'Australie, le Canada et le Japon, vivent une pénurie d'infirmières fortement problématique (Buchan & Aiken, 2008). Le vieillissement de la main-d'œuvre et l'exode de la profession sont des causes de la pénurie (AIIC, 2009 ; International Center for Human Resources in Nursing (ICHRN), 2007).

À ce propos, l'ICHRN, soulignait en 2007 que la pénurie est influencée par le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière dans les pays industrialisés. Dans huit pays du monde, dont le Canada, l'âge moyen des infirmières excède 40 ans (ICHRN, 2007).

En ce qui a trait à l'exode de la profession, un sondage réalisé aux États-Unis en 2007 indiquait que 55 % des répondants avaient l'intention de quitter la profession d'ici 2020 (ICHRN, 2007). C'est pourquoi l'ICHRN (2007) conclut que la mise en place de stratégies visant à attirer les infirmières d'expérience sur le marché du travail est nécessaire.

Parallèlement, une étude publiée par l'Université américaine de Beyrouth (Haddad, 2015) a montré que la pénurie infirmière au Liban est présente malgré un taux de chômage estimé à environ 35 % chez les jeunes. Le manque d'effectifs infirmiers dans ce pays s'explique entre autres par les conditions de travail difficiles. Selon cette étude, deux infirmières sur trois désirent quitter leur poste d'ici trois ans.

En ce qui concerne la situation canadienne, l'effectif infirmier a diminué de 1 % en 2014 selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Il s'agit de la première diminution d'effectif depuis 20 ans (ICIS, 2015). Selon la même source, l'âge moyen des infirmières canadiennes est de 44,9 ans. Il est possible de présumer que la pénurie n'est

pas terminée puisqu'un peu plus du quart des infirmières (26 %) sont potentiellement admissibles à la retraite (ICIS, 2015). Toujours selon l'ICIS (2015), 27 757 infirmières n'ont pas renouvelé leur inscription professionnelle en 2014. Cela représente 9,5 % de l'effectif infirmier canadien. Parmi ces infirmières, 26,3 % avaient moins de 40 ans. De plus, le nombre de sorties est supérieur au nombre d'inscriptions, situation qui s'explique en partie par des changements réglementaires en Ontario qui ont entraîné le départ de plus de 10 000 infirmières (ICIS, 2015). Selon les projections de l'AIIC (2009), la pénurie d'infirmières au Canada aura presque quintuplé d'ici 2022.

D'ailleurs, la situation est similaire au Québec. Selon l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) (2015), l'âge moyen de l'effectif infirmier en 2014 était de 42,7 ans. Une infirmière sur cinq avait 55 ans et plus. Il est donc possible d'affirmer que 20 % des infirmières québécoises sont potentiellement admissibles à la retraite. En Abitibi-Témiscamingue, le portrait de l'effectif est similaire au reste du Québec avec une moyenne d'âge de 42,0 ans. De surcroît, au moment de la rédaction de cette problématique, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) craint que les modifications proposées aux critères de retraite provoquent un départ massif d'infirmières similaire à celui vécu en 1997 (Lemieux, 2015). Non seulement une augmentation du nombre de retraites est envisageable, mais plusieurs infirmières quittent la profession chaque année. En 2013-2014, elles ont été 3 740 à se retirer du milieu (OIIQ, 2014). Ce nombre demeure élevé depuis 2009 (OIIQ, 2014). Bien que la plus grande

proportion d'infirmières quittant la profession soit âgée de 55 ans et plus (62 %), il n'en demeure pas moins que 3,3 % d'entre elles ont moins de quarante ans (OIIQ, 2014). Le nombre d'infirmières non admissible à la retraite quittant la profession augmente légèrement d'année en année (OIIQ, 2014).

En tenant compte de la situation de pénurie, il sera difficile de répondre aux besoins de santé grandissant de la population (AIIC, 2015). En effet, à la pénurie décrite précédemment, s'ajoute une augmentation de la demande de soins (Buchan & Aiken, 2008). Le vieillissement de la population occasionne une augmentation d'usagers souffrant de pathologies chroniques et dégénératives nécessitant des soins de santé (AIIC, 2015 ; Buchan & Aiken, 2008 ; Stordeur, D'Hoore, & NEXT-Study Group, 2006). En 2012, une personne sur neuf avait plus de 60 ans. En 2050, ce sera une personne sur cinq (Conseil international des infirmières (CII), 2015). Il en résulte donc une demande accrue pour les soins de santé complexes (CII, 2014 ; CII, 2015 ; Coomber & Barriball, 2007 ; ICHRN, 2007).

Contexte de soins et effectifs à l'USI

Pour ce qui est du domaine des soins critiques (urgence et soins intensifs), la pénurie d'infirmières est particulièrement marquée (Chan & Lai, 2010 ; St-Pierre et al., 2010 ; Ulrich et al., 2006). Elle est accentuée à l'USI par le faible ratio infirmière/patient exigé par l'intensité des soins (Chan & Lai, 2010 ; St-Pierre et al., 2010 ; Ulrich et al.,

2006). Afin de pallier la situation de pénurie à l'USI, les nouvelles diplômées travaillent à l'unité des soins intensifs de plus en plus tôt dans leur parcours professionnel (Bérubé, Touchette, & Brien, 2008). Au Québec en 2011-2012, 50 % des infirmières en USI comptaient moins de 5 ans d'expérience (OIIQ, 2012). La proportion d'infirmières débutant leur carrière en soins critiques a augmenté d'année en année à partir de 2009 pour atteindre le sommet de 21 % en 2012-2013 (OIIQ, 2012). En 2013-2014, cette proportion a diminué pour atteindre 14 % (OIIQ, 2014). L'OIIQ (2014) explique cette diminution par le fait que les compétences nécessaires pour travailler en soins critiques sont de niveau plus élevé que le niveau collégial. La majorité des novices, soit 71,5 %, entrent dans la profession avec un niveau de scolarité collégial (OIIQ, 2014).

Dans cet ordre d'idées, Bérubé et al. (2008) affirment que les infirmières novices sont peu préparées à répondre aux situations d'urgence et présentent des lacunes sur le plan des habiletés psychomotrices nécessaires pour utiliser la technologie à l'USI. Elles se sentent rapidement surchargées et centrent leur attention sur l'appareillage plutôt que sur le patient (Huckabay & Jagla, 1979 et Wilkinson, 1992 dans St-Pierre et al., 2010). Cette situation est préoccupante lorsque l'on considère que l'intensité et la complexité des soins et des technologies utilisées ne cessent d'augmenter (Coomber & Barriball, 2007 ; O'Kane, 2011 ; Proulx & Boursier, 2008 ; St-Pierre et al., 2010). Cette technologie combinée au milieu exigeant de l'USI augmente le stress des novices (O'Kane, 2011). L'intégration des infirmières novice à l'USI a également un impact sur les infirmières

d'expérience. En effet, la nécessité de former les infirmières novices en plus d'assumer leur propre travail diminuent la rétention de ces infirmières (O'Kane, 2011). On observe alors un roulement de personnel dont résulte un piètre climat de travail ainsi qu'une perte de l'attrait autrefois exercé par l'USI (O'Kane, 2011 ; St-Pierre et al., 2010). St-Pierre et al. (2010) ont schématisé l'effet circulaire de la pénurie à l'USI (voir Figure 1). Cet ensemble de causes et d'effets est également discuté par Coomber & Barriball (2007). De plus, Edwards, Hawker, Carrier et Rees (2015) soulignent le stress vécu par les infirmières novices en début de carrière.

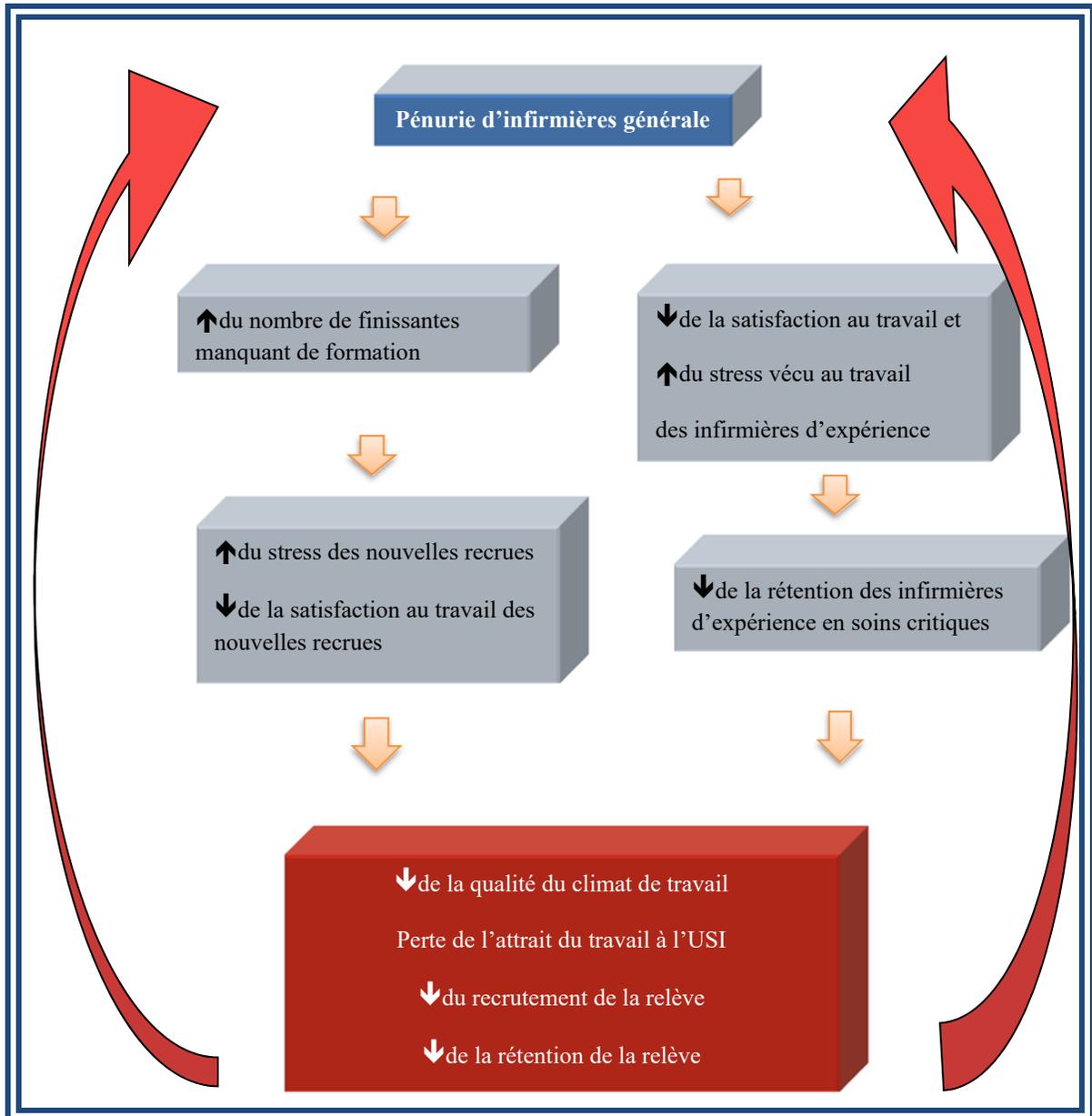


Figure 1. Conséquences de la pénurie d'infirmières dans les unités de soins intensifs (USI) québécoises

Adapté de St-Pierre et al., 2010.

En région, les infirmières novices à l'USI se disent peu préparées et laissées à elles-mêmes une fois la période d'orientation terminée (Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Les Eskers, 2009). Les données recueillies par l'étudiante-chercheuse dans le milieu laissent entendre que les nouvelles infirmières ayant quitté l'unité l'ont fait car elles ne se sentaient pas soutenues dans leur travail et se sentaient incapables à gérer les situations cliniques inhérentes à l'USI.

En définitive, il est primordial de se pencher sur des pistes de solution pour l'attraction et la rétention de nouvelles recrues puisque la pénurie a un impact négatif direct sur le risque de mortalité et de morbidité de la clientèle (St-Pierre et al., 2010). Une des pistes de solution la plus répandue est le préceptorat.

Le préceptorat comme piste de solution

La pénurie et la faible rétention des infirmières ont été étudiées par plusieurs auteurs dans le but d'identifier des solutions à ces problèmes (Alspach, 2007 ; Bérubé et al., 2008 ; Chan & Lai, 2010 ; Lavoie-Tremblay et al., 2010 ; Morris et al., 2009 ; O'Kane, 2011). Toutes les études font consensus pour une augmentation du soutien dans l'acquisition des connaissances et le développement des habiletés psychomotrices chez l'infirmière novice. Le CII (2014) affirme que la formation des infirmières est un incontournable dans la situation de soins actuelle. Il propose le mentorat comme l'une des pistes de solution à envisager (CII, 2014). Selon l'AIIC (2004), il est également bénéfique

de soutenir une infirmière en fonction dans un nouveau milieu pendant les deux premières années. De son côté, l'OIIQ se positionne dans le même sens. Dans son Mémoire (OIIQ, 2007) déposé à la Table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de la main-d'œuvre en soins infirmiers, l'Ordre provincial mentionne :

« Le fait d'offrir aux infirmières un perfectionnement professionnel rémunéré semble être l'une des mesures évidentes et fondamentales à mettre en œuvre pour faire renaître la satisfaction des infirmières et, surtout, contribuer à améliorer la santé de leurs patients. (...) Le soutien et l'encadrement clinique [de la relève] s'inscrivent dans les mêmes objectifs de sécurité des soins, de développement de compétences, d'attrait et de rétention que vise la mesure de la formation continue. »

Dans cette même ligne d'idées, le MSSS a mis en place un Programme national de soutien clinique visant à soutenir toute nouvelle infirmière de moins de trois ans d'expérience au moyen d'une période de préceptorat de trois mois (MSSS, 2008). L'élaboration des plans visant l'implantation d'un programme de préceptorat fut amorcée en 2009 en Abitibi-Témiscamingue. Ce sont les conseillères cliniques en soins infirmiers qui sont chargées de la coordination du programme. À la suite de l'orientation, chaque infirmière novice est jumelée avec une infirmière reconnue experte dans son milieu de pratique. Douze heures de rencontres rémunérées ont lieu en dehors des heures travaillées

lors desquelles la préceptrice soutient la nouvelle diplômée dans l'acquisition des compétences nécessaires à son travail (CSSS Les Eskers, 2009). En région, il a été décidé d'offrir le préceptorat aux infirmières ayant diplômé depuis moins de trois ans ou ayant débuté dans une unité depuis moins de deux ans (CSSS Les Eskers, 2009).

Avant et pendant cette recherche, l'étudiante-chercheuse agissait à titre de conseillère clinique ou infirmière dans un des Centres Hospitaliers (CH) participant. Elle fut d'ailleurs chargée de la mise en place du préceptorat dans ce centre en 2009. Sa pratique à l'USI de ce centre a suscité son intérêt pour ce thème de recherche. Sept nouvelles recrues ont débuté leur travail en 2011 dans ce CH. Selon les témoignages recueillis dans ce milieu par l'étudiante-chercheuse, les préceptrices ont avoué se sentir fréquemment démunies quant au contenu à voir avec leurs apprenantes. À plusieurs reprises, elles ont demandé un programme contenant des notions théoriques à étudier lors des périodes de préceptorat. Il est à noter que, lors de ces périodes, aucune préceptrice n'a été libérée à temps complet pour le soutien clinique, vu le nombre limité de nouvelles recrues.

Le vécu des infirmières d'ailleurs dans le monde ne diffère pas de celui de leurs consœurs qui pratiquent en Abitibi-Témiscamingue. En effet, les études qui se sont penchées sur ce sujet (Broadbent, Moxham, Sander, Walker, & Dwyer, 2014; Häggman-Laitila, Erickson, Riitta, Kirsi, & Leena, 2007; Morris et al., 2009; O'Kane, 2011)

rapportent que les préceptrices se sentent souvent peu supportées et manquent de ressources pour les aider dans leur rôle. Selon deux de ces études (O’Kane, 2011 ; Broadbent et al., 2014), disposer d’un programme structuré incluant un contenu théorique aiderait les infirmières d’expérience, dont la charge de travail se trouve augmentée par le préceptorat, à assumer leur rôle de préceptrice.

Enfin, Edwards et al. (2015) mentionnent que malgré les nombreuses études disponibles au sujet du préceptorat, il est difficile d’obtenir le contenu de la formation. Cette difficulté est également soulignée par Juers, Wheeler, Pascoe, Gregory et Steers (2012). Afin de repérer des programmes de préceptorat comprenant du contenu théorique, une recension des écrits a été menée et a permis de constater cette même difficulté. Il devient donc ardu d’implanter l’un de ces programmes en Abitibi-Témiscamingue.

Du côté des grands centres de santé, plusieurs ont élaboré des programmes théoriques (voir recension des écrits). En Abitibi-Témiscamingue, aucun centre n’en a développé un jusqu’à ce jour. Les programmes conçus dans les grands centres sont difficiles à appliquer directement en région. En effet, la réalité de pratique en région est différente de celle des centres en région métropolitaine. Dans ces derniers, les USI sont des unités spécialisées (p. ex. coronarienne, neurologique). Par contre, en Abitibi-Témiscamingue, on retrouve des USI médicaux et chirurgicaux généraux. La variété dans

le type de clientèle sous les soins des infirmières en région demande une grande polyvalence. Il devient donc nécessaire d'adapter un programme à la région.

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre observée dans les USI, des défis vécus par les préceptrices de l'Abitibi-Témiscamingue lors du préceptorat ainsi que la difficulté d'appliquer un programme de préceptorat élaboré dans un grand centre dans un centre régional, un programme de formation adapté à la réalité de la pratique régionale apparaît être une option de choix pour favoriser le développement des compétences et des habiletés des infirmières nouvellement diplômées. Comme suggéré dans la littérature, il serait intéressant de connaître l'effet d'un tel programme sur la rétention, la satisfaction au travail ou le stress vécu par les novices. Le contexte dans les unités de soins intensifs régionales, particulièrement en ce qui a trait au petit nombre de novices, ne permet pas à cette recherche de prétendre à de tels résultats. La présente étude a donc comme objectifs, au moyen d'une recherche-action, 1) d'élaborer un programme de formation adapté à la réalité régionale pour l'infirmière novice à l'USI en collaboration avec des préceptrices œuvrant en USI, 2) d'en évaluer l'implantation dans les milieux, 3) d'évaluer la satisfaction des infirmières novices et des préceptrices face à ce programme et 4) d'explorer leurs perceptions sur les apprentissages de la novice.

Recension des écrits

Cette recension des écrits, sans être exhaustive, met l'accent sur les programmes de préceptorat et l'évaluation de tels programmes. Les bases de données PubMed, CINAHL, ERIC et Medline ont été consultées de septembre 2011 à juin 2013 au sujet des publications postérieures à l'année 2000 en langue anglaise et française. Les mots clés « programme de formation infirmière », « préceptorat » « évaluation de programme de préceptorat », « *nursing shortage* », « *intensive care unit preceptorship* » et « *preceptorship* » ont été utilisés. Ces bases de données ont été consultées à nouveau de juin à juillet 2015 au sujet des publications postérieures à l'année 2010, en utilisant les mêmes mots clés.

Définition et modalités d'application du préceptorat

Le préceptorat et le mentorat ont été grandement diffusés par les hôpitaux magnétiques (*magnets hospital*). Il s'agit d'hôpitaux ayant reçu une distinction décernée par l'*American Nurse Association Credentialing Center* (ANCC). Selon l'ANCC, pour obtenir cette distinction, le centre doit répondre aux *gold standards* en ce qui a trait à l'excellence de la pratique infirmière et de l'environnement de travail (Parson & Cornett, 2011). L'un des traits communs de ces hôpitaux est la présence de soutien clinique aux nouvelles infirmières par le moyen de relations de mentorat et/ou de préceptorat (*Georgia Nursing Association*, 2011 ; Parson & Cornett, 2011). Les termes préceptorat et mentorat sont parfois utilisés de manière interchangeable (Haggerty, Holloway, & Wilson, 2013). Selon la littérature, les deux types de rapport se basent sur une relation entre deux

infirmières, une novice et une respectée et reconnue dans son milieu (Barton, Gowdy, & Hawthorne, 2005). Pour ce qui est du mentorat, il est décrit comme une relation à long terme entre les deux parties (Dracup & Bryan-Brown, 2004 ; Haggerty et al., 2013). Quant au préceptorat, il consiste en une relation d'apprentissage définie dans le temps (Dracup & Bryan-Brown, 2004 ; Haggerty et al., 2013) et d'un mode d'enseignement individualisé qui a été reconnu efficace pour aider l'infirmière novice dans le développement de ses attitudes et compétences professionnelles (Edward et al., 2015 ; Giallonardo, Wong, & Iwasiw, 2010). Le préceptorat est également utilisé pour favoriser l'acquisition de connaissances et de compétences par d'autres professionnels de la santé, tels les sages-femmes et les pharmaciens (Fenwick et al., 2012 ; Horton, Upchurch, & Michelucci, 2011 ; Kassam, Kwong, & Collins, 2013). Dans la présente recherche, la définition du préceptorat de l'AIIC a été retenue : « Relation officielle d'une durée préétablie entre une infirmière expérimentée et une infirmière novice. Le préceptorat sert à acquérir un niveau de base de connaissances, de techniques et de qualités personnelles ainsi qu'à l'intégration sociale dans le domaine de pratique » (AIIC, 1995 cité par AIIC, 2004, p.13).

Au Québec, le Programme national de soutien clinique – volet préceptorat a été publié par le MSSS en 2008. Ce programme est basé sur le Guide sur le préceptorat et le mentorat de l'AIIC (2004) qui, à son tour, s'appuie sur la théorie de Benner (1984/2001). Ainsi, la philosophie des modèles québécois est très similaire d'un programme à l'autre (Centre hospitalier Robert-Giffard, 2009 ; Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke

(CHUS), 2009 ; CSSS de la Vieille-Capitale, 2009 ; CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2008 ; CSSS de Trois-Rivières, 2012 ; CSSS du Sud-Ouest-Verdun, 2008 ; CSSS Jeanne-Mance, 2008 ; CSSS Les Eskers de l'Abitibi, 2009 ; Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), 2009). Toutefois, les modalités d'application diffèrent grandement d'un centre à l'autre. Dans des grands centres (CHUS, CSSS de la Vieille-Capitale, ICM), plus de 100 nouvelles infirmières entrent en fonction chaque année. Par conséquent, des postes de préceptrices ont été créés sur les trois quarts de travail. Cela permet d'exercer le soutien clinique de manière directe, c'est-à-dire lors des soins au chevet des usagers pendant les quarts de travail de l'apprenante. Certains centres ont également recours au préceptorat de groupe, c'est-à-dire une préceptrice jumelée avec quelques novices (Bérubé et al., 2012 ; CSSS de Trois-Rivières, 2012). Quant au nombre d'heures, il varie d'un établissement à l'autre. Dans de plus petits centres, comme les centres régionaux, le nombre de nouvelles infirmières est moindre. Le soutien clinique s'exerce donc en dehors des heures de travail.

Programmes de préceptorat

De nombreux programmes de préceptorat ont été développés. Toutefois, peu d'entre eux préparent l'infirmière novice à œuvrer spécifiquement à l'USI (Morgan, Mattison, Stephens, & Medows, 2012). Des études portant sur la création et l'évaluation de programmes de préceptorat pour toutes professions de santé confondues, pour les infirmières spécifiquement ainsi que pour les infirmières œuvrant aux USI ont été cherchées dans les bases de données. Ces études sont exposées dans la présente recension

des écrits. En ce qui concerne les études qui se sont penchées sur des programmes destinés aux infirmières des USI, bien que plusieurs d'entre elles aient été repérées dans la littérature, seulement deux programmes ont pu être obtenus. Ceci est dû au fait que les centres les ayant produits ne rendent pas leurs programmes publics. Par conséquent, seuls deux programmes sont présentés dans la recension des écrits et seront utilisés au cours de cette recherche dans le but d'adapter leur contenu à la réalité de la pratique régionale. Il s'agit du programme de préceptorat du CSSS de Trois-Rivières (CSSSTR) et du Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick (PSICNB).

Tout d'abord, une revue systématique a été réalisée par Edwards et al. (2015) au sujet de 30 études portant sur le préceptorat pour les infirmières nouvellement graduées. Selon cette revue, le préceptorat d'une durée de trois à six mois est efficace pour favoriser le développement du sentiment de confiance ainsi que l'augmentation des connaissances et des compétences cliniques. De plus, il augmenterait la rétention des nouvelles infirmières et diminuerait leurs sentiments de stress et d'anxiété. Les auteurs soulignent l'importance d'une structure incluant du matériel didactique. Ils insistent également sur le fait qu'il existe peu de données dans les études sur le contenu des programmes. Les auteurs mentionnent que la majorité des études sur le sujet utilisent un devis qualitatif pour la création des programmes de formation.

À ce propos, des programmes de résidence et de préceptorat en pharmacie et pour les techniciens en radiologie (Horton et al., 2011 ; Williams, Sims, Burkhead, & Ward, 2002) ont été élaborés de manière participative comme il est prévu de le faire dans la présente étude. Les programmes ont pris différentes formes (supervision directe, en ligne, etc.). Des devis quantitatifs et/ou qualitatifs ont été utilisés pour l'évaluation de ces programmes.

Dans cet ordre d'idées, une étude fut menée au Royaume-Uni par le Département de la Santé à la suite de l'implantation d'un système de soutien clinique pour les infirmières, les ambulanciers, les nutritionnistes, les sages-femmes et les physiothérapeutes (Williamson, Callaghan, Whittlesea, & Heath, 2011). Le programme fut implanté dans quatre centres affiliés à l'Université de Plymouth. Dans le but d'explorer la perspective unique vécue lors du partenariat, un devis qualitatif fut choisi. Des groupes de discussion et des entretiens téléphoniques furent utilisés pour recueillir les données auprès des préceptrices, des infirmières en poste à l'USI et des novices. Il en est ressorti que le programme était perçu comme efficace, mais devait être ajusté à la réalité de pratique des centres puis à l'expérience vécue par la novice.

Également, en Nouvelle-Zélande, le Ministère et le Conseil de la santé ont mis en place en 2007 le programme *Nurse Entry to Practice* (NETP) pour soutenir l'arrivée des infirmières nouvellement graduées (Haggerty et al., 2013). Ce programme fut évalué par

la suite pendant trois ans au moyen d'une étude collaborative selon la méthode de Guba et Lincoln (1989, cité dans Haggerty et al., 2013). Un questionnaire fut envoyé à trois cohortes de nouvelles graduées, à leurs préceptrices ainsi qu'aux coordonnateurs du programme NETP. Des groupes de discussion ont également eu lieu avec des participantes du programme, des préceptrices et des gestionnaires. À la suite de cette étude, les auteurs concluent que la relation entre la nouvelle graduée et sa préceptrice, la culture de soutien clinique de l'établissement en général ainsi que la possibilité d'avoir les ressources appropriées pour soutenir les préceptrices sont des éléments clés pour favoriser le développement de la compétence et de la confiance des infirmières nouvellement graduées.

En Suède, Mamhir, Kristofferzon, Hellström-Hyson, Persson et Mårtensson (2014) se sont penchés sur la vision des préceptrices quant à deux méthodes d'éducation pour les infirmières : l'apprentissage par les pairs (qui est décrit dans l'étude comme un jumelage avec une préceptrice) et la supervision traditionnelle (qui est décrite comme une supervision directe sur l'unité par la préceptrice). Les préceptrices provenaient de deux centres affiliés à l'université d'Uppsala. Les deux méthodes d'apprentissage ont été comparées lors d'entrevues effectuées par les chercheurs auprès des préceptrices. Selon ces dernières, l'apprentissage par les pairs favoriserait davantage le développement du jugement clinique. Les préceptrices soulignaient toutefois que cette méthode serait plus difficile à mettre en place compte tenu des contraintes organisationnelles. Elles

mentionnaient notamment comme principales contraintes, le peu de temps alloué au préceptorat ainsi que le peu d'expression de soutien et de reconnaissance de la part des gestionnaires.

En Australie, un centre psychiatrique a évalué la mise en place du préceptorat pour les infirmières au cours d'une étude dont le devis était de type qualitatif (Martin, Donely, Parkes, & Wilkins, 2007). À la suite des entrevues individuelles effectuées auprès des novices ayant participé au préceptorat, les auteurs ont conclu qu'un contenu théorique était nécessaire afin de standardiser les notions vues au cours de la formation.

Dans le même ordre d'idée, en Finlande, la mise en place d'un modèle de supervision clinique pour les infirmières a été évaluée au moyen de groupes de discussion (Häggman-Laitila et al. 2007). Les participants à l'évaluation ont été sélectionnés selon un échantillon de convenance. Des professeures, des étudiantes et des gestionnaires en soins infirmiers provenant de six unités différentes ont pris part aux groupes de discussion. Les auteurs en viennent à la conclusion qu'un programme au contenu théorique est nécessaire pour standardiser la formation.

Une recherche menée aux États-Unis par Williams et al. (2002) portait sur la création, l'implantation et l'évaluation d'un programme de résidence. Ce programme

visait les infirmières et fut étendu à d'autres professionnels, tels que les techniciens en radiologie. Une attention particulière a été accordée par l'étudiante-chercheuse à la partie de cette étude qui portait sur les infirmières. Un devis qualitatif fut utilisé pour la création du programme en collaboration avec les préceptrices des USI du centre. L'implantation fut aussi planifiée de manière participative. Dix-huit mois après l'implantation, la rétention des nouvelles recrues dans les unités où le programme de préceptorat était en cours fut comparée à la rétention observée dans les milieux inactifs dans le programme. En plus d'évaluer leur préceptrice à l'aide d'un questionnaire, les novices furent rencontrées lors de groupes de discussion pendant le programme et lorsque celui-ci fut complété afin de leur permettre de faire part des difficultés qu'elles ont rencontrées. Quant aux préceptrices, des données qualitatives et quantitatives furent recueillies auprès d'elles au moyen d'un questionnaire à questions ouvertes et fermées portant sur leur satisfaction vis-à-vis du programme. Elles eurent aussi à évaluer le développement de la novice de manière générale. Des recommandations, entre autres au sujet des horaires de travail fixes pour faciliter le préceptorat et d'un contenu théorique élaboré, ont par la suite été transmises au département d'éducation continue du centre dans le but d'améliorer le programme.

Szabo, Jakubec et Janzen (2016) se sont quant à elles intéressées à la transition vécue par les finissants du programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Mount Royal à Calgary. Les auteures soulignaient que de nombreux

programmes existaient pour le soutien lors de la première année suivant la fin de la formation, mais que peu de formation était donnée pour préparer la transition de rôle avant la fin des études. Un cours de soutien a donc été mis en place. Ce cours visant l'intégration du milieu a eu lieu en classe, en ligne et dans le milieu clinique en soins aigus pour aider les étudiants à se préparer à leur entrée sur le marché du travail. Les auteurs ont utilisé l'approche narrative de Parse (2001, cité dans Szabo, Jakubec et Janzen, 2016). Un total de 22 participants ont pris part au cours. Ceux-ci devaient tenir un journal pendant la période de formation. Ces écrits ont été utilisés pour l'évaluation et les auteurs ont également réalisé sept entrevues individuelles. Les participants ont souligné que les instructeurs cliniques aident à faire le pont entre l'école et la pratique. Il est également ressorti que, dans ce contexte de préceptorat de groupe, l'aide des collègues de classe favorise le développement des compétences et la transition de rôle. De plus, les auteurs en viennent à la conclusion que du mentorat s'établit souvent de manière informelle dans les milieux cliniques s'il n'est pas établi de manière formelle.

Plus près de nous, le ministère de la Santé de l'Ontario a aussi utilisé un devis qualitatif pour évaluer les programmes de préceptorat et de mentorat pour les infirmières en soins à domicile en place dans la province (DeCicco, 2008). Des constats ont été émis par la suite pour améliorer les programmes. Ces recommandations visaient entre autres une standardisation du contenu théorique vu lors des périodes de préceptorat.

Programmes de préceptorat à l'USI

Pour clore la recension, deux programmes spécifiques à l'USI seront maintenant présentés. Il s'agit du programme d'orientation et de préceptorat du CSSSTR (Thiffault, 2014) et du PSICNB (2000/2006). Ces programmes seront présentés plus en détail puisqu'ils furent utilisés dans la présente étude.

Programme d'orientation et de préceptorat du CSSSTR. Ce programme a été élaboré par la conseillère clinique de l'USI médicaux et chirurgicaux, Mme Nathalie Thiffault, au cours de sa maîtrise en sciences infirmières (2014). Mme Thiffault a déposé son essai au mois d'avril 2014 et elle a gracieusement accepté de partager l'ensemble de son travail et de ses outils pour la présente recherche. Elle a produit un programme d'orientation et de préceptorat au moyen d'une recherche-action. Il s'agit d'un programme alternant des périodes de théorie et de pratique sur 12 semaines. Le plan des activités d'apprentissage est présenté dans le Tableau 14 à l'Appendice A. Une préceptrice et les novices débutant à l'unité sont libérées le temps du programme. Bien entendu, il s'agit là d'une différence majeure avec la réalité des centres régionaux. Toutefois, comme il s'agit d'un programme de même durée qu'en région, il est facilement envisageable d'en adapter le contenu à la réalité de la pratique en région. Le programme a été évalué lors d'une rencontre entre la chef de service et les assistantes infirmière chef. Les participantes se sont dites satisfaites du programme d'orientation et des outils développés. Deux novices ont également complété un questionnaire permettant d'explorer leur perception face à leur

période d'orientation. Les novices ont déclaré se sentir « sécuritaires et fonctionnelles pour débiter leur travail de manière autonome » (Thiffault, 2014, p.103). La méthode de recherche utilisée par Thiffault (2014) et les résultats obtenus pourront être comparés avec la méthode retenue pour cette recherche et les résultats qui en découleront, et utilisés à des fins de discussion par la suite.

Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick. Utilisé dans le cadre du préceptorat, ce programme consiste en 150 heures de formation et vise principalement à amener l'infirmière novice à acquérir les connaissances nécessaires pour dispenser des soins à l'aide d'une technologie de pointe et à appliquer la démarche infirmière en contexte de soins critiques (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2000/2006). Le contenu de ce programme a été consulté sur Internet. Un extrait est présenté à l'Appendice B. En revanche, aucun document concernant l'évaluation de ce programme n'a pu être retracé dans la littérature.

Dans plusieurs études présentées dans la recension des écrits, la satisfaction des participants par rapport au programme de formation a été évaluée (Edwards et al. 2015 ; Williams et al. 2002). L'impact du programme sur la rétention des participants a été également exploré (Coomber & Barriball, 2007 ; Edwards et al. 2015 ; O'Kane, 2011 ; St-Pierre et al., 2010). Dans la présente recherche, la satisfaction des participants par rapport au programme élaboré sera évaluée. Toutefois, le contexte de la recherche rend

l'évaluation de l'impact du programme sur la rétention difficile à réaliser en raison du petit nombre de novices débutant dans les USI à chaque année. Plusieurs études soulignent le besoin des préceptrices d'être soutenues par un contenu de formation théorique détaillé (DeCicco, 2008 ; Haggerty et al., 2013 ; Häggman-Laitila et al. 2007 ; Martin et al. 2007 ; Williams et al. 2002). Quant au matériel didactique des programmes de préceptorat, il est peu accessible tel que souligné par une revue systématique (Edwards et al. 2015). L'étudiante-chercheuse a d'ailleurs vécu cette difficulté, ce qui explique que le contenu de seulement deux programmes a été obtenu. De plus, les préceptrices de l'étude de Williamson et al. (2011) ont déclaré qu'il leur était nécessaire d'adapter la formation à la réalité de pratique des novices. Tout bien considéré, cette recension des écrits permet de renforcer l'idée de la nécessité d'un programme de préceptorat adapté à la réalité de pratique régionale et proposant un contenu théorique suffisamment détaillé.

Cadre de référence

Le cadre de référence de la présente recherche est composé de la théorie de l'acquisition des compétences de Patricia Benner (1984/2001) et du Modèle interactif de planification de programmes de Caffarella (2002). Ces deux composantes sont ici présentées en détail.

Théorie de l'acquisition des compétences de Patricia Benner

La théorie d'acquisition des compétences de Patricia Benner est inspirée du modèle d'acquisition et de développement de compétences de Dreyfus et Dreyfus (1980) cités dans Benner (1984/2001). Le modèle de Dreyfus et Dreyfus fut développé lors d'une étude portant sur l'acquisition des compétences des joueurs d'échec et des pilotes d'avion. Selon ce modèle, la personne passe par cinq niveaux d'acquisition de compétences : novice, débutant avancé, compétent, performant et expert. Benner a utilisé les résultats de recherche de Dreyfus et Dreyfus et les a appliqués à la profession infirmière au moyen d'une étude phénoménologique. Elle a décrit les cinq niveaux de compétence d'une infirmière : novice, débutante avancée, compétente, performante et experte (Benner, 1984/2001). Ces cinq niveaux sont expliqués plus en détail à l'Appendice C.

Au-delà de la transmission de connaissances théoriques et explicites, la théorie de Benner vise la transmission des compétences infirmières acquises par l'expérience, des savoirs tacites. Lors de l'analyse des entrevues menées dans l'étude de Benner (1984/2001), 31 compétences furent décrites. Des exemples pratiques tirés des entrevues

décrivent chacune d'entre elles. Ces compétences, présentées à l'Appendice D dans le Tableau 15, sont classées en sept domaines selon leur similitude. Elles sont le reflet du savoir pratique de l'infirmière experte.

La théorie de Benner est utilisée comme fondement de plusieurs programmes de préceptorat, d'enseignement et d'orientation dans une multitude d'institutions d'enseignement et d'hôpitaux de différents pays (p. ex. : Altmann, 2007 ; Aronson, Glynn, & Squires, 2012 ; CHUS, 2009 ; Centre hospitalier Robert-Giffard, 2009 ; CSSS Les Eskers de l'Abitibi, 2009 ; CSSS Jeanne-Mance, 2008 ; CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2008 ; CSSS de la Vieille-Capitale, 2009 ; ICM, 2009, Lewis, 1996 ; MSSS, 2008 ; Park & Park, 2010). Dans le contexte de la présente recherche, la théorie de Benner (1984/2001) s'est avérée une base privilégiée pour l'élaboration du programme de formation visé, puisque, d'une part, le but du préceptorat tel que décrit par le MSSS (2008) est la transmission des savoirs tacites et, d'autre part, les CH de la région se basent sur la définition de l'infirmière experte selon Benner dans le choix des préceptrices (CSSS Les Eskers, 2009). Ainsi, les compétences décrites par Benner ont été utilisées pour guider l'élaboration de notre programme de formation sans toutefois que l'évaluation de l'atteinte de ces compétences soit effectuée dans le présent projet. Aussi, le programme et les activités de formation ont été adaptés aux besoins de l'infirmière novice tels que détaillés par Benner (1984/2001) (voir Appendice C).

Modèle interactif de planification de programmes de Caffarella

Le modèle de planification de programmes de formation pour adultes de Caffarella (2002) a été choisi principalement pour ses aspects itératif et interactif pertinents à une recherche-action. Comme ce modèle est dit interactif, il fait appel à la collaboration des acteurs impliqués. Cette caractéristique correspond bien au modèle de recherche-action retenu dans la présente recherche (voir Stratégies de recherche). Comme démontré à la Figure 2, le modèle de Caffarella est flexible et non séquentiel. La description des composantes appliquées à la présente recherche se trouve au Tableau 16 à l'Appendice E.

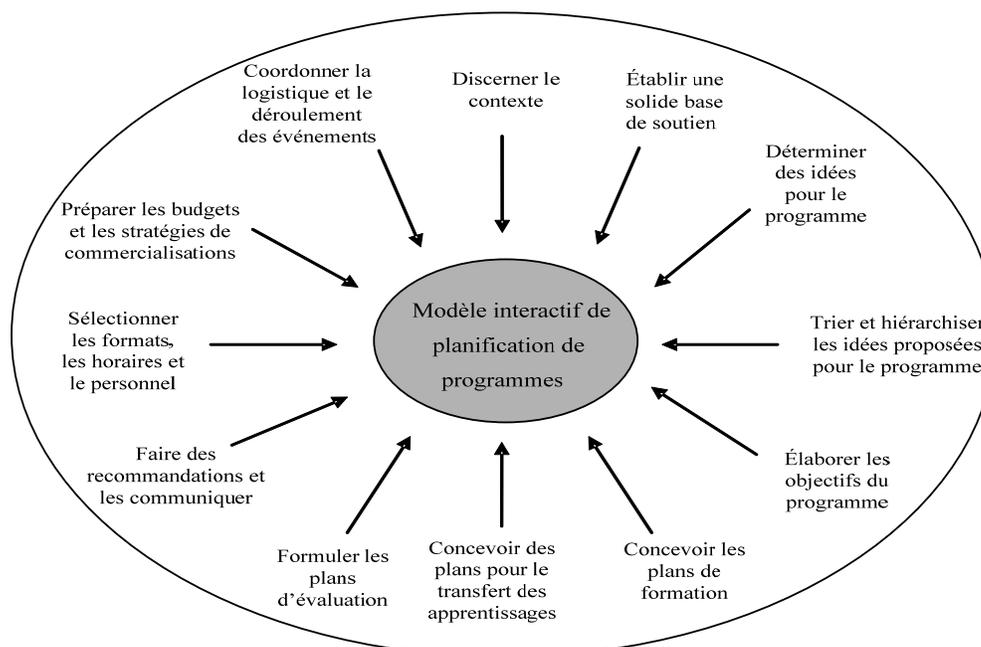


Figure 2. Modèle interactif de planification de programmes de Caffarella.

Source : Caffarella, 2002 dans Champagne, 2007

En conclusion, le choix de la théorie de Benner permet de demeurer congruent avec la définition du développement de la compétence utilisée dans le Programme national de soutien clinique (MSSS, 2008). Cette théorie facilite également le choix d'activités d'apprentissage adaptées au niveau de compétence de la novice. Le modèle de Caffarella, de par son aspect souple et interactif, apparaît être une option de choix dans le cadre d'une recherche-action. Les différentes composantes de ce modèle ont été utilisées dans les phases d'action des cycles de recherche portant sur l'élaboration du programme.

Méthode

Ce chapitre décrit les milieux et les personnes ayant participé à cette étude. La stratégie de recherche, les quatre cycles de recherche-action, les critères de rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques y sont également présentés.

Description des milieux

L’Abitibi-Témiscamingue est une région qui, sur le plan des services de santé, se distingue par son organisation. En effet, on n’y trouve pas d’hôpital régional à l’instar des autres régions du Québec. Un total de cinq CSSS forme le Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT), soit le CSSS des Aurores Boréales, le CSSS les Eskers de l’Abitibi, le CSSS de Rouyn-Noranda, le CSSS du Témiscamingue et le CSSS de la Vallée-de-l’Or (CISSSAT, 2015). Ces centres ont des vocations distinctes et possède chacun ses propres caractéristiques (Agence de Santé et des Services Sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue, 2009). Un total de 472 lits de courte durée est enregistré au permis du CISSSAT (Gouvernement du Québec, 2015). Les soins dispensés dans les USI de la région diffèrent légèrement selon la vocation du centre. Toutefois, vu la distance géographique à parcourir, les infirmières doivent être aptes à dispenser des soins à tous les types de clientèle, particulièrement en présence d’instabilité qui rend le transfert impossible.

Pour la présente étude, tous les centres hospitaliers (CH) de la région ont été sollicités, excepté les CH du Témiscamingue, puisqu’il n’y a pas d’USI dans ces centres.

Ainsi, les CH d'Amos, de La Sarre, de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or ont été approchés au moyen d'une lettre adressée à la direction générale et à la direction des soins infirmiers de ces organisations. Cette lettre présentait les objectifs de la recherche ainsi qu'une demande d'accès au milieu. Les quatre centres ont accepté de participer au projet. En raison de changements organisationnels, deux centres ont été dans l'impossibilité de participer à la première étape de l'étude et deux centres n'ont pas pu participer à la deuxième étape. Voici une brève description des trois CH ayant participé à cette recherche.

CH d'Amos

Il s'agit du centre de traumatologie secondaire en Abitibi. En lien avec cette vocation régionale, le CH d'Amos offre des services et soins spécialisés en orthopédie, chirurgie buccale et maxillo-faciale, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et chirurgie vasculaire périphérique. L'établissement compte 96 lits de courte durée, dont quatre à l'USI (Gouvernement du Québec, 2015).

CH de La Sarre

Ce centre de santé dessert la population de La Sarre et des environs. Le CH de La Sarre offre des services à vocation régionale en ce qui a trait à la dermatologie, la psychiatrie et la rhumatologie. Un total de 70 lits de courte durée est au permis de

l'établissement. L'unité des soins intensifs comporte quatre lits (Gouvernement du Québec, 2015).

CH de Rouyn-Noranda

Cet établissement dessert la population de l'Abitibi. Il détient les spécialités suivantes : la périnatalité, la cancérologie pédiatrique, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'urologie et la neurologie. Un total de 123 lits de courte durée, dont huit à l'USI, est au permis de l'établissement (Gouvernement du Québec, 2015).

Participants

Cette étude s'intéressait à la mise en place d'un programme de formation dans le cadre du préceptorat offert dans les USI des établissements décrits précédemment. La première étape de l'étude consistait à élaborer le programme de formation au moyen de groupes de discussion avec des préceptrices. La deuxième étape consistait à en évaluer l'implantation. Un échantillon de convenance a été utilisé aux deux étapes pour répondre à une exigence de faisabilité. Selon Fortin et Gagnon (2016, p. 269), « l'échantillon [de convenance] est composé de personnes facilement accessibles qui répondent à des critères d'inclusion précis. »

À l'étape d'élaboration du programme, les préceptrices devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être formées en tant que préceptrices et être à l'emploi de l'un des CH à l'USI. Elles ont été approchées pour participer aux groupes de discussion au moyen d'une lettre remise par leur chef d'unité entre les mois de mars et de mai 2014. Dans cette lettre, elles étaient invitées à contacter l'étudiante-chercheuse. Sept préceptrices l'ont fait, mais l'une d'elles, prévoyant un changement de poste à court terme, n'a pas pris part à l'étude. Chacune des préceptrices a été rencontrée individuellement par l'étudiante-chercheuse pour la présentation du projet et la signature du formulaire de consentement (voir Appendice F). Un questionnaire sociodémographique, présenté à l'Appendice G, a également été complété par les préceptrices dans le but de décrire les participantes. Deux préceptrices se sont par la suite désistées du projet, l'une en raison d'un changement de poste et l'autre pour des raisons de santé. Quatre préceptrices ont donc pris part aux groupes de discussion sur l'élaboration du programme. Les préceptrices n'ont pas été rémunérées par l'équipe de recherche pour leur participation au projet, mais les centres ont décidé de le faire sans toutefois en avoir l'obligation. Deux d'entre elles travaillaient au CH A et deux au CH B¹. Elles comptaient entre 7 et 32 ans d'expérience en tant qu'infirmière, pour une moyenne de 15,25 ans, et entre 4 et 31 ans d'expérience à l'USI, pour une moyenne de 11,25 ans d'expérience. L'âge moyen des préceptrices était de 37 ans. Toutes les préceptrices avaient une formation universitaire : l'une d'entre elle

¹ Dans le but de diminuer les risques d'identification des participantes, les CH participants seront identifiés en tant que CH A, CH B et CH C.

ayant un certificat universitaire en sciences infirmières et trois ayant complété un baccalauréat en sciences infirmières.

À l'étape d'évaluation de l'implantation du programme, les préceptrices et les novices² des CH d'Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda et Val-d'Or ont été approchées. Les critères d'inclusion pour les préceptrices étaient d'être formées en tant que préceptrices et d'être à l'emploi de l'un des CH à l'USI. Elles ont été contactées au moyen d'une lettre remise par leur chef d'unité. Les six préceptrices qui ont contacté l'étudiante-chercheuse ont été rencontrées individuellement pour la signature du formulaire de consentement (Appendice F). Des données sociodémographiques ont également été recueillies grâce au formulaire présenté à l'Appendice G. Un cartable et une clé USB contenant le matériel nécessaire au programme ont été remis au même moment. Pour les préceptrices n'ayant pas participé à l'élaboration de la formation, des explications sur le déroulement ont également été fournies. L'une des préceptrices s'est désistée du projet en ne donnant pas suite au courriel de l'étudiante-chercheuse à la fin de l'implantation du programme. Le chef d'unité de l'un des CH a contacté l'étudiante-chercheuse au mois de septembre 2015 pour l'informer que le programme était complété dans son centre. Toutefois, les participants ont été exclus de la recherche puisque la formation offerte avait été modifiée par rapport à celle qui avait été proposée. À la suite d'une entrevue avec la préceptrice et le chef d'unité, des raisons organisationnelles expliquant ces modifications ont été

² Dans le but d'alléger le texte, le féminin sera utilisé lorsqu'il est question des novices et des préceptrices.

identifiées. Cinq préceptrices ont donc participé à l'évaluation de l'implantation. Trois des préceptrices travaillaient au CH A et deux au CH C. Les préceptrices n'ont pas été rémunérées par l'équipe de recherche, mais les CH participants ont décidé de le faire volontairement. Les préceptrices comptaient entre 7 et 32 ans d'expérience en tant qu'infirmière pour une moyenne de 19,2 ans. Leur expérience en tant qu'infirmière à l'USI variait entre 6 et 31 ans, pour une moyenne de 12,6 ans. La moyenne d'âge des préceptrices était de 42,2 ans. L'une des préceptrices avait complété un baccalauréat en sciences infirmières, deux d'entre elles avait fait un certificat universitaire en sciences infirmières et deux avait un diplôme d'études collégiales (DEC). Il est à noter que deux préceptrices ont pris part aux deux étapes de la présente recherche, soit l'étape d'élaboration et l'étape d'implantation.

Les critères d'inclusion pour les novices étaient d'être à l'emploi de l'un des CH depuis trois ans ou moins ou d'avoir débuté à l'USI depuis moins de deux ans. Il s'agit des critères d'inclusion au préceptorat utilisés dans les centres de la région (MSSS, 2008). Les novices devaient également poursuivre le travail à l'USI pendant toute la durée du programme de formation. Elles ont été approchées par les chefs des USI au moyen d'une lettre. Le matériel nécessaire au programme de formation leur a été remis par les chefs d'unité. À la fin du programme, avec l'accord des novices, les chefs d'unité ont transmis leurs coordonnées à l'étudiante-chercheuse qui les a par la suite contactées par courriel pour prendre rendez-vous pour les entrevues. Au total, 18 novices ont été contactées par

l'étudiante-chercheuse. Le formulaire de consentement (Appendice H) a été signé et les données sociodémographiques ont été recueillies au moment de l'entrevue. À la suite de l'entrevue, une novice a été exclue du projet puisqu'aucune rencontre n'avait eu lieu avec sa préceptrice. Dans un autre centre, sept novices ont été contactées. Après deux entrevues, il s'est avéré que la formation reçue était différente de celle élaborée lors de la première étape de recherche. Il n'était donc pas possible pour l'équipe de recherche de retenir la participation de ces sept novices. Dans l'un des CH, une des novices n'a pas donné suite aux courriels et appels de l'étudiante-chercheuse. Un total de neuf novices a donc participé à l'évaluation de l'implantation du programme de formation. Quatre d'entre elles travaillaient au CH A et cinq au CH C. Elles comptaient entre 10 mois et 11 ans d'expérience infirmière, pour une moyenne de 3,38 ans. Pour ce qui est de l'expérience à l'USI, elles comptaient entre zéro et un an et demi, pour une moyenne de 0,72 ans. La moyenne d'âge des novices était de 27,1 ans. Cinq des novices étaient inscrites au baccalauréat en sciences infirmières pendant le programme de formation, trois avaient complété le baccalauréat et une avait un DEC en soins infirmiers.

Stratégie de recherche

Une recherche-action ne vise pas à généraliser un savoir à plusieurs situations, mais plutôt à répondre à une problématique particulière d'un groupe (Streubert & Carpenter, 2011). Ce type de recherche correspond bien à la présente étude qui émane d'un besoin exprimé par le milieu. La recherche-action vise à produire un changement

dans une situation concrète (Munhall, 2012). Comme souligné par Dolbec et Clément (2004), la collaboration active favorise davantage le changement que la participation passive. C'est ce qui était souhaité dans la présente étude. La recherche-action de base telle que décrite par Munhall (2012) s'applique bien à la planification d'un programme ; elle a donc été utilisée. Le but est de développer des actions novatrices amenant des solutions adaptées au milieu (Munhall, 2012). Le changement est à la fois le résultat et le processus (Munhall, 2012). Il est possible par la suite de procéder à une évaluation de ces actions à l'aide de différents outils de collecte de données adaptés au contexte (Streubert & Carpenter, 2011). Le chercheur joue habituellement un rôle de leader et de facilitateur à toutes les étapes de la recherche (Munhall, 2012). L'étudiante-chercheuse a joué ce rôle dans la présente étude. Par exemple, elle a pris contact avec les CH au tout début du processus de recherche pour s'assurer de répondre à un besoin de tous les centres. Par la suite, elle a assuré une disponibilité pour les chefs d'unité afin de répondre à leurs questions sur le projet et de les tenir informés des développements. Enfin, elle a offert un soutien aux préceptrices au cours de la période de préceptorat et elle s'est chargée de fournir toute la documentation nécessaire au programme.

Plusieurs auteurs (Stringer, 1999, cité dans Champagne, 2007 ; Dolbec, 2003 ; Fortin, 2010) décrivent le processus de recherche-action comme une répétition, à l'intérieur de quelques cycles de recherche, des phases d'observation, de réflexion et d'action. Il s'agit de phases flexibles et non linéaires (Munhall, 2012). Le côté cyclique

de ces phases, tel que décrit par Stringer (1999, cité dans Champagne, 2007), Dolbec (2003) et Fortin (2010), est illustré à la Figure 3.

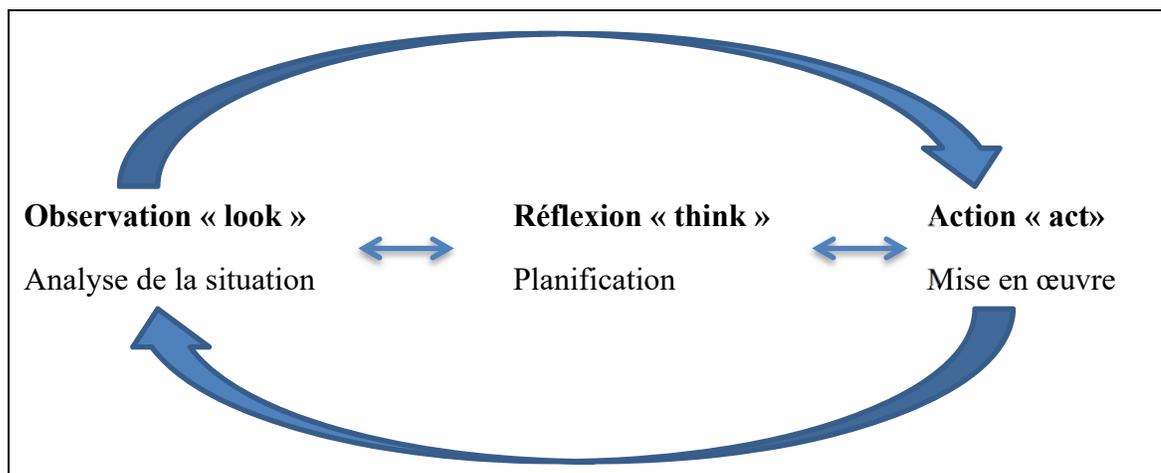


Figure 3. Cycle de recherche-action.

Source : auteure

Dans cette étude, le modèle interactif de planification de programmes de formation de Caffarella (2002) a été utilisé pour guider la planification du programme et son évaluation à travers quatre cycles de recherche-action. Un tableau synthèse présentant les quatre cycles de recherche-action se trouve à la page 56.

Premier cycle de recherche-action

La section suivante présente les modes de collecte et d'analyse des données ainsi que le matériel utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du premier cycle de recherche-action qui correspond au début de l'élaboration du programme.

Première phase d'observation

Dans le but d'élaborer le programme de formation, le groupe de discussion (Kitzinger, 2005) et l'analyse documentaire (Cellard, 1997) ont été choisis comme méthodes de collecte de données. Dans le contexte du groupe de discussion, un guide inspiré de celui élaboré par l'une des codirectrices de recherche dans le cadre de sa maîtrise a été utilisé (Champagne, 2003). Il est présenté à l'Appendice I. Les questions du guide portaient sur les idées des préceptrices concernant les objectifs, le contenu théorique, les activités de formation ainsi que les moyens d'évaluation des apprentissages à inclure dans un programme de préceptorat destiné à des infirmières novices à l'USI. Les participantes ont reçu le guide une semaine avant la rencontre afin qu'elles puissent commencer à réfléchir aux questions. La rencontre a eu lieu le 12 juin 2014 à l'intérieur d'une salle virtuelle créée par le service informatique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) au moyen de l'application Scopia et elle a réuni les quatre préceptrices. Le groupe de discussion, d'une durée d'une heure 22 minutes, a été mené par l'étudiante-chercheuse qui a aussi procédé à la prise de notes. Un enregistrement vidéo de la rencontre a été réalisé. Afin de guider l'étudiante-chercheuse, les codirectrices ont assisté à la rencontre.

En dehors du groupe de discussion, l'étudiante-chercheuse a réalisé une analyse documentaire du programme de préceptorat du CSSS de Trois-Rivières (2012) et du Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick (Ministère de la Santé

du Nouveau-Brunswick, 2000) à l'aide d'une grille d'analyse. Celle-ci s'inspirait de la grille utilisée par l'une des codirectrices de recherche dans le cadre de sa maîtrise (Gaudreau, Dupont et Séguin, 1994, cités dans Champagne, 2003). Selon les auteurs de cette grille, un programme contient des objectifs de trois types :

- des objectifs d'acquisition de connaissances factuelles qui visent l'apprentissage de connaissances scientifiques et instrumentales ;
- des objectifs de développement des habiletés d'intervention qui visent le développement des pratiques d'intervention ;
- des objectifs de travail sur soi qui visent la connaissance de soi.

Toujours selon Gaudreau et collaborateurs (1994, cités dans Champagne, 2003), les éléments de contenu associés à ces objectifs sont de quatre types :

- les connaissances scientifiques, soit des éléments de contenu provenant ici des sciences infirmières et de la médecine ;
- les connaissances instrumentales, soit des éléments qui servent de fondement aux techniques d'intervention ;
- la connaissance des pratiques d'intervention, soit le développement du savoir-faire en lien avec différentes habiletés techniques nécessaires au travail à l'USI ;
- la connaissance de soi, c'est-à-dire la réflexion du participant sur ses convictions, ses attitudes et ses ressources internes en rapport avec son activité professionnelle.

Cette grille a permis de regrouper et de comparer les objectifs d'apprentissage et les éléments de contenu des deux programmes analysés. Elle a aussi permis de relever les activités de formation et les moyens d'évaluation des apprentissages. En ce qui concerne les activités de formation, elles sont de trois types selon Gaudreau et collaborateurs (1994, cités dans Champagne, 2003, p.28) :

- « des activités centrées sur le formateur ou son substitut, par exemple, le visionnement de film ou de diaporama » ;
- « des activités impliquant simultanément [...] formateur et participants, par exemple les discussions » ;
- « des activités centrées sur le participant, par exemple, [...] les discussions de cas».

Il est à noter que les activités de formation et les moyens d'évaluation des apprentissages étaient présentés seulement dans le programme du CSSS de Trois-Rivières.

Première phase de réflexion

Afin de déterminer les éléments à retenir dans l'élaboration du programme, l'étudiante-chercheuse a procédé à une retranscription partielle du premier groupe de discussion. Les éléments nommés par les préceptrices ont été formulés sous la forme d'objectifs spécifiques et d'éléments de contenu ; ils ont par la suite été regroupés en

fonction des éléments compris dans la grille de Gaudreau et collaborateurs (1994, cités dans Champagne, 2003). Les contenus de l'analyse du premier groupe de discussion (Appendice J) et de l'analyse documentaire (Appendice K) ont ensuite été jumelés et priorisés selon les critères d'importance et de faisabilité proposés par Caffarella (2002) (Appendice J), lors d'une rencontre entre les codirectrices et l'étudiante-chercheuse. Elles ont ainsi sélectionné les objectifs spécifiques et les éléments de contenu qui ont servi de base pour l'élaboration de la version préliminaire du programme.

Première phase d'action

Après avoir analysé les données, l'étudiante-chercheuse a conçu le programme de préceptorat avec l'aide des codirectrices. Dans ce programme, le but et les orientations sont d'abord décrits. On y retrouve ensuite les objectifs généraux, formulés par système (cardiovasculaire, respiratoire, neurologique, urinaire, gastro-intestinal), ou selon qu'ils soient de nature multisystémique ou reliés aux fondements de la profession. De plus, on retrouve les objectifs spécifiques et les éléments de contenu étant associés aux objectifs généraux. Finalement, les activités de formation, les moyens d'évaluation des apprentissages, les responsabilités de la préceptrice et celles de la novice y sont aussi présentés. Du matériel pédagogique destiné à la préceptrice et à la novice a également été élaboré par l'étudiante-chercheuse sous la forme d'une situation clinique type qui pourrait être utilisée comme activité de formation.

Deuxième cycle de recherche-action

La section suivante présente le mode de collecte et d'analyse des données ainsi que le matériel utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du deuxième cycle de recherche, celui-ci correspondant à la poursuite de l'élaboration du programme.

Deuxième phase d'observation

Dans le but de s'assurer de répondre aux besoins du milieu, le groupe de discussion a été retenu comme méthode de collecte de données. Un guide de discussion pour le deuxième groupe de discussion (Appendice L) et pour le troisième groupe (Appendice M) a été envoyé par courriel aux préceptrices une semaine avant la tenue de chaque rencontre. Les questions portaient sur le point de vue global des préceptrices en lien avec le programme, sur les orientations de celui-ci, sur les objectifs et les éléments de contenu ainsi que sur les activités de formation et les moyens d'évaluation des apprentissages. La grille contenant les objectifs spécifiques et les éléments de contenu retenus, une version préliminaire du programme ainsi que le matériel pédagogique élaboré au premier cycle de recherche leur sont également parvenus par courriel avant la tenue des rencontres.

Le deuxième groupe de discussion, qui a eu lieu le 27 octobre 2014 dans une salle virtuelle de l'application Scopia, a eu une durée d'une heure 38 minutes. L'une des préceptrices a été dans l'impossibilité d'être présente à la rencontre, mais elle a transmis

ses commentaires par courriel à l'étudiante-chercheuse au sujet des documents qu'elle avait reçus. Les deux codirectrices ont assisté au groupe de discussion.

Le troisième groupe de discussion a eu lieu le 16 décembre 2014 et a duré une heure 53 minutes. L'une des préceptrices ayant un empêchement de dernière minute, trois participantes ont pris part au groupe de discussion. La préceptrice absente a été informée des résultats de la rencontre lors d'une rencontre individuelle avec l'étudiante-chercheuse avant la tenue du groupe de discussion suivant. L'une des codirectrices était présente pour guider l'étudiante-chercheuse. La salle virtuelle de l'application Scopia a été utilisée, comme lors des groupes précédents, mais pour une première fois, l'une des préceptrices a vécu des difficultés techniques. En effet, il était impossible pour elle de communiquer par écrit ou verbalement avec le groupe lors d'une partie de la rencontre. Elle a obtenu le soutien technique de l'UQAT et elle a par la suite réussi à rejoindre le groupe de discussion.

Deuxième phase de réflexion et d'action

L'étudiante-chercheuse a procédé à une retranscription partielle des deux groupes de discussion. Dans ces retranscriptions, les modifications demandées par les préceptrices et leurs commentaires ont été surlignés. Des changements ont ensuite été apportés au programme en fonction des commentaires des participantes. Les objectifs étant trop nombreux, il a également été nécessaire d'effectuer une nouvelle priorisation avec les critères de Caffarella (2002) pour permettre la réalisation de la formation à l'intérieur des

douze heures prévues au programme. L'étudiante-chercheuse a procédé à l'élaboration du matériel pédagogique avec l'aide des codirectrices. Un plan de formation de la préceptrice et un cahier de la novice ont été élaborés sous la forme de dix situations cliniques totalisant approximativement douze heures de formation. Un outil d'évaluation de la novice destiné à la préceptrice, un outil d'autoévaluation pour la novice et un document permettant le suivi de la période de préceptorat ont également été rédigés à la suite du troisième groupe de discussion.

Troisième cycle de recherche-action

La section suivante présente le mode de collecte et d'analyse des données ainsi que le matériel utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du troisième cycle de recherche qui correspond à la fin de l'élaboration du programme.

Troisième phase d'observation

Le but étant de s'assurer que le matériel élaboré réponde aux besoins des préceptrices et des novices, le groupe de discussion a été choisi comme méthode de collecte des données. Le plan de formation de la préceptrice, le cahier de la novice, l'outil d'évaluation de la novice destiné à la préceptrice et l'outil d'autoévaluation pour la novice ont été envoyés par courriel aux préceptrices une semaine avant la tenue du groupe de discussion. Les quatre préceptrices ont pris part à la rencontre. Il était demandé aux participantes de s'attarder particulièrement aux modifications apportées au programme,

aux réponses attendues ajoutées au plan de formation de la préceptrice à la suite du troisième groupe de discussion ainsi qu'aux outils d'évaluation. La rencontre a eu lieu le 3 février 2015 au moyen de la salle virtuelle de l'application Scopia et elle a eu une durée de 57 minutes. Les deux codirectrices ont assisté au groupe de discussion.

Troisième phase de réflexion et d'action

Une retranscription partielle du groupe de discussion a été effectuée par l'étudiante-chercheuse. Les suggestions et les commentaires des participantes ont été surlignés. Pour donner suite à ces suggestions et commentaires, les documents qui avaient été présentés ont été corrigés pour mieux s'adapter aux besoins du milieu. Les corrections ont été validées par les codirectrices.

Quatrième cycle de recherche-action

La section suivante présente le mode de collecte et d'analyse des données ainsi que le matériel utilisés dans les phases d'observation, de réflexion et d'action du quatrième cycle de recherche qui correspond à l'évaluation de l'implantation du programme.

Quatrième phase d'observation

L'entrevue individuelle et l'analyse du plan de préceptorat de la préceptrice avaient été retenues comme moyens de collecte de données lors de la planification du

projet pour permettre l'évaluation de l'implantation. Le plan de préceptorat est un outil de suivi utilisé dans les CH pour permettre à la préceptrice de noter les dates de rencontres et les sujets discutés. Il s'est avéré que seulement l'une des préceptrices a utilisé ce plan. Il a donc été impossible d'utiliser ce moyen de collecte de données et seule l'entrevue individuelle semi-dirigée a été utilisée (Savoie-Zajc, 2009). Dans le contexte des entrevues individuelles, un guide inspiré de celui élaboré par l'une des codirectrices de recherche a été utilisé (Champagne, 2003). Il est présenté à l'Appendice N. Le guide comportait 21 questions, principalement ouvertes, portant sur la satisfaction des participantes par rapport aux différents éléments du programme. Il était également demandé aux novices et aux préceptrices de décrire le déroulement de la formation et une question portant sur la perception d'apprentissage de la novice était aussi posée. Chacune des préceptrices a contacté l'étudiante-chercheuse au moment où elle terminait d'offrir le programme de formation. À la suite des contacts établis avec les participantes, le guide d'entrevue leur a été envoyé par courriel une semaine avant la rencontre. Les 14 entrevues ont eu lieu entre le 5 octobre 2015 et le 3 mars 2016. Pour les participantes du CH A, les entrevues ont eu lieu au bureau de l'étudiante-chercheuse de l'UQAT. Pour les participantes du CH C, les entrevues se sont tenues dans un local du CLSC le plus proche. Les entrevues ont eu une durée minimale de 21 minutes et maximale d'une heure 16 minutes pour une durée moyenne de 44 minutes.

Quatrième phase de réflexion et d'action

Une retranscription des entrevues a été réalisée par deux assistantes de recherche. L'analyse thématique des données obtenues lors des 14 entrevues a été réalisée selon les recommandations de Paillé et Mucchielli (2013). Selon ces auteurs, l'analyse thématique consiste en « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique) » (p. 232). En fonction des questions d'entrevue, un travail de thématisation a donc été fait par l'étudiante-chercheuse à partir de la retranscription des entrevues. Comme le soulignent Paillé et Mucchielli, l'analyse thématique a pour fonction de « relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude » (p. 232). L'analyse thématique permet également de documenter des parallèles ou des oppositions entre les thèmes (Paillé et Mucchielli, 2013). Pour ce faire, une analyse verticale de chacune des entrevues a d'abord été effectuée et a été suivie d'une analyse transversale de l'ensemble des entrevues. Cette analyse a permis d'observer comment le programme élaboré répondait aux besoins du milieu qui avaient été soulevés dans la problématique.

Le Tableau 1 présente une synthèse des quatre cycles de recherche.

Tableau 1

Synthèse des quatre cycles de recherche

1^{er} cycle	Observation (juin 2014)	Réflexion (juin et juillet 2014)	Action (août et septembre 2014)
Début de l'élaboration du programme Participants : préceptrices des CH A et CH B	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} groupe de discussion • Analyse documentaire de deux programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de la retranscription du 1^{er} groupe de discussion et formulation des objectifs • Comparaison de l'analyse du 1^{er} groupe et de l'analyse documentaire 	Élaboration d'outils : <ul style="list-style-type: none"> • programme • matériel pédagogique (une situation clinique)
2^e cycle	Observation (octobre 2014 et janvier 2015)	Réflexion (novembre 2014 à janvier 2015)	Action (décembre 2014 et janvier 2015)
Poursuite de l'élaboration du programme Participants : préceptrices des CH A et CH B	2 ^e et 3 ^e groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de la retranscription des 2^e et 3^e groupes de discussion • Priorisation des objectifs et du contenu 	Élaboration d'outils : <ul style="list-style-type: none"> • matériel pédagogique (neuf situations cliniques) • outils d'évaluation et d'autoévaluation
3^e cycle	Observation (février 2015)	Réflexion (février 2015)	Action (mars 2015)
Fin de l'élaboration du programme Participants : préceptrices des CH A et CH B	4 ^e groupe de discussion	Analyse de la retranscription du 4 ^e groupe de discussion	Modifications aux outils
4^e cycle	Observation (octobre 2015 à mars 2016)	Réflexion (mars à juin 2016)	Action (juillet et août 2016)
Évaluation de l'implantation et de la satisfaction Exploration de la perception des apprentissages de la novice Participants : préceptrices et novices des CH A et CH C	14 entrevues individuelles	Analyse thématique de la retranscription des entrevues	Rédaction d'un rapport préliminaire et d'une synthèse des modifications suggérées

Journal de bord

Un journal de bord a été rédigé par l'étudiante-chercheuse tout au long du processus. Tel que décrit par Savoie-Zajc (2004), le journal de bord comprend quatre types d'écriture : les notes de site (le déroulement sur le terrain), les notes méthodologiques (toute réflexion ou décision influençant le cours de la recherche), les notes théoriques (les concepts théoriques utilisés dans la recherche) et les notes personnelles (toute information en ce qui a trait à la nature des relations). Ces notes ont permis de débiter la réflexion pendant la recherche, de garder un regard réflexif et de reconstituer la dynamique et les atmosphères ressenties au cours des groupes de discussion (Savoie-Zajc, 2004). Les justifications des modifications apportées, par exemple lors de l'analyse documentaire, y sont aussi consignées.

Rigueur scientifique de la recherche

Trois des critères de rigueur selon Savoie-Zajc (2004) (crédibilité, fiabilité, confirmation) ont été notamment satisfaits par l'utilisation de la triangulation des sources de données (préceptrices et novices) ainsi que par la triangulation du chercheur, qui a été rendue possible grâce aux différentes vérifications effectuées par les codirectrices de recherche. La principale limite de cette recherche est l'impossibilité de généraliser les données. Toutefois, le but visé par la recherche est de répondre aux besoins exprimés par les milieux. En outre, une description riche des milieux et du contexte permet de répondre

au critère de transférabilité (Savoie-Zacj, 2004). La connaissance approfondie du milieu par l'étudiante-chercheuse a aidé à réaliser cette description.

Considérations éthiques

Les principes éthiques de respect de la personne, justice et préoccupation pour le bien-être tels que décrits dans *l'Énoncé de politique des trois Conseils* (Conseil de recherche en sciences humaines, Conseil de recherche en science naturelle et en génie et l'Institut de recherche en santé du Canada, 2014) et la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue* (2012) ont été pris en compte dans la présente étude. Le but, le déroulement, les inconvénients et les avantages de l'étude ont été expliqués aux préceptrices et aux novices. L'étudiante-chercheuse leur a précisé qu'elles pouvaient décider de ne pas participer à la recherche et qu'elles pouvaient en tout temps se retirer de l'étude. Elles ont ensuite pu offrir leur consentement de façon libre et éclairée en signant le formulaire à cette fin.

L'anonymat a été préservé par l'utilisation de pseudonymes dans tous les documents en lien avec la présente recherche (verbatim, grille d'analyse des plans de préceptorat...). La liste d'association des noms des participantes et des pseudonymes a été conservée dans un document informatique distinct sauvegardé sur le serveur sécurisé de l'UQAT. Il n'était accessible qu'à l'étudiante-chercheuse au moyen d'un mot de passe. Tous les renseignements personnels ayant été recueillis concernant les participantes ont

été conservés dans un fichier différent et ce fichier a été protégé par un mot de passe dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse. Tous les documents relatifs à la recherche ont été conservés sur le serveur sécurisé de l'UQAT, accessible par un mot de passe, ou bien dans un classeur verrouillé dans le bureau de l'une des codirectrices. Seules l'étudiante-chercheuse et ses codirectrices ont eu accès à ces documents. Toutes les données seront détruites de manière confidentielle suite au dépôt final du mémoire de maîtrise de l'étudiante-chercheuse. Les assistantes de recherche qui ont procédé à la retranscription des entrevues individuelles ont signé un formulaire de confidentialité.

Toutes les préceptrices et novices répondant aux critères d'inclusion ont été approchées lors du recrutement de cette recherche. Dans le but d'être juste et équitable, les novices ne désirant pas participer n'ont aucunement été pénalisées et elles ont tout de même eu accès au programme. De plus, les préceptrices ne désirant pas participer à l'élaboration du programme ont tout de même pu participer à l'implantation. Les préceptrices ne désirant participer ni à l'élaboration ni à l'implantation ont aussi pu utiliser le programme.

Les risques pour le bien-être sont ici minimes. Il est plutôt question d'inconvénients. Le principal inconvénient relié à la présente recherche est le temps que les préceptrices et les novices ont eu à fournir pour y participer. Comme les groupes de discussion ont eu lieu avec des préceptrices de différentes villes de l'Abitibi, les rencontres

se sont déroulées au moyen de l'application Scopia afin de limiter le temps de déplacement. Dans le but de limiter le temps de déplacement des participantes, les entrevues individuelles se sont déroulées dans leur localité.

Résultats

Les résultats de cette recherche sont de deux types. Le premier type de résultats est en lien avec l'élaboration, en collaboration avec les préceptrices, du programme de formation adapté à la réalité régionale pour l'infirmière novice à l'USI. Quant au deuxième, il se rapporte à l'évaluation de l'implantation du programme dans les milieux, à l'évaluation de la satisfaction des préceptrices et des novices face au programme ainsi qu'à l'exploration de la perception des novices et des préceptrices relative aux apprentissages de la novice.

Le matériel pédagogique

Plusieurs résultats de cette recherche portent sur l'élaboration du matériel pédagogique, à savoir le programme, le plan de formation de la préceptrice, le suivi de préceptorat, le cahier de la novice, l'outil d'évaluation de la novice destiné à la préceptrice ainsi que l'outil d'autoévaluation de la novice. Ce matériel pédagogique est le produit de la collecte de données effectuée au moyen de trois cycles de recherche-action où ont été réalisés quatre groupes de discussion ainsi que l'analyse documentaire de deux programmes de préceptorat existant, soit ceux du CSSS de Trois-Rivières et du Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick.

Résultats du premier cycle de recherche-action

La synthèse des résultats du premier cycle de recherche est présentée sous forme de tableaux.

Elle provient du jumelage de l'analyse du premier groupe de discussion et de l'analyse documentaire. Elle contient des objectifs classifiés selon les catégories suivantes : les objectifs d'acquisition de connaissances factuelles associés aux connaissances scientifiques (voir Tableau 2), les objectifs d'acquisition de connaissances factuelles associés aux connaissances instrumentales (voir Tableau 3), les objectifs de développement des habiletés d'intervention associés aux connaissances des pratiques d'intervention (voir Tableau 4) ainsi qu'un objectif de travail sur soi associé aux connaissances de soi (voir Tableau 5).

Tableau 2

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles associés aux connaissances scientifiques

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques
Comprendre la physiopathologie du cœur	Anatomophysiologie du cœur (lecture préalable) Système de conduction et potentiel d'action (lecture préalable) Caractéristiques électrocardiographiques de l'électrocardiogramme (ECG) Principales pathologies cardiaques : <ul style="list-style-type: none"> • Œdème aigu des poumons (OAP) • Arythmies • Insuffisance cardiaque • Syndrome coronarien aigu (SCA) Indications de l'échographie transœsophagienne et transthoracique Données de l'évaluation physique : bruits cardiaques Médication usuelle à l'USI en lien avec le système cardiovasculaire
Comprendre l'évaluation hémodynamique	Utilité de la pression artérielle invasive Utilité de la pression veineuse centrale (PVC)
Comprendre les principes relatifs à la réanimation	Algorithmes de réanimation Objectifs thérapeutiques d'une réanimation Priorités lors d'une réanimation Rôles et responsabilités de l'équipe de réanimation Soins avancés en réanimation cardiorespiratoire (SARC)
Comprendre la physiopathologie du système respiratoire	Anatomophysiologie respiratoire (lecture préalable) Principales pathologies respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) • Emphysème • Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) • OAP • Atélectasie • Embolie pulmonaire

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques
	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension pulmonaire (HTP) • Asthme • Laryngospasme • Epiglottite • Œdème laryngé • Guillain-Barré • Pneumothorax sous tension • Hémothorax • Épanchement pleural
	<p>Paramètres et modes de ventilation et de sevrage</p> <p>Médication usuelle à l'USI en lien avec le système respiratoire</p>
Comprendre la physiopathologie du système nerveux	<p>Principales pathologies neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral (AVC) • Hypertension intracrânienne (HTIC) • Engorgement cérébral • Lésion de la moelle épinière ou cérébrale • Myasthénie grave • Sclérose latérale amyotrophique • Polyneuropathie • Délirium hypo ou hyperactif <p>Médication usuelle à l'USI en lien avec le système neurologique</p>
Comprendre la physiopathologie du système urinaire	<p>Anatomophysiologie du système urinaire (lecture préalable)</p> <p>Principales pathologies en lien avec le système urinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance rénale • Acidose métabolique • Déséquilibre hydrosodé • Hyperkaliémie • Troubles hématologiques • Accumulation de déchets métaboliques <p>Connaissance des résultats d'imagerie médicale (lecture préalable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urographie IV • Scan abdomino-pelvien
	<p>Médication usuelle à l'USI en lien avec le système urinaire</p>

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques
	Principaux traitements de l'insuffisance rénale : <ul style="list-style-type: none"> • Hémodialyse • Dialyse péritonéale ambulatoire continue (DPAC)
Comprendre la physiopathologie du système gastro-intestinal (GI)	Anatomophysiologie GI (lecture préalable) Principales pathologies en lien avec le système GI : <ul style="list-style-type: none"> • Varices œsophagiennes • Ulcère • Pancréatite • Néoplasie • Colite ischémique • Colite pseudomembraneuse • Hémorragie digestive haute ou basse Médication usuelle à l'USI en lien avec le système GI
Comprendre la physiopathologie des différents états de choc	Manifestations cliniques associées au type et au stade de l'état de choc
Connaître les problèmes associés aux traumatismes	Traumatismes : <ul style="list-style-type: none"> • Cérébral • Abdominal • Musculosquelettique • Maxillofacial • Thoracique Triade létale (hypothermie, acidose, coagulopathie) Complications reliées aux traumatismes : <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la pression intracrânienne (PIC) • Atteinte pulmonaire • Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) • Activité électrique sans pouls (AESP) • Choc hypovolémique • Hypothermie • Syndrome du compartiment • Rhabdomyolyse • Embolie graisseuse • Thrombophlébite • Embolie pulmonaire
Comprendre les intoxications volontaires ou involontaires	Modes de surveillance en lien avec une intoxication

Tableau 3

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles associés aux connaissances instrumentales

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances instrumentales
Savoir effectuer une évaluation et des soins reliés au système cardiovasculaire	Méthode d'analyse des rythmes de base (lecture préalable) Identification des regroupements de dérivations selon les coronaires impliquées Interprétation des analyses de laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Enzymes cardiaques • Peptide natriurétique de type B (BNP) • Électrolytes • Lactates
Comprendre les principes reliés à la réanimation	Connaissance et application des politiques et procédures lors d'un code bleu
Connaitre le moniteur défibrillateur	Connaissance des différentes fonctions du moniteur (visionnement préalable) <ul style="list-style-type: none"> • Défibrillation • Cardioversion • Stimulation
Savoir effectuer une évaluation et des soins respiratoires	Connaissance des soins de trachéotomie Reconnaissance de l'emplacement du tube endotrachéal (TET) sur une radiographie Utilisation des appareils de surveillance respiratoire (capnographe) Interprétation des analyses de laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Hémoglobine (Hb) • Gaz artériel • Gaz veineux • Culture d'expectoration
Savoir effectuer une évaluation neurologique	Évaluation : <ul style="list-style-type: none"> • Du niveau de conscience • De la fonction pupillaire (taille, forme et réaction à la lumière) • De la fonction motrice et sensitive • De la symétrie faciale (lecture préalable)
Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système urinaire	Interprétation des analyses de laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Urée • Créatinine

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances instrumentales
	<ul style="list-style-type: none"> • Clairance de la créatinine • Électrolytes sériques et urinaires • Analyse d'urine • Osmolarités sérique et urinaire • Protéinurie • Formule sanguine complète (FSC) • Acide urique
Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système GI	Interprétation des analyses de laboratoire <ul style="list-style-type: none"> • Amylase • Lipase • Glucose • Electrolytes • Bilirubine • Albumine / pré albumine • Phosphatase alcaline • Lactate déshydrogénase (LDH) • Temps de prothrombine (PT)/ temps de céphaline activée (PTT)
Comprendre l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et cathéter veineux central)	Utilisation des lignes invasives (ligne artérielle et cathéter veineux central) Connaissance des appareils de surveillance hémodynamique Connaissance des valeurs normales et anormales
Savoir évaluer la douleur et l'anxiété	Méthodes d'évaluation et stratégies de gestion de la douleur et de l'anxiété (lecture préalable)

Tableau 4

Objectifs de développement des habiletés d'intervention associés aux connaissances des pratiques d'interventions

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires	Évaluation d'une douleur thoracique / rétrosternale Évaluation de la turgescence de la peau Évaluation et classification de l'œdème Évaluation des pouls périphériques Évaluation du rythme cardiaque Auscultation cardiaque
Intervenir afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque	Administration et surveillance d'un traitement de reperfusion (ex : TNKase®) <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées Administration de liquide et d'agents pharmacologiques pour optimiser la précharge (ex : vasopresseur) <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la postcharge (ex : vasodilatateur) <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la contractilité (ex : inotrope) <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	Administration des antiarythmiques <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées Intervention lors d'une cardioversion Titrage des médicaments de manière appropriée
Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et cathéter veineux central (CVC))	Collaboration avec le médecin pour l'installation de la ligne artérielle et du CVC Interprétation des courbes de pression et des chiffres Prélèvement de sang de la ligne artérielle et du CVC à des fins diagnostiques
Utiliser un stimulateur cardiaque	Collaboration avec le médecin pour la mise en place du stimulateur externe Dispensation de soins à l'utilisateur porteur d'un stimulateur cardiaque
Interpréter un ECG	Reconnaissance de l'arythmie Interprétation d'un tracé
Effectuer une évaluation respiratoire	Auscultation pulmonaire
Dispenser des soins aux usagers ayant une altération de la fonction respiratoire	Dispensation des soins immédiats en réanimation (SIR) Dispensation des SARC Dispensation des soins à l'utilisateur nécessitant une hypothermie post réanimation Dispensation des soins à l'utilisateur ventilé mécaniquement <ul style="list-style-type: none"> • Alarmes du respirateur • Modes de ventilation • Fixation et maintien du TET • Aspiration des sécrétions • Collaboration à l'extubation Promotion du retour à la ventilation spontanée, optimisation de l'oxygénation et prévention de l'infection acquise sous ventilateur Administration d'agents pharmacologiques (sédatifs, curare...) Dispensation des soins à l'utilisateur sous ventilation non invasive (Bpap) Administration de l'oxygène

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Effectuer une évaluation neurologique	Utilisation de : <ul style="list-style-type: none"> • L'échelle de Glasgow • L'échelle de sédation • L'échelle de délirium
Intervenir en présence de délirium	Détection des différents types de délirium Reconnaissance des différents facteurs de risque du délirium Utilisation des différents outils de dépistage du délirium : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) / Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i> Prise en charge du délirium par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques
Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire	Réalisation de l'examen physique en lien avec le système urinaire : <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de l'œdème • Mesure de la diurèse horaire Administration de la médication reliée à la fonction urinaire (ex : diurétique, bicarbonate et électrolytes)
Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système gastro-intestinal	Inspection, auscultation, palpation et percussion de l'abdomen Évaluation de l'état nutritionnel Prise en charge des nausées et vomissements par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques Administration d'un soutien nutritionnel entéral ou parentéral
Dispenser des soins à l'usager en état de choc	Détection précoce des manifestations associées au type et au stade de l'état de choc : <ul style="list-style-type: none"> • Hématologiques • Respiratoires • Cardiovasculaires • Neurologiques • Rénales • Gastro-intestinales Prévention et détection des complications de l'état de choc

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Dispenser des soins à l'utilisateur polytraumatisé	Contrôle des dommages : <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de l'hémorragie • Prévention de la contamination • Minimisation des désordres métaboliques Utilisation de la réanimation liquidienne
Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété	Utilisation de diverses méthodes d'évaluation de la douleur chez l'utilisateur communicatif : <ul style="list-style-type: none"> • Échelle visuelle analogue • Échelle de nombre • description Évaluation fréquente de la douleur grâce à l'autoévaluation et l'hétéroévaluation chez l'utilisateur non communicatif Gestion de la douleur et de l'anxiété par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques
Dispenser des soins à l'utilisateur porteur d'un cathéter péridural pour analgésie	Évaluation du niveau sensoriel et moteur Évaluation de l'efficacité et des effets secondaires reliés à l'utilisation des narcotiques Collaboration au retrait du cathéter péridural
Dispenser des soins à l'utilisateur nécessitant une transfusion sanguine	Administration des produits sanguins Détection et prise en charge des réactions transfusionnelles
Dispenser des soins à l'utilisateur atteint d'hypothermie	Utilisation de l'appareil de réchauffement des liquides iv Utilisation des dispositifs de réchauffement Surveillance de la température centrale (sonde rectale)
Dispenser des soins à l'utilisateur atteint d'hyperthermie maligne	Administration de l'agent myorelaxant (Dandrolène)
Dispenser des soins à l'utilisateur ayant un drain pleural ou péricardique	Collaboration avec le médecin pour l'installation et le retrait du drain Surveillance et soins associés au drain pleural et péricardique
Prendre en charge l'utilisateur à risque ou atteint d'un syndrome d'immobilisation	Identification des utilisateurs à risque d'un syndrome d'immobilisation Prévention du syndrome d'immobilisation Intervention en présence d'un utilisateur atteint d'un syndrome d'immobilisation
Communiquer adéquatement avec un utilisateur et sa famille en contexte de soins intensifs	Connaissances en soins palliatifs et deuil (connaissances scientifiques, lecture préalable)

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	Enseignement à l'utilisateur et à sa famille en contexte de soins intensifs Soutien à l'utilisateur et à sa famille dans le choix des objectifs de soins Accompagnement de l'utilisateur et de la famille en prévision ou lors d'un décès
Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire	Communication verbale et écrite efficace et adaptée selon les différents professionnels Participation au maintien d'une équipe de travail en mesure d'offrir soutien et compassion à l'ensemble des collègues
Organiser son travail de manière efficace	Évaluation et priorisation des tâches Gestion du temps de travail en fonction des tâches à accomplir

Tableau 5

Objectif de travail sur soi associé aux connaissances de soi

Objectifs de travail sur soi	Connaissance de soi
Gérer son stress	Reconnaissance des facteurs de stress ayant des impacts sur soi Utilisation de stratégies de gestion du stress appropriées

Les objectifs de développement des habiletés d'intervention sont les plus nombreux. En effet, 23 objectifs de ce type sont ressortis de ce premier cycle de recherche comparativement à 19 objectifs d'acquisition de connaissances factuelles et à un seul de travail sur soi. Les objectifs jugés importants par les préceptrices se retrouvaient tous dans les deux programmes ayant fait l'objet d'une analyse documentaire.

À partir de ces objectifs spécifiques, l'étudiante-chercheuse et ses codirectrices ont regroupé les objectifs spécifiques en objectifs généraux formulés par système par souci de cohérence avec la littérature en soins critiques (Urden, Stacy, & Lough, 2014). Toujours selon cette littérature, un objectif multisystémique et un portant sur les fondements de la profession ont été formulés pour regrouper les objectifs spécifiques non rattachés à un système en particulier. Les objectifs généraux sont au nombre de sept :

- prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire ;
- prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire ;
- prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique ;
- prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire ;
- prendre en charge un usager ayant une altération au niveau gastro-intestinal ;
- prendre en charge un usager présentant une altération multisystémique ;
- pratiquer les soins infirmiers aux soins intensifs selon les fondements de la profession.

Quant aux activités de formation, les préceptrices en ont mentionné deux qui sont centrées sur la préceptrice ou son substitut, à savoir le visionnement de vidéos de démonstration et la lecture de lignes directrices. Elles ont principalement nommé des activités de formation impliquant la novice et la préceptrice, soit les discussions lors des rencontres avec la préceptrice, la démonstration d'une technique par la préceptrice suivie d'une pratique par la novice, l'observation directe de la novice suivie d'une rétroaction de la part de la préceptrice ainsi que l'analyse d'incidents critiques. Une activité centrée sur la novice, soit la mise en situation, a également été nommée. Les activités de formation mentionnées lors du groupe de discussion ont été mises en commun avec celles utilisées dans le programme de préceptorat du CSSS de Trois-Rivières et sont présentées au Tableau 6.

Tableau 6

Activités de formation

Activités de formation centrées sur le formateur ou son substitut	Visionnement de vidéo de démonstration d'utilisation d'appareils Lecture (p. ex. références écrites et lignes directrices) Présentation de notions théoriques par la préceptrice
Activités de formation impliquant l'infirmière novice et la préceptrice	Discussion entre la novice et la préceptrice Manipulation d'appareils sous la supervision de la préceptrice Observation directe de la novice suivie de rétroaction de la part de la préceptrice Démonstration d'une technique par la préceptrice suivie d'une pratique par la novice Analyse d'incidents critiques
Activités de formation centrées sur la novice	Situation clinique Jeux de rôle

Les participantes au groupe de discussion ont également suggéré des moyens d'évaluation des apprentissages. Elles ont proposé l'élaboration d'une liste comprenant les objectifs retenus où elles pourraient indiquer si ces objectifs sont atteints ou non. Les préceptrices ont également mentionné que les situations cliniques proposées dans le programme et discutées avec la novice, l'observation directe ainsi que l'autoévaluation en cours et à la fin du programme seraient utiles à leur évaluation de la novice.

Ce premier cycle de recherche-action a ainsi permis l'élaboration de la version préliminaire du programme. Ce programme contient tout d'abord les buts et les orientations du programme. Cette section s'inspire du Programme National de soutien clinique (MSSS, 2008). Un lien avec la théorie d'acquisition des compétences de Benner y est fait. Les objectifs généraux, spécifiques ainsi que les éléments de contenu y sont ensuite énumérés. Des suggestions d'activités de formation et de moyens d'évaluation des apprentissages sont également présentées dans le programme. Pour terminer, les responsabilités de la novice et de la préceptrice y sont décrites.

Toujours à la suite du premier cycle de recherche, une première activité de formation a été élaborée sous la forme d'une situation clinique. Deux versions de cette activité ont été préparées : une destinée à la préceptrice et une autre destinée à la novice. Dans la version destinée à la novice, des lectures préparatoires sont ciblées pour lui permettre de réviser les notions nécessaires à l'atteinte des objectifs. L'activité est

précédée d'un retour sur des événements marquants qui auraient été vécus par la novice dans les derniers jours. Ceci permet l'analyse d'incidents critiques telle que suggérée par les préceptrices. Ensuite, une situation clinique courante à l'USI, dans laquelle l'utilisateur devient de plus en plus instable, est présentée à la novice. Des questions sont adressées à la novice tout au long de la situation. Un endroit est prévu pour lui permettre de répondre aux questions. Dans le plan de la préceptrice, des indications sur les notions visées ont été ajoutées dans le but de couvrir tous les éléments de contenu. Il est également indiqué à la préceptrice de permettre la manipulation de certains appareils en lien avec la situation. Des jeux de rôle, portant par exemple sur un appel au médecin, sont également prévus. Pour terminer, une activité de clôture est proposée. Il est demandé à la novice de faire un retour sur les apprentissages ciblés par la rencontre et d'indiquer un objectif non-acquis, un en voie d'acquisition et un acquis. Il est également prévu de fixer la date de la prochaine rencontre ainsi que la situation qui y sera vue. Ainsi la novice pourra se préparer adéquatement.

Résultats du deuxième cycle de recherche-action

Le Tableau 7 présente une synthèse des résultats du deuxième cycle de recherche. Au cours de ce cycle, deux groupes de discussion ont été utilisés comme moyen de collecte des données. Dans la colonne de gauche sont placés les commentaires des participantes et dans la colonne de droite les mesures à prendre ou les changements proposés. Cette synthèse est regroupée selon les points de discussion des groupes de discussion, à savoir

le point de vue global sur le programme, les objectifs, le contenu, les activités de formation, les moyens d'évaluation des apprentissages ainsi que les responsabilités de la novice et de la préceptrice.

Tableau 7

Synthèse des résultats du deuxième cycle de recherche-action

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participantes	Mesures à prendre ou changements proposés
<u>Point de vue global sur le programme</u>	
-prec4 : <i>Il y a des choses que l'on apprend à l'université là. Tu sais toute la physiopatho, on apprend tout ça, est-ce qu'on rentre tout là-dedans encore? On tu sais, on voit avec la personne avec qui on va être si lui... si cette personne-là est rendue où?</i>	Indiquer des objectifs à atteindre à l'aide de lectures préalables
-prec4 : <i>Je sais pas comment on va faire pour tout mettre ça dans un 12h! Il y a vraiment beaucoup beaucoup de contenu.</i>	Retirer des éléments moins spécifiques ou rares
<u>Objectifs</u>	
-prec4 : <i>Je sais pas si ça arrive souvent, moi j'en ai jamais vu (au sujet de l'objectif concernant l'hyperthermie maligne).</i>	
-prec1 : <i>Moi non plus j'en ai jamais vu d'hyperthermie maligne.</i>	Retirer cet objectif
<u>Contenu</u>	
-prec2 : <i>Je pense qu'on le mettrait plus dans neuro (au sujet du Guillain-Barré).</i>	Placer avec l'objectif touchant le système neurologique
-prec4 : <i>C'est marqué « Reconnaissance de l'emplacement du tube endotrachéal sur une radiographie. » [...] je ne peux pas être capable de reconnaître l'emplacement du tube endotrachéal sur une radiographie parce que je n'ai pas accès à ça.</i>	
-prec1 : <i>C'est la même chose pour nous autres, il y a juste les médecins puis les inhalothérapeutes qui y ont accès.</i>	Retirer cet élément de contenu
-prec2 : <i>On a des documents qui sont élaborés pour aider après quand le délirium est reconnu, mais pour la détection je pense pas qu'on en ait.</i>	Retirer cet élément de contenu « Utilisation des différents outils de dépistage du délirium »
-prec1 : <i>Il y aurait peut-être les surveillances ou les façons de procéder avec une irrigation continue, dès fois c'est oublié.</i>	
-prec1 : <i>Au sujet des irrigations vésicales là, même ceux intermittentes.</i>	Ajouter un élément de contenu portant sur l'irrigation vésicale

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participantes	Mesures à prendre ou changements proposés
<p>-precl : <i>Le patient urine pas, on a appelé le médecin, ils l'ont fait bolussé puis tout ça puis finalement la sonde était juste bloquée.</i></p> <p>-precl : <i>Juste de faire penser ce que l'on peut faire avant. Tu sais le bladder scan, juste de débloquent la sonde voir.</i></p>	<p>Ajouter un élément de contenu portant sur le bladder scan</p>
<p>-precl : <i>L'épiglottite c'est plus à l'urgence qu'ils voient ça.</i></p>	<p>Retirer cet élément de contenu</p>
<p>-precl : <i>Pas nécessairement un cas de soins fait que c'est peut-être pas nécessaire. Parce que ces cas-là vont pas nécessairement aux soins intensifs, c'est souvent des cas chroniques (au sujet de l'encéphalopathie hépatique).</i></p>	<p>Placer en lecture complémentaire</p>
<p>-precl : <i>Protocoles de surveillance concernant les transfusions sanguines qui sont comme universel ou c'est chaque établissement qui a le sien?</i></p>	<p>Fournir des lectures complémentaires sur les transfusions sanguines</p>
<p>-precl : <i>Il y a comme un sac qui fait comme une sonde urinaire, mais pour les C. difficiles.</i></p> <p>-precl : <i>Puis de montrer à le manipuler parce que c'est quand même pas sorcier, mais si tu l'as jamais fait tu seras pas porté à vouloir l'installer.</i></p>	<p>Ajouter un objectif et-un élément de contenu sur l'entéro-collecteur rectal à ballonnet</p>
<u>Activités de formation</u>	
<p>-precl : <i>Ben le laryngospasme je pense que c'est bon de le voir quand même.</i></p> <p>-prec2 : <i>Lors d'une intubation on en a quand même. Peut-être pas de le voir de long et en large. C'est une chose qu'on voit souvent du tout du tout.</i></p>	<p>Ajouter le laryngospasme à la situation clinique de BPCO</p>
<p>-prec4 : <i>J'aurais un petit travail à faire avant de débiter, j'ai des choses à me rafraichir parce qu'il y a des choses que je n'ai pas vues.</i></p> <p>-prec4 : <i>J'ai eu un petit vent de panique au début je vais t'avouer là!</i></p> <p>-prec2 : <i>D'être sûre de ne rien oublier pour vraiment faire le tour de tout avec la novice.</i></p> <p>-precl : <i>Juste avoir un guide de réponse.</i></p>	<p>Indiquer les réponses attendues aux questions dans le plan de la préceptrice</p> <p>Fournir des lectures complémentaires pour les préceptrices en lien avec les éléments de contenu</p>

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participantes	Mesures à prendre ou changements proposés
-prec1 : <i>Souvent ça va être dur de se fixer un rendez-vous pour que justement ils viennent nous montrer, mais en les attrapant sur le département je pense pas vraiment dans la rencontre (au sujet d'une formation par l'inhalothérapeute au cours d'une rencontre).</i>	
-prec3 : <i>Tout dépendant de l'occupation des soins intensifs puis de l'ouvrage de l'inhalo qui va être là.</i>	Remplacer par le visionnement d'une vidéo
-prec3 : <i>Le protocole d'hypothermie est-ce que c'est pareil dans tous les centres ?</i>	
-prec2 : <i>On en a un. C'est celui de Sacré-Cœur.</i>	Enlever le protocole en annexe et le placer en matériel à avoir pour la rencontre
-prec2 : <i>Oui on en a un (au sujet du protocole de TNKase®).</i>	Enlever le protocole en annexe et le placer en matériel à avoir pour la rencontre

Moyens d'évaluation des apprentissages

-prec3 : <i>L'autoévaluation on devrait en faire une à la mi-parcours pour voir comment elle a progressé, comment qu'elle trouve, comment la novice trouve la progression. Puis en avoir une à la fin.</i>	
-prec2 : <i>Je pense que c'est bien qu'il y en ait une à mi-parcours ou au moins après quelques séances avec la préceptrice puis après.</i>	Prévoir une évaluation et une autoévaluation à mi-parcours ainsi qu'à la fin
-prec2 : <i>Je pense pas qu'il faudrait que ça soit nécessaire parce que je pense pas que ça serait possible qu'ils nous libèrent (au sujet de l'observation directe).</i>	
-prec1 : <i>Je suis pas sûr que ça serait accepté et faisable.</i>	
-prec4 : <i>C'est sûr que ça serait aidant. Possible? Bien je sais pas.</i>	Retirer l'observation directe comme moyen d'évaluation et ne la placer que de façon optionnelle comme activité de formation
-prec4 : <i>Ça je trouverais ça peut-être difficile.</i>	
-prec2 : <i>Oui on serait d'accord aussi, je pense que ça serait bien dans l'autre sens.</i>	Placer la mise en page du document d'évaluation de la novice en paysage pour permettre plus d'espace de commentaires
-prec3 : <i>Oui ça serait une bonne idée.</i>	

Responsabilités de la préceptrice et de la novice

-prec2 : <i>De faire des lectures des documents que tu vas fournir sur la clé USB, de les consulter avant qu'elle soit prête; qu'elle ait lu les lectures préalables.</i>	Ajouter « Faire le travail préparatoire nécessaire à chaque rencontre » aux responsabilités de la novice
---	--

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participantes	Mesures à prendre ou changements proposés
<i>-prec4 : On pourrait lui dire à chaque rencontre, bien la prochaine rencontre c'est cette rencontre-là.</i>	Ajouter une section pour planifier la rencontre suivante

Concernant le programme, le point de vue global des participantes aux deuxième et troisième groupes de discussion est très positif. Elles auraient aimé bénéficier d'un tel programme à leurs débuts à l'USI. Elles ont souligné que les situations cliniques utilisées dans le matériel pédagogique devraient aider la novice à développer ses compétences.

Entre les deux groupes de discussion de ce cycle de recherche, l'étudiante-chercheuse et ses codirectrices ont fait un nouveau tri des éléments de contenu selon les critères d'importance et de faisabilité de Caffarella (2002) (voir Appendice J) puisque les préceptrices ont souligné qu'il y avait beaucoup de contenu à voir en douze heures. Les éléments touchant des clientèles moins spécifiques à l'USI ou portant sur des cas très rares ont été retirés. Les participantes ont été consultées sur ces retraits lors du troisième groupe de discussion et elles étaient en accord avec tous les éléments retirés.

En ce qui a trait à l'évaluation, il s'est avéré difficile de demander aux préceptrices d'évaluer les objectifs d'acquisition de connaissances factuelles et de travail sur soi. Ainsi, seuls les objectifs de développement des habiletés d'intervention ont été retenus dans les outils d'évaluation et d'auto-évaluation. Les préceptrices ont apprécié l'échelle utilisée pour l'autoévaluation de la novice. Elles considéraient qu'elle leur apportait beaucoup d'informations sur cette dernière. Cette échelle sur laquelle la novice doit s'évaluer est tirée du PSICNB.

Dans le but de permettre une évaluation à mi-parcours, comme demandé par les participantes, cinq situations ont été ciblées comme étant à réaliser au cours des six premières heures de formation. Les cinq situations suivantes permettent l'évaluation finale. Toutefois, aucun ordre préétabli pour les situations cliniques n'a été déterminé à l'intérieur de ces regroupements. Les préceptrices ont apprécié le fait qu'il y ait une souplesse dans l'ordre des situations cliniques car ceci leur permet de s'adapter aux besoins de la novice ainsi qu'au type de clientèle présent sur l'unité.

Ce deuxième cycle de recherche-action a donc permis l'amélioration du programme de préceptorat. Les groupes de discussion ont également permis le développement du matériel pédagogique, à savoir le plan de formation de la préceptrice et le cahier de la novice contenant un total de dix situations cliniques, et les outils d'évaluation. Chacune des situations cliniques suit le même modèle que celui présenté au premier cycle de recherche.

Résultats du troisième cycle de recherche-action

Un quatrième groupe de discussion a été effectué. Lors de cette rencontre, les changements apportés aux documents selon les discussions lors du cycle de recherche précédent ont tout d'abord été présentés. Aucun autre changement ou questionnement n'a été soulevé par les préceptrices au sujet du matériel élaboré. Dans le but de diminuer le nombre de photocopies requises, un cahier de suivi de préceptorat a été suggéré et conçu.

Ce cahier contient les activités de clôture de chacune des situations cliniques. Ainsi, la préceptrice n'aura pas à imprimer un nouveau plan de formation complet à chaque fois qu'elle supervisera une nouvelle novice.

Par la suite, les participantes se sont particulièrement attardées aux ajouts des réponses attendues aux questions adressées à la novice lors des situations cliniques. Les préceptrices les ont énormément appréciés ; elles l'ont mentionné à plusieurs reprises. Elles ont spécifié que les réponses étaient complètes, pertinentes et détaillées, tout en étant précises et facilement compréhensibles. Elles ont aussi mentionné que le fait d'avoir les réponses attendues aux questions leur enlevait un stress.

À plus d'une reprise, les participantes ont mentionné que les situations cliniques représentaient bien ce qu'elles rencontrent dans leur pratique.

Les préceptrices ont souligné au cours des groupes de discussion qu'il était particulier en région que les infirmières de l'USI agissent fréquemment, le soir et la nuit, en tant que personne de référence pour les infirmières des autres unités au sujet de la lecture des ECG. Elles ont apprécié le fait que l'une des situations cliniques débute ainsi.

Les participantes ont souligné avoir fait des apprentissages lors de leur participation aux trois premiers cycles de recherche-action. Ce commentaire a été exprimé à huit reprises au cours de la rencontre. L'une des préceptrices a précisé que chacun des groupes de discussion a été une occasion permettant le partage de connaissances. Une autre préceptrice a mentionné que la qualité de soins s'en retrouverait améliorée, autant pour la novice que pour elles. Les préceptrices ont souligné qu'elles se sentaient mieux encadrées pour le soutien clinique des novices.

À la suite de ce troisième cycle de recherche-action, plusieurs documents ont été préparés en vue d'être remis aux participants lors de l'étape d'implantation :

- le programme de préceptorat (Appendice O) ;
- le plan de formation de la préceptrice (Appendice P) ;
- le cahier de la novice (Appendice Q) ;
- le suivi de préceptorat (Appendice R) ;
- l'évaluation formative de la novice (Appendice S) ;
- et l'autoévaluation de la novice (Appendice T).

Évaluation de trois aspects du programme

La deuxième section de résultats se rapporte à l'évaluation des trois aspects du programme soit l'implantation du programme dans les milieux, la satisfaction des

préceptrices et des novices face au programme et la perception des novices et des préceptrices quant aux apprentissages des novices. Les entrevues individuelles réalisées lors du quatrième cycle de recherche-action ont permis cette évaluation. Les résultats seront présentés selon les dimensions suivantes : implantation du programme, satisfaction face au programme et perception des apprentissages effectués par les novices.

Implantation du programme

Tout d'abord, il est important de noter que le Programme national de soutien clinique – volet préceptorat, lors de son implantation dans les milieux, avait un déroulement différent dans les deux centres. Le programme de formation élaboré a donc été implanté en respectant la formule de préceptorat choisie selon le centre. Cela a permis de s'assurer de répondre à la réalité du milieu. L'implantation du programme sera donc décrite pour chacun des centres. Ensuite, les points communs soulevés lors des entrevues individuelles seront présentés et les éléments facilitants et les difficultés rencontrées seront exposées.

Implantation au CH A. Au CH A, le Programme national de soutien clinique – volet préceptorat a été mis en place selon le canevas proposé par le MSSS (2008), c'est-à-dire que des rencontres entre une préceptrice et une novice ont lieu en dehors des heures travaillées à raison d'une heure par rencontre. Un maximum de douze rencontres peut avoir lieu, mais la préceptrice a la latitude d'ajuster le nombre de rencontres aux besoins

de la novice en diminuant ou en augmentant le nombre d'heures. Selon les informations recueillies auprès du chef d'unité, avant l'implantation du programme élaboré dans la présente recherche, aucun préceptorat n'avait eu lieu à l'USI.

Il y a eu sept participantes dans ce centre, trois préceptrices et quatre novices. Au cours des entrevues individuelles, il était demandé aux participantes de décrire le déroulement de la formation. Les novices ont été jumelées en dyade avec l'une des trois préceptrices par le chef d'USI. L'une des préceptrices a encadré deux novices séparément et les deux autres préceptrices ont encadré une novice chacune. Pour l'ensemble des quatre dyades, les rencontres se sont effectuées de manière individuelle. Deux dyades préceptrice-novice n'ont pas été en mesure de compléter l'entièreté des rencontres. En effet, l'une des novices a prévu changer de CH en cours de formation et le préceptorat a donc été annulé. Une autre novice a pour sa part, changé de département. N'œuvrant plus aux soins intensifs, elle ne correspondait plus aux critères d'inclusion de la présente recherche. Les entrevues avec ces deux dyades ont conséquemment été réalisées en lien seulement avec les situations vues au cours de la période de préceptorat. La novice et la préceptrice devaient se préparer aux rencontres sur leur temps personnel et étaient responsables de fixer les moments de rencontre. Celles-ci ont eu lieu aux deux semaines et certaines rencontres ont été espacées, notamment en raison des vacances d'été. Le délai pour permettre de couvrir les dix situations cliniques a été de six à dix mois. Au cours de la rencontre, la préceptrice complétait l'information inscrite par la novice dans le cahier

comprenant l'ensemble des situations cliniques et supervisait les activités d'apprentissage prévues dans le Plan de formation de la préceptrice.

Implantation au CH C. Au CH C, selon les données recueillies auprès du chef d'USI, le préceptorat individuel n'a pas eu lieu en raison des difficultés rencontrées par les préceptrices et les novices à fixer des moments de rencontres. Pour pallier cette difficulté, le centre a choisi d'effectuer du préceptorat de groupe. À leur entrée en fonction dans l'établissement, toutes les novices sont réunies avec deux préceptrices libérées de leur fonction pour une journée. Au cours de cette journée, les préceptrices leur transmettent de la formation sur divers protocoles et procédures de l'établissement.

Pour permettre l'implantation de la formation élaborée, celle-ci a été divisée en deux journées entières pour une durée totale de 15 heures. Deux préceptrices et cinq novices ont pris part à la formation, pour un total de sept participantes. Les deux préceptrices ont tout d'abord été libérées une journée pour leur permettre de se préparer à la rencontre. Les cinq novices quant à elles, ont reçu le Cahier de la novice deux semaines à l'avance et elles devaient préparer les cinq premières situations cliniques. Une rencontre d'une journée a eu lieu permettant de couvrir les cinq premières situations cliniques. Les préceptrices et les novices étaient libérées de leur horaire de travail habituel. La formation a eu lieu dans une salle équipée d'un mannequin, d'un moniteur de simulation et de tout le matériel nécessaire. Les préceptrices présentaient la situation clinique aux novices et

celles-ci devaient intervenir auprès du mannequin. Les activités d'apprentissage prévues au Plan de formation de la préceptrice étaient réalisées. À la fin de la situation clinique, les préceptrices revenaient sur les questions pour permettre aux novices de compléter leurs réponses dans le Cahier de la novice. Une deuxième journée de formation a eu lieu de la même manière après un délai de deux semaines, ce délai permettant aux novices et aux préceptrices de préparer les cinq situations cliniques suivantes. Les préceptrices ont une fois de plus été libérées une journée pour leur préparation.

Commentaires généraux sur l'implantation. Au CH A, trois participantes soulignent la longueur de la durée du préceptorat, comme le montrent ces témoignages d'une préceptrice et d'une novice : « bien nous autres ça l'a duré six mois, c'est peut-être un peu long » (prec3) ; « Là on l'a fait sur longtemps, ça fait longtemps qu'on traîne ça. Ça fait un an pratiquement » (nov4).

Toutefois, la durée prévue d'une heure pour chacune des rencontres est décrite comme adéquate et réaliste par quatre participantes comme en témoignent ces préceptrices : « C'est correct. Une heure, je pense qu'en une heure on est capable de rentrer dedans » (prec4) et « je trouvais que les situations n'étaient pas trop longues, pas trop courtes, qu'il y avait un nombre de questions qui était raisonnable » (prec7).

Au CH C, quatre des cinq novices expriment que la durée de la formation est courte comme le souligne cet extrait : « Il y a certaines situations qu'on aurait pu mettre beaucoup plus de temps puis beaucoup plus approfondir » (nov9). À la question au sujet du déroulement du programme, elles soulignent également le rythme rapide comme en témoigne cette novice : « on faisait des situations puis on n'avait comme pas tout le temps de tout refaire les questions puis d'écrire » (nov13). Trois autres participantes évaluent la durée de formation comme adéquate et réaliste : « on s'est fié au temps que tu avais mis, on s'est chronométré et c'est rentré pile-poil. » (prec9) et « C'était intensif là, mais c'était correct. [...] on a eu juste assez de temps pour faire nos choses » (nov14).

Toujours en lien avec l'implantation du programme, les participantes du CH C soulignent que la formation en groupe favorise la création de liens dans l'équipe de travail comme le démontre cet exemple rapporté par l'une des préceptrices :

Prec9 : Puis ça fait des liens entre eux autres. Puis les deux jours, entre ça, on a eu deux semaines d'intervalle. Puis justement en rapport avec les lignes, les filles ont dit « bien nous autres quand on est aux soins si on en a, on est de nuit sur la même fin de semaine. Je vais t'appeler si j'ai quelque chose. » Et c'est arrivé, elles ont été appelées, elles ont pris le temps de le montrer puis la fille... bien ça fait une alliance. C'est bien.

Au cours des entrevues individuelles, plus de la moitié des participantes évoquent avoir eu du plaisir à faire le programme tant dans le préceptorat de groupe qu'individuel comme le souligne ce témoignage : « même que j'avais du plaisir à le faire là, tu sais,

c'était pas comme un travail, c'était pas quelque chose de plate à faire, je trouvais ça intéressant, fait que c'était un travail qui était le fun » (nov2).

Éléments facilitants. Les éléments facilitants en lien avec l'implantation du programme ont également été explorés au cours des entrevues. Plus de la moitié des novices identifient leur préceptrice en tant qu'élément facilitant comme l'illustre le témoignage suivant : « c'était les deux meilleures personnes qu'ils auraient pu choisir pour faire ça je pense [...] D'avoir [prec_9] puis [prec_10] carrément parce que ce n'est pas tout le monde qui le ferait puis qui serait aussi bon. » (nov14).

La libération du travail pour permettre les journées de rencontre est vue comme essentielle par la presque totalité des participantes du CH C. Ce centre est le seul qui a libéré les infirmières (novices et préceptrices) pour permettre la formation.

Difficultés rencontrées. Au moment des entrevues individuelles, la difficulté à concilier la préparation nécessaire à la formation avec les études au baccalauréat est soulignée par les trois novices qui se trouvent dans cette situation. Cette difficulté est également observée par l'une des préceptrices « la deuxième fois c'était plus laborieux. Peut-être que c'était dû, ils avaient des examens, ils vont à l'université. [...] ils disaient que c'était beaucoup d'ouvrage avec leurs études et le travail à faire » (prec10).

L'ensemble des participantes du CH A soulignent la difficulté à concilier le programme avec leur horaire de travail. À ce sujet, l'une des novices affirme : « Ça c'était l'enfer! » (nov4). L'une des préceptrices explique la difficulté vécue ainsi :

Prec3 : on a pogné la période d'été puis on a pogné des périodes qu'on était sur des horaires contraires, fait que ça marchait pas pour se rencontrer [...] La responsabilité de se rencontrer aux semaines, mais c'est ça, nous autres on a changé ça aux deux-trois semaines, selon notre horaire. [...] nous autres, on a assoupli ça. [...] Puis souvent on n'était pas sur le même quart de travail fait que, tu sais, des fois même au début, pas sur la même fin de semaine.

De plus, l'une des novices du CH C n'avait reçu aucune formation en arythmie avant la tenue du préceptorat. Cette situation est soulignée comme non souhaitable par la majorité des participants.

Satisfaction face au programme

La satisfaction des préceptrices et des novices face au programme a été évaluée lors des entrevues individuelles. L'évaluation portait sur leur impression générale, leur satisfaction en général ainsi que plus précisément sur les objectifs et les éléments de contenu, les ressources disponibles, les activités d'apprentissage, les responsabilités de la novice et de la préceptrice et les moyens d'évaluation.

Impression générale. Les réponses des préceptrices à la question sur leur impression générale font état de leurs apprentissages personnels comme en témoigne l'une des préceptrices : « Puis ça été une [...] bonne affaire pour nous en tant que préceptrices. [...] Il y a des connaissances, il y a des choses, on les sait, mais pourquoi on fait ça, c'est loin. » Cette réponse n'est pas sans rappeler la description de l'infirmière experte fait par Benner (1984/2001). En effet, elle décrit le savoir de l'infirmière experte comme étant difficile à décrire et intuitif.

Au cours des entrevues, quelques participantes ont dit qu'elles auraient aimé avoir accès à cette formation plus tôt dans leur carrière. Un extrait de l'entrevue de l'une des novices illustre bien ce fait :

Nov4 : J'aurais été plus, je me serais sentie mieux au travail [...] On n'ose même pas poser de questions des fois sur le département parce qu'on a peur de déranger parce que l'autre a ses affaires à faire. [...] Mais si tu as une formation comme ça, ça rend plus... Ça met... Ça enlève le stress à l'infirmière et ça décharge aussi l'autre.

Cet extrait illustre également une augmentation du sentiment de sécurité de la novice qui est aussi soulignée par quelques autres participantes.

L'une des participantes indique qu'un programme similaire serait aidant à la salle d'urgence. Quelques participantes pensent également que le programme pourrait être

utilisé comme formation continue pour les infirmières d'expérience, tel que souligné dans cet extrait : « On va revoir notre initiation à l'urgence avec les CEPI qui commence justement un peu dans le même genre. [...] On veut même le faire avec le personnel qui est là tout le temps, refaire les situations » (prec9).

Plus de la moitié décrivent également le programme comme complet et un petit nombre le décrit comme favorisant la création de liens entre la théorie et la pratique.

Satisfaction générale. Pour estimer leur satisfaction en général par rapport au programme élaboré, il était demandé aux préceptrices et aux novices d'évaluer leur satisfaction sur une échelle de zéro à dix, zéro étant pas du tout satisfaite et dix étant totalement satisfaite. Les participantes étaient très satisfaites puisque, dans l'ensemble, elles évaluent leur satisfaction entre huit et dix. Une participante a même évalué sa satisfaction à douze sur dix.

Objectifs et éléments de contenu. Tout d'abord, il était demandé aux participantes ce qu'elles pensent des objectifs et des éléments de contenu. Certaines préceptrices et novices décrivent les objectifs comme étant réalistes et « connectés avec le terrain » (nov3). Elles font également état de l'utilité des objectifs pour permettre

l'autoévaluation comme le décrit une novice : « on pouvait vérifier avec ce qu'on avait lu pis tout ce qu'on avait intégré si ça *fitait* avec les objectifs » (nov5).

La nécessité d'adapter le contenu au niveau de formation et d'expérience de la novice est soulevée par deux des participantes au préceptorat de groupe. La formation de groupe peut ne pas favoriser l'individualisation de la formation puisque, comme le montre le témoignage de l'une de ces novices, elles ne sont pas toutes au même niveau « il y en a qui n'avaient pas fait de bac du tout puis pour eux autres, c'était un petit peu plus compliqué. [...] Pour moi personnellement c'était acquis, mais ça peut dépendre d'une personne à l'autre encore une fois-là » (nov6).

La majorité des participantes décrivent également les objectifs et les éléments de contenu comme complets tel que le montrent les extraits d'entrevues retenus et présentés au Tableau 8.

Tableau 8

Impression générale en lien avec les objectifs et les éléments de contenu

Impression	Extraits d'entrevues
Objectifs complets (10 participantes sur 14)	<p>-prec3 : <i>j'ai trouvé que ça faisait que le programme regroupait tout ça. Que c'était complet là.</i></p> <p>-nov9 : <i>Je trouve que c'est assez global. [...] c'était vraiment complet.</i></p> <p>-nov13 : <i>Ça allait large jusqu'aux complications qui pouvaient se passer.</i></p>
Éléments de contenu complets (7 sur 14)	<p>-prec3 : <i>Ils étaient vraiment complets puis je n'aurais pas rien changé non plus.</i></p> <p>-nov2 : <i>Encore là c'était bien complet [...] je ne vois pas ce qui pourrait être de plus ou de moins là.</i></p> <p>-nov14 : <i>Je trouve que c'était très complet. Je n'enlèverais pas rien de la formation.</i></p>

Après avoir discuté de leur satisfaction en général par rapport aux objectifs et au contenu, il était demandé aux participantes si des ajouts ou des modifications étaient nécessaires. Deux suggestions d'ajouts ont été faites par trois des préceptrices. En lien avec une spécialité d'un des CH, un ajout d'objectif concernant les chirurgies maxillo-faciales est proposé, car, comme le souligne une préceptrice : « on en a au moins un par série » (prec7). Le deuxième ajout concerne le protocole de thrombolyse de l'AVC. En effet, lors de l'élaboration du programme, le traitement par thrombolyse pour la clientèle présentant un AVC n'avait pas lieu en région. Le protocole de thrombolyse de l'AVC est décrit comme complexe par deux préceptrices et devrait, selon elles, être vu dans la formation. L'une des préceptrices dit à ce sujet : « les téléthrombolyse d'AVC tu sais, c'est quelque chose à insérer là-dedans » (prec9).

Quelques participantes soulignent un malaise par rapport aux objectifs reliés à l'aspect psychosocial, par exemple les objectifs spécifiques « Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs » et « Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire ». Une préceptrice mentionne : « c'est peut-être que ce n'est pas ma force » (prec7). Une autre préceptrice révèle avoir douté de la pertinence de ces objectifs également. Toutefois, à la suite de la formation, elle considère qu'ils sont nécessaires comme elle en témoigne ici : « On n'aurait pas été là. Sauf que ça l'a apporté des discussions quand on l'a fait *live* avec les filles. Fait qu'on a fait oui, on a besoin d'aller là » (prec9).

Ressources disponibles. Plusieurs ressources sont à la disposition des préceptrices et des novices, à savoir le plan de formation de la préceptrice ou le cahier de la novice, selon le cas, ainsi que les lectures préparatoires et complémentaires qui sont numérisées sur une clé USB. La satisfaction des participantes envers ces différentes ressources a été évaluée. Près de la moitié des participantes considèrent ces ressources complètes. Toutefois, certains ajouts sont souhaités par d'autres. Le Tableau 9 présente une synthèse des modifications suggérées

Tableau 9

Modifications suggérées aux ressources disponibles

Ressources à modifier	Extraits d'entrevues
Plan de formation de la préceptrice Cahier de la novice -Ajout des valeurs normales des analyses de laboratoire (6 participantes sur 14)	-prec10 : <i>C'est ça que je trouvais dur un petit peu, parce que les valeurs on les a toujours sur les feuilles.</i> -nov6 : <i>Je m'en rappelais plus par cœur. On est quand même habituée d'avoir nos valeurs.</i>
-Situation sur la pancréatite (3 participantes sur 14)	-prec7 : <i>La pancréatite je trouvais que [...] ça avait pris une drôle de tangente. Je trouvais que ça avait bifurqué pas mal.</i>
- Clarifier une question de la situation sur le polytraumatisé (1 participante sur 14)	-prec7 : <i>La question c'était « Nommez les complications potentielles » et là, c'est la triade létale. Bien moi, ils ne m'ont pas répondu ça du tout (p.28 du Plan de formation de la préceptrice).</i>
-Ajout d'une image de plaie (1 participante sur 14)	-nov9 : <i>Quand on a vu la plaie, tu sais, au moins rajouter une photo de plaie.</i>
Ajout de lectures complémentaires (3 participantes sur 14) -Pneumonie -Hémorragie digestive -Intoxication -Nitroglycérine iv -Triade létal du polytraumatisé -Examen physique	-prec3 : <i>Pneumonie puis hémorragie digestive, eux autres, j'ai eu un peu plus de misère à trouver mes choses pour me préparer.</i> -prec3 : <i>Intoxication que j'ai manqué un peu de... bien de théorie.</i> -prec7 : <i>Je voulais lui expliquer un peu la précharge et la postcharge l'effet dans le fond de la nitro.</i> -prec7 : <i>Au niveau des traumas, particulièrement la triade létale, là-dedans la coagulopathie et la cascade de coagulation, il pourrait y avoir un peu plus de contenu à fournir aux préceptrices.</i> -nov6 : <i>Certains examens physiques que je ne fais pas souvent.</i>
Vidéo -Uniformiser le titre de la vidéo sur le défibrillateur (1 participante sur 14) -Ajout de vidéo (1 participante sur 14)	-l'étudiante-chercheuse à nov10 qui n'a pas trouvé la vidéo : <i>La vidéo était identifiée Zoll sur la clé USB et elle était identifiée vidéo du Dr X dans les documents.</i> -l'étudiante-chercheuse à nov4 : <i>Alors, faudrait en ajouter, plus de vidéos ça serait une ressource vraiment utile ?</i> Nov4 : <i>Oui parce que moi mettons que j'ai, des fois là c'est plus tranquille, des fois-là tu vas voir des vidéos c'est comme génial là. Tu t'instruis tout en révisant tes vidéos.</i>

Activités d'apprentissage. Lors de l'évaluation de la satisfaction générale en lien avec les activités d'apprentissages, des différences sont notées entre la formation individuelle et la formation de groupe.

Dans le groupe de formation individuelle, plus de la moitié des participantes souhaitent avoir l'opportunité de simuler les situations cliniques en groupe. L'une des préceptrices décrit la formation souhaitée de manière très similaire à la formation qui a eu lieu dans l'autre centre.

Prec4 : D'être capable de se réunir peut-être une novice avec une préceptrice, une autre novice avec une autre préceptrice, être les quatre ensembles, et faire comme des vraies situations de moniteurs avec. [...] Comme mettre un bloc de six situations pour faire une rencontre. On pourrait en faire six, une demi-journée de situations peut-être, ou une journée [...] Se mettre toutes ensemble là, on se monte des situations là, ça serait vraiment le fun.

Par contre, deux novices ayant pris part à la formation de groupe ont exprimé le désir d'avoir davantage de temps de manipulation individuelle de chacun des appareils. Les activités de manipulation prévues au programme sont d'ailleurs décrites comme incontournables par quelques participantes. De plus, près de la moitié des participantes rencontrées soulignent que les démonstrations et les activités pratiques doivent, elles aussi, être adaptées à l'expérience de la novice. Comme souligné précédemment, il semble que la formation de groupe rende plus difficile la personnalisation de la formation.

Les préceptrices ayant participé à la formation de groupe ont modifié l'une des activités d'apprentissage. En effet, au lieu de visionner la vidéo au sujet du respirateur, elles ont invité un inhalothérapeute. Les novices ont donc pu revoir les informations tout en observant directement l'appareil. Trois participantes considèrent que la collaboration avec un inhalothérapeute est un élément facilitant pour l'apprentissage comme en témoigne cet extrait d'une entrevue où l'étudiante-chercheuse reformulait les propos d'une préceptrice : « c'était quelque chose d'aidant avec les inhalos. [...] Ça l'a permis d'intégrer tout ça pour vrai là avec un vrai appareil. » Cette activité de formation, qui était d'abord prévue dans le programme, avait été retirée lors du deuxième cycle de recherche à la suite d'une difficulté soulevée par les préceptrices en lien avec l'organisation d'une rencontre avec un inhalothérapeute.

Des suggestions d'ajouts d'activité d'apprentissage ont également été apportées par les préceptrices et les novices. Ces suggestions sont présentées au Tableau 10.

Tableau 10

Ajouts suggérés aux activités d'apprentissage

Sujet d'activité pratique	Extraits d'entrevues
Soins à l'intubé (3 participantes sur 14)	-prec7 : <i>L'aspiration endo, lui montrer comment.</i> -nov6 : <i>Aller nettoyer, l'instillation, c'est des choses qu'on peut faire.</i> -nov14 : <i>Peut-être du contenu intubé [...] dans la situation on intubait la personne, mais le après, tu sais les soins.</i>
Questions de défi intellectuel (2 participantes sur 14)	-prec4 : <i>J'ai posé des questions : « mais sais-tu pourquoi? » Pourquoi? Là il faut qu'il aille dans sa physiopatho.</i> -prec9 : <i>Puis de challenger un petit peu plus. [...] tu le fais tu le sais, mais pourquoi tu le fais.</i>
Pression intra-abdominale (1 participante sur 14)	-nov2 : <i>Juste avant mon départ des soins intensifs, j'avais fait une pression intra-abdominale que j'avais jamais faite, puis je sais pas, parce que je me suis pas rendu à fin du programme, fait que je sais pas si t'en parlais dedans. [...] Puis je me suis dit peut-être qu'Annie voudrait le rajouter dans une situation.</i>
Exercices d'arythmie (1 participante sur 14)	-nov4 : <i>Genre une section juste d'exercices [au sujet des arythmies].</i>

Responsabilités de la novice et de la préceptrice. La préparation de la novice est vue comme exigeante par plusieurs participantes, tant dans le préceptorat individuel que de groupe. Deux des novices considèrent que leur responsabilité en terme de préparation est exigeante : « Tu sais les lectures sont assez longues c'est toujours intéressant, mais elles sont assez longues, c'est beaucoup de travail personnel à faire. [...] c'était exigeant en temps » (nov3). Tel que signifié précédemment, plusieurs novices ont eu à concilier le programme avec leurs études au baccalauréat. Dans le contexte, certaines novices aimeraient avoir plus de temps pour la préparation des rencontres. Toutefois, plus de la majorité des quatorze participantes considèrent cette préparation essentielle :

Prec9 : oui c'était du gros travail, mais je pense qu'il faut qu'ils fassent les lectures. [...] c'était gros, mais je pense que c'était essentiel quand même. [...] Puis ceux qui avaient fait leur lecture, ça paraissait et ceux qui ne les avaient pas faites, ça paraissait aussi. Ils manquaient des notions. [...] Oui c'est mettre du travail, mais c'est essentiel.

Les trois préceptrices du préceptorat individuel soulignent que la préparation de la novice influence leur motivation comme en témoigne ici l'une d'entre elles :

Prec3 : Elle s'était vraiment bien préparée puis ça, j'étais contente d'avoir une fille motivée qui voulait parce que ça m'a donné le *guts* moi aussi de le faire mieux aussi. [...] là ça me permettait de me... Bien de me motiver moi-même puis d'aller plus loin moi-même. C'était enrichissant.

Toutes les préceptrices soulignent également que leur préparation est exigeante, mais elles pensent que les prochaines fois vont nécessiter moins d'investissement en terme de temps : « J'ai trouvé que la préparation était longue. Mais je pense que c'est un coup à

donner pour la première fois et après, ça ne sera plus long. Oui la préparation a été longue, mais ça été super utile » (prec4).

Pour leur part, les deux préceptrices du préceptorat de groupe ont décrit la préparation qu'elles devaient faire comme stimulante en mentionnant « ça allume » (prec9) et « ça m'a ressourcée » (prec10).

Moyens d'évaluation. Les moyens d'évaluation n'ont pas été utilisés et compris de la même façon dans les deux centres. Au CH A, les deux dyades n'ayant pas complété le programme n'ont pas réalisé d'évaluation et l'une des préceptrices n'avait pas compris qu'elle avait à effectuer une évaluation de la novice. L'exploration sur leur satisfaction par rapport aux moyens d'évaluation portait donc uniquement sur l'autoévaluation en fin de rencontre. Dans ce centre, seulement une dyade a utilisé les évaluations de mi-parcours et de fin de parcours. Au CH C, les préceptrices ont remis aux novices le formulaire d'évaluation qui était destiné aux préceptrices pour leur permettre de s'autoévaluer lors de la première journée. L'une des novices ayant ensuite mentionné qu'elle avait un formulaire d'autoévaluation différent, c'est le formulaire destiné aux novices qui a été utilisé lors de la deuxième journée. Quant aux préceptrices, elles ont discuté entre elles de l'évaluation des novices, mais elles n'ont pas utilisé le formulaire d'évaluation formative de la novice. L'exploration de la satisfaction des participantes en lien avec les outils d'évaluation a donc porté seulement sur l'autoévaluation de la novice à la fin de chacune

des situations cliniques et sur le formulaire d'autoévaluation de la novice de la mi-parcours et fin de parcours.

Pour ce qui est de l'autoévaluation de la novice en fin de rencontre, la moitié des participantes ont indiqué qu'elle favorise l'introspection de la novice. Cette introspection a été soulignée par une novice : « C'est parfait parce que ça nous a fait prendre conscience que disons cette partie-là, oups, ah oui ça c'est correct, mais d'autres parties tu te dis que ça c'est à travailler. » (nov10). Cette autoévaluation a également été soulignée comme utile pour cibler le contenu à revoir par deux des cinq préceptrices.

Au sujet des autoévaluations de la novice de mi et de fin de parcours, parmi les dix participantes qui ont utilisé l'outil, huit ont exprimé de la difficulté à s'autoévaluer. De plus, selon le commentaire de l'une des novices, l'échelle choisie est difficile à comprendre : « je trouvais qu'il y avait comme des fois où tu pouvais cocher à deux places » (nov9).

Pour ce qui est de l'évaluation formative de la novice de mi-parcours et de fin de parcours, le fait que seulement une dyade l'ait réalisée ne permet pas ici de juger de la valeur de cet outil. Toutefois, les participantes ont suggéré différents moyens d'évaluation et d'autoévaluation qui leur apparaissaient plus pertinents. Ces suggestions sont présentées au Tableau 11.

Tableau 11

*Modifications suggérées des moyens d'évaluation
et d'autoévaluation des apprentissages*

Suggestions de modification	Extraits d'entrevues
Retirer l'évaluation formative de la novice et remplacer par de la rétroaction à l'USI (6 participantes sur 14)	-nov 4 : <i>J'aimerais mieux quelqu'un qui m'évalue sur ma compétence pratique que sur du papier. [...] J'aurais aimé ça être plus supervisé.</i> -nov9 : <i>Peut-être plus tard mettons. Qu'ils nous regardent sur le plancher.</i>
Modifier l'échelle d'autoévaluation de la novice de mi et de fin de parcours (4 participantes sur 14)	-prec10 : <i>C'est sûr que acquis, en voie d'acquisition et non-acquis, c'est sûr que c'est plus facile pour eux autres, puis pour nous autres aussi pour revenir.</i> -nov3 : <i>Pour la préceptrice puis pour moi c'était pas la même chose hein? Fait que ça c'était comme, on était comme « attends un peu » quand on les comparait.</i>
Retirer l'autoévaluation de la novice de mi et de fin de parcours (3 participantes sur 14)	-nov3 : <i>Je ferais peut-être juste un des deux dans le sens où on a déjà fait l'évaluation pour chaque mise en situation.</i>
Ajouter une évaluation des connaissances scientifiques (2 participantes sur 14)	-prec9 : <i>Peut-être un petit mini test sur un peu des situations.</i>

Perception des apprentissages effectués par les novices

La perception des novices et des préceptrices au sujet des apprentissages des novices a été explorée. Les apprentissages perçus peuvent être regroupés en cinq groupes : au sujet de de l'intervention, de la création de liens entre la théorie et la pratique, de la manipulation d'appareils, de l'interprétation des analyses de laboratoire, et des connaissances scientifiques. Ils sont présentés dans le Tableau 12.

Tableau 12

Apprentissages des novices tels que perçus par les préceptrices et les novices

Apprentissages perçus	Extraits d'entrevues
Interventions (10 participantes sur 14) : -RCR de qualité -reconnaissance des signes cliniques d'un état de choc -évaluation du délirium -auscultation cardiaque -soins à l'intubé -application des protocoles de l'USI -interprétation du moniteur cardiaque	-prec3 : <i>On a installé un drain péricardique fait qu'on venait juste d'en parler la semaine d'avant. [...] Fait que là c'est elle qui l'a fait, moi j'étais dans la porte de la chambre.</i> -nov2 : <i>C'est un monsieur qui a fait un arrêt cardiaque puis on l'a mis en hypothermie provoquée. [...] La semaine avant on l'avait vu dans le préceptorat.</i> -nov14 : <i>Quand. je sais pas. ton patient tombe en TV ou en FV là, tu sais, agir vite, tout de suite là.</i>
Création de liens entre la théorie et la pratique (7 participantes sur 14)	-nov2 : <i>J'ai fait un lien direct là, carrément.</i> -nov4 : <i>On allait tout le temps chercher un ou deux éléments que je me disais « ah c'est pour ça ».</i> -nov6 : <i>J'ai refait d'autres liens que j'avais pas faits dans le fond à l'école.</i>
Manipulation d'appareils (5 participantes sur 14) : -drain péricardique -défibrillateur -réchauffe-sang -ligne artérielle -lavage vésical	-prec3 : <i>Ils savaient comment faire ces deux-là. [...] Il y en a un qui avait eu une partie de préceptorat puis l'autre, elle l'avait eue, on l'avait pratiqué ensemble [au sujet du défibrillateur].</i> -nov9 : <i>Comment succionner avec le nouveau tube en circuit fermé.</i>
Interprétation des analyses de laboratoire (4 participantes sur 14) : -gaz artériel -en général	-L'étudiante-chercheuse à prec9 : <i>As-tu des exemples d'apprentissage ?</i> prec9 : <i>Les gaz. Ça, vraiment, les valeurs des gaz.</i> -nov10 : <i>Décortiquer les labos.</i>
Connaissances scientifiques (4 participantes sur 14) : -physiopathologie de l'insuffisance cardiaque -polytraumatisé -tamponnade cardiaque -ventilation mécanique	-prec4 : <i>L'insuffisance cardiaque aussi, physiopatho, tout le système circulatoire.</i> -nov4 : <i>Les polytraumas, l'échelle IPT.</i> -prec7 : <i>Entre autres la triade létale du polytraumatisé.</i> -nov6 : <i>Au niveau du respirateur [...] on a vraiment poussé un peu plus.</i>

En définitive, les groupes de discussion ont permis de répondre à l'objectif en lien avec l'élaboration du programme. Les entrevues individuelles ont permis d'évaluer l'implantation dans les milieux, la satisfaction des participantes face au programme élaboré ainsi que d'explorer leurs perceptions sur les apprentissages de la novice. Il est possible d'avancer que le programme a été implanté tel que prévu à l'exception du fait qu'il a été offert en groupe dans l'un des centres. Les préceptrices et les novices sont satisfaites du programme élaboré, tant dans une optique de formation individuelle que de groupe. Les participantes, tant novices que préceptrices, se sont dites satisfaites du contenu couvert par la formation, des activités d'apprentissages sélectionnées et des ressources mises à leur disposition. Des corrections mineures seront apportées aux divers documents tel que suggéré par les participantes. À la suite de la formation, tant les préceptrices que les novices perçoivent que ces dernières ont fait des apprentissages, et ce, sur divers plans.

Discussion et recommandations

Cette section présente la discussion des résultats obtenus. En premier lieu seront discutés les résultats en lien avec les objectifs de cette recherche. En deuxième lieu, des recommandations découlant des résultats seront présentées. En dernier lieu, les forces et les limites de cette étude, du cadre de référence et de la stratégie de recherche seront exposées.

Programme de formation

Les objectifs de cette recherche visaient à élaborer un programme de formation adapté à la réalité régionale pour les infirmières novices à l'USI en collaboration avec les préceptrices du milieu, à évaluer son implantation et la satisfaction des préceptrices et des novices par rapport à ce programme et à explorer la perception des participantes en lien avec les apprentissages de la novice. D'une part, les résultats obtenus à la suite des quatre cycles de recherche sont ici mis en lien avec la littérature. D'autre part, les distinctions avec les programmes analysés sont soulignées pour démontrer l'importance d'adapter une formation à la réalité régionale.

Programme

Cette section portera sur la discussion des résultats des quatre cycles de recherche en fonction du programme élaboré. Cela permettra de mettre en lien les résultats obtenus avec la recension des écrits.

En ce qui concerne l'implantation du programme, plus de la moitié des participantes à la formation individuelle souhaitent expérimenter les situations cliniques en groupe. Les résultats obtenus amènent à penser que la formation de groupe, bien que permettant moins d'individualiser la formation, facilite la gestion des horaires. Il s'agit donc d'une formule intéressante puisque les horaires sont une embête qui est rapportée par l'ensemble des préceptrices et novices ayant pris part à la formation individuelle. Les novices et les préceptrices du préceptorat de groupe ont également souligné que ce type de formation permet de favoriser la création de liens entre les membres de l'équipe de travail. Cette donnée est intéressante puisque selon l'AIIC (1995 cité par AIIC, 2004), le préceptorat vise également à favoriser l'intégration dans le milieu.

Lors du premier cycle de recherche, 45 objectifs ont été déterminés à la suite du groupe de discussion et de l'analyse documentaire réalisée par l'étudiante-chercheuse. Il est intéressant de noter que les objectifs de développement des habiletés d'intervention sont les plus nombreux. Cela apparaît logique lorsque l'on considère que, selon la théorie d'acquisition des compétences de Benner (1984/2001), la novice doit démontrer une habileté à appliquer les connaissances acquises dans sa pratique pour être en mesure de démontrer une progression dans les niveaux de compétences. Il est aussi intéressant de noter que les apprentissages touchant l'intervention sont ceux perçus en plus grand nombre parmi les apprentissages effectués par la novice. Nos résultats nous portent à croire que le programme élaboré favorise l'acquisition de compétences pratiques.

De plus, les résultats des groupes de discussion permettent de faire ressortir des similitudes avec le programme d'orientation du CSSSTR (2012) et du PSICNB (2000) qui furent utilisés pour l'analyse documentaire. En effet, tous les éléments nommés comme importants à inclure dans le programme par les préceptrices se retrouvent dans ces programmes. Également, chacun des modules théoriques du programme d'orientation du CSSSTR (2012) représente un système physiologique. Il en va de même pour le PSICNB (2000). Il est donc cohérent que les objectifs du programme élaborés soient également regroupés par système.

Il convient également de discuter des résultats relatifs aux activités pédagogiques. Les préceptrices de l'un des centres ont modifié une activité de formation en lien avec le respirateur. Elles ont remplacé le visionnement d'une vidéo par une formation en présence d'un inhalothérapeute et une démonstration sur le respirateur. Ce résultat est concordant avec ce que la théorie de Benner (1984/2001) propose, à savoir qu'une nouvelle infirmière est en mesure d'intervenir en se référant à une situation vécue. Le fait de placer les novices en situation réelle de pratique est donc à encourager pour le développement des compétences. Toujours selon Benner (1984/2001), les situations cliniques sont à privilégier pour favoriser l'acquisition des compétences. La novice a besoin de lier ses connaissances théoriques à une situation pour être en mesure d'intervenir efficacement auprès d'un usager. Les activités d'apprentissage sous forme de situations cliniques sont donc un choix logique.

Il est également nécessaire de se pencher sur les résultats en lien avec les ressources disponibles. À la suite des groupes de discussion, des outils pour faciliter le travail de la préceptrice ont été créés (Appendice P : Plan de formation de la préceptrice et Appendice R : Suivi de préceptorat). Une clé USB contenant les lectures préparatoires de la novice et des recueils de lectures complémentaires ont également été remis aux préceptrices. La mise en place d'une structure de soutien pour la préceptrice est l'une des conditions de succès du préceptorat recommandées par le MSSS (2008) dans le Programme national de soutien clinique. Le document Suivi de préceptorat a été utilisé par une seule préceptrice. Ce document a pour but de faciliter le suivi de la préceptrice d'une rencontre à l'autre. Ce document devrait donc être adapté au préceptorat de groupe où les situations sont regroupées en deux journées. Les ressources permettant de soutenir les activités de préceptorat sont considérées complètes par près de la moitié des participantes. Des corrections mineures sont suggérées pour ce qui est du Plan de formation de la préceptrice (Appendice P) ainsi que quelques ajouts de lectures complémentaires pour faciliter leur travail. Ces corrections et ajouts seront apportés par l'étudiante-chercheuse.

Il convient aussi de préciser que le MSSS (2008) suggère d'élaborer des outils pour assurer le suivi des apprentissages au moyen d'évaluation formative. La majorité des participantes ont souligné une difficulté lors de l'utilisation de l'échelle d'auto-évaluation de la novice de mi-parcours et de fin de parcours. Tel que suggéré par certaines novices

et préceptrices, une uniformisation de l'échelle d'évaluation et d'auto-évaluation, à savoir : non acquis, en voie d'acquisition, acquis et non observé serait souhaitable. Bien que certains outils élaborés tels que l'Évaluation formative de la préceptrice et l'Auto-évaluation de la novice se sont révélés être peu ou pas utilisés lors de l'implantation du programme, d'autres activités d'évaluation proposées dans le programme ont été utilisées et ont permis de respecter la recommandation du MSSS (2008). En effet, à la fin de chaque rencontre, il est demandé aux novices de faire un retour sur les apprentissages ciblés par la rencontre et d'indiquer un objectif non-acquis, un en voie d'acquisition et un acquis. La moitié des participantes ont souligné l'utilité de cette activité pour favoriser l'introspection de la novice tout en permettant à la préceptrice de cibler le contenu à revoir. Cette activité permet aux préceptrices d'effectuer un suivi des apprentissages tel que recommandé. La mise en place de périodes d'observation directe à l'USI suivies d'une rétroaction verbale, comme suggérée par certaines préceptrices et novices, pourrait être une avenue à envisager pour permettre une évaluation formative de la novice.

Comme souligné précédemment, des apprentissages en lien avec l'intervention ont été perçus chez les novices par une majorité de participantes. De plus, la moitié d'entre elles pensent que le programme élaboré a favorisé le développement de liens entre la théorie et la pratique chez la novice. Plusieurs préceptrices et novices soulignent également que la formation reçue a permis à la novice d'augmenter sa dextérité dans la manipulation des différents appareils utilisés à l'USI. Il n'est ainsi pas surprenant que

certaines participantes aient suggéré d'ajouter des manipulations d'appareils. Considérant les apprentissages de la novice perçus par les préceptrices et les novices, il est possible de supposer que les activités d'apprentissage prévues au programme sont adaptées pour favoriser l'acquisition des compétences nécessaires au travail à l'USI.

Adaptation régionale

Comme mentionné précédemment, le premier objectif de cette recherche est d'élaborer un programme adapté à la réalité régionale. Tout d'abord, les distinctions avec les programmes existants permettent de faire ressortir cette nécessité d'adaptation régionale. Les résultats nous permettent ensuite de s'assurer que le programme élaboré répond bien aux besoins du milieu.

Il convient tout d'abord d'examiner la formule de préceptorat en place dans les hôpitaux de la région. Au CH A, elle s'inspire des recommandations du MSSS (2008), à savoir un soutien clinique de 12 h, à raison d'une heure par rencontre. Au CH C, selon les données recueillies dans le milieu, la difficulté vécue par les préceptrices et les novices pour fixer des moments de rencontres a fait en sorte que les heures de préceptorat ont été regroupées en deux jours pour un total de 15h. C'est une des raisons pourquoi le programme d'orientation du CSSSTR (2012) est impossible à mettre en place tel quel. En effet, ce programme a une durée de 12 semaines à temps complet et comprend des modules théoriques de 7 heures où des préceptrices transmettent du contenu théorique à plus d'une

novice à la fois en dehors de l'unité. Sans aucun doute, ce programme dépasse grandement le temps imparti au préceptorat en région. Enfin, le programme du CSSSTR comprend la période d'orientation et de préceptorat, les deux périodes se chevauchant. En région, le préceptorat a lieu après la période d'orientation. En définitive, il apparaît essentiel d'adapter les programmes à la réalité régionale vécue par les préceptrices et les novices. Le programme élaboré a été implanté dans les milieux en respectant leur modalité de préceptorat déjà en place. Il est donc possible de croire qu'il respecte les réalités de chacun des centres.

Dans le même ordre d'idée, les commentaires des préceptrices lors des trois premiers groupes de discussion permettent d'illustrer cette adaptation à la réalité. En effet, à plus d'une reprise, les participantes ont mentionné que les situations cliniques utilisées comme activités de formation représentaient bien ce qu'elles rencontrent dans leur pratique. Par exemple, il est particulier en région que les infirmières de l'USI de soir et de nuit soient appelées à interpréter l'ECG d'un usager hospitalisé dans une autre unité. Les préceptrices ont apprécié le fait que l'une des situations débute de cette façon. Lors des entrevues individuelles, plus d'une participante a mentionné que les objectifs du programme sont réalistes. L'une des novices les a d'ailleurs décrits comme étant « connectés avec le terrain » (nov3).

Dans le programme du CSSSTR, des éléments de contenu reliés à la courbe de pression intracrânienne sont présents dans l'objectif sur le système neurologique. Ces éléments n'ont pas été retenus dans le programme élaboré puisque ce type d'appareillage n'est pas utilisé en région. Il s'agit d'une notion utile pour un centre spécialisé en neurologie, mais ce n'est pas le cas des établissements de la région.

Synthèse des recommandations

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît justifié d'émettre certaines recommandations concernant la structure de la formation, le contenu, les ressources, les activités d'apprentissage ainsi que les moyens d'évaluation. Une synthèse de ces recommandations est présentée au Tableau 13.

Tableau 13

Synthèse des recommandations

Éléments	Recommandations
Structure	Préceptorat de groupe Libération des novices et des préceptrices Cours d'arythmie et orientation à l'USI préalables au programme
Contenu	Ajout d'un élément de contenu sur le protocole de thrombolyse dans l'AVC Ajout d'un élément de contenu sur les chirurgies maxillofaciales
Ressources	Ajout des valeurs normales des analyses de laboratoire Révision de la situation sur la pancréatite Clarification de la question « Nommer les complications potentielles » dans la situation sur le polytraumatisé Ajout d'une image de plaie (situation Arythmie) Ajout de lectures complémentaires (pneumonie, hémorragie digestive, intoxication, nitroglycérine iv, triade létale du polytraumatisé et examen physique) Adaptation de l'outil de suivi au préceptorat de groupe
Activités d'apprentissage	Remplacement du visionnement de la vidéo sur le respirateur par une rencontre avec l'inhalothérapeute Ajouts d'activités (soins à l'intubé, questions de défi intellectuel, pression intra-abdominale, exercices d'arythmie)
Responsabilités de la novice	Planification d'un temps suffisant pour la préparation des rencontres
Moyens d'évaluation	Retrait de l'évaluation formative de la novice Ajout de la rétroaction à l'USI après la formation Modification de l'échelle d'autoévaluation de la novice (mi et fin de parcours) pour non-acquis, en voie d'acquisition, acquis et non réalisé Ajout d'une évaluation des connaissances scientifiques

Forces et limites de la recherche

Les forces et les limites de cette recherche seront présentées puis un retour sur le choix du cadre de référence et de la stratégie de recherche sera effectué.

Cette recherche se distingue de par ses retombées concrètes pour les infirmières en USI de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. En effet, le programme élaboré répond à un besoin du milieu et à ce jour, il est le seul programme disponible puisqu'aucun autre programme contenant des notions théoriques n'est en place dans les établissements pour soutenir le préceptorat. Le fait que le Programme national de soutien clinique ne propose pas de contenu théorique fait que cette recherche a permis d'outiller les préceptrices. De plus, tel que souligné précédemment, aucun préceptorat spécifique à l'USI n'avait lieu dans les CH participants. La présente recherche a donc permis de faciliter l'implantation du préceptorat dans cette unité.

Une deuxième force de cette étude réside dans le fait que le programme élaboré est adapté à la réalité régionale. Les préceptrices et les novices ont souligné cette force lors de l'élaboration et de l'évaluation du programme.

La troisième force de l'étude est en lien avec le fait que le programme élaboré répond aux besoins des préceptrices et que celles-ci ont été impliquées dans son

élaboration ce qui leur a permis de se l'approprier. Elles ont été proactives dans l'amélioration du programme en planifiant de nouvelles activités d'apprentissage pour favoriser la transmission de leurs connaissances aux novices. Le fait qu'elles désirent poursuivre l'utilisation du programme et même l'étendre à d'autres milieux témoigne bien de leur appropriation.

En plus de contribuer à l'élaboration du programme, la présente recherche a offert aux préceptrices la possibilité de porter un regard réflexif sur leurs activités de préceptorat. À maintes reprises au cours des quatre cycles de recherche, les préceptrices ont mentionné avoir beaucoup appris lors de l'élaboration et de l'implantation du programme. Il s'agit là d'une autre force de l'étude.

Il importe de mentionner que la présence de l'étudiante-chercheuse dans le centre ayant participé aux deux étapes est sans aucun doute un élément facilitant. En effet, la présence prolongée de celle-ci dans le milieu a permis de répondre positivement au critère méthodologique de crédibilité tel que décrit par Savoie-Zajc (2004).

Quant aux limites de l'étude, il est possible de souligner le fait que seulement trois centres sur quatre ont participé à l'étude, dont un seul a pu contribuer aux deux étapes du projet, soit l'élaboration du programme et l'évaluation de son implantation. En fait, la

recherche s'est effectuée dans un contexte de changement organisationnel et de fusion d'établissements, ce qui n'a pas favorisé le soutien organisationnel, lequel est une condition essentielle et gagnante de l'implantation d'un programme de préceptorat, tel que précisé par le MSSS (2008).

Bien que la présence de l'étudiante-chercheuse dans l'un des milieux soit une force tel qu'expliqué précédemment, cela a pu être une limite à certains égards. En effet, comme les participantes d'un centre sont des collègues de l'étudiante-chercheuse, cela a pu les amener inconsciemment à vouloir la satisfaire en plaçant l'accent sur les points positifs du programme lors de l'entrevue. De plus, l'étudiante-chercheuse était ou avait été la professeure de certaines participantes au moment des entrevues. Pour éviter ou à tout le moins amoindrir les effets du phénomène de désirabilité sociale, il a été mentionné à toutes les participantes que le but des entrevues était d'améliorer le programme et la formation. La méthode d'élaboration de la formation en groupe de discussion leur a également été expliquée pour que les participantes comprennent qu'un commentaire ne serait pas interprété comme une critique dirigée contre l'étudiante-chercheuse.

Une autre limite du projet est une limite intrinsèque à la recherche-action. En effet, il est impossible de prétendre à une généralisation des résultats lors d'une recherche-action. Toutefois, il ne s'agit pas du but visé par ce type d'études. Dans la présente recherche, le but était d'élaborer un programme adapté à la réalité de la région de l'Abitibi-

Témiscamingue. Certains résultats sont toutefois transférables à d'autres milieux dont les contextes géographique et organisationnel seraient similaires. Les recommandations pourraient ainsi être utiles pour l'élaboration de programmes en lien avec le préceptorat dans différentes unités spécialisées en région. De plus, la méthode pourrait inspirer d'autres chercheurs.

Retour sur le choix du cadre de référence. Tout d'abord, tel que mentionné précédemment, le programme élaboré respecte les recommandations du Programme national de soutien clinique du MSSS (2008). Il importe également de souligner que ce programme est inspiré du Guide sur le préceptorat et le mentorat de l'AIIC (2004), celui-ci s'appuyant sur la théorie de Benner (1984/2001). Dans la même perspective, la théorie de Benner (1984/2001) sert de base à plusieurs programmes de préceptorat retrouvés dans la littérature (p. ex. : Altmann, 2007 ; Aronson, Glynn, & Squires, 2012 ; CHUS, 2009 ; Centre hospitalier Robert-Giffard, 2009 ; CSSS Les Eskers de l'Abitibi, 2009 ; CSSS Jeanne-Mance, 2008 ; CSSS de l'Ouest-de-l'Île, 2008 ; CSSS de la Vieille-Capitale, 2009 ; ICM, 2009, Lewis, 1996 ; MSSS, 2008 ; Park & Park, 2010). Sans contredit, le choix de cette théorie comme cadre de référence à la présente recherche est cohérent avec la littérature. Comme mentionné précédemment, plusieurs liens entre la théorie de Benner (1984/2001) et les résultats obtenus peuvent être faits. Notamment, la description de l'évolution des infirmières novices par Benner indique qu'elles se centrent davantage sur l'appareillage à leurs débuts. Cette description, qui est également mentionnée par d'autres

auteurs (Huckabay & Jagla, 1979 et Wilkinson, 1992 dans St-Pierre et al., 2010), correspond bien à celle qu'en fait cette préceptrice : « à la fin c'était la première chose qui venait : arrêter de focuser sur ce qui est électronique et d'oublier le patient » (prec9). De plus, le vécu des préceptrices concorde avec la description que Benner (1984/2001) fait de l'infirmière experte. L'une des préceptrices déclare à ce sujet : « il y a des connaissances, il y a des choses, on les sait, mais pourquoi on fait ça, c'est loin. » (prec9).

En ce qui concerne le modèle de planification de programmes de Caffarella (2002), il a également fourni un apport important à cette recherche. Les critères d'importance et de faisabilité proposés par Caffarella (2002) (Appendice J) ont notamment permis de prioriser les objectifs et les éléments de contenu du programme pour permettre d'élaborer une formation d'une durée approximative de 12h, respectant ainsi la réalité des milieux.

Retour sur le choix de la stratégie de recherche. Le programme de préceptorat est un besoin exprimé par le milieu. Ainsi, le choix de la recherche-action comme stratégie est une force de ce projet. En effet, ce type de recherche vise à répondre à un problème auquel fait face un groupe (Streubert & Carpenter, 2011). Également, le fait d'impliquer les préceptrices concernées dans l'élaboration de ce programme a permis de s'assurer de répondre à leurs besoins et de favoriser le changement dans les milieux tout en reconnaissant l'expertise des infirmières impliquées. Non seulement la stratégie retenue a favorisé l'adaptation régionale du programme, mais elle a aussi permis à l'étudiante-

chercheuse de faire des apprentissages. Ce projet lui a permis d'acquérir des compétences en animation de groupe et dans la réalisation d'entrevues de recherche. L'étudiante-chercheuse a aussi développé des aptitudes dans l'élaboration de programmes pour la formation infirmière et dans l'implantation de projets dans les unités de soins. De plus, par l'élaboration du programme, elle a approfondi ses connaissances en soins critiques. Quant à l'utilisation de l'application Scopia pour la tenue des groupes de discussion, cela a permis l'acquisition d'une compétence transversale, à savoir l'habileté à gérer une réunion virtuelle. Cette compétence a été utile dans le contexte professionnel de l'étudiante-chercheuse.

En définitive, il est possible de conclure que la présente recherche a permis de répondre aux objectifs prévus. Quant au choix du cadre de référence, il s'est avéré tout à fait judicieux. La stratégie de recherche choisie a permis de développer un programme de formation collé à la réalité du milieu.

Conclusion

Il est possible de conclure que cette recherche a permis de répondre aux objectifs initiaux à savoir 1) d'élaborer un programme de formation adapté à la réalité régionale pour l'infirmière novice à l'USI en collaboration avec des préceptrices œuvrant en USI, 2) d'en évaluer l'implantation dans les milieux, 3) d'évaluer la satisfaction des infirmières novices et des préceptrices face à ce programme et 4) d'explorer leurs perceptions sur les apprentissages de la novice.

Cette étude a permis l'élaboration d'un programme adapté à la réalité régionale. Cette réalisation a été rendue possible grâce à l'implication des préceptrices tout au long du processus d'élaboration du programme et des divers outils au moyen d'une recherche-action. Cette approche a permis aux participantes de s'approprier le contenu de la formation et à l'étudiante-chercheuse de s'assurer de répondre aux besoins des milieux. En effet, l'organisation du préceptorat de chacun des centres, en groupe et individuel, a été respecté. Les participantes ont d'ailleurs souligné que le contenu était cohérent avec leur réalité de pratique

D'après les résultats de cette recherche, il est possible d'affirmer que les préceptrices de l'Abitibi-Témiscamingue seront mieux outillées pour le soutien clinique des infirmières novices. Certaines des préceptrices ont d'ailleurs été actives à toutes les phases du projet. Elles se sont impliquées tant dans l'élaboration du programme que dans l'implantation. Elles ont fait preuve de dynamisme malgré la difficulté à conjuguer avec

le contexte de changement organisationnel vécu ces dernières années dans le système de santé. Enfin, l'enthousiasme des participantes envers le programme est démontré par le fait qu'elles désirent poursuivre son utilisation et même l'étendre à d'autres milieux.

De plus, des apprentissages tant chez la novice, chez la préceptrice que chez l'étudiante-chercheuse ont été rendus possibles. Les apprentissages perçus au niveau de l'intervention permettent de supposer que les novices ont progressé dans les niveaux de compétence tel que décrit par Benner (1984/2001).

Il est encore trop tôt pour connaître les impacts de ce programme à long terme, il est toutefois important de retenir que plusieurs novices ont mentionné que le programme a augmenté leur sentiment de sécurité. Les préceptrices se disent désormais mieux outillées pour le soutien clinique et les novices mieux préparées pour répondre aux situations complexes de soins de l'USI.

Dans l'avenir, il serait pertinent et intéressant d'observer l'utilisation de ce programme de préceptorat qui sera faite dans les milieux et de continuer à observer les effets de la formation. De plus, il serait intéressant de connaître l'effet d'un tel programme sur la rétention, le stress et la satisfaction des infirmières œuvrant à l'USI.

Références

- Agence de la Santé et des Services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2009). Réseau de services. Document consulté de www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca.
- Alspach, G. (2007). Facilitating the retention of experienced critical care nurses: a survey report on what matters most. *Critical Care Nurse*, 27(5), 12-19.
- Altmann, T.K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: theory or philosophy? *Contemporary Nursing*, 25(1-2), 114-123.
- Aronson, B., Glynn, B., & Squires, T. (2012). Effectiveness of a role-modeling intervention on student nurse simulation competency. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(4), e121-e126.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession – Guide sur le préceptorat et le mentorat*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). *La prochaine décennie : la vision de l'AIIC des soins et de la santé*. Document consulté de <https://cna-aiic.ca>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). *Un rapport récent sur l'effectif infirmier soulève des préoccupations concernant la santé de la population*. Document consulté de <https://cna-aiic.ca>
- Barton, D.S., Gowdy, M., & Hawthorne, B.W. (2005). Mentorship programs for novice nurse. *Nurse Leader*, 3(4), 41-44.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert*. Prentice-Hall: Toronto. (Ouvrage original publié en 1984).
- Bérubé, M., Touchette, S., & Brien, L.A. (2008). Préparation optimale. *Perspective infirmière*, 5(6), 25-27.
- Broadbent, M., Moxham, L., Sander, T., Walker, S., & Dwyer, T. (2014). Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment : perspectives of preceptors. *Nurse Education in Practice*, 14, 403-409.
- Buchan, J. & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages : a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3262-3268.
- Caffarella, R.S. (2002). *Planning programs for adult learner* (2^e Éd.). Jossey Bass: San Francisco.

- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Lapierre, A., Mayer, R., & Pires, A.P., *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-271). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Centre de Santé et de Services Sociaux de la Vieille-Capitale. (2009). *Programme de préceptorat pour les infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience professionnelle*. Document inédit. Document consulté de : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/preceptorat/pp_vc.pdf
- Centre de Santé et de Services Sociaux de l'Ouest-de-l'Île. (2008). *Programme de soutien clinique volet préceptorat*. Document inédit. Montréal, QC.
- Centre de Santé et de Services Sociaux de Trois-Rivières. (2012). *Programme d'orientation Soins intensifs médicaux – chirurgicaux*. Document inédit. Trois-Rivières, QC.
- Centre de Santé et de Service Sociaux du Sud-Ouest-Verdun. (2008). *Guide de formation de la préceptrice en soins infirmiers*. Document inédit. Document consulté de : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Preceptorat/PP_CSSS_SOV.pdf.
- Centre de Santé et de Services Sociaux Jeanne-Mance. (2008). *Programme de préceptorat en Hébergement*. Document inédit. Document consulté de : www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/preceptorat/pp_csss_jm.doc.
- Centre de Santé et de Services Sociaux Les Eskers de l'Abitibi. (2009). *Programme de préceptorat*. Document inédit. Direction des soins infirmiers, CSSS Les Eskers de L'Abitibi, Amos, QC.
- Centre hospitalier Robert-Giffard (2009). *Programme de préceptorat*. Document inédit. Document consulté de : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/RObert-Giffard.pdf.
- Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke (2009). *Programme de soutien clinique volet préceptorat*. Document inédit. Document consulté de : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Preceptorat/PP_CHUS.pdf.
- Centre Intégré de Santé et de Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2015). *Actualités*. Document consulté de <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca>.
- Champagne, M. (2003). *L'expérience de formation vécue par des internes en services éducatifs offerts en milieu pédiatrique*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal, QC.

- Champagne, M. (2007). *Préparer des bénévoles à offrir du répit à des familles d'enfants gravement malades : la planification d'un programme de formation dans le contexte d'une recherche-action*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal, QC.
- Chan, Z.C.Y. & Lai, W.F. (2010). A Hong Kong perspective on ways to improve nurse retention. *Art & Science, 24*(35), 35-40.
- Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturel et en génie du Canada et Institut de recherche en santé du Canada (2014). *Énoncé politique des trois conseils*. Ottawa: Auteur.
- Conseil international des infirmières. (2014). *Les infirmières, une force pour le changement : une ressource vitale pour la santé*. Document consulté de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_Kit_2014_FR.pdf
- Conseil international des infirmières. (2015). *Les infirmières et le vieillissement de la main-d'œuvre*. Document consulté de : http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/2a_FS-Profession_confrontee_vieillissement-Fr.pdf
- Coomber, B. & Barriball, L. (2006). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies, 44*, 297-314.
- DeCicco, J. (2008). Developing a Preceptorship/Mentorship Model for Home Health Care Nurses. *Journal of Community Health Nursing, 25*, 15-25.
- Dolbec, A. (2003). La recherche action. Dans B. Gauthier (Éd), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (pp. 505-540). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Dolbec, A. & Clément, J. (2004). La recherche-action. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation: étapes et approches* (pp. 181-208). Sherbrooke: Édition du CRP.
- Dracup, K. & Bryan-Brown, C. (2004). From Novice to Expert Mentor: Shaping the Future. *American Journal of Critical Care, 13*, 448-450.
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J., & Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 1254-1268.

- Fenwick, J., Hammond, A., Raymond, J., Smith, R., Gray, J., Foureur, M., Homer, C., & Symon, A. (2012). Surviving, not thriving: a qualitative study of newly qualified midwives' experiences of their transition to practice. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2054-2063.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e Éd.) Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, M-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthode quantitatives et qualitatives*. (3^e Éd.) Montréal: Chenelière Éducation.
- Giallonardo, L., Wong, C.A., & Iwasiw, C.L. (2010). Authentic leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18, 993-1003.
- Georgia Nursing Association. (2011). Modern Magnet: Five model components shift focus to outcome. *Georgia Nursing*, 71(4), 11-12.
- Gouvernement du Québec. (2015). Le réseau et ses partenaires. Consulté de : <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca> .
- Haddad, C. (2015, 24 septembre). Liban recherche infirmières désespérément. *L'Orient-Le Jour*. Document consulté de : <http://www.lorientlejour.com>.
- Haggerty, C., Holloway, K., & Wilson, D. (2013). How to grow our own: an evaluation of preceptorship in New Zealand graduate nurse programmes. *Contemporary Nurse*, 43(2), 162-171.
- Hägman-Laitila, A., Erickson, E., Riitta, M., Kirsi, S., & Leena, R. (2007). Nursing students in clinical practice – Developing a model for clinical supervision. *Nursing Education in Practice*, 7, 381-391.
- Horton, E.R., Upchurch, H., & Mechelucci, A. (2011). Development of a postgraduate year 1 pharmacy residency program at a large teaching hospital. *American Journal of Health System Pharmacy*, 68, 1245-1250.
- Institut Canadien d'information sur la santé. (2015). *Personnel infirmier réglementé 2014*. Ottawa : Auteur.
- Institut de Cardiologie de Montréal. (2009). *Programme de soutien clinique volet préceptorat*. Document inédit. Document consulté de : <http://www.aqesss.qc.ca/docs/Programme%20de%20pr%C3%A9ceptorat%20ICM.pdf>.
- International Center for Human Resources in Nursing. (2007). An Ageing Nursing Workforce. Document consulté de <http://www.icn.ch/fr>.

- Juers, A., Wheeler, M., Pascoe, H., Gregory, N., & Steers, C. (2012). Transition to intensive care nursing: a state-wide, workplace centred program – 12 years on. *Australian Critical Care*, 25, 91-99.
- Kassam, R., Kwong, M., & Collins, J.B. (2013). A demonstration study comparing « role-emergent » versus « role-established » pharmacy clinical placement experiences in long-term care facilities. *BioMed Central Medical Education*, 13(104). doi: 10.1186/1472-6920-13-104.
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. Dans I. Holloway (Dir.), *Qualitative Research in Health Care* (pp. 56-70). Maidenhead: Open University Press.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Duchesne, M.A., Santo, A., Gavranic, A., Courcy, F., & Gagnon, S. (2010). Retaining nurses and other hospital workers: an intergenerational perspective of the work climate. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 414-422.
- Lemieux, O. (2015). *La FIQ craint le départ de milliers d'infirmières*. Reportage de Radio-Canada mis à jour le 13 mars 2015. Document consulté de : <http://ici.radio-canada.ca/regions/quebec/2015/03/13/010-fiq-infirmiere-negociations-retraite-regime-coiteux.shtml>
- Lewis, C.K. (1996). The clinical nurse specialist's role as coach in a clinical practice development model. *Journal of Vascular Nursing*, 14(2), 48-52.
- Mamhir, A.G., Kristofferzon, M.L., Hellström-Hyson, E., Persson, E., & Mårtensson, G. (2014). Nursing preceptors' experiences of two clinical education models. *Nurses Education in Practice*, 14, 427-433.
- Martin, T., Donely, M., Parkes, J., & Wilkins, C.F. (2007). Evaluation of a forensic psychiatric setting to provide a graduate nurse programme. *International Journal of Mental Health*, 16, 28-34.
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2000). Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick. Document consulté de : <http://www.umoncton.ca/edperm/fr/psicnb>. (révisé en 2006).
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Programme national de soutien clinique – cadre de référence*. Québec : Auteur.
- Morgan, A., Mattison, J., Stephens, M., & Medows, S. (2012). Implementing structured preceptorship in an acute hospital. *Nursing Standard*, 26(28), 35-40.

- Morris, L.L., Pfeifer, P., Catalano, R., Fortney, R., Nelson, G., Rabito, R., & Harap, R. (2009). Outcome evaluation of a new model of critical care orientation. *American Journal of Critical Care, 18*(3), 252-259.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research: a qualitative perspective*. (5^e Éd.) Sudbury: Jones and Bartlett Learning.
- O’Kane, C.E. (2011). Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care, 17*(1), 44-51.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2007). *Une nouvelle approche de la planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence !* Montréal : Auteur.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2012). *Portrait sommaire de l’effectif infirmier du Québec 2011-2012*. Montréal : Auteur.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2014). *Rapport statistique sur l’effectif infirmier 2013-2014*. Montréal : Auteur.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2015). *Infostats, 7*(2). Document consulté de : <http://www.oiiq.org>.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2013). *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Collin.
- Park, M.O. & Park, H.A. (2010). Development of a Nursing Practice Guideline for Pre and Post-Operative Care of Gastric Cancer Patients. *Healthcare Informatics Research, 16*(4) 215-223.
- Parson, L.P. & Cornett, P.A. (2011). Sustaining the pivotal organizational outcome: magnet recognition. *Journal of Nursing Management, 19*, 277-286.
- Proulx, D.M. & Boursier, B.J. (2008). Graduate Nurses in the Intensive Care Unit: An Orientation Model. *Critical Care Nurse, 28*(4), 44-52.
- St-Pierre, L., St-Jean, M., & Alderson, M. (2010). Le travail en unité de soins intensifs adultes vu sous l’angle de la psychodynamique du travail. *L’infirmière clinicienne, 7*(1), 9-23.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T.Karsenti et L. Savoie-Zajc (Dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3^e éd.) (p.142-148). Sherbrooke : Éditions du CRP.

- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale – De la problématique à la collecte des données* (5^e Éd.) (p. 337-360). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Stordeur, S., D'Hoore W., & NEXT-Study Group (2006). Organization configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing: Original Research*, 57(1), 45-58.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. (5^e Éd.) Philadelphie: Lippincott Williams and Wilkins.
- Szabo, J., Jakubec, L.S., & Janzen, K.J. (2016). Quiet Lampshade in the Corner? Exploring Fourth Year Nursing Students' Narratives of Transition to Professional Practice. *Quality Advancement in Nursing Education – Avancée en formation infirmière*, 2(1), 1-15.
- Thiffault, N. (2014). *Développement, implantation et évaluation d'une structure de programme d'orientation pour les infirmières aux soins intensifs*. (Essai de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Ulrich, B.T., Lavandero, R., Hart, K.A., Wood, D., Leggett, J. & Taylor, D. (2006). Critical care nurses' work environments: a baseline status report. *Critical Care Nurse*, 26(5), 46-57.
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (2012). *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* (éd. rév.). Rouyn-Noranda : Auteur.
- Urden L.D., Stacy, K. M., et Lough, M. E. (2014). *Soins critiques*. (Traduction de la 7^e Ed de Critical Care Nursing.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Williams, T., Sims, J., Burkhead, C., & Ward, P.M. (2002). The Creation, Implementation and Evaluation of a Nurse Residency Program through a shared Leadership Model in the Intensive Care Setting. *Dimension of Critical Care Nursing*, 21(4), 154-161.
- Williamson, G.R., Callaghan, L., Whittlesea, E., & Heath, V. (2011). Improving student support using Placement Development Teams: staff and student perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 828-836.

Appendice A

Programme d'orientation Soins intensifs médicaux – chirurgicaux

Tableau 14³

Planification des activités d'apprentissage - CSSSTR

Planification des activités d'apprentissage					
Du _____ au _____ 2012					
	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5
	<i>8h00 à 16h00</i>	<i>8h00 à 16h00</i>	<i>8h00 à 16h00</i>	<i>8h00 à 16h00</i>	<i>8h00 à 16h00</i>
Semaine 1	<i>Lieux physique</i>	<i>Journée laboratoire</i>	<i>Intégration clinique</i>	<i>Intégration clinique</i>	<i>Formation théorique Système respiratoire</i>
	<i>Fonctionnement</i>		<i>Observation avec charge de 2 patients stables</i>	<i>Observation avec charge de 2 patients stables</i>	<i>Système respiratoire</i>
	<i>Préceptrice sans patient</i>		<i>2 patients stables</i>	<i>2 patients stables</i>	
	<i>Remise des documents</i>				

³ Il y a eu certaines corrections orthographiques apportées à l'original.

Semaine 2	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00
	Intégration clinique	Intégration clinique	Intégration clinique	Intégration clinique	Lectures complémentaires et rencontre clinique (interprétation gaz artériels, etc...)
	soins respiratoires	soins respiratoires	soins respiratoires	soins respiratoires	
	ventilation mécanique	ventilation mécanique	ventilation mécanique	ventilation mécanique	
	(trachéotomie, intubation, invasive et non invasive)	(trachéotomie, intubation, invasive et non invasive)	(trachéotomie, intubation, invasive et non invasive)	(trachéotomie, intubation, invasive et non invasive)	
Jour 11	Jour 12	Jour 13	Jour 14	Jour 15	
8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	8h00 à 16h00	
Semaine 3	Formation théorique Système respiratoire	Intégration clinique	Intégration clinique	Intégration clinique	Intégration clinique
	Système neurologique	soins neurologiques	soins neurologiques	soins neurologiques	soins neurologiques

	Jour 16	Jour 17	Jour 18	Jour 19	Jour 20
Semaine 4	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 20h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	Formation théorique Module hémodynamie	Formation théorique Module vasculaire et rénal	Intégration clinique soins cardiovasculaires	Intégration clinique soins cardiovasculaires	Intégration clinique soins cardiovasculaires
	Jour 21	Jour 22	Jour 23	Jour 24	Jour 25
Semaine 5	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	8h30 à 16h30	16h00 à 00h00
	Formation théorique troubles du rythme (partie 1)	Formation théorique troubles du rythme (partie 2)	Intégration clinique soins neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires	Intégration clinique soins neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires	Intégration clinique soins neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires
	Jour 26	Jour 27	Jour 28	Jour 29	Jour 30
Semaine 6	8h00 à 12h00	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	Lectures complémentaires et rencontre clinique	Formation théorique Système gastro intestinal et rénal	Intégration clinique soins neurologiques, respiratoires, cardiovasculaires, rénal et gastrointestinal	Intégration clinique soins neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires, rénal et gastrointestinal	Intégration clinique soins neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires, rénal et gastrointestinal

	Jour 31	Jour 32	Jour 33	Jour 34	Jour 35
Semaine 7	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00	16h00 à 20h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	Formation théorique Les chocs	<i>Intégration clinique</i> <i>soins neurologiques,</i> <i>respiratoires,</i> <i>cardiovasculaires, rénal</i> <i>et gastrointestinal</i>	<i>Intégration clinique</i> <i>soins neurologiques,</i> <i>respiratoires,</i> <i>cardiovasculaires, rénal et</i> <i>gastrointestinal</i>	<i>Intégration clinique</i> <i>soins neurologiques,</i> <i>respiratoires,</i> <i>cardiovasculaires, rénal</i> <i>et gastrointestinal</i>	<i>Intégration clinique</i> <i>soins neurologiques,</i> <i>respiratoires et</i> <i>cardiovasculaires, rénal</i> <i>et gastro</i>
	Jour 36	Jour 37	Jour 38	Jour 39	Jour 40
Semaine 8	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00
	Formation théorique <i>Traumatologie</i>	<i>Intégration clinique</i> <i>multi systémiques</i>	<i>Intégration clinique</i> <i>multi systémiques</i>	<i>Intégration clinique</i> <i>multi systémiques</i>	Activité de simulation code lifepak 15
	Jour 41	jour 42	Jour 43	Jour 44	Jour 45
Semaine 9	8h00 à 10h00	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	<i>Immersion clinique</i> <i>avec 2 patients</i>	<i>Immersion</i> <i>clinique avec 2</i> <i>patients</i>	<i>Immersion clinique</i> <i>avec 2 patients</i>	<i>Immersion clinique</i> <i>avec 2 patients</i>	<i>Immersion</i> <i>clinique avec 2</i> <i>patients</i>

	Jour 46	Jour 47	Jour 48	Jour 49	Jour 50
Semaine 10	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	<i>Immersion clinique avec 2 patients</i>				
	Jour 51	Jour 52	Jour 53	Jour 54	Jour 55
Semaine 11	8h00 à 10h00	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	<i>Immersion clinique avec 2 patients</i>				
	Jour 56	Jour 57	Jour 58	Jour 59	Jour 60
Semaine 12	8h00 à 10h00	8h00 à 16h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00	16h00 à 00h00
	<i>Immersion clinique avec 2 patients</i>				

Appendice B

Extrait du Programme de Soins infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Extrait du PSICNB⁴

Buts et objectifs de la/du stagiaire

Guide d'autoévaluation :

1. Jamais effectuée
2. Besoin de plus d'enseignement de base
3. Doit observer l'intervention
4. Doit pratiquer sous surveillance
5. Peut effectuer sous surveillance
6. Peut effectuer de manière autonome

Suppositions :

- Pratique en respectant les directives particulières de l'unité.
- Prend les précautions universelles dans la prestation de soins au patient.

Auto-évaluation	Compétences	Expliqués	Démontrés	Pratiqués	Post-évaluation
1-6		Date/Initiales			1-6
	<p><u>NEUROLOGIQUE :</u></p> <p>1. Effectuer une évaluation neurologique, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • niveau de conscience • affect • orientation • réaction pupillaire • mouvements des bras et jambes et serrement des mains pour symétrie et force • symétrie faciale • présence ou absence de réaction à la douleur • échelle de Glasgow pour toutes les personnes soignées lors de tous les relais de travail 				
	<p><u>Gestion de la douleur</u></p> <p>1. Atténuer la douleur de la personne gravement malade</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrôle continuellement la douleur • capable d'utiliser diverses méthodes d'évaluation de la douleur (échelle de 				

⁴ Il y a eu certaines corrections orthographiques apportées à l'original.

	<p>la douleur, échelle de nombres, description, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> capable d'administrer des narcotiques à l'aide de diverses méthodes (p. ex. I.M., I.V., s/c., administration continue) utilise d'autres méthodes pour améliorer le contrôle de la douleur 				
	<p>2. Dispenser des soins à la personne- à l'aide d'un cathéter pour anesthésie péridurale afin de contrôler la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> peut aider le médecin à insérer le cathéter pour anesthésie péridurale peut protéger l'intégrité de la sonde à l'aide d'un bandage et d'un pansement peut évaluer le niveau sensoriel démontre la capacité d'évaluer et de traiter la douleur de la personne soignée par l'utilisation de narcotiques intraveineux avec des narcotiques épiduraux. peut évaluer la fonction respiratoire et vérifier les effets dépressifs des narcotiques et d'autres complications peut enlever la sonde ou aider le médecin à enlever la sonde 				
	<u>CARDIOVASCULAIRE :</u>				
	<p>1. Effectuer une évaluation cardiovasculaire, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> douleur thoracique/rétrosternale couleur et température de la peau turgescence de la peau présence et classification de l'œdème anomalies cutanées taille et poids hippocratisme digital pression veineuse jugulaire pouls périphériques rythme cardiaque et pression artérielle avec brassard pneumatique ou Doppler – deux bras rythme et interprétation de l'ECG présence de lignes invasives bruits du cœur normaux B₁ et B₂ évaluer B₃ et B₄ 				

Appendice C

Stades des compétences selon Benner

Stades des compétences selon Benner

- *Novice*⁵ : Vu son absence d'expérience, elle ne peut anticiper les évènements. Son évaluation se base uniquement sur des mesures objectives telles la tension artérielle et la fréquence cardiaque. Elle suit des règles de manière inflexible, sans les adapter au contexte. Elle est incapable de juger de l'action la plus pertinente à poser selon la situation. Elles pensent au contexte selon les termes des ouvrages de référence. Le niveau de novice réfère particulièrement à l'étudiante puisqu'il se traduit par une incompréhension des buts du soin au patient. Cette compréhension est habituellement acquise à la fin des études. Toutefois, une infirmière peut changer de milieu de pratique (débuter aux soins intensifs par exemple) et être novice dans ce nouveau milieu.
- *Débutante avancée* : La nouvelle infirmière passe de l'utilisation de principes abstraits à la référence à des situations réelles et concrètes qu'elle a vécues (Altmann, 2007). Son expérience, quoique limitée, lui permet de reconnaître les aspects récurrents d'une situation. Elle est désormais capable de formuler un principe guidant son action. Pour lui permettre de développer ses compétences, il est primordial d'enseigner à la débutante avancée les différents aspects à reconnaître dans une situation ainsi qu'à établir des priorités. Une façon efficace pour lui permettre cet apprentissage est de revoir avec elle des situations réelles.

⁵ La description des cinq stades d'acquisition de compétence est ici faite selon Benner (1984/2001).

- *Compétente* : Elle planifie ses soins et est capable d'envisager des événements possibles dans une situation vécue. Il s'agit habituellement d'une infirmière ayant œuvrées deux ou trois ans dans le même milieu. Elle est capable de prioriser ses éléments d'observation. Elle planifie ses actions selon son analyse des différents aspects de la situation actuelle et envisagée dans le futur. Il lui manque la vitesse d'exécution et la souplesse des niveaux de compétence suivants. Pour lui permettre de progresser, il est efficace d'utiliser des simulations lui demandant de prendre des décisions et de planifier ses soins dans une situation de soins complexes.
- *Performante* : Elle change sa vision fragmentée des situations pour une vision plus holistique. Elle note habituellement la détérioration de l'état de santé d'un patient avant l'altération des signes vitaux. Elle se fait une image mentale globale de la situation. L'infirmière performante note les nuances qui diffèrent d'un patient à l'autre dans un même contexte de soins. Elle démontre ainsi une compréhension profonde des situations. Cette compréhension des situations qui tiennent compte des objectifs de soins à long terme, est habituellement acquise après trois à cinq ans de pratique dans le même milieu de soins et lui permet d'améliorer son processus décisionnel. Elle adapte ses soins selon une planification à long terme et peut modifier sa planification en réponse aux événements. Il est important dans l'enseignement à une infirmière performante de ne pas utiliser de règles sans référence à un contexte. À ce niveau de compétence, l'infirmière risque de démontrer par des exemples pratiques toutes les situations où cette règle peut être contredite. La meilleure façon de développer ses compétences est de stimuler l'analyse de sa pratique en utilisant des études de cas inspirés de situations où elle

a senti avoir fait une différence et des situations où elle n'est pas satisfaite de sa performance.

- *Experte* : L'infirmière se détache de son rôle d'observatrice pour devenir active et performante (Altmann, 2007). L'infirmière experte se démarque par sa réponse fluide, flexible et intuitive face aux situations. Elle est capable de dresser un portrait précis d'une situation en tenant compte du non verbal du patient et de ce qu'elle a ressenti au contact de ce patient. Son bagage d'expérience lui a permis de développer une compréhension profonde des situations. Ce savoir est parfois difficile à décrire de par son côté intuitif. Elle développe « le sens » des situations. Lorsque l'on demande à une infirmière experte de valider la réponse à une situation hypothétique, elle répondra le plus souvent «Ça dépend » et elle citera les éléments d'observation manquant de la situation. Elle a une vision détaillée de ce qui peut possiblement se produire dans une situation. L'expertise n'est pas atteinte par tous.

Appendice D

Compétences de l'infirmière experte selon Benner

Tableau 15

Compétences de l'infirmière selon Benner⁶

Le rôle d'aidant	<p>La relation de guérison ; créer un climat propice et établir un engagement à la guérison.</p> <p>Fournir des mesures de confort et préserver la personnalité du patient face à la douleur ou une dépression extrême.</p> <p>La présence : être avec le patient.</p> <p>Maximiser la participation du patient et son contrôle de sa propre guérison.</p> <p>Interpréter le type de douleur et choisir la stratégie adéquate de soulagement et de contrôle de la douleur.</p> <p>Fournir confort et communication par le toucher.</p> <p>Supporter la famille du patient.</p> <p>Guider le patient à travers les changements sur le plan émotionnel et physique : lui fournir de nouvelles options en fermant les anciennes, canaliser, enseigner et avoir un rôle de médiateur.</p>
Le rôle d'enseignant, de coach	<p>Capter l'ouverture envers l'apprentissage et saisir les moments opportuns.</p> <p>Assister le patient dans son intégration des implications de la maladie et la guérison dans sa vie.</p> <p>Élucider et comprendre comment le patient interprète sa maladie.</p> <p>Fournir une interprétation de la condition du patient et donner un sens rationnel aux procédures.</p> <p>Fonction de coaching.</p>
Le rôle de diagnostic et monitoring	<p>Détection et documentation des changements significatifs dans l'état d'un patient.</p> <p>Fournir un signal précoce en anticipant la dépression et la détérioration avant que des signes confirment explicitement le diagnostic.</p> <p>Comprendre les demandes particulières et l'expérience de la maladie, anticiper les demandes du patient.</p> <p>Évaluer le potentiel de rétablissement du patient et sa réponse aux traitements.</p>

⁶ Traduction libre de Benner (1984/2001)

Gestion efficace des situations à évolution rapide	<p>Performance dans les situations d'extrême urgence : saisir rapidement le problème.</p> <p>Gestion des éventualités : association rapide des demandes et des ressources en situation d'urgence.</p> <p>Identifier et gérer les situations de crise en attendant la disponibilité du médecin.</p>
Administrarer et surveiller les interventions thérapeutiques	<p>Débuter et maintenir une thérapie intraveineuse avec un minimum de risques et de complications.</p> <p>Administrarer la médication de manière précise et sécuritaire ; en surveiller les effets secondaires, les réactions, la réponse thérapeutique, la toxicité et les incompatibilités.</p> <p>Combattre les effets de l'immobilité, prévenir les plaies de pression et intervenir lors de leur apparition, mobiliser le patient pour maximiser sa mobilité et sa réhabilitation et prévenir les complications respiratoires.</p> <p>Établir un plan de soins de plaie qui favorise la guérison, le confort et le drainage approprié.</p>
Surveiller et assurer la qualité des pratiques de soins	<p>Fournir un système qui assure des soins médicaux et infirmiers de qualité.</p> <p>Évaluer ce qui peut être sécuritairement omis ou ajouté à une prescription</p> <p>Obtenir une réponse appropriée et opportune des médecins.</p>
Compétences dans l'organisation du travail	<p>Coordonner, prioriser et satisfaire aux multiples demandes et besoins des patients et établir des priorités.</p> <p>Construire et maintenir une équipe thérapeutique pour fournir une thérapie optimale.</p> <p>Faire face à la pénurie de personnel et aux nombreux changements.</p>

Appendice E

Modèle de Caffarella

Tableau 16

Composantes du Modèle de Caffarella⁷

Composantes	Description
1. Discerner le contexte	Le contexte réfère ici aux différents facteurs (humains, organisationnels et environnementaux) qui peuvent influencer les décisions prises par rapport au programme. Le climat de coupures budgétaires vécu dans les CSSS et de coupures de postes d'infirmières dans les USI sont des exemples de facteurs organisationnels qui devront être pris en compte dans la planification du programme. La connaissance approfondie du milieu par l'étudiante-chercheuse sera un atout.
2. Établir une solide base de soutien	Une participation active des différents acteurs qui seront affectés par le programme est d'une grande importance selon Caffarella. Cela permet de susciter et soutenir l'engagement des participants. Cette composante s'harmonise bien à la stratégie de recherche-action retenue. La participation active des gens du milieu favorise le changement (Dolbec et Clément, 2004).
3. Déterminer les idées pour le programme	Selon Caffarella, une analyse systématique des besoins de formation n'est pas obligatoire à toutes élaborations de programmes. Comme il s'agit ici d'une demande du milieu, il sera question de déterminer les idées dans le but d'élaborer par la suite les objectifs (voir section 2.2.5). Le groupe de discussion avec les préceptrices lors de la phase d'observation du premier cycle de recherche permettra de faire ressortir ces idées.
4. Trier et hiérarchiser les idées proposées pour le programme	Cette étape vise à hiérarchiser les idées recueillies et à rejeter celles inutiles au programme. La théorie de Benner (1984/2001) sera utilisée lors de cette réflexion. Cette étape sera réalisée lors de la phase de réflexion du premier cycle de recherche.
5. Élaborer les objectifs du programme	À partir des objectifs découlent le plan de formation, le transfert des apprentissages et l'évaluation. Les objectifs seront élaborés par l'étudiante-chercheuse lors du premier cycle de recherche puis validés par les participants au deuxième cycle.
6. Concevoir les plans de formation	Le plan de formation procure un cadre de référence. Il contient entre autres les objectifs d'apprentissage, le contenu et les stratégies pédagogiques et d'évaluation des apprentissages. Ce plan sera élaboré par l'étudiante-chercheuse lors du premier cycle de recherche. Il sera l'objet des discussions lors des cycles de recherche subséquents.

⁷ Inspiré de la traduction libre de Champagne, 2007.

Composantes	Description
7. Concevoir des plans pour le transfert des apprentissages	Le transfert des apprentissages concerne l'application par les participants. Le préceptorat est l'une des méthodes suggérées par Caffarella (2002). Chaque CSSS a un plan de préceptorat. Ils devront être connus de l'étudiante-chercheuse.
8. Formuler les plans d'évaluation	L'évaluation du programme est une étape essentielle d'un processus complet de planification d'un programme. Cette étape permet de définir les critères d'évaluation. Ici, l'évaluation portera sur l'implantation du programme, soit son déroulement, la satisfaction des préceptrices et des novices face au programme et la perception des préceptrices et des novices quant aux apprentissages des novices.
9. Faire des recommandations et les communiquer	Lors du quatrième cycle de recherche portant sur l'évaluation de l'implantation, des recommandations se basant sur l'analyse de plans de préceptorat, la satisfaction des préceptrices et des novices envers le programme et sur leurs perceptions quant aux apprentissages des novices permettront de réviser le programme mis en place.
10. Sélectionner les formats, les horaires et le personnel	Cette composante de la planification d'un programme réfère à la manière dont les activités sont structurées. Comme le présent programme sera utilisé dans le cadre d'un plan de préceptorat préexistant, la structure établie sera respectée.
11. Préparer les budgets et les stratégies de commercialisation	Il est important d'estimer les dépenses exigées non seulement pour l'application du programme mais aussi concernant l'élaboration. Dans la présente recherche, les dépenses liées à l'élaboration (ex : copie papier du programme) seront de la responsabilité de l'étudiante-chercheuse. Il sera possible d'estimer de manière assez juste les dépenses liées à la mise en application par les budgets alloués au préceptorat dans les CSSS puisqu'il existe des codifications spécifiques pour les préceptrices et les novices. Il sera demandé aux directions générales des CSSS d'avoir accès à ces données.
12. Coordonner la logistique et le déroulement des événements	Bien que planifié, il est possible qu'au cours de l'implantation des réorganisations matérielles ou autres soient nécessaires. L'étudiante-chercheuse sera chargée de cette coordination en étroite collaboration avec les conseillères cliniques des CSSS qui sont chargées de coordonner le préceptorat.

Appendice F

Formulaire d'information et de consentement – préceptrice

Formulaire d'information et de consentement – préceptrices (phase d'élaboration)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :	Élaboration et évaluation de l'implantation d'un programme de formation à l'unité des soins intensifs
CHERCHEUSES :	Annie Perron, étudiante-chercheuse, candidate à la maîtrise en sciences infirmières, sous la supervision de Mme Manon Champagne et Mme Abir El Haouly, professeures, département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, co-directrices de mémoire

PRÉAMBULE :

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique l'élaboration et l'implantation d'un programme de formation destiné aux infirmières novices à l'unité des soins intensifs (USI) par les préceptrices dans le cadre du préceptorat. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

La présente recherche menée par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention du grade de maîtrise vise à soutenir les préceptrices œuvrant à l'USI dans leur tâche de soutien clinique auprès des nouvelles diplômées débutant à cette unité pour ainsi faciliter leur intégration.

NOMBRE DE PARTICIPANTES ET DURÉE DE LA RECHERCHE :

Considérant le nombre habituel de novices et de préceptrices à l'USI, il est raisonnable d'envisager que cinq préceptrices et douze novices participeront à cette étude. L'ensemble du projet se déroulera entre mars 2014 à janvier 2015.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous prendrez part à quatre groupes de discussion d'une durée de deux heures par rencontre, pour un total de 8 heures, pour l'élaboration du programme de formation. Toute la documentation pertinente vous sera remise deux semaines avant la tenue des groupes de discussion. Ces entrevues se tiendront par visioconférence dans un local de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) de votre localité et seront enregistrées sous un format audionumérique.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

En plus de contribuer à l'amélioration du programme de préceptorat en général, la présente recherche vous offrira la possibilité de porter un regard réflexif sur vos activités personnelles de préceptorat et de les améliorer, le cas échéant.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :**- Inconvénient lié au temps requis pour la participation**

Le principal inconvénient de la présente recherche est le temps que vous aurez à fournir pour participer aux groupes de discussion. Comme les groupes de discussion auront lieu avec des préceptrices de différentes villes de l'Abitibi, les rencontres se dérouleront en visioconférence dans un local de l'UQAT de votre localité afin de limiter votre temps de déplacement.

- Risque lié au bris de confidentialité

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est

cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

CONFIDENTIALITÉ :

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un pseudonyme associé à votre nom qui sera connu uniquement par l'étudiante-chercheuse et les co-directrices. Ce pseudonyme sera utilisé dans tous les documents utilisés dans cette étude (verbatim, grille d'analyse des plans de préceptorat, etc.). Toutes les données nominatives seront conservées dans un fichier différent et ce fichier sera protégé par un mot de passe dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse et seront également conservées sous clé, dans le bureau de l'une des co-directrices. Tous les documents relatifs à la recherche seront conservés sur le serveur sécurisé de l'UQAT, accessible par un mot de passe. Seules l'étudiante-chercheuse et ses co-directrices auront accès à ces documents.

Toutes les données recueillies dans le cadre du projet seront détruites de manière confidentielle dans les 2 ans après la fin du projet ou suite au dépôt final du mémoire de maîtrise de l'étudiante-chercheuse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse, les co-directrices de recherche, les préceptrices et les novices sont tenues à la confidentialité en regard des informations qui seront obtenues au cours de ce projet de recherche. Toutefois, bien entendu, étant donné que vous serez plus d'une participante lors des groupes de discussion, votre identité sera connue des autres participantes. Il vous est aussi demandé de garder confidentielle l'information qui sera partagée lors des groupes de discussion. La présentation des résultats de recherche ne permettra pas l'identification des participantes.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme agissant pour le CSSS de Rouyn-Noranda ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'équipe de chercheurs ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

COMPENSATION :

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche et cette participation pourrait vous occasionner des coûts supplémentaires de déplacement ou de stationnement.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET/OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas diffusés à des fins commerciales. Aucun conflit d'intérêts réel, éventuel ou apparent n'est à déclarer.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Les résultats seront diffusés dans le mémoire de l'étudiante-chercheuse. Ils seront remis également aux conseillères cliniques de chaque CSSS dans le but d'améliorer les programmes de préceptorat. Il est envisageable que les résultats soient diffusés également lors d'un congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), lors d'un colloque du Conseil des Infirmières et Infirmier (CII) ou par une publication dans la revue *Perspective Infirmière*.

INDEMNITÉ EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales ou professionnelles à votre égard.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT :

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Si vous décidez de ne pas participer à l'élaboration du programme, il vous sera tout de même possible de participer à la phase d'implantation. En cas de retrait de la recherche, les données recueillies vous concernant seront détruites. Les chercheuses se réservent le droit d'exclure une participante.

PERSONNES RESSOURCES :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Mme Annie Perron, au 819-732-0900, ou avec Pre Manon Champagne au 1-877-870-8728 poste 2686 ou Pre Abir El Haouly, au 1-877-870-8728 poste 2658.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT:

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche

445, boul. de l'Université, Bureau B-309

Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4

Téléphone : (819) 762-0971 # 2252

maryse.delisle@uqat.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Rouyn-Noranda, Mme Sylvie Turgeon, 819 797-0921.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES :

Ce projet de recherche a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme, agissant pour le compte du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda et ils en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée aux formulaires d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT :

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire de consentement et j'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer au projet intitulé *Élaboration et évaluation de l'implantation d'un programme de formation à l'unité des soins intensifs*, selon les modalités décrites au présent formulaire.

J'autorise les chercheuses à utiliser, en tout ou en partie, les enregistrements audionumériques réalisés au cours de cette étude, à des fins de transfert de connaissance, tel que dans le cadre de congrès ou des formations ultérieurs.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

Oui Non

 Nom de la participante (lettres moulées)

 Signature de la participante

 Date
Signature de la personne qui a obtenu le consentement

J'ai expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées.

 Annie Perron, candidate
à la maîtrise en Sciences Infirmières

 Date

ENGAGEMENT DES CHERCHEUSES

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

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 sujet de recherche.

Annie Perron, étudiante-chercheuse

Date

Manon Champagne, co-chercheuse
responsable

Date

Abir El Haouly, co-chercheuse responsable

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Appendice G

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire a pour but de pouvoir fournir des statistiques descriptives au sujet des préceptrices et des novices uniquement.

1. Indiquez votre rôle :

Préceptrice

Novice

2. Indiquez votre âge :

_____ ans

3. Indiquez votre formation. Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

DEC en Soins Infirmiers

Certificat universitaire en Sciences Infirmières

(si tel est le cas, lequel : _____)

BAC en Sciences Infirmières

Autre formation pertinente à votre rôle : _____

4. Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous possédez en tant qu'infirmière, toutes unités confondues :

_____ Année(s) d'expérience en soins infirmiers

5. Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous possédez à l'unité des soins intensifs (USI) exclusivement

_____ année(s) d'expérience à l'USI

Appendice H

Formulaire d'information et de consentement - novice

Formulaire d'information et de consentement – novice (phase d'implantation et d'évaluation)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :	Élaboration et évaluation de l'implantation d'un programme de formation à l'unité des soins intensifs
CHERCHEUSES :	Annie Perron, étudiante-chercheuse, candidate à la maîtrise en sciences infirmières, sous la supervision de Mme Manon Champagne et Mme Abir El Haouly, professeures, département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, co-directrices de mémoire

PREAMBULE :

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique l'élaboration et l'implantation d'un programme de formation destiné aux infirmières novices à l'unité des soins intensifs (USI) par les préceptrices dans le cadre du préceptorat. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

La présente recherche menée par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention du grade de maîtrise vise à soutenir les préceptrices œuvrant à l'USI dans leur tâche de soutien clinique auprès des nouvelles diplômées débutant à cette unité pour ainsi faciliter leur intégration.

NOMBRE DE PARTICIPANTES ET DUREE DE LA RECHERCHE :

Considérant le nombre habituel de novices et de préceptrices à l'USI, il est raisonnable d'envisager que cinq préceptrices et douze novices participeront à cette étude. L'ensemble du projet se déroulera entre mars 2014 à janvier 2015.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION A LA RECHERCHE :

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous prendrez part à une entrevue individuelle d'une durée d'une heure suite à votre période de préceptorat. Il vous sera demandé de discuter de votre satisfaction quant au programme et son implantation. Votre perception sur vos apprentissages vous sera aussi demandée. Toute la documentation pertinente vous sera remise deux semaines avant la tenue de l'entrevue. Ces entrevues se tiendront dans un local de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue de votre localité et seront enregistrées sous un format audionumérique. Le plan de préceptorat complété au cours de la période de préceptorat par votre préceptrice sera aussi consulté par l'étudiante-chercheuse

AVANTAGES POUVANT DECOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

En plus de contribuer à l'amélioration du programme de préceptorat en général, la présente recherche vous offrira la possibilité de porter un regard réflexif sur vos apprentissages.

RISQUES ET INCONVENIENTS POUVANT DECOULER DE VOTRE PARTICIPATION :**- Inconvénient lié au temps requis pour la participation**

Le principal inconvénient de la présente recherche est le temps que vous aurez à fournir pour participer à l'entrevue individuelle. La rencontre se déroulera dans un local de l'UQAT de votre localité afin de limiter votre temps de déplacement.

- Risque lié au bris de confidentialité

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

CONFIDENTIALITE :

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un pseudonyme associé à votre nom qui sera connu uniquement par l'étudiante-chercheuse et les co-directrices. Ce pseudonyme sera utilisé dans tous les documents utilisés dans cette étude (verbatim, grille d'analyse des plans de préceptorat, etc.). Toutes les données nominatives seront conservées dans un fichier différent et ce fichier sera protégé par un mot de passe dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse et seront également conservées sous clé, dans le bureau de l'une des co-directrices. Tous les documents relatifs à la recherche seront conservés sur le serveur sécurisé de l'UQAT,

accessible par un mot de passe. Seules l'étudiante-chercheuse et ses co-directrices auront accès à ces documents.

Toutes les données recueillies dans le cadre du projet seront détruites de manière confidentielle dans les 2 ans après la fin du projet ou suite au dépôt final du mémoire de maîtrise de l'étudiante-chercheuse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Toutes les personnes impliquées dans le projet, soit l'étudiante-chercheuse, les co-directrices de recherche, les préceptrices et les novices sont tenues à la confidentialité en regard des informations qui seront obtenues au cours de ce projet de recherche. Il vous est aussi demandé de garder confidentielle l'information qui sera partagée lors de l'entrevue. La présentation des résultats de recherche ne permettra pas l'identification des participantes.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Saint-Jérôme agissant pour le CSSS de Rouyn-Noranda ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'équipe de chercheurs ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

COMPENSATION :

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche et cette participation pourrait vous occasionner des coûts supplémentaires de déplacement ou de stationnement.

COMMERCIALISATION DES RESULTATS ET/OU CONFLITS D'INTERETS :

Les résultats ne seront pas diffusés à des fins commerciales. Aucun conflit d'intérêts réel, éventuel ou apparent n'est à déclarer.

DIFFUSION DES RESULTATS :

Les résultats seront diffusés dans le mémoire de l'étudiante-chercheuse. Ils seront remis également aux conseillères cliniques de chaque CSSS dans le but d'améliorer les programmes de préceptorat. Il est envisageable que les résultats soient diffusés également lors d'un congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), lors d'un colloque du Conseil des Infirmières et Infirmier (CII) ou par une publication dans la revue *Perspective Infirmière*.

INDEMNITE EN CAS DE PREJUDICE ET DROITS DES PARTICIPANTS :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales ou professionnelles à votre égard.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITE DE RETRAIT :

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Si vous décidez de ne pas participer à l'élaboration du programme, il vous sera tout de même possible de participer à la phase d'implantation. En cas de retrait de la recherche, les données recueillies vous concernant seront détruites. Les chercheuses se réservent le droit d'exclure une participante.

PERSONNES RESSOURCES :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Mme Annie Perron, au 819-732-0900, ou avec Pre Manon Champagne au 1-877-870-8728 poste 2686 ou Pre Abir El Haouly, au 1-877-870-8728 poste 2658.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT:

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boul. de l'Université, Bureau B-309
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4
Téléphone: (819) 762-0971 # 2252
maryse.delisle@uqat.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Rouyn-Noranda, Mme Sylvie Turgeon, 819 797-0921.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES :

Ce projet de recherche a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme, agissant pour le compte du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda et ils en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée aux formulaires d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT :

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire de consentement et j'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer au projet intitulé *Élaboration et évaluation de l'implantation d'un programme de formation à l'unité des soins intensifs*, selon les modalités décrites au présent formulaire.

J'autorise les chercheuses à utiliser, en tout ou en partie, les enregistrements audionumériques réalisés au cours de cette étude, à des fins de transfert de connaissance, tel que dans le cadre de congrès ou des formations ultérieurs.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

Oui Non

Nom de la participante (lettres moulées)

Signature de la participante

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement

J'ai expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées.

Annie Perron, candidate à la maîtrise
en Sciences Infirmières

Date

ENGAGEMENT DES CHERCHEUSES

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

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 sujet de recherche.

Annie Perron, étudiante-chercheuse

Date

Manon Champagne, co-chercheuse
responsable

Date

Abir El Haouly, co-chercheuse responsable

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Appendice I

Guide pour le premier groupe de discussion

Guide pour le premier groupe de discussion⁸

Date:

Lieu :

Personnes présentes :

BUTS

Ce groupe de discussion a pour but de recueillir le maximum d'informations possible en rapport avec les différentes composantes d'un programme de formation dans le cadre du préceptorat pour les infirmières novices à l'unité des soins intensifs (USI);

QUESTIONS

Objectifs visés par le programme de préceptorat :

1. Énumérez tous les objectifs, généraux ou spécifiques, de connaissances, d'habiletés ou de travail sur soi, qu'une novice devrait minimalement avoir atteints afin de pouvoir exercer la profession d'infirmière à l'USI.

Contenu :

2. Selon vous, quels éléments de contenu devraient absolument être offerts à l'intérieur du programme de préceptorat?

⁸ Adapté de Champagne, 2003.

QUESTIONS (suite)

Activités et méthodes de formation :

3. En vous basant sur vos propres expériences comme infirmière ou comme préceptrice, quelles seraient les activités et les méthodes de formation les plus pertinentes et les plus satisfaisantes dans le cadre du programme de préceptorat?

Moyens d'évaluation des apprentissages :

4. En vous basant sur vos propres expériences comme infirmière ou comme préceptrice, quels seraient les moyens d'évaluation des apprentissages les plus pertinents et les plus satisfaisants dans le cadre du programme de préceptorat?

Merci beaucoup!

Annie Perron

Appendice J

Grille d'analyse du premier groupe de discussion

Grille d'analyse du premier groupe de discussion

Le tri des objectifs a été fait en fonction des critères ci-dessous (Caffarella, 2002, traduction libre). Les éléments non retenus dans le programme sont indiqués en italique et des chiffres sont inscrits indiquant la raison du retrait. Ces chiffres correspondent aux critères ci-dessous. Ex : Swan retiré pour raisons 1 et 6 c'est à dire vu le peu d'utilisateurs nécessitant un Swan et puisque le programme a une durée maximale de 12h. Ces critères ont également été utilisés pour prioriser les éléments de la grille d'analyse documentaire (Appendice J).

Critères d'importance	Description
1 Personnes touchées	Identification des personnes qui pourraient tirer parti de la prise en compte d'une idée ou d'un besoin, et évaluation du nombre de personnes
2 Importance de l'écart	Envergure relative de l'écart entre l'état actuel des choses et les résultats visés
3 Contributions aux connaissances, aux habiletés et au rendement individuels	Dans quelle mesure la prise en compte de l'idée ou du besoin contribue aux connaissances, aux habiletés et au rendement des participants
4 Contributions aux objectifs et à la productivité organisationnels	Dans quelle mesure la prise en compte de l'idée ou du besoin contribue à la réalisation d'objectifs organisationnels et améliore la productivité

Critères de faisabilité	Description
5 Résultats potentiels	Capacité d'un programme ou d'une série de programmes éducatifs à répondre à l'idée ou au besoin
6 Qualité et disponibilité des ressources	Disponibilité des ressources nécessaires pour prendre en compte l'idée ou le besoin (p. ex. ressources humaines et financières, équipement, installations)
7 Niveau de difficulté	Niveau de difficulté lié à la prise en compte de l'idée ou du besoin
8 Évaluation du risque	Conséquences de ne pas prendre en compte l'idée ou le besoin
9 Facteurs politiques et économiques, et autres facteurs environnementaux plus larges	Conformité ou incompatibilité du programme avec les valeurs organisationnelles et communautaires, les priorités locales, nationales et internationales, et les attentes du public

Légende

E : Éliminé

R : Répétition

L : Contenu sera vu par une lecture préalable

IDÉES DES PARTICIPANTES

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques
Comprendre les respirateurs et les modes de ventilation	Implications physiologiques des modes de ventilation
Connaître les éléments de surveillance en lien avec les différentes problématiques de santé retrouvées chez la clientèle à l'USI	Connaissance des éléments de surveillance en lien avec les chirurgies thoraciques Connaissance des éléments de surveillance en lien avec les chirurgies vasculaires Connaissance des éléments de surveillance en lien avec la clientèle intubée Connaissance des données anormales nécessitant l'évaluation médicale
Comprendre la décompensation respiratoire	Connaissance des signes et symptômes de décompensation respiratoire Connaître les limites des modes d'oxygénation non invasifs
Comprendre le délirium hypo ou hyper actif	Connaissance des signes et symptômes
Comprendre les intoxications volontaires ou involontaires	Connaissance des surveillances en lien avec une intoxication
Connaître la physiopathologie des différentes pathologies rencontrées chez la clientèle de l'USI	
Connaître la médication usuelle à l'USI	Connaissance des effets et effets secondaires de la médication au niveau physiologique Connaissance des interventions et de la surveillance en lien avec l'action de la médication Connaissance du mécanisme d'action de la médication en réanimation
Reconnaître l'apparition des différents signes et symptômes d'un état de choc	

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances instrumentales
Comprendre l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamiques (ligne artériel, TVC)	Connaissance des appareils de surveillance hémodynamique Connaissance des valeurs normales et anormales
<i>Connaitre le rôle du cathéter de Swan 1 – 6</i>	<i>Connaissance de la marche à suivre pour l'assistance au médecin lors de l'installation</i>
Connaitre le moniteur défibrillateur Zoll	Connaissance des différentes fonctions (cardioversion, défibrillation)
<i>Connaitre la fonction du pace endoveineux 1 – 6</i>	
<i>Connaitre le protocole de transfusion massive 1 – 6</i>	
	Connaissance du rôle de l'infirmière lors d'une réanimation
	Connaissances en soins palliatifs et deuil
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Interpréter un ECG	Analyse des tracés cardiaques Détection des arythmies Connaissance électrocardiographique de l'ECG Interprétation d'un ECG <i>Transmission des informations pertinentes par rapport à l'ECG aux infirmières d'étage. Inclus dans « Interpréter un ECG »</i>
Administer la médication particulière à l'USI	Interprétation des gaz artériels
Intervenir adéquatement en situation d'urgence	Évaluation du patient en situation d'urgence Administration de la médication en situation d'urgence Surveillance en lien avec la médication Utilisation de l'évaluation systématique (Quicklook)
Intervenir lors d'une cardioversion <i>Tous les éléments de contenu sont inclus dans « Intervention lors d'une cardioversion »</i>	<i>Préparation du patient et des équipements pour la cardioversion Préparation de la sédation Installation du défibrillateur Assistance au médecin pour la cardioversion Surveillance lors de la cardioversion et par la suite</i>
<i>Utilisation du vapotem Inclus dans « Administration de l'oxygène »</i>	<i>Ajustement de la FiO₂</i>

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Intervenir en présence d'un patient sous Bpap. Tous les éléments de contenu sont inclus dans « Dispensation des soins à l'usager sous ventilation non invasive (Bpap) »	<i>Interventions pour diminuer les fuites</i> <i>Reconnaissance des différentes alarmes</i> <i>Évaluation respiratoire</i> <i>Positionnement</i> <i>Surveillance d'un patient sous Bpap</i>
Intervenir auprès d'un patient avec un appareil de drainage thoracique et péricardique	<i>Assistance au médecin pour l'installation</i> <i>Surveillances associées au drainage thoracique et péricardique</i> <i>Irrigation du drain péricardique</i>
<i>Intervenir en présence d'une clientèle pour don d'organes. 1- 6</i>	
<i>Prévenir l'apparition des plaies de pression</i> <i>Les plaies de pression sont un élément du syndrome d'immobilisation</i>	<i>Mobilisation des patients et changement de position</i> <i>Inspection de l'intégrité de la peau</i>
<i>Évaluer et traiter une plaie de pression</i> <i>Les plaies de pression sont un élément du syndrome d'immobilisation</i>	<i>Détermination du stade de la plaie</i> <i>Mise en place du traitement adéquat selon le stade de la plaie</i>
Effectuer une évaluation physique en lien avec la pathologie du patient	<i>Effectuer une auscultation respiratoire</i> <i>Reconnaissance des bruits respiratoires</i> <i>Association des différents bruits respiratoires à différentes pathologies</i>
Intervenir auprès d'un patient en délirium trémens. Inclus dans « Prise en charge du délirium par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques »	<i>Utilisation de techniques pour désamorcer les comportements</i> <i>Reconnaître le moment opportun pour aviser le médecin</i>
Administer des produits sanguins	<i>Éléments de surveillance lors de l'administration des produits sanguins</i> <i>Choix d'appareillage pour l'administration des produits sanguins. Inclus dans Administrer</i>
<i>Évaluer la douleur du patient conscient et inconscient</i>	
Intervenir auprès de la famille d'un usager	<i>Vulgarisation de la situation de leur proche. Inclus dans accompagnement</i> <i>Accompagnement de la famille lors du décès</i> <i>Préparation de la famille aux événements à venir lorsqu'un décès est prévisible</i>
Communiquer avec l'équipe multi	<i>Choix des informations à transmettre</i> <i>Communication orale claire</i>
Communiquer par écrit et oralement de manière claire et succincte. Les deux premiers éléments sont inclus dans « Communication verbale et écrite efficace et adaptée selon les différents professionnels »	<i>Choix des informations à transmettre.</i> <i>Organisation des informations</i> <i>Respect d'autrui lors du rapport</i>
Utiliser des appareils de surveillance hémodynamiques (ligne artérielle, TVC)	<i>Assistance au médecin pour l'installation</i> <i>Lecture des courbes de pression</i>

Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Objectifs de travail sur soi	Connaissance de soi
Savoir organiser son travail de manière efficace	
Savoir faire preuve d'empathie	
Gérer son stress en situation d'urgence	

ACTIVITÉS DE FORMATION

Activités centrées sur le formateur

Film pour démonstration d'utilisation d'appareils

Activités impliquant le participant et le formateur

Histoires de cas

Mises en situation

Manipulation d'appareils

Observation directe suivi de feedback

Rencontres avec la préceptrice

Démonstration d'une technique suivi d'une pratique

Retour sur des situations vécues par la novice

Mettre l'apprenante à l'aise pour lui permettre de s'exprimer librement et de poser des questions

Activités centrées sur le participant

Références écrites et lignes directrices illustrées

MOYENS D'ÉVALUATION

Liste d'objectifs détaillés à cocher atteint versus non atteint

Histoire de cas

Observation directe

Autoévaluation en cours de programme et plus globale à la fin (délai)

Appendice K

Grille d'analyse documentaire

Grille d'analyse documentaire

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques	Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques
Savoir comment effectuer une évaluation cardiaque	Connaissance des effets secondaires des médicaments thrombolytiques et des anticoagulants	Comprendre l'anatomophysiologie du cœur et l'hémodynamie	<p><i>Connaissance de l'anatomophysiologie du cœur L-2</i></p> <p><i>Connaissance du système de conduction et du potentiel d'action L-2</i></p> <p>Connaissance des pathologies cardiaques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • OAP • Arythmies • Insuffisance cardiaque • SCA <p><i>Connaître les données de l'évaluation physique : E-2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SV • Pouls • Température et coloration de la peau • Bruits cardiaques

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques	Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques
		Comprendre les principes relatifs à la réanimation	Connaissance des algorithmes de réanimation Connaissance des objectifs thérapeutiques d'une réanimation Connaissance des rôles et responsabilités de l'équipe de réanimation Connaissance de l'ACLS
		Comprendre <i>l'anatomophysiologie (remplacé par physiopathologie par soucis d'uniformité) respiratoire</i>	Connaissance des principales pathologies respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • BPCO • Emphysème • SDRA • OAP • Atélectasie • Embolie pulmonaire • HTP • Asthme • Laryngospasme • Épiglottite • Œdème laryngé • Guylain-Barré • Pneumothorax sous tension • Hémothorax • Épanchement pleural

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques	Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissance des paramètres et des modes de ventilation <i>ajout : et de sevrage 5</i> Connaissance des analyses de laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Hb • Gaz artériel • Gaz veineux • Culture d'expecto • SaO2-E-2
	Comprendre la physiologie du système rénal -modifié pour urinaire		Connaissance de l'anatomophysiologie rénale L-2 Connaissance des principales pathologies du système rénal
	Interpréter et différencier l'impact des états de choc		Connaissance des manifestations cliniques associées au type et au stade de l'état de choc Connaissance de l'homéostasie et de l'hémodynamie
	Connaître les problèmes associés aux traumatismes		Connaissance des traumatismes : <ul style="list-style-type: none"> • Cérébrale • Abdominale • Musculosquelettique • Maxillofaciale • Thoraciques

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques	Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles	Connaissances scientifiques Connaissance de la triade létale (hypothermie, acidose, coagulopathie) Connaissance des complications reliées aux traumatismes : <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la PIC • Atteinte pulmonaire • CIVD • AESP • Choc hypovolémique • Hypothermie • Syndrome du compartiment • Rhabdomyolyse • Embolie graisseuse • Thrombophlébite • Embolie pulmonaire

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition des connaissances factuelles	Connaissances instrumentales	Objectifs d'acquisition des connaissances factuelles	Connaissances instrumentales
Savoir comment effectuer une évaluation et des soins cardiaque	<i>Méthode d'analyse des rythmes de base L-2</i> <i>Identification des regroupements de dérivations selon les coronaires impliquées L-2</i> Connaissance des modes de stimulation des stimulateurs cardiaques <i>Positionnement des électrodes pour un ECG à 3, 5, 12 et 15 dérivations E-4</i> <i>Entrer les données pertinentes de la personne soignée dans le système central du moniteur cardiaque E-2</i> <i>Réglage et utilisation des alarmes de façon appropriée E-R</i> Utilisation du défibrillateur <i>Modifié pour Connaitre le moniteur défibrillateur. L</i>	Comprendre les principes relatifs à la réanimation	Connaissance et application des politiques et procédures lors d'un code bleu <i>Utilisation du défibrillateur pour une défibrillation, une cardioversion ou une cardiostimulation Modifié pour : Connaissance des différentes fonctions du moniteur</i>

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition des connaissances factuelles	Connaissances instrumentales	Objectifs d'acquisition des connaissances factuelles	Connaissances instrumentales
Savoir comment effectuer une évaluation et des soins respiratoires	Connaissance des soins de trachéotomie <i>Connaissance des mesures de sécurité pour un usager porteur d'un drain thoracique ER</i> <i>Emplacement sur la radiographie : E-6</i> <ul style="list-style-type: none"> • du drain thoracique • du tube endotrachéal (TET) • de la carène • du TNG <i>Connaissance des protocoles relatifs au respirateur et au sevrage E-6</i>	Utiliser les appareils de surveillance respiratoire	Utilisation : <ul style="list-style-type: none"> • du saturomètre E-2 • du capnographe • de la canule artérielle E-R
Savoir comment utiliser le système de capteur de pression (hémodynamie) Modifié pour : Comprendre l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamique	Utilisation des lignes invasives <i>Identification du point phlébotatique sur l'usager E-R</i> <i>Reconnaissance et interprétation de la courbe de la ligne artérielle E-R</i> <i>Reconnaissance et interprétation des diverses courbes de pression associés aux cavités cardiaques : E-1-3</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pression veineuse centrale (PVC) 	Utiliser les appareils de soutien et de surveillance hémodynamique E-R Intervenir en présence d'une personne polytraumatisée	<i>Utilisation et interprétation des données du stimulateur cardiaque E-1</i> <i>Interpréter les variations de la courbe de la ligne artérielle E-R</i> <i>Utilisation et intervention en présence d'une mise sous tension d'une code 111 ou 222 ou 444 E-6</i>

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs d'acquisition des connaissances factuelles	Connaissances instrumentales <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pression de l'artère pulmonaire (PAP)</i> • <i>Pression capillaire pulmonaire bloquée (Wedge)</i> 	Objectifs d'acquisition des connaissances factuelles	Connaissances instrumentales <p><i>Utilisation du protocole de transfusion massive E-1</i></p>

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Effectuer une évaluation neurologique	<i>Évaluation de l'affect L</i> <i>Évaluation de l'orientation L</i> <i>Évaluation de la réaction pupillaire L</i> <i>Évaluation des mouvements des bras et des jambes et le serrement des mains pour la symétrie et la force L</i> <i>Évaluation de la symétrie faciale L</i> <i>Évaluation de la présence ou l'absence de réaction à la douleur L</i> <i>Utilisation de l'échelle de Glasgow pour toutes les personnes soignées afin d'évaluer le niveau de conscience lors de tous les relais de travail L</i> <i>Identification des candidats possibles pour le don d'organes ou de tissus E-1</i>	<i>Interpréter les données relatives au système neurologique E-R</i>	<i>Recueil des données d'évaluation neurologique à l'aide de l'échelle de Glasgow, de l'échelle de sédation, de l'échelle de délirium, de la réaction des pupilles et des analyses de laboratoires E-R</i> <i>Interprétation d'une courbe de pression intracrânienne E-1</i> <i>Reconnaissance des atteintes neurologiques qui peuvent mettre la vie en danger</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>AVC</i> • <i>HTIC</i> • <i>Engagement cérébral</i> • <i>Lésion de la moelle ou cérébrale</i> • <i>Myasthénie grave</i> • <i>Sclérose latérale amyotrophique</i> • <i>Polyneuropathie</i> <i>Déplacer dans connaissances instrumentales</i> <i>Choix des interventions infirmières appropriées permettant de corriger les altérations de la perfusion cérébrale E-1</i>

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
		Intervenir en présence de délirium	<p>Identification <i>modifié pour reconnaissance pour uniformiser des différents types de délirium</i></p> <p>Identification <i>modifié pour reconnaissance pour uniformiser des facteurs de risque du délirium</i></p> <p><i>Utilisation des outils de dépistage du délirium : E-2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ICDSC • CAM-ICU <p><i>Administration de la pharmacothérapie en lien avec le délirium Modifié pour prise en charge du délirium par des moyens pharmacologique et non pharmacologique (uniformité)</i></p>
Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires	<p>Évaluation d'une douleur thoracique / rétrosternale</p> <p><i>Évaluation de la couleur et la température de la peau E-2</i></p> <p>Évaluation de la turgescence de la peau</p> <p>Évaluation de la présence et classification de l'œdème</p> <p><i>Évaluation des anomalies cutanées E-1</i></p> <p><i>Mesure de la taille et du poids E-2</i></p>	Choisir des interventions infirmières appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire	<p><i>Administration de vasopresseurs E-R</i></p> <p><i>Administration de vasodilatateurs E-R</i></p> <p><i>Administration d'inotropes E-R</i></p> <p>Administration et surveillance d'un traitement de reperfusion (TNKase)</p> <p>Administration d'anticoagulants et antiplaquettaires</p>

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention <i>Évaluation de la pression veineuse jugulaire E-2</i> Évaluation des pouls périphériques Évaluation du rythme cardiaque <i>Évaluation de la pression artérielle avec brassard pneumatique ou Doppler – deux bras E-2</i> <i>Évaluation des bruits normaux du cœur : B₁ B₂ Modifié pour Auscultation cardiaque</i> <i>Évaluation des B₃ B₄</i>	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
		Choisir des interventions infirmières appropriées pour corriger les altérations du débit cardiaque <i>ajout : et du rythme</i>	Administration de liquide et d'agents pharmacologiques pour optimiser la précharge Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la postcharge Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la contractilité
<i>Administrer des vasopresseurs (ex. : Dopamine, Levophed, Dobutrex, Adrénaline, Néosynéphrine) et vasodilatateurs (ex. : Nipride, Nitroglycérine, Inocor, Primacor) puissants de façon sécuritaire E-R</i>	<i>Évaluation du besoin d'une intervention pharmacothérapeutique et début de celle-ci E-R</i> Identification des taux et calcul des doses appropriées à administrer et utilisation des formules et des tableaux Mélange des concentrations appropriées en utilisant les techniques et les précautions qui s'applique à chaque médicament <i>Titrage sur les pompes volumétriques ER</i>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	<i>Examen régulier des sites pour dépister les signes d'infiltration ou de nécrose E-R</i>		
<i>Administrer des antiarythmiques de façon sécuritaire (ex. : Lidocaïne, Pronestyl, Bretylium, Amiodarone) modifié en élément de contenu</i>	Utilisation des tableaux et dosage en ml/min ou ml/h des médicaments intraveineux Titrage des médicaments de manière appropriée		
<i>Administrer les médicaments de protocole (ex. : Streptokinase, TNKase, Héparine) E-R</i>	<i>Application des protocoles E-R</i>		
Utiliser le système de capteur de pression (hémodynamie)	Préparation de la solution de rinçage Vide d'air du système et raccord à la personne soignée Raccord du système au moniteur et réglage des paramètres appropriés Réglage du système de pression et mise à zéro Changement de l'échelle du moniteur au besoin Calcul de valeur en utilisant les tracés Correction des problèmes courants du système		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
<i>Utiliser un cathéter artériel pulmonaire pour la surveillance et l'évaluation de l'hémodynamie</i> E-1-3	<i>Collaboration avec le médecin pour insérer le cathéter artériel pulmonaire et reconnaissance des diverses courbes hémodynamiques</i> E-1-3 <i>Mesure de la PVC, la PAP et le wedge</i> E-1-3 <i>Obtention du débit et de l'index cardiaque</i> E-1-3		
<i>Utiliser une ligne artérielle pour la pression et prélever du sang</i> E-R	<i>Collaboration avec le médecin pour insérer la ligne artérielle</i> <i>Prélèvement de sang de la ligne artérielle à des fins de diagnostic</i> <i>Raccord de plusieurs lignes avec des capteurs de pression</i> E-R <i>Retrait des lignes artérielles selon la procédure</i> E-R <i>Soins du site et changement de la tubulure selon la procédure</i> E-R		
<i>Dispenser les soins à la personne ayant un stimulateur cardiaque modifié pour</i> Utiliser un stimulateur cardiaque	<i>Collaboration avec le médecin pour insérer les sondes intraveineuses du stimulateur cardiaque</i> E-3 <i>Reconnaissance de l'émission d'impulsion et du seuil de capture appropriés et inappropriés du stimulateur</i>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	<i>Mise en place des électrodes externes du stimulateur cardiaque</i> E-3		
Reconnaître et traiter l'arythmie de manière appropriée 9	Impression et interprétation d'un tracé Utilisation du traitement approprié pour l'arythmie létale et non létale E-R Reconnaissance des anomalies dans les segments des ondes Q et dans les ondes T E-R Reconnaissance des blocs de branche droit et gauche E-R	<i>Effectuer la lecture des principales arythmies cardiaques et la surveillance des signes cliniques appropriés</i> E-R	<i>Identifications des rythmes supraventriculaires</i> E-R <i>Identification des rythmes ventriculaires</i> E-R <i>Identification des blocs intraventriculaires</i> E-R <i>Identification des signes de souffrance myocardique</i> E-R
Maintenir ou établir l'ouverture des voies aériennes de la personne soignée E-R	<i>Positionnement de l'usager</i> <i>Installation de canule aérienne oropharyngée ou nasopharyngée</i> E-R <i>Collaboration à l'intubation</i> E-R <i>Aspiration trachéale</i> E-R <i>Aspiration oropharyngée</i> E-R <i>Soins de la trachée</i> E-R <i>Changement de la canule de trachéotomie</i> E-R <i>Utilisation du ventilateur manuel (AMBU)</i> E-R	<i>Maîtriser et savoir assister lors de diverses techniques de réanimation inclus dans</i> Administrer des soins aux patients ayant une altération de la fonction respiratoire	Application des <i>modifié pour</i> Dispensation de soins immédiats <i>primaires et avancés en réanimation ajout (CDAB)</i> <i>Application des mesures de protection des voies respiratoires</i> E-R <i>Assistance à l'intubation endotrachéales modifié pour</i> Dispensation de soins avancés en réanimation (IET)

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Effectuer une évaluation respiratoire	<i>Évaluation des voies aériennes E-R</i> <i>Évaluation de la vitesse, de l'amplitude, du rythme et de la symétrie de la respiration E-2</i> <i>Auscultation pulmonaire et palpation thoracique ajout et association des différents bruits respiratoires aux pathologies</i> <i>Évaluation des bruits respiratoires E-R</i> <i>Description de la toux et des expectorations E-2</i> <i>Évaluation de l'hippocratisme digital E-1</i>	Administer des soins aux patients ayant une altération de la fonction respiratoire	Administration de l'oxygène <i>Gestion des sécrétions E-R</i> Administration d'agents pharmacologiques (sédatif, curare...) Promotion du retour à la ventilation spontanée, optimisation de l'oxygénation et prévention de l'infection acquise sous ventilateur
Débuter l'oxygénothérapie E-2	<i>Réglage du débit d'oxygène approprié pour l'état de la personne soignée :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Concentration</i> • <i>Mode d'administration</i> E-2 <i>Concentration d'oxygène en utilisant :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Masque venturi</i> • <i>100% sans réinspiration</i> • <i>canule nasale</i> • <i>tente à oxygène</i> E-2		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	<i>Utilisation appropriée de la thérapie en aérosol E-2</i> <i>Utilisation appropriée de l'oxymétrie E-2</i>		
<i>Effectuer convenablement une physiothérapie respiratoire E-7</i>	<i>Respiration profonde et toux E-7</i> <i>Positionnement E-7</i> <i>Utilisation de la spirométrie incitative E-7</i> <i>Percussion E-1</i> <i>Prélèvement d'un échantillon d'expectoration non contaminé d'une personne intubée E-4</i>		
Dispenser des soins à une personne ventilée mécaniquement ou par un autre mode de ventilation	Reconnaître les alarmes du respirateur <i>Changement de paramètres au besoin E-4</i> Fixation et maintien de la position du tube endotrachéal (TET) <i>Utilisation des protocoles relatifs à la ventilation et au sevrage E-6</i> <i>Méthode de communication pour la personne soignée et sa famille E-R</i> Extubation de la personne soignée		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
<i>Dispenser des soins à la personne qui reçoit des inhibiteurs neuromusculaires tout en reconnaissant qu'elle doit être intubée et ventilée E-R</i>	<i>Explication et soutien affectif à la personne paralysée et sa famille E-7 Sécurité et confort de la personne paralysée E-7 Utilisation du neurostimulateur pour évaluer le degré d'inhibition E-4</i>		
<i>Effectuer une évaluation génito-urinaire E-1</i>		Administrer des soins à un usager ayant une altération du système rénal	Réalisation de l'examen physique (œdème, urine, poids...) Interprétation des résultats d'analyse de laboratoire <ul style="list-style-type: none"> • Urée • Créatinine • Ions • Analyse d'urine • Osmolarité sérique et urinaire • Ions urinaires et protéines • Sédiments urinaires • FSC • Acide urique • Clairance de la créatinine

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	<p>Connaissances des pratiques d'intervention</p> <p><i>Interprétation des résultats des méthodes diagnostiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cystoscopie • Biopsie rénale • Pyélographie • Urographie iv • Scintigraphie rénale • Echographie rénale • Scan <p>L</p> <p>Reconnaître les principaux désordres métaboliques liés à l'insuffisance rénale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acidose métabolique • Déséquilibre hydrosodé • Hyperkaliémie • Troubles hématologiques • Accumulation de déchets métaboliques • Troubles neurologiques <p>Déplacé dans connaissance scientifiques</p> <hr/> <p>Reconnaissance des principaux traitements de l'insuffisance rénale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémodialyse • Hémofiltration E-1 • DPAC

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	<p>Connaissances des pratiques d'intervention</p> <p>Optimisation de la fonction rénale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corriger les déséquilibres électrolytiques • Corriger les déséquilibres acidobasiques <p>Application des soins reliés aux chirurgies rénales</p> <p>Administration de la médication reliée à la fonction rénale</p>
		Administrer des soins à la personne en état de choc	<p>Détection précoce d'un choc E-R</p> <p>Prévention et traitement des complications de l'état de choc</p> <p>Détection <i>précoce</i> des manifestations cliniques associées au type et au stade de l'état de choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestations hématologiques • Manifestations respiratoires • Manifestations cardiovasculaires • Manifestations neurologiques • Manifestations rénales • Manifestations gastro-intestinales

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
		<i>Intervenir en présence d'un polytraumatisé modifié pour Dispenser des soins à un usager polytraumatisé</i>	<i>Utilisation de l'évaluation de A à I du polytraumatisé E-4</i> Contrôle des dommages : <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de l'hémorragie • Prévention de la contamination • Minimiser les désordres métaboliques <i>Contrôle de la Pression Intracrânienne (PIC) E-3-4-6</i> Utilisation de la réanimation liquidienne <i>Gestion de la douleur du polytraumatisé E-R</i> <i>Information et soutien à la personne polytraumatisée et sa famille E-R</i>
<i>Atténuer la douleur de la personne gravement malade modifié pour Prendre en charge la douleur et l'anxiété</i>	<i>Contrôle continu de la douleur L</i> <i>Utilisation de diverses méthodes d'évaluation de la douleur (échelle de douleur, échelle de nombre, description) L</i> <i>Administration de narcotiques à l'aide de diverses méthodes (IM, IV, SC, ACP) E-2-3-7</i> <i>Utilisation de diverses méthodes pour le soulagement de la douleur (positionnement, distraction) E-2-3-7</i>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
Dispenser des soins à la personne porteuse d'un cathéter pour anesthésie péridurale	<p><i>Collaboration avec le médecin pour insérer le cathéter pour anesthésie péridurale E-1</i></p> <p><i>Protection de l'intégrité de la sonde à l'aide d'un pansement E-2-3-7</i></p> <p>Évaluation du niveau sensoriel</p> <p>Évaluation et traitement de la douleur d'une personne soignée par l'utilisation de narcotique IV avec des narcotiques épiduraux</p> <p><i>Évaluation de la fonction respiratoire et vérification des états dépressifs des narcotiques et autres complications L</i></p> <p>Retrait de la sonde ou aide au médecin lors du retrait de la sonde</p>		
<i>Administer la thérapie intraveineuse de façon appropriée E-2-3-7</i>	<p><i>Thérapie intraveineuse E-2-3-7</i></p> <p><i>Évaluation du site et de la perméabilité de la ligne iv E-2-3-7</i></p> <p><i>Choix et utilisation de manière appropriée des divers dispositifs de transfusion pour le sang et les produits sanguins :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ensemble de solutés</i> • <i>Pompes</i> 		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	<p>Connaissances des pratiques d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pompe de perfusion sous pression</i> • <i>Microgouttes</i> • <i>Tubulures appropriées</i> • <i>Port en Y</i> • <i>Réchauffeur de sang</i> <p>E-2-3-7</p> <p><i>Ponction veineuse pour des échantillons de sang et des hémocultures E-2-3-7</i></p> <p><i>Changement du site iv et des tubulures iv selon le protocole de l'unité E-2-3-7</i></p>	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
<i>Dispenser des soins à la personne au moyen de lignes iv centrales à court terme ou moyen terme E-R</i>	<p><i>Collaboration avec le médecin pour insérer la ligne centrale E-R</i></p> <p><i>Évaluation de la perméabilité de la ligne et l'état du site E-R</i></p> <p><i>Changement de pansement au site selon les directives de l'hôpital E-R</i></p> <p><i>Prélèvement de sang à partir de la ligne centrale selon la procédure E-R</i></p> <p><i>Ajustement du débit de la nutrition parentérale total (NPT) ajout à un objectif du système GI</i></p>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	Soin du site et changement des tubulures selon la procédure de la NPT <i>ajout à un objectif du système GI</i> <i>Retrait de la ligne centrale en respectant le protocole E-R</i>		
Dispenser des soins à la personne atteinte d'hypothermie	Réchauffement des liquides intraveineux Utilisation des dispositifs de réchauffement Surveillance de la température centrale : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cathéter artériel pulmonaire E-1</i> • Sonde rectale 		
Dispenser des soins aux personnes ayant un drainage thoracique	<i>Début et maintien de l'aspiration sur le système de drainage thoracique E-7</i> <i>Changement de pansement des drains thoraciques et surveillance des site E-7</i> Retrait des drains thoraciques		
Effectuer une évaluation <i>ajout et dispenser des soins gastro-intestinaux</i>	Inspection, auscultation, palpation et percussion		
<i>Dispenser des soins à la personne ayant un drainage par TNG E-2-3-7</i>	<i>Insertion du TNG E-2-3-7</i> <i>Initiation et maintien de l'aspiration appropriée E-2-3-7</i> <i>Examen du pH gastrique E-2-3-7</i>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
<i>Modifié pour Administrer Fournir un soutien de nutrition entérale et parentérale</i>	<p>Maintien de la perméabilité de la sonde à gavage E-2-3-7</p> <p>Utilisation de la pompe d'alimentation entérale E-2-3-7</p> <p>Surveillance de manifestations de séquelles de manière appropriée et du besoin d'un traitement de suppléance E-2-3-7</p>		
<i>Communiquer avec l'usager, sa famille et les membres de l'équipe interdisciplinaire E-R</i>	<p>Communication verbale claire, efficace et avec assurance E-R</p> <p>Communication écrite claire, lisible, concise, complète et exacte E-R</p> <p>Respect des méthodes et modes de communication établis au sein de l'unité ou de l'organisme E-R</p> <p>Aptitude à l'écoute en étant attentive, concentrée et compréhensive E-R</p> <p>Reconnaissance des conflits et prise de mesures pour les régler avec une solution qui convient à tous</p> <p>Collaboration avec la personne soignée, sa famille et d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire afin d'établir un plan individuel de soins holistiques E-R</p>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
<p><i>Modifié pour Participation au maintien Mettre en place d'un milieu de soutien et de compassion face au collègue</i></p>			
<p><i>Établir une relation thérapeutique E-R</i></p>	<p><i>Mise en place d'une relation thérapeutique avec la personne soignée et sa famille L</i> <i>Prise du rôle du défenseur de la personne soignée et sa famille</i> <i>Intervention de crise non violente et désescalade verbale et non verbale</i> <i>Aide à la personne soignée et sa famille pour faire face aux facteurs de stress liés à la maladie et au milieu L</i> <i>Aide à la personne soignée et sa famille pour accéder à leurs ressources internes et externes E-2-3-7</i> <i>Encouragement de la participation et du contrôle de la personne soignée et de sa famille afin qu'ils puissent prendre des décisions en matière de soins de santé E-2-3-7</i> <i>Mise en place d'un milieu de soutien et de compassion pour la personne soignée et sa famille L</i></p>		

Programme de Soins Infirmiers Critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention	Objectifs de développement des habiletés d'intervention	Connaissances des pratiques d'intervention
	<i>Respect de la confidentialité des renseignements de la personne soignée et de sa famille E-2-3-7</i>		
	<i>Respect de l'intimité de la personne soignée et de sa famille E-2-3-7</i>		
<i>Enseignement à la personne et sa famille placé en élément de contenu dans l'objectif</i>	<i>Choix et application de stratégies d'apprentissage convenant à la capacité de la personne soignée et de sa famille et à leur désir d'apprendre E-R</i>		
<i>Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs</i>	<i>Évaluation des résultats d'apprentissage et examen du plan d'enseignement et d'apprentissage au besoin E-R</i>		

Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick		Programme de Trois-Rivières	
OBJECTIFS	CONTENU	OBJECTIFS	CONTENU
Objectifs de travail sur soi	Connaissance de soi	Objectifs de travail sur soi	Connaissance de soi
Pratiquer de manière professionnelle	<i>Prise d'initiative et exécution des tâches assignées L</i> <i>Réponse positive et réaction adaptée à un milieu en changement L</i> <i>Différenciation entre la pratique des soins infirmiers et de la médecine en soins critiques L</i> <i>Participation à la recherche sur les soins infirmiers critiques et application des résultats de recherche E-4-9</i> <i>Réflexion concernant des questions d'ordre professionnel, juridique et déontologique L</i>		

ACTIVITÉS DE FORMATIONS DU PROGRAMME DE TROIS-RIVIÈRES

Activités centrées sur le formateur

Cours théoriques en groupe

Activités impliquant le participant et le formateur

Histoire de cas

Mise en situation

Observation directe

Activités centrées sur le participant

Lecture complémentaire et/ou préparatoire

MOYENS D'ÉVALUATION DU PROGRAMME DE TROIS-RIVIÈRES

Certification RCR

Appendice L

Guide pour le 2e groupe de discussion

Guide pour le 2e groupe de discussion⁹

Date :

Lieu :

Personnes présentes :

BUTS

Ce 2^e groupe de discussion vise trois buts :

1. soumettre une version du programme de préceptorat aux préceptrices des USI;
2. adopter les modifications devant être apportées à la version présentée;
3. permettre aux préceptrices de s'appropriier graduellement le projet de programme de préceptorat.

QUESTIONS

Point de vue global sur le programme :

1. Quel est votre point de vue global sur l'ensemble du programme? Pour quelles raisons?

Orientations du programme :

2. Les orientations du programme : qu'en dites-vous, comparées à nos discussions précédentes, aux grandes orientations des soins infirmiers à l'USI, aux objectifs généraux du programme?

Objectifs visés par le programme de préceptorat:

3. Les objectifs du programme : qu'en pensez-vous?
4. Les objectifs généraux concordent-ils avec les orientations?
5. Les objectifs spécifiques précisent-ils bien les objectifs généraux?
6. Les objectifs spécifiques doivent-ils tous être poursuivis à l'intérieur de la formation? En manque-t-il d'importants?, si on compare avec : nos discussions précédentes, les éléments de contenu, etc.

Contenu :

7. Les éléments de contenu : qu'en pensez-vous? Doivent-ils tous rester? En manque-t-il d'importants?, si on compare avec nos discussions précédentes, les objectifs généraux et spécifiques du programme?

⁹ Adapté de Champagne, 2003.

QUESTIONS (suite)

Activités de formation (pour le 2^e groupe de discussion, cette section s'applique au programme ainsi qu'à l'exemple de plan de formation) :

8. Les activités de formation : qu'en pensez-vous?
9. L'organisation dans le temps convient-elle?
10. Si on compare les activités de formation aux objectifs spécifiques et aux éléments de contenu doivent-elles toutes rester telles quelles? Sinon, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
11. Et si on les compare au(x) style(s) des différent(e)s préceptrices, les activités doivent-elles toutes rester telles quelles, sinon, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
12. Les ressources (le matériel suggéré) sont-elles adaptées au genre d'activités? Aux autres circonstances (lieu, durée, etc.)?

Moyens d'évaluation des apprentissages :

13. Les moyens d'évaluation des apprentissages : qu'en pensez-vous? Si on les compare aux objectifs spécifiques et aux éléments de contenu doivent-ils tous rester tels quels? Sinon, lesquels doivent être modifiés? Enlevés? Remplacés par quoi?

Responsabilités de la novice et de la préceptrice

14. Les responsabilités de la novice et de la préceptrice : qu'en pensez-vous? Doivent-elles toutes rester telles quelles? Sinon, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?

Merci beaucoup!

Annie Perron

Appendice M

Guide pour le 3e groupe de discussion

Guide pour le 3e groupe de discussion¹⁰

Date :

Lieu :

Personnes présentes :

BUTS

Ce 3^e groupe de discussion vise quatre buts :

1. soumettre une nouvelle version du programme de préceptorat aux préceptrices des USI et adopter les modifications devant être apportées à la version présentée;
4. soumettre une version complète du plan de formation aux préceptrices ;
5. soumettre une première version des documents d'évaluation des apprentissages aux préceptrices ;
6. permettre aux préceptrices de s'approprier graduellement le plan de formation et les documents d'évaluation des apprentissages.

QUESTIONS

Point de vue global sur le programme :

15. Quel est votre point de vue global sur l'ensemble du programme? Pour quelles raisons?

Orientations du programme :

16. Les orientations du programme : qu'en dites-vous, comparées à nos discussions précédentes, aux grandes orientations des soins infirmiers à l'USI, aux objectifs généraux du programme?

Objectifs visés par le programme de préceptorat:

17. Les objectifs du programme : qu'en pensez-vous?
18. Les objectifs généraux concordent-ils avec les orientations?
19. Les objectifs spécifiques précisent-ils bien les objectifs généraux?
20. Les objectifs spécifiques doivent-ils tous être poursuivis à l'intérieur de la formation? En manque-t-il d'importants?, si on compare avec : nos discussions précédentes, les éléments de contenu, etc.

¹⁰ Adapté de Champagne, 2003.

QUESTIONS (suite)

Contenu :

21. Les éléments de contenu : qu'en pensez-vous? Doivent-ils tous rester? En manque-t-il d'importants?, si on compare avec nos discussions précédentes, les objectifs généraux et spécifiques du programme?

Activités de formation (pour le 3^e groupe de discussion, cette section s'applique au plan de formation) :

22. Les activités de formation : qu'en pensez-vous?
23. L'organisation dans le temps convient-elle?
24. Si on compare les activités de formation aux objectifs spécifiques et aux éléments de contenu doivent-elles toutes rester telles quelles? Sinon, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
25. Et si on les compare au(x) style(s) des différent(e)s préceptrices, les activités doivent-elles toutes rester telles quelles, sinon, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
26. Les ressources (le matériel suggéré) sont-elles adaptées au genre d'activités? Aux autres circonstances (lieu, durée, etc.)?

Moyens d'évaluation des apprentissages : (cette section s'applique au document d'évaluation de la préceptrice et au document d'autoévaluation de la novice)

27. Les moyens d'évaluation des apprentissages : qu'en pensez-vous? Si on les compare aux objectifs spécifiques et aux éléments de contenu doivent-ils tous rester tels quels? Sinon, lesquels doivent être modifiés? Enlevés? Remplacés par quoi?

Merci beaucoup!

Annie Perron

Appendice N

Guide d'entrevue individuelle

Guide d'entrevue individuelle

Suite à votre expérience de préceptorat à titre de préceptrice ou novice,

1. Pouvez-vous me décrire la formation qui a eu lieu pour les novices à l'USI ?
2. Quelle est votre impression par rapport au programme de préceptorat élaboré ?
3. Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant très insatisfaite et 10 parfaitement satisfaite, à combien évalueriez-vous votre satisfaction par rapport au programme en général ?

Objectifs visés par le programme de préceptorat:

4. Les objectifs du programme : qu'en pensez-vous?
5. Les objectifs doivent-ils tous être poursuivis à l'intérieur de la formation? En manque-t-il d'importants?

Contenu

6. Les éléments de contenu : qu'en pensez-vous?
7. Les éléments de contenu doivent-ils tous rester à l'intérieur de la formation? En manque-t-il d'importants?

Activités de formation :

8. Les activités de formation : qu'en pensez-vous?
9. Les activités de formation doivent-elles toutes rester telles quelles? Sinon, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
10. Que pensez-vous de la durée du programme ?, de son déroulement ?, de son organisation dans le temps?
11. Que pensez-vous des ressources à votre disposition ?

Moyens d'évaluation des apprentissages :

12. Les moyens d'évaluation des apprentissages : qu'en pensez-vous?
13. Les moyens d'évaluation des apprentissages doivent-ils être modifiés? Enlevés?
Remplacés par quoi?

Responsabilité de la novice et de la préceptrice :

14. Les responsabilités de la novice : qu'en pensez-vous ?
15. Les responsabilités de la préceptrice : qu'en pensez-vous ?
16. Les responsabilités de la novice et de la préceptrice doivent-ils être modifiées ?
Enlevées ? Remplacées par quoi ?

Perception des apprentissages ?

17. (Pour la préceptrice) Pouvez-vous me donner des exemples de ce que vous avez pu observer chez la novice en termes d'apprentissages effectués pendant la durée du programme ?
18. (Pour la novice) Pouvez-vous me donner des exemples des apprentissages que vous croyez avoir effectués pendant la durée du programme ?
19. Avez-vous rencontré des difficultés durant l'implantation du programme ? Si oui, quelles sont ces difficultés ?
20. Y a-t-il eu des facteurs qui ont facilité l'implantation du programme ? Si oui, quels sont ces facteurs ?
21. Avant de conclure cette entrevue, y a-t-il autre chose que vous aimeriez signaler concernant le programme de préceptorat ?

Appendice O

Programme de préceptorat

Programme de préceptorat à l'intention des infirmières novices à l'Unité des Soins Intensifs

Élaboré avec les
préceptrices de l'Abitibi-
Témiscamingue lors d'une
recherche-action – janvier
2015

Annie Perron, candidate à la
maîtrise en sciences infirmières

Table des matières

Buts et orientation du programme	222
Objectifs généraux.....	223
Objectifs spécifiques et éléments de contenu.....	224
Activités de formation.....	235
Moyens d'évaluation formative des apprentissages.....	236
Responsabilités de la préceptrice et de la novice	237
Références.....	239

Buts et orientations du programme

Ce programme, offert dans les unités de soins intensifs (USI) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or et Les Eskers, a été conçu par une équipe d'infirmières expertes. Le préceptorat est utilisé pour le soutien des infirmières novices dans ces centres conformément au Programme national de soutien clinique – volet préceptorat publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2008.

La définition du préceptorat de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) a été utilisée comme proposé dans le Cadre national de soutien clinique du MSSS. Il s'agit d'une « relation officielle d'une durée préétablie entre une infirmière expérimentée et une infirmière novice. Le préceptorat sert à acquérir un niveau de base de connaissances, de techniques et de qualités personnelles ainsi qu'à l'intégration sociale dans le domaine de pratique » (AIIIC, 2004, cité par CSSS du Sud-Ouest-Verdun, 2008, p.1).

Ce programme s'adresse aux infirmières novices à l'unité de soins intensifs (USI), appelées apprenantes dans la théorie d'acquisition des compétences de Patricia Benner (1984/2001). Cette théorie est le fondement de ce programme tout comme de la majorité des programmes de préceptorat québécois. Selon Benner, l'infirmière progresse dans la profession en passant par cinq niveaux d'acquisition de compétences : novice, débutante avancée, compétente, performante et experte. Le but du programme de préceptorat consiste à soutenir l'infirmière novice dans sa progression par le moyen d'un encadrement clinique, et ce, afin qu'elle soit mieux préparée à œuvrer à l'USI.

Le programme de préceptorat, d'une durée de 12h, porte sur les altérations systémiques et multisystémiques ainsi que sur les fondements infirmiers particulièrement importants dans le contexte des soins intensifs.

Objectifs généraux

À la fin du programme l'infirmière novice sera en mesure de :

- Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire
- Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire
- Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique
- Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire
- Prendre en charge un usager ayant une altération au niveau gastro-intestinal
- Prendre en charge un usager présentant une altération multisystémique
- Pratiquer les soins infirmiers aux soins intensifs selon les fondements de la profession

Objectifs spécifiques et éléments de contenu¹¹

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

- Comprendre la physiopathologie du cœur
 - *Anatomophysiologie du cœur (lecture préalable)*
 - *Système de conduction et potentiel d'action (lecture préalable)*
 - *Caractéristiques électrocardiographique de l'ECG*
 - *Principales pathologies cardiaques (OAP, arythmies, insuffisance cardiaque, SCA et tamponnade cardiaque)*
 - *Indications de l'échographie transœsophagienne et transthoracique*
 - *Données de l'évaluation physique : bruits cardiaques*
 - *Médication usuelle à l'USI en lien avec le système cardiovasculaire*
- Comprendre l'évaluation hémodynamique
 - *Utilité de la pression artérielle invasive*
 - *Utilité de la pression veineuse centrale (PVC)*
- Comprendre les principes liés à la réanimation
 - *Algorithmes de réanimation*
 - *Objectifs thérapeutiques d'une réanimation*
 - *Priorités lors d'une réanimation*
 - *Rôles et responsabilités de l'équipe de réanimation*
 - *Soins avancés en réanimation cardiorespiratoire (SARC)*
 - *Connaissance et application des politiques et procédures lors d'un code bleu*
- Savoir effectuer une évaluation et des soins liés au système cardiovasculaire
 - *Méthode d'analyse des rythmes de base (lecture préalable)*
 - *Identification des regroupements de dérivations selon les coronaires impliquées*

¹¹ Les éléments de contenu sont indiqués en italique

- *Interprétation des analyses de laboratoire (enzymes cardiaques, BNP, E⁺, lactates)*
- Connaître le moniteur défibrillateur
 - *Connaissance des différentes fonctions du moniteur (défibrillation, cardioversion et stimulation) (visionnement préalable)*
- Comprendre l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et cathéter veineux central)
 - *Utilisation des lignes invasives (ligne artérielle et cathéter veineux central)*
 - *Connaissance des appareils de surveillance hémodynamique*
 - *Connaissance des valeurs normales et anormales*

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires
 - *Évaluation d'une douleur thoracique / rétrosternale*
 - *Évaluation de la turgescence de la peau*
 - *Évaluation et classification de l'œdème*
 - *Évaluation des pouls périphériques*
 - *Évaluation du rythme cardiaque*
 - *Auscultation cardiaque*
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
 - *Administration et surveillance d'un traitement de reperfusion (ex : TNKase)*
 - *Administration de liquide et d'agents pharmacologiques pour optimiser la précharge (ex : vasopresseur)*
 - *Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la postcharge (ex : vasodilatateur)*
 - *Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la contractilité (ex : inotrope)*
 - *Administration des antiarythmiques*

- *Intervention lors d'une cardioversion*
- *Titration des médicaments de manière appropriée*
- Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et CVC)
 - *Collaboration avec le médecin pour l'installation de la ligne artérielle et du cathéter veineux central (CVC)*
 - *Interprétation des courbes de pression et des chiffres*
 - *Prélèvement de sang de la ligne artérielle et du CVC à des fins diagnostiques*
- Utiliser un stimulateur cardiaque
 - *Collaboration avec le médecin pour la mise en place du stimulateur externe*
 - *Dispensation de soins à l'utilisateur porteur d'un stimulateur cardiaque*
- Interpréter un ECG
 - *Reconnaissance de l'arythmie*
 - *Interprétation d'un tracé*

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

- Comprendre la physiopathologie du système respiratoire
 - *Anatomophysiologie respiratoire (lecture préalable)*
 - *Principales pathologies respiratoires (pneumonie, BPCO, emphysème, SDRA, OAP, atélectasie, embolie pulmonaire, HTP, asthme, laryngospasme, épiglottite (lecture complémentaire), œdème laryngé, pneumothorax sous tension, hémothorax, épanchement pleural)*
 - *Paramètres et modes de ventilation et de sevrage*
 - *Médication usuelle à l'USI en lien avec le système respiratoire*
- Savoir effectuer une évaluation et des soins respiratoires
 - *Connaissance des soins de trachéotomie*
 - *Utilisation des appareils de surveillance respiratoire (capnographe)*
 - *Interprétation des analyses de laboratoire (Hb, gaz artériel, gaz veineux et culture d'expectoration)*

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Effectuer une évaluation respiratoire
 - *Auscultation pulmonaire*
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire
 - *Dispensation des soins immédiat en réanimation (SIR)*
 - *Dispensation des soins avancés en réanimation cardiorespiratoire (SARC)*
 - *Dispensation des soins à l'usager nécessitant une hypothermie postréanimation*
 - *Dispensation des soins à l'usager ventilé mécaniquement (alarmes du respirateur, modes de ventilation, fixation et maintien du TET, aspiration des sécrétions, collaboration à l'extubation)*

- *Promotion du retour à la ventilation spontanée, optimisation de l'oxygénation et prévention de l'infection acquise sous ventilateur*
- *Administration d'agents pharmacologiques (sédatifs, curare...)*
- *Dispensation de soins à l'usager sous ventilation non invasive (Bpap)*
- *Administration de l'oxygène*

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

- Comprendre la physiopathologie du système nerveux
 - *Principales pathologies neurologiques (AVC, HTIC, engagement cérébral, lésion de la moelle ou cérébrale (lecture complémentaire), Guillain-Barré (lecture complémentaire) et délirium hypo ou hyperactif)*
 - *Médication usuelle à l'USI en lien avec le système nerveux*
- Savoir effectuer une évaluation neurologique
 - *Évaluation du niveau de conscience, de la fonction pupillaire, de la fonction motrice et de la symétrie faciale (lecture préalable)*

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Effectuer une évaluation neurologique
 - *Utilisation de l'échelle de Glasgow et de l'échelle de sédation*
- Intervenir en présence de délirium
 - *Détection des différents types de délirium*
 - *Reconnaissance des différents facteurs de risque du délirium*
 - *Prise en charge du délirium par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques*

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

- Comprendre la physiopathologie du système urinaire
 - *Anatomophysiologie du système urinaire*
 - *Principales pathologies en lien avec le système urinaire (insuffisance rénale, acidose métabolique, déséquilibre hydrosodé, hyperkaliémie, troubles hématologiques et accumulation de déchets métaboliques)*
 - *Médication usuelle à l'USI en lien avec le système urinaire*
 - *Principaux traitements de l'insuffisance rénale (hémodialyse et DPAC)*
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système urinaire
 - *Interprétation des analyses de laboratoire (urée, créatinine, clairance de la créatinine, électrolytes sériques et urinaires, analyse d'urine, osmolarités sérique et urinaire, protéinurie, FSC et acide urique)*
 - *Indication du bladder scan*

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire
 - *Réalisation de l'examen physique en lien avec le système urinaire (mesure de l'œdème, utilisation du bladder scan et mesure de la diurèse horaire)*
 - *Prise en charge d'un usager porteur d'une sonde urinaire*
 - *Prise en charge d'un usager nécessitant une irrigation vésicale continue ou intermittente*
 - *Administration de la médication en lien avec la fonction urinaire (ex : diurétique, bicarbonate et électrolytes)*

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau gastro-intestinal

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

- Comprendre la physiopathologie du système gastro-intestinal (GI)
 - *Anatomophysiologie du système GI (lecture préalable)*
 - *Principales pathologies en lien avec le système GI (varices œsophagiennes, ulcères, pancréatite, néoplasie, colite ischémique, colite pseudomembraneuse, HDH/HDB, cirrhose du foie, insuffisance hépatique et encéphalopathie hépatique (lecture complémentaire)*
 - *Médication usuelle à l'USI en lien avec le système GI*
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système GI
 - *Interprétation des analyses de laboratoire (amylase, lipase, glucose, électrolytes, bilirubine, albumine et préalbumine, phosphatase alcaline, LDH, PT/PTT)*
 - *Résultats d'imagerie médicale (scan abdomino-pelvien, lecture préalable)*

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système gastro-intestinal
 - *Inspection, auscultation, palpation et percussion de l'abdomen*
 - *Évaluation de l'état nutritionnel*
 - *Prise en charge des nausées et vomissements par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques*
 - *Prise en charge de la diarrhée*
 - *Administration d'un soutien nutritionnel entéral ou parentéral*

Prendre en charge un usager présentant une altération multisystémique

Objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

- Comprendre la physiopathologie des différents états de choc
 - *Manifestations cliniques associées au type et au stade de l'état de choc*
- Connaître les problèmes associés aux traumatismes
 - *Traumatismes : cérébral, abdominal, musculosquelettique, maxillofacial et thoracique*
 - *Triade létale (hypothermie, acidose et coagulopathie)*
 - *Complications reliées aux traumatismes (augmentation de la PIC, atteinte pulmonaire, CIVD, AESP, choc hypovolémique, hypothermie, syndrome du compartiment (lecture complémentaire), rhabdomyolyse, embolie graisseuse et pulmonaire et thrombophlébite)*
- Comprendre les intoxications volontaires ou involontaires
 - *Mode de surveillance en lien avec une intoxication*
- Savoir évaluer la douleur et l'anxiété
 - *Méthodes d'évaluation et stratégies de gestion de la douleur et l'anxiété (lecture préalable)*

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Dispenser des soins à un usager en état de choc
 - *Détection précoce des manifestations associées au type et au stade de l'état de choc (hématologiques, respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques, rénales et gastro-intestinales)*
 - *Prévention et détection des complications de l'état de choc*
- Dispenser des soins à un usager polytraumatisé
 - *Contrôle des dommages (contrôle de l'hémorragie, prévention de la contamination et minimisation des désordres métaboliques)*
 - *Utilisation de la réanimation liquidienne*

- Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété
 - *Utilisation de diverses méthodes d'évaluation de la douleur chez l'usager communicatif (échelle visuelle analogue, échelle de nombre et description)*
 - *Évaluation fréquente de la douleur grâce à l'autoévaluation et l'hétéroévaluation chez l'usager non communicatif*
 - *Gestion de la douleur et de l'anxiété par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques*
- Dispenser des soins à un usager porteur d'un cathéter péridural pour analgésie
 - *Évaluation du niveau sensoriel et moteur*
 - *Évaluation de l'efficacité et des effets secondaires reliés à l'utilisation de narcotiques*
 - *Collaboration au retrait du cathéter épidural*
- Dispenser des soins à un usager nécessitant une transfusion sanguine
 - *Administration des produits sanguins*
 - *Détection et prise en charge des réactions transfusionnelles*
- Dispenser des soins à un usager atteint d'hypothermie
 - *Utilisation de l'appareil de réchauffement des liquides iv*
 - *Utilisation de dispositifs de réchauffement*
 - *Surveillance de la température centrale (sonde rectale)*
- Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique (pleural et péricardique)
 - *Collaboration avec le médecin pour l'installation et le retrait du drain*
 - *Surveillance et soins associés au drainage thoracique (pleural et péricardique)*
- Prendre en charge un usager à risque ou atteint d'un syndrome d'immobilisation
 - *Identification des usagers à risque d'un syndrome d'immobilisation*
 - *Prévention du syndrome d'immobilisation*
 - *Intervention en présence d'un usager atteint d'un syndrome d'immobilisation*

Pratiquer les soins infirmiers aux soins intensifs selon les fondements de la profession

Objectifs de développement des habiletés d'intervention

- Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs
 - *Connaissances en soins palliatifs et deuil (connaissances scientifiques, lecture préalable)*
 - *Enseignement à l'usager et sa famille en contexte de soins intensifs*
 - *Soutien à l'usager et sa famille dans le choix des objectifs de soins*
 - *Accompagnement de l'usager et sa famille en prévision ou lors d'un décès*
 - *Accompagnement de l'usager et de sa famille en situation de crise*
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire
 - *Communication verbale et écrite efficace et adaptée selon les différents professionnels*
 - *Participation au maintien d'une équipe de travail en mesure d'offrir soutien et compassion à l'ensemble des collègues*
- Organiser son travail de manière efficace
 - *Évaluation et priorisation des tâches*
 - *Gestion du temps en fonction des tâches à accomplir*

Objectif de travail sur soi

- Gérer son stress
 - *Reconnaissance des facteurs de stress ayant des impacts sur soi*
 - *Utilisation de stratégies de gestion du stress appropriées*

Activités de formation

Activités de formation centrées sur la préceptrice ou son substitut, effectuées à l'extérieur et à l'intérieur des rencontres hebdomadaires :

- Visionnement de vidéo de démonstration d'utilisation d'appareils
- Lecture (p. ex. références écrites et lignes directrices)
- Présentation de notions théoriques par la préceptrice

Activités de formation impliquant l'infirmière novice et la préceptrice, effectuées à l'intérieur des rencontres hebdomadaires :

- Discussion entre la novice et la préceptrice
- Manipulation d'appareils sous la supervision de la préceptrice
- Observation directe de la novice suivie de rétroaction de la part de la préceptrice
- Démonstration d'une technique par la préceptrice suivie d'une pratique par la novice
- Analyse d'un incident critique

Activités de formation centrées sur la novice, effectuées à l'extérieur et à l'intérieur des rencontres hebdomadaires :

- Situation clinique
- Jeux de rôle

Moyens d'évaluation formative des apprentissages

- Autoévaluation relative aux situations cliniques
- Autoévaluation par la novice et évaluation par la préceptrice (à l'aide d'une grille d'évaluation)
 - en cours de programme (6 semaines après le début du programme)
 - après avoir complété le programme (2 semaines après la fin du programme)

Responsabilités de la préceptrice et de la novice

La préceptrice :

- Rencontre la novice à chaque semaine pour des périodes d'une heure, pendant douze semaines
- Établit un partenariat et une relation de confiance avec la novice
- Agit comme modèle de rôle auprès de la novice
- Offre supervision et conseils selon les besoins
- Aide la novice à estimer l'écart entre les compétences qu'elle possède et celles qu'elle doit acquérir
- Collabore avec la novice pour créer des expériences d'apprentissage qui permettent d'atteindre efficacement les objectifs
- Offre une rétroaction régulière quant aux progrès réalisés par rapport aux objectifs
- Aide la novice à s'intégrer socialement dans l'unité
- Encourage la novice à continuer d'acquérir des nouvelles compétences à un niveau de plus en plus élevé (selon le modèle de Benner)
- Contribue à l'évaluation formative de la novice
- Participe à l'évaluation du programme

La novice :

- Rencontre la préceptrice à chaque semaine pour des périodes d'une heure, pendant douze semaines
- Fait le travail préparatoire nécessaire à chaque rencontre
- Établit un partenariat et une relation de confiance avec la préceptrice
- Estime l'écart entre les compétences qu'elle possède et celles qu'elle doit acquérir

- Collabore avec la préceptrice pour créer des expériences d'apprentissage et d'évaluation qui permettent d'atteindre efficacement les objectifs
- Participe activement aux activités permettant d'atteindre les objectifs et est responsable de ses apprentissages
- Participe socialement à la vie de l'unité
- Démontre l'atteinte des objectifs par les soins dispensés aux patients
- Participe à l'évaluation du programme

Références

Benner, P. (2001). *From Novice to Expert*. Prentice-Hall: Toronto. (Ouvrage original publié en 1984).

Centre de Santé et de Service Sociaux du Sud-Ouest-Verdun. (2008). *Guide de formation de la préceptrice en soins infirmiers*. Montréal : CSSS Sud-Ouest-Verdun.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Programme national de soutien clinique – cadre de référence*. Québec : Auteur.

Appendice P

Plan de formation de la préceptrice

Plan de formation de la préceptrice

Élaboré avec les préceptrices
de l'Abitibi-Témiscamingue
lors d'une recherche-action –
janvier 2015

Nom :

Table des matières

Insuffisance cardiaque	248
Arythmie.....	255
AVC.....	263
Polytraumatisme (deux rencontres).....	271
Intoxication.....	282
Pneumonie (deux rencontres)	289
Hémorragie digestive.....	298
Infarctus.....	306
BPCO	315
Pancréatite aiguë.....	324
Annexe 1 ECG M. Domingue	332
Annexe 2 Mode démonstration du moniteur.....	333

Insuffisance cardiaque

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiopathologie du cœur
- Comprendre l'évaluation hémodynamique
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger des altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Savoir effectuer une évaluation et des soins reliés au système cardiovasculaire
- Effectuer des soins cardiovasculaires
- Savoir effectuer une évaluation et des soins respiratoires
- Effectuer une évaluation respiratoire
- Dispenser des soins à l'utilisateur ayant une altération de la fonction respiratoire
- Comprendre l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et PVC)
- Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et TVC)
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire
- Organiser son travail de manière efficace

Situation clinique : Insuffisance cardiaque

Matériel :

- Protocole de Nitroglycérine
- Ligne artérielle
- Cathéter veineux central
- Nécessaire à prélèvement sanguin

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoehn (2010) chap. 18
<p><i>À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Insuffisance cardiaque » au besoin.</i></p>	
<p>M. Laflamme se présente à l'urgence pour dyspnée et DRS de plus en plus fréquente depuis une semaine. À 18h, il est admis à l'USI pour insuffisance cardiaque. Il s'agit d'un homme de 68 ans ayant fait un infarctus il y a 15 ans. M. Laflamme a été vu à l'urgence par Dr Hotecœur, son médecin traitant. Suite au transfert dans son lit, M. Laflamme semble souffrant au niveau thoracique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-il important d'obtenir comme information dans l'évaluation d'une douleur thoracique? Évaluation d'une DRS selon l'outil PQRSTU : provoquer / pallier / aggraver; qualité / quantité; région / irradiation; symptômes associés / sévérité; temps / durée; compréhension et signification pour l'utilisateur (understanding) 	<p>Évaluation d'une douleur thoracique / rétrosternale</p> <p>Lecture complémentaire : Tableau 12.1 Urden, Stacy & Lough (2014)</p>

<p>En le questionnant vous apprenez qu'il a une douleur depuis 15 minutes, il s'agit de quelque chose de fréquent pour lui. La douleur qu'il évalue à 4/10 est sous forme d'oppression au niveau du thorax et irradie sous le bras gauche. Vous effectuez un examen physique sommaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérant le diagnostic de cet usager, qu'est-il plausible de retrouver comme données au niveau de : • L'auscultation cardiaque? B₁ B₂ normaux ou assourdis, bruits surajoutés ou anormaux, B₃ B₄ • L'auscultation pulmonaire? Bruits vésiculaires et des crépitants • L'examen des jugulaires? Distension veineuse jugulaire (DVJ) • La présence d'œdème? Évaluation de l'œdème à godet avec une échelle 	<p>Évaluation et classification de l'œdème Évaluation du rythme cardiaque Auscultation cardiaque et respiratoire Données de l'évaluation physique : bruits cardiaques</p> <p>Lecture complémentaire : Encadré 12.2, Figure 12.5 et 17.8 et Tableau 17.3 et 25.1 (Urden, 2014), Urden p. 243 à 247 (2014)</p>
<p>Vous examinez les prescriptions médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lasix® 20mg iv q12h (a été reçu à 17h) ✓ Débuter perfusion de nitroglycérine iv si reprise de DRS, maintenir TA_s > 120 mmHg ✓ FiO₂ pour saturation >94% <ul style="list-style-type: none"> • Quel sera l'ordre de vos interventions? Dans un premier temps, ajuster l'oxygène en présence de désaturation car cela peut contribuer à l'ischémie cardiaque. Dans un deuxième temps, débiter la perfusion de nitroglycérine car il s'agit de l'intervention qui soulagera l'ischémie cardiaque. Dans un dernier temps, administrer le Lasix®. <p><i>La préceptrice explique à la novice la raison d'être de chaque traitement et les surveillances associées. Elle voit le protocole de Nitroglycérine iv de l'établissement.</i></p>	<p>Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la postcharge (vasodilatateurs) Administration de la médication reliée à la fonction urinaire Administration de l'oxygène Évaluation et priorisation des tâches Médication usuelle à l'USI en lien avec le système cardiovasculaire</p> <p>Lecture complémentaire : Urden (2014) p.418 et 419</p>

<p>Les résultats des analyses de laboratoire effectuées à l'urgence sont arrivés à l'unité :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Troponine I < 0.01 ng/l✓ Troponine T < 0.01 ng/l✓ CK 101 UI/L✓ CKMB 0.05✓ Créatinine 140 mmol/l✓ Lactates 1,2 mmol/l✓ K 3,1 mEq/l✓ BNP 520 pg/l <ul style="list-style-type: none">• Interprétez ces résultats.• Les troponines négatives et des CK et CKMB normaux démontrent une absence de lésion myocardique.• L'augmentation de la créatinine au-dessus de 125 mmol/l est signe de diminution de la filtration glomérulaire donc possiblement d'insuffisance rénale.• Comme il s'agit d'un prélèvement veineux, un taux de lactates sériques inférieur à 1,3 mmol/l est normal, donc signe d'une oxygénation cellulaire adéquate.• Le taux de potassium est ici trop bas, ce qui est un risque d'arythmie cardiaque principalement chez un usager présentant des pathologies cardiaques.• Un résultat de BNP supérieur à 400 pg/l est un signe d'insuffisance cardiaque très probable.	<p>Interprétation des analyses de laboratoires</p> <p>Lecture complémentaire : Figure 13.78 (Urden, 2014).</p>
--	--

<p>M. Laflamme présente une TA à 190/101 FC à 120/ FR à 42/min SpO₂ 86% avec un ventimasque à 50%. Des râles sont audibles à l'oreille et il présente une cyanose péribuccale. Vous désirez aviser le médecin de la détérioration de l'état de l'utilisateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels éléments est-il pertinent de nommer au médecin? Il est pertinent de nommer au médecin la détérioration des signes vitaux ainsi que l'augmentation du besoin de FiO₂. Les données recueillies à l'examen physique (râles et cyanose) doivent également être mentionnées ainsi que les valeurs des analyses de laboratoire. <p><i>La préceptrice réalise un jeu de rôle avec la novice une fois que celle-ci comprend bien les notions prioritaires et nécessaires à l'évaluation de la situation par le médecin. La préceptrice prend le rôle du médecin et questionne la novice si celle-ci oublie un élément au cours de « l'appel ».</i></p>	<p>Communication verbale et écrite efficace et adaptée selon les différents professionnels</p>
<p>Dr Hotecœur demande l'installation du Bpap et prescrit de répéter un Lasix 40mg iv STAT et d'administrer une dose de Morphine 2.5mg iv répétable dans 15min PRN. Il vous prescrit également un soluté de Salin 0,9% avec KCl 40 mEq à 50ml / h. Le médecin vous demande de préparer le matériel pour l'installation d'un cathéter veineux central pour la mesure de la TVC et d'une ligne artérielle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la signification de la TVC et quelle est l'utilité de cette mesure? Il s'agit de la tension veineuse centrale. Cette mesure, en association avec d'autres indices, permet d'évaluer l'état du volume circulant. • Quelles sont les limites de valeur normale de la TVC? 2 à 6 mmHg • Quelle est l'utilité d'une ligne artérielle? Cela permet la mesure continue de la pression artérielle et un accès artériel permettant une mesure fréquente des gaz sanguins. • Quelles sont les valeurs normales de la pression artérielle invasive systolique, diastolique et moyenne? Les valeurs normales de la pression artérielle systolique sont de 100 à 140 mmHg et la pression artérielle diastolique de 50 à 90 mmHg. La pression artérielle moyenne est considérée normale lorsqu'elle se situe entre 70 et 100 mmHg. 	<p>Connaissance des appareils de surveillance hémodynamique Connaissances des valeurs normales et anormales Principales pathologies cardiaques (OAP, Insuffisance cardiaque) Utilisation des lignes invasives Administration de la médication reliée à la fonction urinaire (électrolytes)</p> <p>Lecture complémentaire : Tableau 13.1 et 31.2 (Urden, 2014)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seront les surveillances en lien avec la perfusion de KCl? Il est important de surveiller le taux de potassium sanguin. De plus, une perfusion de potassium supérieur à 10 mEq/h par voie périphérique peut causer de la douleur et est un facteur de risque de phlébite (Mount, 2014) <p><i>La préceptrice explique le rôle de la morphine dans l'OAP et voit avec la novice la procédure d'administration de ce médicament par voie iv.</i></p> <p><i>La préceptrice explique et démontre à la novice l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamique (installation, courbe de pression, valeur normale).</i></p> <p><i>La préceptrice explique le protocole de perfusion de KCl de l'établissement.</i></p>	
<p>L'inhalothérapeute installe le Bpap avec les paramètres suivants : Ipap 15 Epap 5 FiO₂ 60%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer ce que représentent ces chiffres. Le Ipap est la pression exercée par le Bpap à l'inspiration et le Epap est la pression à l'expiration. • Quel est le rôle du Bpap dans l'OAP? Le Bpap permet d'optimiser l'oxygénation tout en permettant de réduire la FiO₂. <p><i>La préceptrice explique les soins à dispenser lorsqu'un usager est sous Bpap.</i></p>	<p>Dispensation de soins à l'utilisateur sous ventilation non invasive (Bpap)</p>
<p>Lors de l'installation de la ligne artérielle, un prélèvement pour l'analyse des gaz sanguins est effectué. Les résultats sont les suivants : pH 7,50 pCO₂32mmHg pO₂ 88mmHg HCO₃⁻ 24mEq/L.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ce résultat. Il s'agit d'un résultat démontrant une alcalose respiratoire non compensée. Ce résultat est une conséquence de l'hyperventilation de M. Laflamme. <p><i>La novice réalise la préparation et la manipulation d'une ligne artérielle dans le but d'effectuer un prélèvement et un monitoring.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoires (gaz artériel) Prélèvement de sang de la ligne artérielle et du CVC à des fins diagnostiques</p> <p>Lecture complémentaire : Tableau 18.4 (Urden, 2014)</p>

<p>Le lendemain, le spécialiste en médecine interne décide de pratiquer une échographie cardiaque.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles données cet examen nous permet-il d'obtenir? L'échographie permet d'obtenir des images et des mesures des structures anatomiques et d'évaluer les flux sanguins. • Quelle est l'utilité de cet examen? Dans cette situation, l'échographie permettra d'évaluer l'insuffisance cardiaque de M. Laflamme. 	<p>Indication de l'échographie transœsophagienne et transthoracique</p> <p>Lecture complémentaire : Urden (2014) p. 365 à 368</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Arythmie

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiologie du cœur
- Comprendre les principes relatifs à la réanimation
- Savoir effectuer une évaluation et des soins reliés au système cardiovasculaire
- Intervenir afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Intervenir en présence de délirium
- Dispenser des soins à des usagers ayant une altération du système gastro-intestinal
- Dispenser des soins à l'usager nécessitant une transfusion sanguine
- Prendre en charge l'usager à risque ou atteint d'un syndrome d'immobilisation
- Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs

Situation clinique : Arythmie

Matériel :

- Réquisition de produits sanguins
- Nécessaire à transfusion sanguine
- Moniteur cardiaque (si possible)

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante du système de conduction et potentiel d'action et de la méthode d'analyse des rythmes de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Cahier d'arythmie de l'établissement <p>La novice doit avoir une connaissance suffisante des différentes fonctions du moniteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visionnement préalable du DVD du Dr Terrault (CSSS Les Eskers, 2011)

À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Arythmie » au besoin.

M. Henri Turpin, 58 ans, est hospitalisé depuis deux jours à l'étage de chirurgie pour une résection colosigmoïde à la suite d'une néoplasie non métastatique. L'infirmière de l'étage, en prenant ses signes vitaux, note une FC irrégulière variant de 69 à 140 battements / minutes. Voici le rythme à l'ECG :



- Quel est ce rythme? **FA avec réponse ventriculaire de 69 à 140 battements / minute**

La préceptrice explique les caractéristiques de la FA

M. Turpin est donc admis à l'USI à 1h30. Lorsque vous installez le moniteur, vous notez une réponse ventriculaire rapide soutenue variant de 139 à 168 / min. Voici les autres signes vitaux à l'arrivée : TA 88/41, FR 22 respiration / min, T 37.7°C et SpO₂ 96% AA.

- Selon les recommandations de l'ACLS, quelle sera l'intervention à poser? **Comme il s'agit d'un patient en FA instable (TA à 88/41), l'intervention à poser est une cardioversion.**

La préceptrice explique l'algorithme de traitement en présence de FA rapide selon l'ACLS (2010).

Caractéristiques électrocardiographiques de l'ECG

ACLS

Lecture complémentaire : Aehlert (2012) Figure 3.42

Le médecin est présent lors de l'admission du patient. Il vous demande de préparer le matériel pour une cardioversion.

- Quel est le matériel nécessaire pour réaliser cette intervention? **Il est nécessaire de préparer une sédation selon la prescription médicale. Le Fentanyl[®] et le propofol sont souvent utilisés. Le moniteur défibrillateur ainsi que les électrodes (Quick combo) sont nécessaires. La présence de l'inhalothérapeute pour ventiler l'usager à l'aide d'un ballon-masque est habituellement requise. Le débitmètre à oxygène et la succion doivent être fonctionnels. Le nécessaire à intubation doit être à portée de main ainsi qu'un ventimasque. En approchant le chariot à code de la chambre de l'usager nécessitant une cardioversion, tout le matériel nécessaire à une situation d'urgence est prêt.**

La préceptrice explique la procédure lors d'une cardioversion. Si possible, la préceptrice demande à la novice de démontrer sur le moniteur comment elle procèdera aux réglages.

Après la cardioversion, vous notez ce rythme au moniteur :



- Comment interprétez-vous ce rythme? **Bradycardie sinusale à 40 battements / minute**

Intervention lors d'une cardioversion

<p>Des analyses de laboratoire ont été demandées et vous recevez un résultat d'hémoglobine à 68 g/l. Vous notez que le patient a eu une perte sanguine de 1200ml lors de sa chirurgie et que son Jackson Pratt draine 100ml de liquide sanguin à chaque quart de travail. Le médecin demande l'administration de 2 culots globulaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment procédez-vous à l'administration de ce produit? Une tubulure avec un filtre de 170 à 260 microns doit être utilisée. Un culot globulaire n'est compatible qu'avec du NaCl 0.9%. Le débit moyen pour un culot globulaire est de 125 ml/h pour les 15 premières minutes puis 200 ml/h par la suite. Les signes vitaux incluant la température doivent être contrôlés avant de début de la transfusion puis 15 minutes après le début de la perfusion, soit avant le changement de débit. Par la suite, les SV sont contrôlés selon l'état clinique de l'utilisateur et le jugement de l'infirmière. Les SV sont également mesurés à la fin de la transfusion et 4h après la fin. • Sur quoi porteront vos surveillances? La température, la présence de frissons et de tremblement, la TA, la FC, la présence d'hématurie ou de tout autre saignement inexplicé, la présence d'urticaire, de rash ou de prurit ainsi que la présence de nausées et de vomissements. <p><i>La préceptrice demande à la novice de remplir la réquisition de produits sanguins et de préparer la tubulure à transfusion. Elle explique le protocole d'administration et de surveillance des produits sanguins de l'établissement.</i></p>	<p>Administration des produits sanguins Détection et prise en charge des réactions transfusionnelles</p>
<p>M. Turpin s'éveille lentement à la suite de la sédation reçue. Au matin, il vous demande où est son original.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel syndrome présente M. Turpin? Syndrome post soins intensifs (Mickelsen, Netzer & Iwashyna, 2014) • Quels sont les facteurs ayant précipité cet état? La sédation reçue ainsi que l'environnement de l'USI (bruits, éclairage, appareils). <p><i>La préceptrice explique le délirium.</i></p>	<p>Principales pathologies neurologiques (délirium hypo ou hyperactif) Reconnaissance des facteurs de risque du délirium</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) p.175 et 176</p>

<p>La nuit suivante, au rapport, vous apprenez que M. Turpin a eu des propos parfois inappropriés pendant la journée et qu'une méfiance s'est installée en soirée. Une prescription de rispéridone 0.5mg a été débutée au coucher.</p> <ul style="list-style-type: none"> De quelle façon interviendrez-vous auprès de M Turpin? Tenter de contrôler la lumière et le bruit pour favoriser le sommeil. S'assurer d'un soulagement optimal de la douleur. Une mobilisation précoce pendant la journée est également à prévoir. <p><i>La préceptrice discute des moyens non pharmacologiques de prise en charge du délirium.</i></p>	<p>Prise en charge du délirium par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) Encadré 9.3</p>
<p>À votre arrivée dans la chambre, M. Turpin lance son verre d'eau contre le mur. Il vous demande pourquoi vous l'empêchez d'aller à la chasse. Vous ne réussissez pas à établir un contact avec l'usager, il touche à tous les appareils à portée de main, débranche son moniteur, mais demeure dans son lit.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment interviendrez-vous dans cette situation? Comme il n'est plus possible d'obtenir de contact avec M. Turpin et qu'il présente un comportement agressif, il est indiqué d'en aviser le médecin. Une intervention pharmacologique, telle que l'administration d'un antipsychotique de 1^{re} génération, est habituellement requise par ce type de situation. <p><i>La préceptrice explique les indications d'une intervention pharmacologique.</i></p>	
<p>Vous avisez le médecin de la situation. Il vous prescrit une injection d'Haldol 5mg sc et Ativan 1mg sc répétable à 4 reprises q30min. Après deux injections, M. Turpin semble dormir. Le matin, lorsque vous l'éveillez pour ses prises de sang, M. Turpin est désorienté dans le temps. Il ne sait pas pourquoi il est aux soins intensifs. Il a l'impression d'avoir fait plusieurs cauchemars.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment expliquerez-vous la situation à M. Turpin? Nous sommes le 2 décembre 2015 et il est 7h30. Vous avez reçu de la médication qui a contribué à vous rendre désorienté mais il s'agit d'un effet temporaire. Vous avez reçu cette médication car votre cœur présentait une arythmie rapide mais maintenant votre rythme cardiaque est rétabli. C'est aussi pour cette raison que vous êtes aux soins intensifs. 	<p>Enseignement à l'usager et à sa famille en contexte de soins intensifs</p>

<p>Sa femme se présente à l'unité. Elle est très inquiète de l'état de son mari. Elle a peur que la situation soit permanente et que son mari ne « redevienne pas normal ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que direz-vous à l'épouse de M. Turpin? C'est un syndrome fréquent aux soins intensifs. Déjà, on peut observer une amélioration de son état. 	
<p>Lorsque vous installez M. Turpin, vous notez une rougeur qui ne blanchit pas à la pression au niveau du coccyx et du pli interfessier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle intervention est indiquée dans cette situation? Évitez la position de décubitus dorsal et appliquer une pellicule plastique (Tegaderm®) • Quels sont les facteurs de risque du syndrome d'immobilisation chez cet usager? La médication (sédatif) et l'immobilité • Quelles interventions mettez-vous en place au PTI de M. Turpin? Alterner la position q1h (q2h la nuit), Mobiliser au fauteuil QID, Utiliser une surface d'appui au fauteuil (coussin gel), Évaluer la plaie q8h, Veiller sur une bonne hydratation et une bonne alimentation <p><i>La préceptrice explique la prise en charge du syndrome d'immobilisation.</i></p>	<p>Identification des usagers à risque d'un syndrome d'immobilisation Prévention du syndrome d'immobilisation Intervention en présence d'un usager atteint du syndrome d'immobilisation Lecture complémentaire : Guide pratique en soins de plaie (CSSS de la Montagne)</p>
<p>Le lendemain, vous êtes sur le quart de jour. M. Turpin a commencé à s'alimenter au déjeuner. Il présente des nausées et refuse son repas de 12h. Il n'a pas envie de recevoir du Gravol tel que prescrit car il a peur d'être confus avec ce type de médication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels moyens non pharmacologiques proposez-vous à M. Turpin? Manger ce qu'il a envie de manger. Consommer des aliments salés. Prendre de petits repas fréquents. • Expliquez l'importance de l'alimentation dans son processus de guérison. Un apport protéinoénergétique est essentiel à la guérison. En situation de maladie, les besoins sont augmentés. • Quels éléments pourraient vous permettre de faire une évaluation nutritionnelle de votre patient? La présence d'une mauvaise cicatrisation des plaies et de lésions de pression, œdème, perte de cheveux ou cheveux ternes ou cassant, perte de tissus sous-cutané et atrophie musculaire ainsi qu'une peau sèche et squamateuse. 	<p>Prise en charge des nausées et vomissements par des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques Évaluation de l'état nutritionnel Urden, Stacy & Lough (2014) Encadré 7.2</p>

<p><i>La préceptrice complète les notions de la novice sur la prise en charge des nausées et explique l'évaluation nutritionnelle.</i></p>	
<p>Au dossier, vous notez une albumine à 28 g/l. Le médecin a demandé une pré-albumine, résultat qui n'est pas encore reçu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ce résultat. L'albumine est ici diminuée. • Quelles informations supplémentaires apportera la pré-albumine? L'albumine change lentement et indique plus spécifiquement une dénutrition à long terme. La préalbumine change rapidement en réponse à une situation aigüe. Elle est donc plus représentative de la situation actuelle. <p><i>La préceptrice explique à la novice l'interprétation de ces résultats.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoire Urden, Stacy & Lough (2014) Tableau 7.2</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

AVC

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiopathologie du cœur
- Comprendre la physiopathologie du système nerveux
- Comprendre la physiopathologie du système urinaire
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système neurologique
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système urinaire
- Interpréter un ECG
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système respiratoire
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire
- Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire

Situation clinique : AVC

Matériel :

- Lampe de poche
- Filtre 120 microns

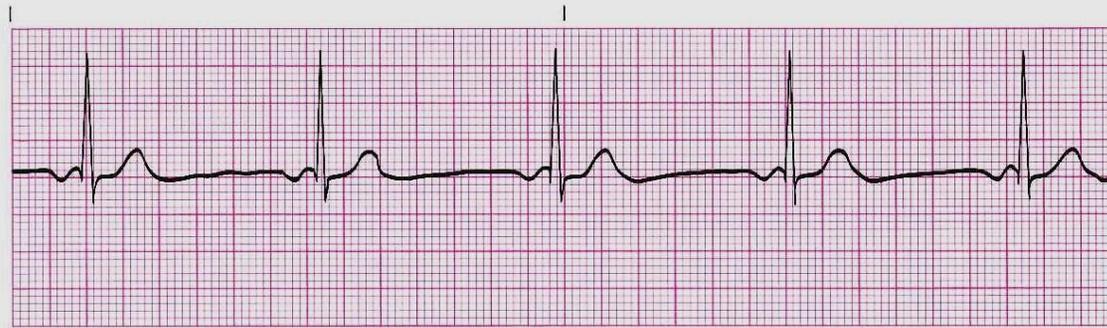
Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'évaluation neurologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Brunner et Suddarth (2011) volume 6 chap. 63 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du système urinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoehn (2010) chap. 25 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante des soins palliatifs et du deuil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Reny (2012) chap. 11 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante du système de conduction et potentiel d'action et de la méthode d'analyse des rythmes de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Cahier d'arythmie de l'établissement

<p>À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « AVC » au besoin.</p> <p>Mme Alberte Chalifoux, 87 ans est sous vos soins à la suite d'un AVC. Elle a été retrouvée étendue par terre à 8h ce matin à son domicile. Personne n'avait eu de contact avec la dame depuis 48h. La fille de Mme Chalifoux l'a retrouvée recouverte de selles séchées et d'urine, ce qui permet de supposer qu'elle est demeurée plusieurs heures par terre avant d'obtenir de l'aide. Un AVC ischémique fut observé au scan cérébral. Mme Chalifoux a été admise à l'USI à 15h30. Il est 16h, vous débutez votre quart de travail. Mme Chalifoux est connue pour FA et hypoT₄. Elle est sous traitement de warfarine, amiodarone et Synthroid®.</p> <p>À votre arrivée, Mme Chalifoux vous suit du regard mais elle est aphasique et présente une hémiparésie à gauche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur quels éléments portera votre évaluation? L'évaluation neurologique comprend l'état de conscience, la fonction motrice, les réflexes, la fonction respiratoire et les signes vitaux (Urden, Stacy & Lough, 2014). <p><i>La préceptrice explique l'évaluation neurologique.</i></p>	<p>Évaluation de la fonction pupillaire, de la force motrice et de la symétrie faciale</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Encadré 22.5, Figure 22.1 et 22.5</p>
<p>Dr Valley a prescrit, à l'admission de Mme Chalifoux, de réaliser un test de déglutition.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment procéderez-vous pour ce test? Demander à Mme Chalifoux de prendre une petite gorgée d'eau au verre. • Sur quels éléments portera votre évaluation? La présence de toux, de râle ou tous signes de difficultés respiratoires par la suite. <p>Vous lui faites boire une gorgée d'eau puis des râles sont audibles à la respiration.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle intervention devez-vous mettre en place pour Mme Chalifoux? Garder Mme Chalifoux NPO <p><i>La préceptrice explique la prise en charge d'un usager ayant un AVC.</i></p>	<p>Principales pathologies neurologiques (AVC)</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) p. 744 à 747 et Figure 23.1</p>

<p>En révisant le dossier de Mme Chalifoux, vous notez les résultats d'analyse de laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urée 15,2 mmol/L ✓ Créatinine 212 mmol/L ✓ Clairance de la créatinine <30 ml/min ✓ Osmolarité sérique 350 mOsm/L ✓ INR 0,91 <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ces résultats. • Les résultats augmentés pour l'urée, la créatinine et la clairance de la créatinine sont signes d'une mauvaise filtration glomérulaire, donc d'une insuffisance rénale. • L'osmolarité sérique augmentée peut être signe d'une déshydratation. • Il s'agit d'un résultat d'INR sous thérapeutique dans le traitement de la FA. <p><i>La préceptrice explique le lien entre le résultat d'INR sous thérapeutique, la FA et l'AVC.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoires</p> <p>Principales pathologies cardiaques (arythmie)</p>
<p>Dans le dossier antérieur de Mme Chalifoux, vous notez une créatinine à 62 mmol/L. Le soluté en cours est présentement un Salin 0,9% à 150 ml/h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment expliquez-vous l'augmentation? Mme Chalifoux a probablement une insuffisance rénale aiguë en lien avec une déshydratation. Le fait que 48h se sont écoulées avant que Mme Chalifoux soit trouvée nous permet de tirer cette conclusion. • En lien avec cette situation, sur quoi portera votre évaluation? La mesure de la diurèse horaire, la surveillance de la tension artérielle et la mesure de l'œdème. <p><i>La préceptrice explique l'interprétation des analyses de laboratoire et fait le lien avec l'insuffisance rénale aiguë précipitée par la déshydratation. Elle explique les surveillances et les traitements de l'insuffisance rénale.</i></p>	<p>Principales pathologies en lien avec le système urinaire (Insuffisance rénale)</p> <p>Principaux traitement de l'insuffisance rénale</p> <p>Réalisation de l'examen physique en lien avec le système urinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de l'œdème • Mesure de la diurèse horaire <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Figure 26.3 et p.840 à 843.</p>

<p>Lors de l'installation de Mme Chalifoux, vous notez une zone bleutée sous la peau.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le stade de cette plaie de pression? Stade LTPS • Quelles interventions indiquerez-vous au PTI? Mise en place d'un matelas diminuant la pression, Évitez le décubitus dorsal, Changement de position q1h • Quel est le traitement indiqué dans cette situation? Aucun pansement ne doit être mis car l'épiderme est ici intact. Si l'épiderme présente une rougeur qui ne blanchit pas à la pression une pellicule plastique (Tegaderm®) ou un hydrocolloïde peut être mis en place. <p><i>La préceptrice explique les stades des plaies de pression et indique les traitements recommandés en lien avec le stade.</i></p>	<p>Intervention en présence d'un usager atteint d'un syndrome d'immobilisation</p>
<p>À 20h, Mme Chalifoux est inconsciente lors de votre arrivée dans la chambre. Elle présente des traces de vomissement autour de la bouche ainsi que des râles audibles à l'oreille. Les objectifs de soins n'ont pas encore été précisés avec la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles seront vos interventions? Demander de l'aide à une collègue, Dégager les voies respiratoires de Mme Chalifoux en aspirant au besoin, Maintenir les voies respiratoires dégagées avec une canule oropharyngée (si absence du réflexe de Gag) ou une canule nasopharyngée et ventiler à l'aide d'un ballon-masque si la respiration est inférieure à 8 / minute. • Sur quoi portera votre évaluation? État de conscience, le rythme cardiaque, la présence d'une respiration spontanée ainsi que la réponse pupillaire et motrice. <p><i>La préceptrice explique comment intervenir auprès d'un usager présentant une altération de l'état de conscience et demande à la novice d'effectuer une évaluation de la fonction pupillaire, de la force et de la symétrie faciale sur elle.</i></p>	<p>Dispensation des soins primaires en réanimation</p>

Vous avisez le médecin de la situation. Il vous dit qu'il sera à l'unité dans quelques minutes. Vous observez le rythme suivant au moniteur.



- Interprétez ce rythme. **Rythme jonctionnel à 50 battements / minute**

La préceptrice revoit l'interprétation du rythme jonctionnel.

Vous observez les signes vitaux suivants : TA 191/98 FC 50 battements / minute, respiration de Cheyne-Stokes à 12 respirations / minute et SpO₂ 89%.

- Quel problème suspectez-vous? **La présence d'hypertension intracrânienne**

La préceptrice explique les signes d'hypertension intracrânienne (HTIC) ainsi que l'évaluation associée.

Compte tenu de la situation et des objectifs de soins non clarifiés, Dr Valley décide d'intuber Mme Chalifoux. Il prescrit également du Mannitol 50g iv STAT puis 12,5g iv q8h ainsi qu'un scan cérébral ce soir.

- Quelle est l'indication de l'administration du Mannitol? **Le traitement de l'HTIC**

La préceptrice explique le rôle du Mannitol en présence d'HTIC. Elle démontre à la novice l'utilisation du filtre 120 microns pour les perfusions de Mannitol.

Reconnaissance de l'arythmie

Principales pathologies neurologiques (HTIC)

Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Figure 23.7

Médication usuelle à l'USI en lien avec le système neurologique

<p>Votre collègue a avisé les enfants de Mme Chalifoux de la dégradation de l'état de leur mère. À leur arrivée à l'unité, ils sont rencontrés par Dr Valley. Lorsqu'ils sont de retour dans la chambre de leur mère, sa fille vous dit : « Ma mère aime tellement la vie... Elle a toujours dit que même handicapée elle serait heureuse tant qu'elle aurait ses enfants et ses petits-enfants autour d'elle. Le médecin nous a demandé de décider si l'on poursuit les traitements ou non. Je trouve que ça serait de la tuer que d'arrêter les traitements. » Comment interviendrez-vous auprès de cette famille? Faire preuve d'empathie, assurer une écoute active, faire de l'enseignement si nécessaire au sujet des droits et responsabilités relatifs au processus de choix de soins et au rôle du porte-parole, faciliter l'expression et la clarification de leurs propres besoins, faciliter l'expression et la clarification de leur perception des besoins de leur mère et de ce que seraient ses volontés dans un tel contexte. Donner des explications sur l'état de leur mère au besoin. <i>La préceptrice discute avec la novice de la façon de soutenir la famille lors du choix des objectifs de soins.</i></p>	<p>Accompagnement de l'utilisateur et de la famille en prévision ou lors d'un décès</p> <p>Urden, Stacy & Lough (2014) : Tableau 10.3 et 10.4</p>
<p>Votre collègue vous dit, en ayant des larmes dans les yeux : « Je suis contente que ça soit ta patiente! Moi je ne suis pas capable de voir des gens laisser souffrir quelqu'un comme ça inutilement! Il est arrivé une situation semblable à mon grand-père. Malheureusement, il demeure à Québec. Avoir été proche, je te dis qu'il ne serait pas givé dans son lit au foyer! »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment interviendrez-vous auprès de votre collègue? Faire preuve d'empathie et assurer une écoute active. Souligner avec délicatesse que chaque cas est unique. Rappeler au besoin que le porte-parole a le droit de choisir les objectifs de soins en fonction de ce qu'il considère être l'intérêt supérieur de son proche et que ce choix est très personnel. <p><i>La préceptrice discute avec la novice de la façon de soutenir ses collègues lors de situations difficiles pour eux.</i></p>	<p>Participation au maintien d'une équipe de travail en mesure d'offrir soutien et compassion à l'ensemble des collègues</p>

<p>Au scan, il est noté une hernie transtentorielle. De retour à l'unité vous notez que les membres supérieurs de Mme Chalifoux sont rigides et en extension. Elle présente une pronation des avant-bras et une flexion des mains. Ses pupilles sont dilatées, asymétriques et non réactives à la lumière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment se nomme la position de Mme Chalifoux? Rigidité de décérébration • Quelle en est la cause? Une lésion dans la région du tronc cérébral <p><i>La préceptrice explique l'engagement cérébral et ses conséquences.</i></p>	<p>Principales pathologies neurologiques (engagement cérébral)</p>
<p>Suite au résultat de scan, Dr Valley rencontre à nouveau la famille. Compte tenu du sombre pronostic, ils décident de cesser les traitements.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment interviendrez-vous auprès de la famille? Explorer leurs besoins et leurs croyances vis-à-vis la mort. Faciliter l'expression des émotions. Créer un climat permettant aux membres de la famille de faire leurs adieux à la personne en fin de vie. Faciliter la réalisation, avant ou après le décès, de rituels qui seraient souhaités par la famille. <p><i>La préceptrice discute du soutien à la famille avant et après le décès de Mme Chalifoux.</i></p>	<p>Accompagnement de l'utilisateur et de la famille en prévision ou lors d'un décès</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Tableau 10.2</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Polytraumatisme (deux rencontres)¹²

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiopathologie du système respiratoire
- Connaître les problèmes associés aux traumatismes
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire
- Dispenser des soins à l'usager polytraumatisé
- Savoir évaluer la douleur et l'anxiété
- Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété
- Dispenser des soins à un usager porteur d'un cathéter péridural pour analgésie
- Dispenser des soins à un usager atteint d'hypothermie
- Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique ou péricardique

¹² Prévoir deux rencontres pour cette situation.

Situation clinique : Polytraumatisme (deux rencontres)

Matériel (première rencontre) :

- Couverture chauffante
- Appareil de réchauffement des liquides iv (Hotline)
- Tubulure pour appareil de réchauffement des liquides iv
- Système de drainage thoracique
- Bladderscan

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du système urinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoehn (2010) chap. 25 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie respiratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoen (2010) chap. 22 <p>La novice doit avoir une connaissance suffisante des méthodes d'évaluation de la douleur et de l'anxiété.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Potter et Perry (2010) volume 2 chap. 33

Première partie :

À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Polytraumatisme » au besoin.

M. Marc Hamelin, 36 ans, est admis à l'unité des soins intensifs le 13 décembre à 12h45. Il a eu un accident de voiture ce matin et a été incarcéré 2h dans sa voiture. Il s'agit d'un homme sans antécédent médical ou chirurgical. M. Hamelin a eu un scan thoracique et abdominal à l'urgence ainsi que des RX du rachis, du bassin et une grille costale. Suite au résultat d'imagerie, une fracture du bassin stable non chirurgicale est diagnostiquée. M. Hamelin présente également des fractures au niveau des côtes droites à partir de la 4^e à la 10^e côte sur la ligne médioclaviculaire et au niveau latéral. Une lacération de 15 cm au niveau de l'arcade sourcilière gauche a été réparée par le médecin de l'urgence.

Concernant la prise en charge d'un polytraumatisé en général :

- Quelles sont les complications potentielles? **La triade létale d'un polytraumatisé comprend l'hypothermie, l'acidose et la coagulopathie.**
- En lien avec les complications potentielles, sur quels éléments portera votre évaluation? **L'évaluation générale d'un polytraumatisé doit porter sur la présence de saignement externe ou interne ainsi que sur la prévention de la contamination et de l'hypothermie.**

La préceptrice explique les polytraumatismes et les complications potentielles.

Triade létale (hypothermie, acidose, coagulopathie)

Complications reliées aux traumatismes

Lecture complémentaire : Robert, Delachevrottière & Thiffautl (CSSSTR, 2012) La Traumatologie

<p>Concernant les fractures costales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment nomme-t-on ce type de fracture? Volet thoracique • Quelles sont les complications potentielles vu ce type de fracture? Une atteinte cardiaque (contusion myocardique, tamponnade cardiaque) ou pulmonaire (hémo ou pneumothorax, contusion pulmonaire, plus tardivement l'atélectasie), rupture ou atteinte de gros vaisseaux et une atteinte du foie ou de la rate. • En lien avec les complications potentielles, sur quels éléments portera votre évaluation? • Atteinte cardiaque : surveillance de l'ECG et des troponines, turgescence des jugulaires ainsi que l'auscultation cardiaque pour détecter un B₁ B₂ assourdis. • Atteinte pulmonaire : Auscultation pulmonaire, amplitude et symétrie respiratoire, trachée médiane, SpO₂ et coloration • Atteinte vasculaire : Symétrie des pouls périphériques et de la TA ainsi que le remplissage capillaire • Atteinte du foie ou de la rate : SV (signes de choc hypovolémique) et souplesse de l'abdomen • Quelles interventions devrez-vous éventuellement mettre en place? Des exercices respiratoires telle l'expiration contre lèvres pincées et le soulagement de la douleur <p><i>La préceptrice explique ce qu'est un volet thoracique et les surveillances liées aux complications potentielles. Elle explique le risque d'atteinte pulmonaire et d'atélectasie et les interventions nécessaires.</i></p>	<p>Traumatisme thoracique Complications liées aux traumatismes (atteinte pulmonaire)</p>
--	--

<p>En lien avec la plaie de M. Hamelin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quel traumatisme une plaie à l'arcade sourcilière est-elle le signe? Un trauma crânien • Sur quoi portera votre évaluation en lien avec ce type de traumatisme? État de conscience • De manière plus tardive, quelle complication potentielle est reliée à la présence de plaie? Une infection • Quelles interventions mettrez-vous en place pour l'éviter? Désinfection de la plaie et mise en place d'un pansement protecteur au besoin ainsi qu'une surveillance des signes d'infection à chaque quart de travail. 	<p>Traumatisme cérébral Contrôle des dommages : prévention de la contamination</p>
<p>À l'arrivée à l'USI, sa température rectale est de 34,9°C.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles interventions mettrez-vous en place? Réchauffer activement le tronc et les membres à l'aide de la couverture chauffante et administrer les perfusions iv avec l'appareil de réchauffement des liquides. <p><i>La préceptrice explique l'utilisation des dispositifs de réchauffement de l'unité et demande à la novice de préparer une perfusion intraveineuse au moyen de l'appareil de réchauffement des liquides iv.</i></p>	<p>Utilisation de l'appareil de réchauffement des liquides iv Utilisation des dispositifs de réchauffement</p>
<p>Au scan, un hémopneumothorax a été vu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il n'est pas drainé, quelle complication peut se produire? Un pneumothorax sous tension et une tamponnade cardiaque <p><i>La préceptrice explique le risque du pneumothorax sous tension et de la tamponnade cardiaque.</i></p>	<p>Principales pathologies respiratoires (hémothorax et pneumothorax sous tension)</p>

<p>Le chirurgien se présente à l'unité pour l'installation d'un drain thoracique.</p> <ul style="list-style-type: none"> De quel matériel aurez-vous besoin? Le désinfectant, le drain, l'appareil de drainage, des gants stériles pour le chirurgien, un fil à suturer, des compresses à drain et régulière ainsi que du Méfix[®]. Plusieurs centres ont un plateau stérile préparé pour l'installation d'un drain thoracique. Quels sont les éléments de surveillance en lien avec le drainage thoracique? <p><i>La préceptrice explique le rôle de l'infirmière lors de l'installation d'un drain thoracique. Elle demande à la novice de démontrer la préparation du système de drainage. Elle explique également les surveillances reliées à ce type de drainage.</i></p> <p>En 30 minutes, 750 ml de sang est drainé par le drain thoracique.</p>	<p>Collaboration avec le médecin pour l'installation d'un drain thoracique</p> <p>Surveillance et soins associés au drainage thoracique</p>
<p>La sonde urinaire installée à l'urgence a drainé seulement 50ml d'urine depuis son installation.</p> <ul style="list-style-type: none"> Avant d'aviser le médecin de la situation, que devez-vous évaluer? La perméabilité de la sonde urinaire. Si de l'urine est détectée au bladderscan, il est indiqué de procéder à une irrigation de la sonde urinaire pour rétablir le drainage avant d'aviser le médecin. <p><i>La préceptrice explique comment vérifier la perméabilité de la sonde. Elle demande à la novice de démontrer l'utilisation du bladderscan.</i></p>	<p>Prise en charge d'un usager porteur d'une sonde urinaire</p> <p>Indication du bladderscan</p> <p>Réalisation de l'examen physique en lien avec le système urinaire : utilisation du bladderscan</p>
<p>Une perfusion de Salin 0,9% est en cours à 100 ml/h. Le médecin vous demande l'administration d'un bolus de Salin 0,9% 1L et l'augmentation du soluté à 200 ml/h x 4h. Il viendra évaluer la situation sous peu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon vous, quelles sont les indications du bolus et de l'augmentation du soluté? C'est pour éviter que la perte liquidienne (saignement) cause une diminution de transport d'O₂ vers les cellules. <p><i>La préceptrice explique la réanimation liquidienne.</i></p>	<p>Utilisation de la réanimation liquidienne</p>

<p><u>Deuxième partie :</u> <i>À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes).</i></p> <p>M. Hamelin a reçu trois doses de Morphine 5 mg iv à l'urgence, la dernière dose étant à 12h15. Il est présentement 14h et M. Hamelin demeure très souffrant et présente une respiration superficielle à 22 respirations /minute. Il tente de bouger dans son lit pour trouver une position confortable et gémit. Le médecin de l'urgence a prescrit de la Morphine 5 à 10 mg sc q3-4h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment évaluez-vous la douleur de M. Hamelin? À l'aide d'une échelle numérique • Que prendrez-vous comme moyen pour le soulager? Administrer la Morphine sc tel que prescrit. La dose peut être adaptée à l'intensité de la douleur de M. Hamelin. <p><i>La préceptrice explique l'utilisation de diverses méthodes d'évaluation de la douleur ainsi que les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques de soulagement de la douleur.</i></p>	<p>Utilisation de diverses méthodes d'évaluation de la douleur chez l'utilisateur communicatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échelle visuelle analogue • Échelle de nombre • Description <p>Gestion de la douleur et de l'anxiété par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Figure 8.3</p>
--	--

<p>Vous administrez une dose de Morphine 7,5mg sc à 14h10. À 14h30, M. Hamelin vous dit présenter une douleur inchangée à 8/10 au niveau costal. Dr Cloutier, qui prend en charge l'usager, est présent sur l'unité. Il demande une consultation en anesthésie pour l'installation d'un cathéter péridural. L'installation d'un cathéter péridurale thoracique est faite au bloc opératoire. Une perfusion de Bupivacaïne 0.5% et Fentanyl 2 mcg/ml est débutée à 8 ml/h. L'anesthésiste a fait une injection d'Épimorph® par le cathéter épidural. Il a aussi ajouté une prescription d'acétaminophène 1g po QID et de la Morphine 5mg sc q4h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que devrez-vous évaluer chez M. Hamelin? Évaluation de l'échelle de douleur, l'échelle de sédation, évaluation respiratoire (fréquence, rythme et amplitude) et monitoring de la saturation. • Selon vous, pourquoi une prescription de Morphine est associée à la perfusion par péridurale? L'épidurale est installée principalement pour soulager la douleur causée par le volet thoracique. À elle seule, elle ne permettra pas de soulager la douleur causée par l'ensemble des blessures de M. Hamelin. <p><i>La préceptrice explique l'évaluation d'un usager sous narcotique et perfusion</i></p>	<p>Évaluation du niveau sensoriel et moteur Évaluation de l'efficacité et des effets secondaires reliés à l'utilisation des narcotiques</p>
<p>Le lendemain matin, vous recevez les résultats de laboratoire suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ CK 4823 UI/L ✓ Créatinine 81 mmol/L ✓ Hémoglobine 110 g/L <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ces résultats. Les CK sont augmentés par les blessures musculaires. La créatinine normale démontre une filtration rénale adéquate. L'hémoglobine diminuée témoigne de la perte sanguine. • Quelle est la cause de l'augmentation des CK? Les blessures musculaires <p><i>La préceptrice explique l'interprétation des analyses de laboratoire. Elle fait le lien entre les CK élevés et les traumatismes.</i></p>	<p>Contrôle des dommages : minimisation des désordres métaboliques</p>

<p>À la suite des résultats des analyses de laboratoire, Dr Cloutier demande une analyse d'urine avec une recherche de myoglobine urinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle complication peut être détectée à l'aide de ces analyses? La rhabdomyolyse <p><i>La préceptrice explique la rhabdomyolyse et ses complications à la novice.</i></p>	<p>Complications reliés aux traumatismes (rhabdomyolyse)</p>
<p>L'urine de M. Hamelin est de couleur thé. À l'analyse d'urine, il y a présence d'hématurie macroscopique et il y a présence de myoglobine dans l'urine. Dr Cloutier prescrit une perfusion de Salin 0,9% 1L avec 3 ampoules de HCO₃⁻ à 250 ml/h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication de cette perfusion? Elle favorise l'élimination de la myoglobine • Sur quoi portera votre surveillance? pH sanguin et la mesure de la diurèse horaire <p><i>La préceptrice explique l'action du HCO₃⁻ dans l'élimination de la myoglobine urinaire.</i></p>	<p>Administration de la médication reliée à la fonction urinaire (bicarbonate)</p>
<p>Trois jours plus tard, M. Hamelin est plus confortable. La succion est cessée sur son drain thoracique. Selon les suggestions de l'orthopédiste, il doit demeurer alité la tête à 30° pour une période de 4 à 6 semaines. Comme M. Hamelin est moins souffrant, il se mobilise plus dans son lit.</p> <p>M. Hamelin vous appelle car il présente une douleur thoracique gauche à 4/10 qui augmente à l'inspiration.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels autres éléments sont nécessaires à votre évaluation? Le PQRSTU de la douleur, la fréquence, le rythme et l'amplitude respiratoire, la SpO₂, le signe d'Homans et les SV complets. • Quelle complication potentielle est à éliminer présentement? L'embolie pulmonaire et l'embolie graisseuse <p><i>La préceptrice explique le risque d'embolie graisseuse et d'embolie pulmonaire et l'évaluation associée à ces deux complications.</i></p>	<p>Complications reliées aux traumatismes (embolie graisseuse et embolie pulmonaire) Principales pathologies pulmonaires (embolie pulmonaire)</p>

<p>Dr Cloutier demande un angioscan thoracique. Comme M. Hamelin est déjà sous thromboprophylaxie depuis son arrivée, le médecin suspecte une embolie pulmonaire ou graisseuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel facteur de risque de l'embolie graisseuse est présent chez cet usager? Fracture du bassin • Quels facteurs de risque de l'embolie pulmonaire sont présents chez cet usager? L'alitement et la présence de traumatisme • Si l'embolie pulmonaire est confirmée au scan, quel traitement sera mis en place? Anticoagulant, habituellement en perfusion iv • En tenant compte du traitement de l'embolie pulmonaire chez un polytraumatisé, que devrez-vous évaluer? Présence de saignement <p><i>La préceptrice explique l'embolie pulmonaire et son traitement. Elle explique les surveillances associées à l'administration d'anticoagulant chez un usager polytraumatisé.</i></p>	<p>Contrôle des dommages : contrôle de l'hémorragie</p>
--	---

<p>Quelques jours plus tard, le chirurgien décide de retirer le drain thoracique. L'épidurale sera également retirée puisqu'elle est présentement à un débit minimal et que M. Hamelin demeure confortable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ce qui a trait au drain thoracique : <ul style="list-style-type: none"> ○ De quel matériel aurez-vous besoin? Cabaret à pansement (contenant pinces et ciseaux), compresses, Méfix® et une solution désinfectante (chlorexidine). Certains chirurgiens demandent l'application d'un onguent antibiotique (Bétadine® ou Polysporin®) sur le site d'insertion. ○ Sur quoi portera votre évaluation suite au retrait du drain? Présence d'écoulement et d'emphysème sous-cutanée ainsi que la surveillance des signes d'infection. • En ce qui a trait à la péridurale : <ul style="list-style-type: none"> ○ De quel matériel aurez-vous besoin? Pansement (Tégaderm pad®). Certains anesthésistes demandent l'application d'un onguent antibiotique (Bétadine® ou Polysporin®) sur le site d'insertion. ○ Sur quoi portera votre évaluation suite au retrait du cathéter? Présence d'écoulement et surveillance des signes d'infection. <p><i>La préceptrice explique le rôle de l'infirmière lors du retrait d'un drain thoracique ainsi que les surveillances associées.</i></p> <p><i>La préceptrice explique le rôle de l'infirmière lors du retrait du cathéter pour péridurale ainsi que les surveillances associées.</i></p>	<p>Collaboration avec le médecin pour le retrait du drain</p> <p>Collaboration au retrait du cathéter épidural</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Intoxication

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre les principes relatifs à la réanimation
- Comprendre la physiopathologie du système urinaire
- Comprendre les intoxications volontaires ou involontaires
- Utiliser un stimulateur cardiaque
- Interpréter un ECG
- Effectuer une évaluation neurologique
- Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs

Situation clinique : Intoxication

Matériel :

- Moniteur
- Cardiostimulateur externe

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'évaluation neurologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Brunner et Suddarth (2011) volume 6 chap. 63 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante du système de conduction et potentiel d'action et de la méthode d'analyse des rythmes de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Cahier d'arythmie de l'établissement <p>La novice doit avoir une connaissance suffisante des différentes fonctions du moniteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visionnement préalable du DVD du Dr Terrault (CSSS Les Eskers, 2011)

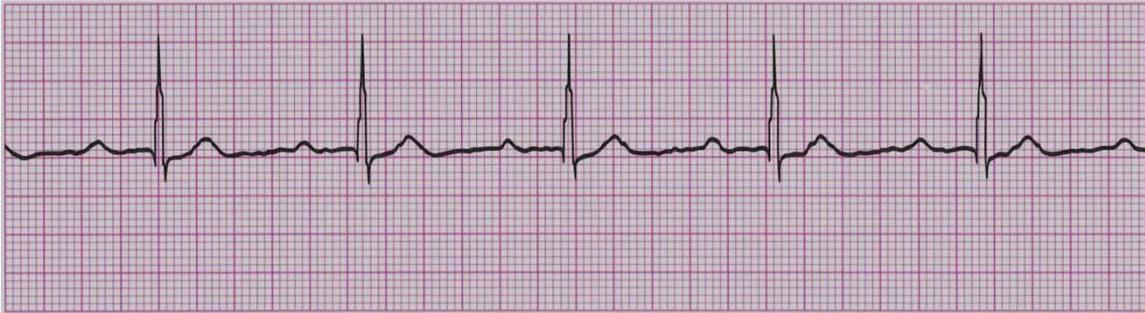
À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Intoxication » au besoin.

Une dame de 38 ans, Alice Bourgeois, est admise à l'USI à 21h pour une intoxication volontaire. Mme Bourgeois a comme seul antécédent une dépression il y a cinq ans. Elle ne prend actuellement aucun médicament. Elle a pris 15 comprimés de sotalol 120mg, 15 comprimés de KDur® 20 mEq et 15 comprimés de lorazépam 1mg avec une quantité indéterminée d'alcool. Les médicaments appartenaient à sa mère. Son fils de 20 ans a appelé l'ambulance lorsqu'il a retrouvé sa mère semi-consciente sur le divan avec les bouteilles vides de pilules. À son arrivée à l'urgence, elle présentait un score de 12 sur l'échelle de Glasgow. Elle s'est éveillée après trois doses de flumazénil 0,2 mg iv.

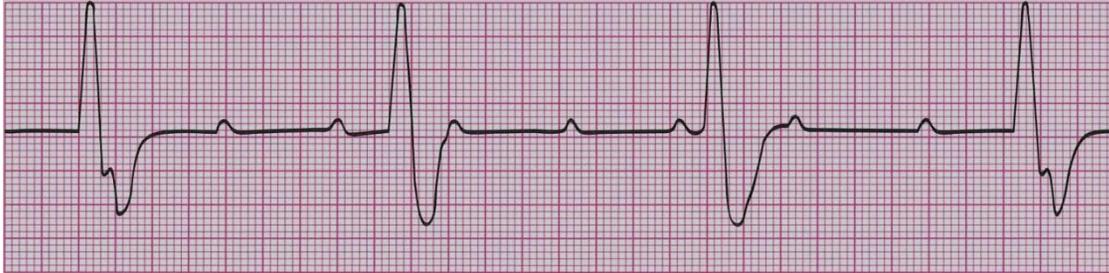
- Dans un tel contexte, pourquoi le charbon de bois est-il contre-indiqué? **Le charbon de bois est contre-indiqué en présence d'une altération de l'état de conscience**
- Selon les médicaments pris par la patiente, quelles sont les complications potentielles? **Le sotalol peut entraîner des bradyarythmie et une hypotension. Le KDur® peut entraîner une hyperkaliémie et le lorazépam, une altération de l'état de conscience et une dépression respiratoire.**
- En lien avec les complications potentielles, sur quels éléments portera votre évaluation? **Une surveillance étroite des SV et du tracé cardiaque ainsi qu'un dosage rapproché des électrolytes.**
- Quelle est l'indication du flumazénil? **Il s'agit de l'antidote des benzodiazépines**

La préceptrice explique à la novice les surveillances en lien avec les patients en situation d'intoxication volontaire ou non. Elle explique les antidotes les plus fréquemment utilisés dans les cas d'intoxication.

Mode de surveillance en lien avec une intoxication
Évaluation du niveau de conscience, de la fonction pupillaire et de la force motrice

<p>Le potassium de Mme Bourgeois est à 5,9 mmol/L à l'arrivée. Elle a reçu 10 unités d'insuline et une ampoule de D50%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication de ce traitement? Il s'agit du traitement de l'hyperkaliémie <p><i>La préceptrice explique la prise en charge de l'hyperkaliémie.</i></p>	<p>Principales pathologies en lien avec le système urinaire (hyperkaliémie)</p>
<p>Le Centre Antipoison a été consulté. Il recommande une mesure régulière de l'intervalle PR et QT ainsi qu'une surveillance de l'état de conscience et de l'état respiratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluez ces mesures sur le tracé suivant : PR 0.32 secondes et QT 0.44 secondes  <p><i>La préceptrice revoit les mesures d'intervalles sur une bande de rythme. Ensuite, si possible, elle démontre à la novice comment le faire sur le moniteur central et lui demande de le faire.</i></p>	<p>Caractéristiques électrocardiographique de l'ECG</p>
<p>Vous évaluez l'échelle de Glasgow de Mme Bourgeois. Elle ouvre les yeux avec forte stimulation verbale, elle est orientée dans le temps, le lieu et les personnes et elle bouge spontanément.</p> <ul style="list-style-type: none"> • À combien évaluez-vous son score sur l'échelle de Glasgow? 14 <p><i>La préceptrice explique l'évaluation neurologique par l'échelle de Glasgow.</i></p>	<p>Utilisation de l'échelle de Glasgow</p>

Une heure plus tard, la TA de Mme Bourgeois est à 88/46 et vous observez ce rythme :



Mme Bourgeois demeure facile à éveiller avec une stimulation verbale.

- Interprétez ce rythme. **BAV 3^e degré avec échappement ventriculaire à 40/min**
- Quelle intervention est-il prioritaire de mettre en place? **Installation du cardiostimulateur externe**

La préceptrice revoit avec la novice l'interprétation du bloc AV du 3^e degré. Elle explique l'algorithme de la bradycardie.

Le médecin de l'urgence se présente rapidement à la suite de votre appel. Il demande l'installation du cardiostimulateur externe.

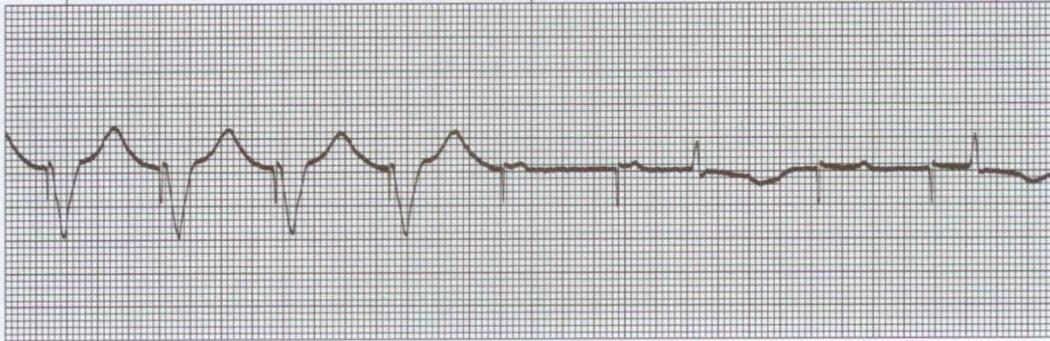
- Comment procéderez-vous pour l'installation? **Les électrodes doivent être placé sur le patient après avoir préparé la peau (rasage, retrait des timbres cutanés, essuyer si diaphorèse). Ensuite, le défibrillateur est placé en mode stimulation. La fréquence est ajustée selon la prescription médicale. L'ampérage est placé à 30 mA pour débiter puis augmenté jusqu'à l'apparition de spicules suivi d'une capture.**

La préceptrice demande à la novice de régler les paramètres du cardiostimulateur externe.

Reconnaissance de l'arythmie
ACLS

Collaboration avec le médecin pour la
mise en place du stimulateur externe

À la suite de l'installation du cardiostimulateur vous observez ce tracé :

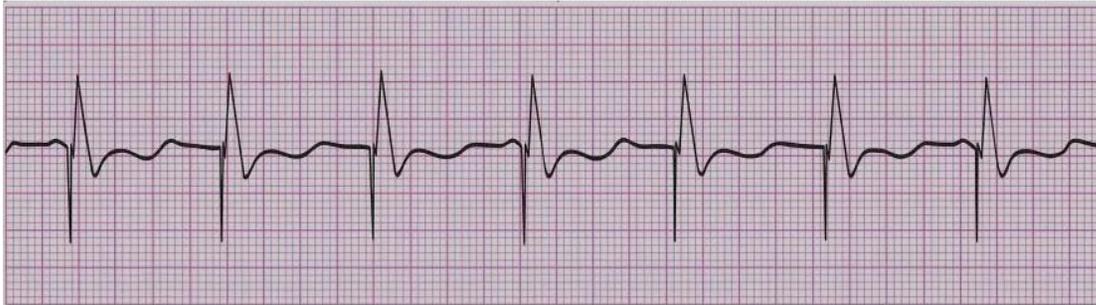


- Interprétez ce rythme? **Rythme électro-entraîné au 4 premier complexes suivi d'une mauvaise capture**
- Quelle intervention est nécessaire avec un tel rythme? **Augmenter l'ampérage pour observer une capture**

La préceptrice revoit l'ajustement de l'ampérage nécessaire pour provoquer une capture.

Dispensation de soins à l'utilisateur porteur d'un stimulateur cardiaque

À la suite de votre intervention, vous observez le rythme suivant au moniteur :



- Interprétez ce rythme. **Rythme électro-entraîné à 70/min**
- Qu'est-il important d'évaluer avec un tel rythme? **Un pouls correspondant à la fréquence observé au moniteur**

La préceptrice explique les soins à l'utilisateur porteur d'un cardiostimulateur externe.

<p>Le médecin vous prescrit un bolus de glucagon 5 mg iv puis une perfusion de 2 à 5 mg/h pour une TAM > 60mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication du glucagon dans cette situation? Il s'agit de l'antidote des bêtabloqueurs • Que devrez-vous surveiller en lien avec cette perfusion? La TA, la FC et la glycémie <p><i>La préceptrice explique le rôle d'antidote du glucagon et ses effets secondaires.</i></p>	
<p>À la suite des interventions, Mme Bourgeois est présentement bien éveillée. Elle vous dit que vous vous donnez beaucoup de mal pour rien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment interviendrez-vous auprès de Mme Bourgeois? Utiliser l'écoute active. Explorer le sens qu'elle donne à son commentaire. Lui faire sentir, par des comportements, attitudes et paroles, qu'il vous importe de bien prendre soin d'elle, que l'équipe est là pour l'aider à passer à travers les difficultés qu'elle vit. D'autres interventions seraient non pertinentes puisque Mme Bourgeois sera vraisemblablement transférée à l'unité de santé mentale lorsque son état physique sera stable. <p>Le fils de Mme Bourgeois se présente à l'unité avec sa tante. Il pleure et dit avoir eu très peur que sa mère meure.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment interviendrez-vous auprès du fils de Mme Bourgeois? Faire preuve d'empathie et utiliser l'écoute active. Valider et normaliser les réactions de peur et de tristesse. Renseigner le fils de Mme Bourgeois sur l'état de sa mère. Explorer les ressources internes et externes dont il dispose. Lui suggérer ou le diriger vers des ressources externes supplémentaires au besoin (par exemple l'accueil psychosocial au CLSC ou le Centre de prévention du suicide). <p><i>La préceptrice discute avec la novice du soutien à apporter à Mme Bourgeois et son fils</i></p>	<p>Accompagnement de l'utilisateur et de sa famille en situation de crise</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Pneumonie (deux rencontres)¹³

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiopathologie du système respiratoire
- Comprendre la physiopathologie du système gastro-intestinal
- Savoir effectuer une évaluation et des soins respiratoires
- Savoir effectuer une évaluation neurologique
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire
- Effectuer une évaluation neurologique
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système gastro-intestinal
- Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété
- Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs

¹³ Prévoir deux rencontres pour cette situation.

Situation clinique : Pneumonie (deux rencontres)

Matériel (première rencontre) :

- Canule oropharyngée
- Circuit fermé pour aspiration d'intubé
- Respirateur

Matériel (deuxième rencontre) :

- Entéro-collecteur rectal à ballonnet

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du système respiratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoehn (2010) chap. 22 <p>La novice doit avoir une connaissance suffisante de l'évaluation neurologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Brunner (2006) volume 6 chap. 63 <p>La novice doit avoir une connaissance suffisante du respirateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visionnement préalable du DVD de M. Lacroix (CSSS Les Eskers, 2015)

<p><u>Première partie :</u> <i>À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Pneumonie » au besoin.</i></p> <p>Mme Denise Héту, 64 ans, est hospitalisée depuis 12h à l'USI pour une pneumonie. Elle est sous traitement de Tazocin® 3,375g iv q6h. Deux cultures d'expectoration ont été faites à son arrivée, la veille. Elle sature à 92% avec une FiO₂ à 1l/min via canule nasale. Le reste de ses signes vitaux est les suivants : TA 136/72 FC 102 FR 24 T°38.1°C. Mme Héту est connue pour une BPCO. Lors de votre première tournée, vous effectuez une auscultation pulmonaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les bruits qu'il est possible d'entendre dans un tel contexte? En lien avec la pneumonie, il est plausible d'entendre une diminution des murmures vésiculaires (MV) au lobe atteint par la pneumonie ainsi que des crépitants. Chez l'utilisateur atteint de BPCO, une diminution des MV et la présence de sibilances est possible mais cela varie en fonction de la décompensation de la BPCO. 	Auscultation pulmonaire
<p>Dans les résultats de l'examen sanguin effectué ce matin, vous notez une Hb à 168 g/l et des leucocytes à 18 x 10⁶ /microL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ces résultats de laboratoire. Lorsque l'hémoglobine est augmentée chez l'utilisateur atteint de BPCO, il s'agit souvent d'un signe de désaturation fréquente. L'hémoglobine augmente pour favoriser le transport de l'oxygène. Les leucocytes sont augmentés, ce qui est compatible avec l'état infectieux de pneumonie. 	Interprétation des analyses de laboratoire

<p>Lors de sa visite, l'inhalothérapeute donne un traitement de Ventolin® puis de Flovent® par aérochambre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'utilité de ces médicaments dans la présente situation? Il s'agit du traitement pour l'utilisateur atteint de BPCO. Le Ventolin® est donné pour son action de bronchodilatateur et le Flovent® est un anti-inflammatoire. • Justifiez le choix de l'aérochambre par l'inhalothérapeute. L'aérochambre est la méthode la plus efficace pour l'administration des traitements en inhalation. Il se produit moins de perte de médicament que lors de l'administration en nébulisation. 	<p>Médication usuelle à l'USI en lien avec le système respiratoire</p>
<p>La saturation de Mme Héту diminue au fur et à mesure que la journée se déroule. À 14h, vous notez les signes vitaux suivants : TA 113/65, FC 104 battements / min, FR 16 respiration / min, SpO₂ 87% avec une FiO₂ à 50%. Vous évaluez son échelle de Glasgow à 8/15 et ses pupilles sont dilatées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que représente cette donnée à l'échelle de Glasgow? Ce résultat démontre une diminution importante de l'état de conscience • Qu'est-il important de vérifier chez un usager présentant une altération de l'état de conscience? La protection des voies respiratoires <p><i>La préceptrice revoit l'utilisation de l'échelle de Glasgow ainsi que l'évaluation du résultat.</i></p>	<p>Utilisation de l'échelle de Glasgow Évaluation du niveau de conscience, de la fonction pupillaire et de la réponse motrice.</p>
<p>Compte tenu de l'état de conscience de Mme Héту, vous décidez de mettre en place une canule oropharyngée (guédelle).</p> <p><i>La préceptrice demande à la novice de lui démontrer comment mettre en place une canule oropharyngée.</i></p> <p>Vous avisez le médecin de la situation. Il vous demande un gaz capillaire. Voici son résultat : pH 7,21 pCO₂ 68 mmHg pO₂ 58 mmHg HCO₃⁻ 29 mEq/l</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ce résultat. Acidose respiratoire partiellement compensée <p><i>La préceptrice revoit l'analyse d'un gaz sanguin.</i></p>	<p>Dispenser des soins primaires en réanimation (CDAB)</p> <p>Interprétation du gaz capillaire</p>

<p>Compte tenu de l'état de Mme Hétu, le médecin prend la décision de procéder à une intubation et demande une consultation en anesthésie pour ce faire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment le médecin pourra-t-il valider que le TET est bien placé au niveau pulmonaire? L'auscultation, le soulèvement du thorax, et la courbe du CO₂ visualisée à l'aide du capnographe. <p><i>La préceptrice explique le rôle de l'infirmière lors d'une intubation et la façon dont le tube endotrachéal (TET) est fixé. Elle explique l'utilisation du capnographe.</i></p>	<p>Dispensation des soins avancés en réanimation (IET) Fixation et maintien du TET Utilisation des appareils de surveillance respiratoire (capnographe)</p>
<p>Les prescriptions de perfusion de sédation sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Versed à 5mg/h ✓ Fentanyl 10mcg/h ✓ Ajuster pour RASS à -3 • Quel est le rôle de cette médication? <p><i>La préceptrice explique les protocoles d'analgésie et de sédation de l'unité ainsi que l'échelle de sédation (RASS).</i></p> <p>Considérant l'administration de Versed® et de Fentanyl®,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment jugerez-vous du confort de votre patiente? Par l'expression faciale, les mouvements corporels et l'interaction avec le respirateur. <p><i>La préceptrice explique l'évaluation de la douleur chez l'usager non communicatif</i></p>	<p>Administration d'agents pharmacologiques (sédatif, curare...) Utilisation de l'échelle de sédation Évaluation fréquente de la douleur grâce à l'autoévaluation et l'hétéroévaluation chez l'usager non communicatif</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Tableau 8.2</p>

<p>Après l'intubation, l'anesthésiste prescrit les paramètres de ventilation suivant : VCRP 500ml x 10/min, Peep à 5cmH₂O et FiO₂O 40%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que représentent ces chiffres? Le chiffre 500 représente le nombre de millilitres d'air à chaque inspiration. Le chiffre 10 est le nombre de respiration par minute données par le respirateur. Le Peep à 5 cmH₂O indique la pression gardée à la fin de l'expiration. • Quel est le lien entre ce mode de ventilation et l'échelle de sédation demandée? VCRP est un mode où la ventilation est contrôlée par le respirateur. Pour tolérer ce mode, l'utilisateur doit avoir une sédation profonde. • Quel est le rôle du Peep? Prévenir l'atélectasie en gardant les alvéoles ouvertes en fin d'expiration. <p><i>La préceptrice explique les soins à l'utilisateur ventilé mécaniquement, l'échelle de sédation (RASS) et les modes de ventilation. La préceptrice fait le lien entre le Peep et la prévention de l'atélectasie</i></p> <p>Le respirateur présente des alarmes fréquemment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que devez-vous vérifier lors d'alarmes du respirateur? Le branchement du respirateur à l'utilisateur et l'échelle de sédation. <p><i>La préceptrice explique les alarmes du respirateur et revoit le DVD avec la novice au besoin.</i></p> <p>À votre arrivée dans la chambre, vous notez que Mme Hétu tousse beaucoup et qu'il y a présence de sécrétions dans son TET.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle action devrez-vous poser? Procéder à une aspiration endotrachéale. <p><i>La préceptrice demande à la novice de simuler une aspiration endotrachéale en circuit fermé.</i></p>	<p>Principales pathologies respiratoires (atélectasie)</p> <p>Dispensation des soins à l'utilisateur ventilé mécaniquement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alarmes du respirateur • Modes de ventilation • Aspiration des sécrétions
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

<p><u>Deuxième partie :</u> <i>À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes).</i></p> <p>Les enfants de Mme Héту se présentent à l'unité à la suite de votre appel. Ils vous demandent ce qu'il s'est passé et quels sont tous ces appareils auprès de leur mère. Ils demandent s'ils peuvent l'approcher et la toucher, si elle les entend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment expliquerez-vous la situation aux enfants de Mme Héту? L'état respiratoire de votre mère se détériorait. Nous avons dû installer un appareil de ventilation mécanique (ou respirateur artificiel) pour éviter que son état se dégrade. Nous lui donnons de la médication pour permettre que la ventilation soit plus facile pour elle. Cette médication a pour effet de l'endormir et de créer une amnésie. Beaucoup de gens ne se souviennent pas de cet épisode de soins. Toutefois, nous ne pouvons être certains de ce qu'elle entend ou non. Vous pouvez vous approcher d'elle, la toucher et lui parler. Si vous avez besoin de plus de renseignement sur les appareils, je suis disponible pour vous. <p><i>La préceptrice prend le rôle de la fille de Mme Héту et pose les questions à la novice. Elle complète les informations de la novice au besoin.</i></p>	<p>Enseignement à l'utilisateur et à sa famille en contexte de soins intensifs Soutien à l'utilisateur et à sa famille dans le choix des objectifs de soins</p>
<p>Le lendemain, au rapport, votre collègue vous avise que les sécrétions de Mme Héту sont épaisses et verdâtres. L'inhalothérapeute a dû procéder à plusieurs instillations bronchiques. Lors de sa visite, l'inhalothérapeute vous avise que la pression de ventilation est très élevée et qu'il a dû augmenter la FiO₂ à 65% pour obtenir une saturation à 89-90%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que représente la pression de ventilation? Il s'agit de la pression nécessaire pour permettre au 500ml d'air d'entré au niveau pulmonaire. • Qu'est-il à risque de se produire lors de pression élevée de ventilation? Un barotraumatisme <p><i>La préceptrice explique le risque de barotraumatisme et ses conséquences.</i></p>	

<p>Lorsque le médecin regarde son RX, il vous dit que les poumons de la patiente sont complètement blancs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérant l'augmentation des pressions de ventilation et l'image radiologique, quelle est la pathologie en train de s'installer? SDRA <p><i>La préceptrice explique le SDRA et fait le lien avec la pneumonie.</i></p>	<p>Principales pathologies respiratoires (Pneumonie et SDRA)</p>
<p>Les paramètres de ventilation sont modifiés pour les suivants : PC à 40cmH₂O avec un Peep à 10cmH₂O. Le besoin de FiO₂ de la patiente se stabilise à 75%. Vous recevez le résultat des cultures d'expectoration faites à l'admission de la patiente. Il y a présence de pseudomonas sensible à l'imipenem. Le médecin cesse la prescription de Tazocin® et ajoute de l'imipenem 500mg iv q6h.</p> <p><i>La préceptrice explique les résultats de culture et l'antibiogramme.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoire</p>
<p>Une consultation en nutrition est demandée. La nutritionniste prescrit un gavage avec Peptamen 1,5 à 10ml/h et augmenté de 10ml q12h ad 45ml/h si bien toléré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment saurez-vous que Mme Héту tolère son gavage? L'absence de nausées, la présence de bruits intestinaux, l'absence de douleur abdominale à la palpation ainsi que des résidus gastriques peu abondants. <p><i>La préceptrice explique le protocole de nutrition entérale de l'unité.</i></p>	<p>Administration d'un soutien nutritionnel entérale Inspection, auscultation, palpation et percussion de l'abdomen</p>
<p>Vous allez en congé pour la fin de semaine. À votre retour, Mme Héту est encore intubée. Ses paramètres de ventilation sont les suivants : AI à 18cmH₂O et Peep à 5cmH₂O.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le but de ce mode de ventilation? Le sevrage du respirateur • Considérant le mode de ventilation, comment gèrerez-vous les perfusions de sédation /analgésie? Les perfusions doivent être à un débit optimal pour favoriser la ventilation spontané tout en préservant le confort de Mme Héту. <p><i>La préceptrice explique le sevrage du ventilateur.</i></p>	<p>Promotion du retour à la ventilation spontanée, optimisation de l'oxygénation et prévention de l'infection acquise sous ventilateur Paramètres et modes de ventilation et de sevrage</p>

<p>Deux jours plus tard, aucune amélioration n'est notée. Le médecin demande une consultation au chirurgien pour une trachéotomie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi, selon vous, une trachéo est-elle indiquée dans cette situation? Pour favoriser le sevrage du respirateur. Une trachéotomie permet de diminuer les sédations à un débit minimal et d'alterner les périodes de coffret trachéal et de respirateur pour éviter la fatigue. • Quels seront les soins à prodiguer à Mme Héту en lien avec sa trachéo? La prévention de l'infection du site chirurgical, le changement de la canule interne, le nettoyage de la canule externe et l'aspiration trachéal au besoin. <p><i>La préceptrice explique le rôle de la trachéotomie dans les cas de sevrage difficile.</i></p>	<p>Connaissance des soins de trachéotomie</p>
<p>Mme Héту présente des selles jaunâtres visqueuses nauséabondes. Il s'agit de sa troisième selle depuis le matin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que devrez-vous faire dans cette situation? Prendre un prélèvement de dépistage de clostridium difficile, et mettre Mme Héту en isolement. • Quelle est la cause possible de cette situation? La prise d'antibiotique <p><i>La préceptrice explique la colite pseudomembraneuse et fait le lien avec la prise d'antibiotique prolongée. Elle explique la procédure d'isolement en cours dans l'établissement. La préceptrice démontre l'utilisation de l'entéro-collecteur rectal à ballonnet.</i></p>	<p>Principales pathologies en lien avec le système gastro-intestinal (colite pseudomembraneuse) Prise en charge de la diarrhée</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Hémorragie digestive

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre les principes relatifs à la réanimation
- Comprendre la physiopathologie du système gastro-intestinal
- Comprendre la physiopathologie des différents états de choc
- Connaître le moniteur défibrillateur
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système gastro-intestinal
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Interpréter un ECG
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système gastro-intestinal
- Dispenser des soins à un usager en état de choc
- Dispenser des soins à un usager nécessitant une transfusion sanguine
- Gérer son stress

Situation clinique : Hémorragie digestive

Matériel :

- Moniteur défibrillateur
- Protocole d'hypothermie induite post réanimation

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du système gastro-intestinal (GI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marieb et Hoehn (2010) chap. 23 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante du système de conduction et potentiel d'action et de la méthode d'analyse des rythmes de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Cahier d'arythmie de l'établissement <p>La novice doit avoir une connaissance suffisante des différentes fonctions du moniteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visionnement préalable du DVD du Dr Terrault (CSSS Les Eskers, 2011)

À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Hémorragie digestive » au besoin.

M. Albert Cormier, 69 ans, est admis à l'USI à 9h30 pour une hémorragie digestive. M. Cormier est aussi connu pour des varices œsophagiennes et alcoolisme. M. Cormier s'est rendu à l'urgence la veille puisqu'il présentait de l'hématémèse et du méléna depuis 2 jours. M. Cormier a reçu du Graval® 100mg iv à 8h45 ainsi qu'une dose de Pantoloc® 80mg iv. Une perfusion de Pantoloc® 1mg/ml est en cours à 8ml/h. Un tube nasogastrique a été installé par le chirurgien lors de la gastroscopie faite la veille. Un ulcère gastrique a été visualisé lors de la gastroscopie et le chirurgien a pratiqué une ligature de varices. Vous notez un drainage semblable à des grains de café dans son TNG.

- Que vous indique l'aspect du liquide gastrique? **L'aspect du liquide gastrique indique qu'il y a eu un saignement mais qu'il n'est pas actif présentement.**
- Quel est le rôle du Pantoloc® dans cette situation? **Favoriser la guérison de l'ulcère gastrique en diminuant la sécrétion d'acide et protéger la muqueuse de l'estomac.**

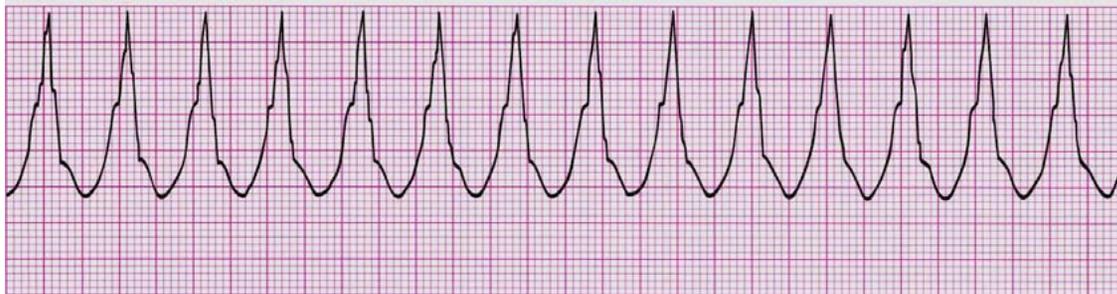
La préceptrice explique la prise en charge de la clientèle présentant des varices œsophagiennes, un ulcère gastrique et une hémorragie digestive haute.

Principales pathologies du système GI (varices œsophagiennes, ulcère gastrique et hémorragie digestive haute)
Médication usuelle à l'USI en lien avec le système GI

<p>En révisant le dossier de M Cormier, vous notez les résultats de laboratoire suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hémoglobine 61 g/L ✓ Plaquettes 139×10^5 ✓ INR 2,81 ✓ Bilirubine totale 46 mg/L ✓ Phosphatases alcalines à 297 UI/L ✓ Amylase 152 UI/L ✓ Albumine 27 g/L ✓ AST 52 UI/L ✓ ALT 44 UI/L <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ces résultats. L'hémoglobine est diminuée de façon importante ce qui représente une grande quantité de sang perdue. Les plaquettes sont diminuées, ce qui peut favoriser la reprise du saignement. La bilirubine totale, les phosphatases alcalines, l'AST et l'ALT augmentées démontrent une insuffisance hépatique. Une hyperamylasémie traduit une atteinte pancréatique. • Avec quelle pathologie ces résultats sont-ils compatibles? Insuffisance hépatique • Compte tenu du résultat d'INR, quel est le risque dans la présente situation? La reprise du saignement <p><i>La préceptrice explique l'interprétation des analyses de laboratoire ainsi que l'insuffisance hépatique et ses complications.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoire</p>
---	---

<p>Dr Sasseville, médecin traitant de l'utilisateur, se présente à l'unité. Il vous donne les prescriptions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ 4 plasmas frais✓ 2 culots globulaires✓ 10 unités de plaquettes✓ Lactulose[®] 30ml QID <ul style="list-style-type: none">• Quelle est l'indication de l'administration de plasma dans cette situation? Permettre de diminuer l'INR• Quelle est l'indication de l'administration de Lactulose[®] dans cette situation? Favoriser l'élimination principalement de la bilirubine dans les selles. Il s'agit du traitement de l'insuffisance hépatique. <p><i>La préceptrice voit avec la novice la procédure de l'établissement pour l'administration des produits sanguins, particulière lorsque plusieurs produits sont nécessaires. Elle explique aussi le traitement de l'insuffisance hépatique.</i></p>	<p>Administration des produits sanguins Médication usuelle à l'USI en lien avec le système GI</p>
---	---

Avant que vous ayez reçu les produits sanguins, M. Cormier se met à vomir. En quelques minutes, il vomit 875ml de liquide rouge foncé avec plusieurs caillots. Par la suite, vous observez le tracé suivant au moniteur et M. Cormier est inconscient :



- Interprétez ce rythme. **Tachycardie ventriculaire (TV) à 140/minute**
- Avec un tel rythme, expliquez les interventions à poser selon les normes d'ACLS (2010). **Si M. Cormier présente un pouls, la première intervention est de cardioverser à l'aide du défibrillateur. De l'amiodarone ou de la procainamide peuvent également être administrés. Si M. Cormier ne présente pas de pouls, c'est une défibrillation qui doit être pratiquée. La défibrillation est suivie de deux minutes de massage. Par la suite de l'épinéphrine ou de l'amiodarone peuvent être administrés. L'administration de médication est également suivie de deux minutes de massage. Le moniteur est observé par la suite pour évaluer un changement de rythme. Le pouls doit être vérifié à chaque changement de rythme. La séquence suivante est suivie : Choc / RCR / Médicaments / RCR (Aehlert, 2012).**

La préceptrice explique la TV avec pouls et sans pouls. Elle voit avec la novice la procédure de code bleu de l'établissement. Elle explique les différents rôles des membres de l'équipe de réanimation. Elle demande à la novice de simuler une défibrillation sur le moniteur défibrillateur de l'unité.

Reconnaissance de l'arythmie

Dispensation de soins primaires en réanimation

Algorithmes de réanimation

Objectifs thérapeutiques d'une réanimation

Priorités lors d'une réanimation

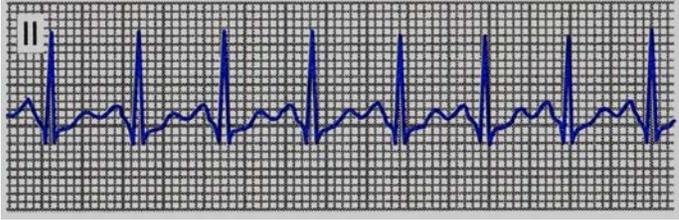
Rôles et responsabilités de l'équipe de réanimation

ACLS

Connaissance et application des politiques et procédures lors d'un code bleu

Connaissance des différentes fonctions du moniteur défibrillateur

Lecture complémentaire : Aehlert (2012) Fig. 3.84A et 3.84B

<p>À la suite des interventions de l'équipe, vous notez ce rythme au moniteur :</p>  <ul style="list-style-type: none"> Interprétez ce rythme. Tachycardie sinusale à 150/min 	
<p>Une réanimation demeure toujours un évènement stressant.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment procéderez-vous pour gérer votre stress? Réponse personnelle <p><i>La préceptrice discute avec la novice des stratégies pour reconnaître et gérer son stress.</i></p>	<p>Reconnaissance des facteurs de stress ayant un impact sur soi Utilisation de stratégies de gestion du stress appropriées</p>
<p>Dr Sasseville prescrit le protocole d'hypothermie post réanimation.</p> <ul style="list-style-type: none"> De quelle façon procéderez-vous pour la surveillance de la température? <p>Monitoring de la sonde rectale ou vésicale ou œsophagienne</p> <p><i>La préceptrice explique la procédure de l'établissement pour les usagers nécessitant une hypothermie post réanimation. Elle explique l'indication de ce traitement ainsi que les surveillances associées.</i></p>	<p>Dispenser des soins à l'usager nécessitant une hypothermie post réanimation Surveillance de la température centrale (sonde rectale)</p>
<p>M. Cormier est amené au bloc opératoire. Une gastrectomie partielle est réalisée et l'usager reçoit 4 culots globulaires ainsi que 6 plasmas frais lors de la chirurgie. M. Cormier demeure intubé en postopératoire et une ligne artérielle ainsi qu'un cathéter veineux central sont en place. Les signes vitaux de M. Cormier sont les suivants : TA 72/42 FC à 138 battements / minute FR 26 respirations / minutes SpO₂ 96%.</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelle complication M. Cormier présente-t-il? Le choc hypovolémique Avant d'aviser le médecin, quelles données devez-vous noter? La PVC, la diurèse, la présence d'un saignement actif, la pression artérielle invasive moyenne et la turgescence de la peau. <p><i>La préceptrice explique le choc hypovolémique et les répercussions sur les autres systèmes.</i></p>	<p>Manifestations cliniques associées au type et au stade de l'état de choc Détection précoce des manifestations associées au type et au stade de l'état de choc Prévention et détection des complications de l'état de choc Évaluation de la turgescence de la peau</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) Fig. 34.2</p>

<p>À la suite de votre appel, le médecin vous fait les prescriptions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ bolus de Lactate Ringer 1L ✓ débuter une perfusion de Levophed® avec concentration standard, titrer pour une TAM > 65mmg. ✓ Contrôle de FSC et INR et un bilan pré-APT pour le lendemain <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication du Levophed® dans cette situation? L'augmentation de la TA pour permettre l'irrigation tissulaire. • De quelle façon procéderez-vous pour obtenir la TAM visée? Augmentation graduelle du débit du Levophed® • Quelles seront vos surveillances en lien avec l'administration du Levophed®? Le monitoring de la ligne artérielle en continue, la FC, la mesure de la diurèse horaire et le retour capillaire. <p><i>La préceptrice explique le rôle du Levophed ainsi que les surveillances associées à son administration. Elle explique la procédure d'administration de l'unité.</i></p>	<p>Administration de liquide et d'agents pharmacologiques pour optimiser le précharge (ex.: vasopresseur)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux ✓ Mélange des concentrations appropriées <p>Titration des médicaments de manière appropriée</p>
<p>À votre arrivée le lendemain, vous devez débuter les perfusions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Travasol® à 71 ml/h ✓ Intralipid® à 9 ml/h <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le rôle de ces deux perfusions? Fournir les nutriments et les apports caloriques essentiels à M. Cormier. <p><i>La préceptrice explique le protocole d'APT de l'unité.</i></p>	<p>Administration d'un soutien nutritionnel parentéral</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Infarctus

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiologie du cœur
- Savoir effectuer une évaluation et des soins reliés au système cardiovasculaire
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et cathéter veineux central)
- Interpréter un ECG
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire
- Dispenser des soins à un usager en état de choc
- Organiser son travail de manière efficace

Situation clinique : Infarctus

Matériel :

- Ligne de pression invasive
- Moniteur
- Feuille de dosage ingérés / excrétés
- Protocole de thrombolyse coronarienne

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoehn (2010) chapitre 18 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante du système de conduction et potentiel d'action et de la méthode d'analyse des rythmes de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Cahier d'arythmie de l'établissement

À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Infarctus » au besoin.

Il est 1h30, une infirmière du département de médecine se présente à votre unité pour que vous interprétiez l'ECG fait à M. Henri Domingue, l'un des usagers de son unité. L'homme présente une DRS atypique.

- Interprétez l'ECG (voir Annexe 1). **La présence d'un sus-décalage en V₁, V₂ et V₃ démontre un infarctus antérieur. On observe également une inversion de l'onde T en DIII et un sous décalage en aV_F ce qui est signe d'une ischémie dans le territoire inférieur.**
- Que direz-vous à votre collègue du département de médecine? **Qu'elle doit aviser immédiatement le médecin traitement de la présence des sus-décalages.**
- Étant donné la localisation des changements observés à l'ECG, quelles complications sont possibles? **Les infarctus du cœur gauche se compliquent plus fréquemment par une insuffisance ventriculaire gauche et un choc cardiogénique. Les infarctus du cœur droit sont particulièrement associés à des trouble de conduction qui entraînent un bloc AV et une bradycardie.**

La préceptrice explique l'évaluation de l'ECG par territoire et explique les éléments pertinents à transmettre. Elle explique l'infarctus et ses complications selon sa localisation.

Identification des regroupements de dérivations selon les coronaires impliquées
Interprétation d'un tracé

Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) Tableau 14.7

Quelques minutes plus tard, le transfert de M. Domingue est demandé à l'USI. Il s'agit d'un client admis depuis trois jours pour une cellulite. Il devait avoir son congé ce jour. Il est connu pour angine, hypertension et diabète de type II. Il a déjà fait un infarctus il y a 6 ans et a eu 2 stent au niveau de l'IVA. Sa médication usuelle est la suivante :

- ✓ Amlodipine 10 mg die
- ✓ Metoprolol 25 mg po die
- ✓ ASA 80 mg po die
- ✓ Clopidrogel 75 mg po die
- ✓ NTG 0,4 mg s/l q5min x 3 PRN
- ✓ Metformin 850 mg TID
- ✓ Glyburide 10 mg die
- ✓ Rouvastatin 10 mg po die
- ✓ Il est sous Keflex® 500mg QID depuis hier soir à la suite de la fin des antibiotiques iv

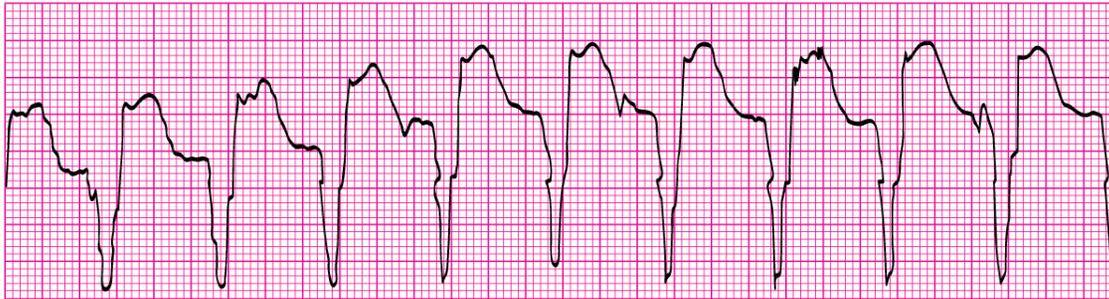
M. Domingue est un homme de 66 ans sédentaire et présentant une obésité abdominale importante (poids : 92kg, taille : 148 cm, ratio taille-hanche : 1,29).

Dr Heins se présente rapidement à l'unité. Il demande le protocole de TNKase®. Comme M. Domingue ne présente pas de contre-indication, il vous donne les prescriptions suivantes :

- ✓ TNKase® 10 ml iv STAT
- ✓ Morphine 3 à 5 mg iv q15 min x3 PRN
- ✓ ASA 80mg x 4co à croquer STAT puis 80 mg die
- ✓ Clopidrogel 300mg à croquer STAT puis 75 mg die
- ✓ Enoxaparine 30 mg iv STAT puis 92 mg sc q12h
- ✓ Perfusion de NTG si DRS non soulagée par Morphine
- ✓ Insuline HR selon glycémie

<ul style="list-style-type: none"> • Avant l'administration de la TNKase®, quelles interventions devrez-vous prioriser? Ouvrir au minimum deux voies veineuses de gros calibre (18G ou 16G) et prendre la TA aux bras droit et gauche. • Dans quel ordre vous acquitterez-vous de vos tâches afin de bien gérer votre temps de travail? <ol style="list-style-type: none"> 1. Diluer la TNKase® 2. Prendre les SV complets et installation du moniteur 3. Ouvrir les voies veineuses 4. Administration de la thrombolyse 5. Administration de l'énoxaparine 6. Administration du clopidrogel et de l'ASA 7. Administration de la morphine au besoin 8. Débuter la perfusion de NTG si non soulagé • À la suite de l'administration de la thrombolyse, sur quoi portera votre évaluation? Sur la surveillance étroite des SV, normalisation du tracé à l'ECG, la surveillance de saignement et du soulagement de la douleur. <p><i>La préceptrice explique le protocole de thrombolyse de l'établissement ainsi que la prise en charge des infarctus (STEMI et NSTEMI).</i></p>	<p>Principales pathologies cardiaques (SCA) Administration et surveillance d'un traitement de reperfusion (ex : TNKase®)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées <p>Gestion du temps de travail en fonction des tâches à accomplir</p> <p>Lecture complémentaire : Encadré 14.13</p>
<p>Vous recevez les analyses de laboratoire de M. Domingue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troponines I 13,2 ng/L ✓ CK 268 UI/L ✓ CKMB 0,59 ✓ K⁺ 3,8 mEq/L ✓ Glycémie 12,3 mmol/L <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ces résultats. L'augmentation des troponines I, des CK et des CKMB démontre la présence d'un infarctus aigu du myocarde (IAM). Le potassium est normal et la glycémie est augmentée. <p><i>La préceptrice explique l'interprétation des analyses de laboratoire.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoire</p>

Environ 20 minutes après l'administration de la thrombolyse vous observez le tracé suivant au moniteur. Le rythme demeure ainsi pendant 10 secondes.



- Interprétez ce rythme. **Tachycardie ventriculaire paroxystique à 100/min**
- Que pourrait signifier ce type de tracé dans la situation de M. Domingue? **Ici le rythme est limite pour un rythme idioventriculaire accéléré (RIVA) qui se situe habituellement entre 40 et 100/min. Une RIVA est le meilleur indicateur de la reperfusion des artères coronaires touchées mais un épisode de TVP peut également se produire.**

La préceptrice explique l'arythmie de reperfusion.

À la suite de l'ECG, M. Domingue présente une douleur résiduelle qu'il évalue à moins de 1/10 après deux doses de Morphine 5 mg iv. Ses signes vitaux sont les suivants : TA 92/41 FC 48 battements / minute FR 16 respirations / minutes T°37,1°C SpO₂ 96%. À la suite des ECG prévus par le protocole de thrombolyse, vous observez une inversion de l'onde T et l'apparition d'une onde Q dans les dérivations touchées.

- Comment interprétez-vous cet ECG? **La présence de l'onde Q indique qu'il y a présence de nécrose, donc d'une lésion irréversible au myocarde.**
- Qu'est-ce qui explique la TA et la FC basses? **La diminution de TA est possiblement causée par une diminution du débit cardiaque. La diminution de la FC peut être signe d'une diminution de la conduction.**

Reconnaissance de l'arythmie

Détection précoce des manifestations associées au type et au stade de l'état de choc

<p><i>La préceptrice explique l'interprétation de l'ECG et les signes vitaux de l'utilisateur en lien avec le type d'infarctus.</i></p>	
<p>Dr Heins vous prescrit un bolus de Salin 0,9% 500ml et suspend le métoprolol. Le lendemain, au début de votre quart de travail, la TA de M. Domingue diminue à 80/38 et la FC est maintenant à 46 battements / minute. M. Domingue présente une FR à 22 respirations / minute et une SpO₂ à 92%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle complication M. Domingue présente-t-il? Un choc cardiogénique • Considérant ses signes vitaux, quelles données devez-vous évaluer? La distension des veines jugulaires, la présence d'œdème périphérique, la mesure de la diurèse ainsi que l'auscultation cardiaque et pulmonaire. • Quelles interventions devez-vous poser? Aviser Dr Heins <p><i>La préceptrice explique le choc cardiogénique et son évaluation.</i></p>	<p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) Figure 34.1 et 34.3</p>
<p>Dr Heins, à la suite de votre appel, vous prescrit une perfusion de Dopamine 400 mg dans 250 ml de D5% à débiter à 5 mcg/kg/min et à ajuster pour une TAM > 65mmHg. Il prescrit également une perfusion de Dobutamine à 2,5 mcg/kg/min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication de la Dopamine? Elle est administrée pour augmenter la TA par son action de vasopresseur et la FC par l'effet chronotrope positif de la dopamine. • Étant donné l'administration de la Dopamine par voie périphérique, sur quoi portera votre évaluation avant de débiter la perfusion? La vérification de la perméabilité de la voie veineuse. • Quelle est l'indication de la Dobutamine? Pour augmenter le débit cardiaque par son action inotrope positive. <p><i>La préceptrice explique les protocoles de Dopamine et de Dobutamine de l'établissement ainsi que le titrage de ces médicaments à l'aide de tableaux.</i></p>	<p>Administration d'agents pharmacologiques pour optimiser la contractilité (ex : inotrope)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées

<p>Vu l'état détérioré de M. Domingue, Dr Heins se présente à l'unité pour l'installation d'un cathéter veineux central et d'une ligne artérielle sous écho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérant les traitements reçus par M. Domingue, que devrez-vous surveiller étroitement? La présence de saignement ou la formation d'hématome <p><i>La préceptrice explique le rôle de l'infirmière lors de l'installation d'un cathéter veineux central. Elle place le moniteur en mode « Démonstration » (voir Annexe 2) et demande à la novice d'interpréter les courbes et les chiffres. À l'aide d'une ligne de pression invasive, elle demande à la novice de faire le zéro et de prendre une lecture de la TVC.</i></p>	<p>Collaboration avec le médecin pour l'installation de la ligne artérielle et du cathéter veineux central Interprétation des courbes de pression et des chiffres</p>
<p>Avec les perfusions débutées, les signes vitaux de M. Domingue sont les suivants : TA 105/58 FC 62 battements / minutes FR 24 respirations / minutes SpO₂ 92% avec FiO₂ 40%. M. Domingue n'a pas uriné depuis 17h la veille. Dr Heins vous prescrit une dose de furosémide 10 mg iv et l'installation d'une sonde urinaire. En bougeant dans son lit, M. Domingue exerce accidentellement une traction sur sa sonde urinaire. Vous observez par la suite un drainage sanguin et vous notez la présence de caillots qui nuisent à l'écoulement de l'urine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle intervention est nécessaire pour M. Domingue? Un lavage vésical <p><i>La préceptrice explique le lavage vésical.</i></p>	
<p>Le saignement demeure malgré votre intervention. Dr Heins vous demande de débiter une irrigation vésicale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ajusterez-vous le débit de l'irrigation vésicale? Le débit de l'irrigation doit être ajusté pour obtenir un retour clair. • Comment procéderez-vous pour faire le dosage urinaire de M. Domingue? La quantité de liquide drainé par la sonde urinaire et le volume d'irrigation vésicale reçu doivent être notés sur la feuille de dosage. On déduit le volume reçu de la quantité drainée. La différence représente la quantité d'urine. <p><i>La préceptrice explique la prise en charge d'un usager nécessitant une irrigation vésicale continue ou intermittente.</i></p>	<p>Prise en charge d'un usager nécessitant une irrigation vésicale continue ou intermittente</p>

<p>À la suite d'un appel de Dr Heins, l'Hôpital Général Juif de Montréal (HGJ) accepte le transfert de M. Domingue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel traitement est prévisible pour M. Domingue à l'HGJ? Un cathétérisme cardiaque. • De quoi aurez-vous besoin en prévision du transfert? D'une copie des notes médicales, du PTI, de SV, des FADM, des résultats de laboratoire et des ECG ainsi qu'une quantité suffisantes de perfusion pour toute la durée du transfert. <p><i>La préceptrice explique la procédure de l'établissement pour les transferts interhospitaliers par avion ambulance.</i></p>	
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

BPCO¹⁴**Objectifs visés**

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiopathologie du système respiratoire
- Comprendre la physiopathologie du système gastro-intestinal
- Comprendre la physiopathologie des différents états de choc
- Savoir effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires
- Savoir effectuer une évaluation et des soins respiratoires
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système urinaire
- Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique
- Dispenser des soins à un usager en état de choc
- Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique ou péricardique
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire

¹⁴ Situation clinique inspirée du Programme de préceptorat du CSSS de Trois-Rivières

Situation clinique : BPCO

Matériel :

- Protocole de phényléphrine
- Fiole de phényléphrine

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie respiratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marieb et Hoehn (2010) chap. 22 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du système gastro-intestinal (GI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb chap. 23 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante des résultats d'imagerie médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Brunner et Suddarth chap. 36

À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « BPCO » au besoin.

Mme Louise Masse, 63 ans, est admise pour BPOC décompensée depuis deux jours. Elle a nécessité le Bpap pendant les premières 24h de son hospitalisation. Outre la BPCO, Mme Masse est connue pour HTA et une néoplasie pulmonaire métastatique au niveau de la plèvre et du péricarde. Elle présente une SpO₂ à 93% avec une FiO₂ à 1L / minute par canules nasales. Elle a un accès veineux intermittent en place et une sonde urinaire qui draine de l'urine jaune orangé. Son moniteur indique une tachycardie sinusale à 108 battements / minute. Ses autres signes vitaux sont les suivants : TA 110/52 et FR 26 respirations /minute. Les traitements suivants sont en cours :

- ✓ Ventolin® 2 inhalations QID + PRN
- ✓ Flovent® 250 mcg 2 inhalations QID
- ✓ Spiriva® 18 mcg die
- ✓ Solumédrol® 40 mg iv q6h
- ✓ Ramipril 5mg po die

- Quel est le rôle du Solumédrol®? **Il s'agit d'un anti-inflammatoire. Il est utilisé pour limiter l'œdème des muqueuses, diminuer la production de mucus et potentialiser l'effet du Ventolin (Urden, Stacy & Lough, 2014).**

La préceptrice explique la BPCO et sa prise en charge.

Principales pathologies respiratoires (BPCO)

Il est 16h et à votre arrivée dans la chambre, Mme Masse vous demande une couverture et elle présente des tremblements. Vous prenez sa température. Elle est à 39,3°C buccale. Mme Masse présente une toux grasse avec peu d'expectorations verdâtres.

- Quelle complication Mme Masse présente-t-elle? **pneumonie**
- Qu'allez-vous évaluer auprès de Mme Masse? **La présence de tirage, la coloration de Mme Masse, la présence de bruits surajoutés à l'auscultation pulmonaire et sa diurèse.**
- En extrapolant les données de l'évaluation physique de Mme Masse, écrivez vos notes d'observation d'arrivée. **16h Repose au lit à mon arrivée. Moniteur indique TS à 108/min. FiO₂ à 1L/min via canules nasales, SpO₂ 93% et FR 26/min Jelco inter à l'ABG. Sonde urinaire draine urine jaune orangé, diurèse horaire. Présente tremblement, a froid. T° 39.3B. toux grasse avec expecto verdâtres peu abondantes. Présence de tirage sous costal et intercostal. Diminution des MV au lobe inf. gch et ronchis à l'auscultation.**

La préceptrice explique l'évaluation d'une patiente à risque de sepsis et discute des notes d'observation infirmière à l'USI.

Manifestations cliniques associés au type et au stade de l'état de choc
Auscultation pulmonaire
Communication verbale et écrite efficace et adaptée selon les différents professionnels

<p>Lorsque vous avisez Dr Bernard de la température de Mme Masse, il vous prescrit un bilan septique et un RX pulmonaire. Vous recevez les résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hémoglobine 135 g/L ✓ Leucocytes 20×10^6 /microL ✓ Lactates 5,5 mmol/L ✓ Glycémie 8,2 mmol/L ✓ À l'analyse d'urine vous notez la présence de nitrites et une estérase leucocytaire à 500 / microL ✓ Gaz capillaire : pH 7,31 pCO₂ 55 mmHg pO₂ 72 mmHg HCO₃⁻ 20 mEq/L Sat O₂ 71% <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez les résultats. • Le résultat d'hémoglobine est dans les limites de la normal. • Les leucocytes sont augmentés ce qui reflète l'état infectieux. • Les lactates sont augmentés, ce qui est indicateur d'une hypoperfusion relié au sepsis sévère. • La présence de nitrites et l'estérase leucocytaire à l'analyse d'urine sont signes d'une infection urinaire. • Le gaz capillaire démontre une acidose respiratoire non-compensée <p><i>La préceptrice explique les analyses de laboratoire.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoire</p>
<p>Après avoir reçu les analyses de laboratoire, les signes vitaux de Mme Masse sont les suivants : TA 90/65 FC 145 battements / minutes FR 32 respirations / minutes et SpO₂ 88% avec une FiO₂ 100% (masque à réservoir). Mme Masse est léthargique mais orientée dans les trois sphères. La sonde urinaire a drainé 15 ml dans la dernière heure.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle complication Mme Masse présente-t-elle? Un sepsis sévère <p><i>La préceptrice explique le sepsis sévère et le choc septique.</i></p>	<p>Détection précoce des manifestations associées au type et au stade de l'état de choc</p> <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) p.1059 à 1070</p>

Dr Bernard se présente à l'USI à la suite de votre appel. Il décide d'intuber Mme Masse et d'installer un cathéter veineux central et une ligne artérielle. Le respirateur est placé en mode contrôlé 500 ml x 10 / minute avec un Peep à 5 cmH₂O. La pression veineuse centrale (PVC) est de 6 mmHg et les signes vitaux sont les suivants : TA 85/60 FC 138 battements / minute FR 10 + 2 respirations / minute SpO₂ 91% avec FiO₂ 55%.

- Expliquez les paramètres du respirateur. **Le respirateur ventile Mme Masse avec 500ml à une fréquence de 10 respirations / minute. La pression en fin d'expiration est à 5 cm H₂O.**
- Interprétez la mesure de la PVC. **Il s'agit d'une valeur dans les limites de la normale mais une PVC entre 12 et 15 mmHg est visée en présence de sepsis chez l'utilisateur ventilé mécaniquement.**

La préceptrice explique l'interprétation de la PVC ainsi que les paramètres du respirateur.

Paramètres et modes de ventilation et de sevrage
Interprétation des courbes de pression et des chiffres

<p>Dr Bernard rédige les prescriptions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tazocin[®] 3,375 g iv q6h ✓ Ciprofloxacine 400 mg iv q12h ✓ Salin 0,9% à 150 ml / h ✓ Voluven[®] 500ml iv ✓ Perfusion de Versed et Fentanyl selon protocole ✓ Phényléphrine iv, débiter à 100 mcg / minute et titrer pour TAM > 65 mmHg ✓ Contrôle de gaz artériel et veineux dans 1h <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication du Voluven[®]? Il est administré pour son action oncotique • Quelle est l'indication de la phényléphrine? Elle est administrée pour augmenter la TA par son action vasopressive. • Pourquoi Dr Bernard demande-t-il un gaz artériel et veineux? Pour obtenir un reflet de l'hypoperfusion et de l'hypoxie cellulaire. <p><i>La préceptrice explique la prise en charge du choc septique.</i> <i>La préceptrice demande à la novice d'indiquer de quelle façon elle prépare la perfusion de phényléphrine en tenant compte de la concentration de la fiole de phényléphrine et de la concentration désirée. La préceptrice explique le protocole d'administration de phényléphrine de l'établissement.</i></p>	<p>Administration de liquide et d'agent pharmacologique pour optimiser la précharge (ex : vasopresseur)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange de concentration approprié
<p>Vous recevez le résultat du gaz artériel de Mme Masse : pH 7,33 pCO₂ 45 mmHg pO₂ 91mmHg HCO₃⁻ 19 mEq / L. Le gaz veineux démontre une S_vO₂ à 79%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ces résultats. Le gaz artériel démontre une acidose métabolique non-compensée. Le gaz veineux indique une S_vO₂ supérieur à 70% donc adéquate. <p><i>La préceptrice explique l'interprétation des gaz sanguins.</i></p>	<p>Interprétation des analyses de laboratoire</p>
<p>Vous augmentez progressivement la perfusion de phényléphrine. La TA de Mme Masse chute à 78/52. Dr Bernard prescrit un 2^e bolus de Voluven[®] 500 ml iv. L'état de</p>	

<p>Mme Masse se stabilise au cours de la soirée mais elle nécessite toujours la perfusion de phényléphrine pour maintenir sa TA.</p>	
<p>Le lendemain, la perfusion de phényléphrine est en cours à 200 mcg / minute et la TAM se maintient difficilement à 65mmHg. Mme Masse présente à nouveau une augmentation de la température à 40,1°C rectale. Elle semble inconfortable et présente un abdomen rigide. Elle grimace à la palpation de l'abdomen. Un scan abdominopelvien est prévu en soirée. Les images du scan sont compatibles avec une colite ischémique. Une consultation en chirurgie est effectuée et Mme Masse est rapidement amenée à la salle d'opération. Une résection colique est effectuée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la cause probable de la colite ischémique dans cette situation? <p>l'hypotension</p> <p><i>La préceptrice explique la colite ischémique et fait un lien avec l'état d'hypoperfusion prolongée présentée par Mme Masse.</i></p>	<p>Principales pathologies en lien avec le système gastro-intestinal (colite ischémique)</p>
<p>Pendant la chirurgie, Mme Masse a reçu 3L de LR et 2 culots globulaires. La perfusion de phényléphrine est encore nécessaire mais le débit a été diminué à 100 mcg / minute. Vous notez au moniteur une faible amplitude de QRS et vous devez augmenter le gain pour bien visualiser le tracé. Vous observez que les jugulaires de Mme Masse sont distendues et qu'elle présente un pouls paradoxal. Vous auscultez Mme Masse et vous entendez les bruits cardiaques B₁ et B₂ étouffés. Dr Bernard vous demande un RX pulmonaire. Il vous dit observer une cardiomégalie au RX.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle complication Mme Masse présente-t-elle? Une tamponnade cardiaque <p><i>La préceptrice explique la tamponnade cardiaque.</i></p>	<p>Principales pathologies cardiaques (tamponnade cardiaque) Évaluation des pouls périphériques</p>
<p>Dr Bernard décide de procéder au drainage. Un drain péricardique est laissé en place puisque 400 ml sont drainés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur quels éléments portera votre surveillance? Les caractéristiques et la quantité de liquide drainé. La perméabilité du drain est assurée par une irrigation du cathéter avec 5ml de NS stérile à tous le 4h. La stérilité du dispositif de drainage est essentiel (Heffner, 2013) 	<p>Collaboration avec le médecin pour l'installation et le retrait du drain Surveillance et soins associés au drainage péricardique</p>

<p><i>La préceptrice explique le rôle de l'infirmière lors de l'installation d'un drain péricardique et les surveillances associées.</i></p>	
<p>Deux jours plus tard, l'état de Mme Masse s'étant grandement amélioré, Dr Bernard procède à l'extubation. Mme Masse est consciente et répond bien aux demandes. À la suite de l'extubation, Mme Masse vous dit manquez d'air. Un stridor est audible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle complication Mme Masse présente-t-elle? Un laryngospasme <p><i>La préceptrice explique le laryngospasme et sa prise en charge.</i></p>	<p>Principales pathologies respiratoires (laryngospasme)</p>
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Pancréatite aiguë

Objectifs visés

À la fin de la séance, l'infirmière novice sera en mesure de :

- Comprendre la physiologie du cœur
- Comprendre la physiopathologie du système gastro-intestinal
- Comprendre la physiopathologie des états de choc
- Savoir effectuer une évaluation et des soins reliés au système cardiovasculaire
- Savoir effectuer une évaluation en lien avec le système gastro-intestinal
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Interpréter un ECG
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système gastro-intestinal
- Dispenser des soins à un usager en état de choc

Situation clinique : Pancréatite aiguë

Matériel :

- Protocole de Levophed®
- Fliale de Levophed®

Activités de formation	Principaux éléments de contenu visés
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La novice effectue un retour sur les événements de la semaine avec la préceptrice (5 minutes) ✓ La préceptrice effectue un retour sur les lectures effectuées par la novice (5 minutes) 	<p>La novice doit avoir une compréhension suffisante de l'anatomophysiologie du système gastro-intestinal (GI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Marrieb et Hoehn (2010) chap. 23 <p>La novice doit avoir une compréhension suffisante des résultats d'imagerie médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture préalable de la novice : Brunner et Suddarth (2011) chap. 36

À partir de la situation clinique, la formatrice discute des réponses avec la novice. Elle complète les notions de celle-ci (45 minutes). Voir les lectures complémentaires « Pancréatite » au besoin.

M. Albert Rousselle s'est présenté à l'urgence pour une douleur intense à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Il évalue présentement sa douleur à 8/10 et il présente des vomissements depuis ce matin. Il dit également ressentir une sensation de palpitation non constante depuis 1 mois. Il déteste aller consulter « pour rien » et espérait que son état s'améliore de lui-même. M. Rousselle est un homme de 45 ans sans antécédent connu et ne prenant aucune médication. Lorsque ses signes vitaux ont été pris au moment du triage, il présentait une TA à 92/51, une FC à 120 battements / minute, une FR à 22 respirations / minute, une température à 36,9°C et une saturation à 96%. Les analyses de laboratoires suivantes sont faites à l'arrivée :

- ✓ Hémoglobine 152 g/L
- ✓ Leucocytes $9,2 \times 10^6$ /microL
- ✓ Troponine I < 0.01 ng/L
- ✓ Troponine T < 0.01 ng/L
- ✓ Créatinine 71 mmol/L
- ✓ Bilirubine totale 32 mg/L
- ✓ Phosphatase alcaline à 197 UI/L
- ✓ Amylase 92 UI/L
- ✓ Lipase 452 UI/L
- ✓ Glycémie 8,2 mmol/L

- Interprétez ces résultats
- **L'hémoglobine, les leucocytes, les troponines et la créatinine sont dans les limites de la normal**
- **La bilirubine totale augmentée démontre un problème hépatique**

Interprétation des analyses de laboratoires

<ul style="list-style-type: none"> • L'amylase, la lipase et la glycémie augmentées sont compatibles avec un problème pancréatique. • En lien avec les résultats, qu'allez-vous évaluer auprès de M. Rousselle? Examen de l'abdomen : l'auscultation et la palpation <p><i>La préceptrice explique l'interprétation des analyses de laboratoire. Elle explique l'examen de l'abdomen.</i></p>	
<p>M. Rousselle est examiné par Dr Lemieux à la suite des résultats des analyses de laboratoire. Dr Lemieux demande un scan abdominal avec contraste. La présence de lithiases biliaires et une pancréatite aiguë sévère sont confirmées au scan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lien avec la pancréatite aiguë sévère, sur quels éléments portera votre évaluation? <p><i>La préceptrice explique la prise en charge d'un usager présentant une pancréatite aiguë sévère.</i></p>	<p>Inspection, auscultation, palpation et percussion de l'abdomen Principales pathologies en lien avec le système gastro-intestinal (pancréatite)</p> <p>Lecture complémentaire : Brûlé et Cloutier (2002) p. 420 à 432; Urden, Stacy & Lough (2014) p.897 à 903</p>
<p>M. Rousselle est admis à l'USI à 17h, immédiatement après le scan. Les prescriptions suivantes sont débutées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lactate Ringer à 150 ml/h après avoir reçu un bolus d'un litre ✓ Morphine 5 à 10 mg sc q4h (M. Rousselle a reçu deux doses de Morphine 5 mg iv à l'urgence, soit à 16h15 et 16h45) <p>À votre arrivée dans la chambre, vous remarquez que M. Rousselle présente une rougeur diffuse sur tout le corps et les signes vitaux suivants : TA 88/39 FC 120 battements / minutes FR 28 respirations / minute SpO₂ 91%. Il vous dit se sentir la gorge serrée depuis l'injection du produit de contraste.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous évaluer chez M. Rousselle? Un changement dans la voix de M. Rousselle, un œdème des lèvres ou de la langue, la présence de stridor 	<p>Détection précoce des manifestations associées au type et au stade de l'état de choc</p>

<p>Vous observez que M. Rousselle présente un œdème de la langue et un changement de voix.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la cause de ces symptômes? anaphylaxie • Quelles seront vos interventions? Aviser le médecin et administrer l'épinéphrine selon l'ordonnance collective (si applicable). Approcher le matériel d'intubation (chariot à code). <p><i>La préceptrice explique la prise en charge d'un usager présentant un choc anaphylactique et un œdème laryngé. La préceptrice explique l'ordonnance collective d'épinéphrine (si applicable).</i></p>	<p>Manifestations cliniques associées au type et au stade de l'état de choc Principales pathologies respiratoires (œdème laryngée) Prévention et détection des complications de l'état de choc</p>
<p>Dr Lemieux, qui est encore présent à l'unité, vous prescrit de l'épinéphrine 0,1mg iv STAT et procède à l'intubation de M. Rousselle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quelle façon allez-vous administrer l'épinéphrine? L'administration doit se faire en bolus. Par la suite, il faut rincer la veine avec 10 à 20 ml de Salin 0,9%. <p><i>La préceptrice explique l'administration de l'épinéphrine.</i></p>	
<p>Dr Lemieux vous remet les prescriptions suivantes après l'intubation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perfusion de Versed et de Fentanyl selon protocole et titrer pour confort ✓ Répéter Épinéphrine 0,1 mg iv ✓ Lactate Ringer 1L en bolus puis à 175 ml / h ✓ Solumédrol® 40 mg iv q6h ✓ Diphenhydramine 50 mg iv q6h ✓ Ranitidine 50 mg iv q8h <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication du bolus de Salin 0,9%? Restaurer le volume intravasculaire • Quelle est l'indication du Solumédrol® dans cette situation? Prévenir une réaction prolongée ou retardée • Quelle est l'indication du diphenhydramine dans cette situation? Inhiber l'histamine 	<p>Administration de liquide et d'agents pharmacologiques pour optimiser la précharge (ex. : vasopresseur)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formule et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées <p>Lecture complémentaire : Urden, Stacy & Lough (2014) : Figure 34.4</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication de la ranitidine dans cette situation? Inhiber l'histamine en association avec le diphenhydramine <p><i>La préceptrice explique la prise en charge du patient en choc anaphylactique.</i></p>	
<p>La TA de M. Rousselle demeure à 86/41 malgré les traitements débutés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquez l'hypotension de M. Rousselle. Le choc anaphylactique entraîne une augmentation de la perméabilité des capillaires ainsi qu'une vasodilatation périphérique. Ces deux éléments causent une diminution du volume sanguin circulant. <p>Dr Lemieux vous demande de débiter une perfusion de Levophed® avec concentration standard pour une TA_s > 100mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment procéderez-vous pour l'administration de la perfusion de Levophed®? Selon le protocole de votre établissement <p><i>La préceptrice demande à la novice d'indiquer de quelle façon elle prépare la perfusion de Levophed® en tenant compte de la concentration de la fiole et de la concentration désirée.</i></p>	
<p>La tension de M. Rousselle se stabilise avec la perfusion de Levophed®.</p> <p>En soirée, vous observez le rythme suivant au moniteur :</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Interprétez ce rythme. FA avec réponse ventriculaire 65 à 140/minute <p><i>La préceptrice explique l'interprétation d'un tracé de FA.</i></p>	<p>Reconnaissance de l'arythmie Principales pathologies cardiaques (arythmies)</p>

<p>Vous notez les signes vitaux suivants : TA 128/69 FC variant de 70 à 140 battements / minute FR 18 respirations / minute T 37,3°C SpO₂ 97% AA. Dr Lemieux vous prescrit l'administration de métoprolol 5 mg iv q15min si FC supérieure à 100 battements / minute et de l'énoxaparin 75 mg sc STAT puis q12h. Puisque M. Rousselle a dit à l'arrivée qu'il présentait des palpitations depuis un mois, un traitement de warfarine est à débiter en soirée en prévision d'une cardioversion élective.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment allez-vous administrer le métoprolol? Le métoprolol est administré à 1mg / minute • Sur quels éléments portera votre évaluation? Fréquence et rythme cardiaque ainsi que la TA. La mesure du PR est également à évaluer. <p><i>La préceptrice explique l'administration du métoprolol iv et les surveillances associées.</i></p>	<p>Administration des antiarythmiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des taux et calcul des doses à l'aide de formules et de tableaux • Mélange des concentrations appropriées
<p>La fréquence cardiaque de M. Rousselle se stabilise à 100 battements / minutes après la 3^e dose de métoprolol mais trente minutes plus tard, la FC augmente à nouveau jusqu'à 160 battements / minute soutenu. Dr Lemieux prescrit un bolus de diltiazem 20mg iv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'indication du diltiazem dans cette situation? Vu l'inefficacité du métoprolol • De quelle manière administrerez-vous le diltiazem? Le bolus de cardizem s'administre en injection directe en 2 minutes. <p><i>La préceptrice explique la prise en charge d'un usager en FA. Elle explique le protocole d'administration du diltiazem de l'établissement ainsi que les surveillances associées.</i></p>	
<p>Suite au bolus de diltiazem, la FC de M. Rousselle ne présente aucun changement. Dr Lemieux prescrit alors un 2^e bolus de diltiazem 25 mg iv qui s'avère aussi inefficace que le premier. Il vous donne alors les prescriptions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amiodarone 450 mg iv en bolus ✓ Perfusion d'Amiodarone 450mg à 10 ml/h x 24h 	

<ul style="list-style-type: none"> • De quelle façon administrerez-vous le bolus d'amiodarone? <i>Selon le protocole de votre établissement</i> • De quelle façon administrerez-vous la perfusion d'amiodarone? <i>Selon le protocole de votre établissement</i> • Sur quels éléments portera votre évaluation en lien avec l'administration de l'amiodarone? Fréquence et rythme cardiaque ainsi que la mesure du QT. De plus, la TSH et les enzymes hépatiques doivent être surveillés. <p><i>La préceptrice explique le protocole d'administration d'amiodarone iv de l'établissement et les surveillances associées.</i></p> <p>À la suite de l'administration du bolus d'amiodarone, la FC de M. Rousselle diminue progressivement à 90 battements / minute.</p>	
<p><i>Activité de clôture dans le document « Suivi de préceptorat »</i></p>	

Annexe 1 ECG M. Domingue

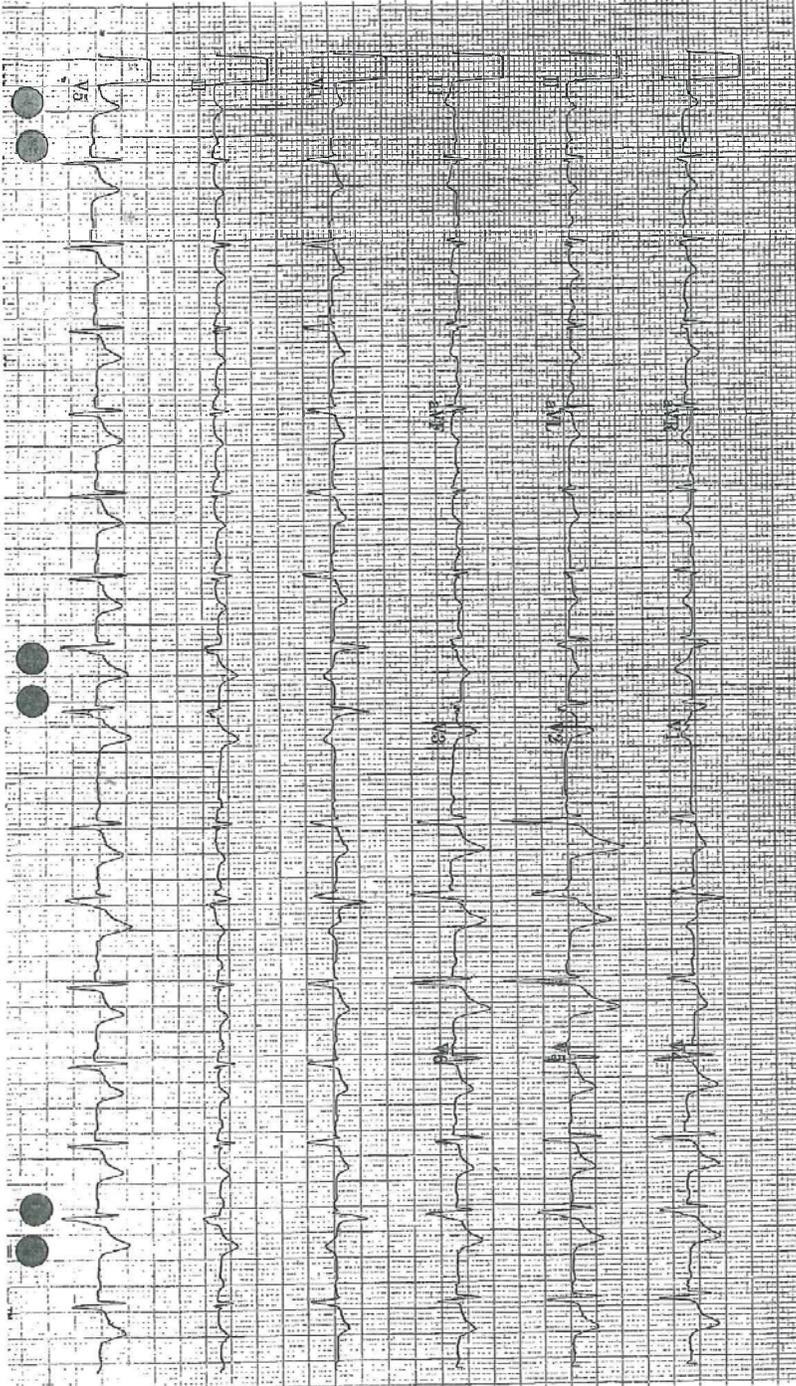
48ans
Masculin
Chambre: CIV3

Freq. ventr.: 96 bpm
Intervalle PR: 162 ms
Durée QRS: 98 ms
QT/QTc: 370/464 ms
Axes P-R-T: 88 31 13

Technicien: CV
Indications:

Référé par: GARANT

Non validé



Annexe 2

Mode démonstration du moniteur

1. Appuyer sur « Configuration principale »
2. Choisir « Mode de fonctionnement »
3. Choisir « Mode démonstration » (Les autres modes sont réservés aux techniciens biomédicaux et ne doivent pas être modifiés car cela entraîne une modification des constantes de la mémoire morte)
4. Mot de passe « 14432 »

En mode démonstration, il est possible de sélectionner le type d'écran désiré de la même façon qu'à l'habitude (Swan, 6 courbes, standard...) pour ainsi visualiser les courbes.

Pour revenir au mode standard de surveillance, refaire « Configuration principale », « Mode de fonctionnement » et choisir « Mode de surveillance ».

Il est possible que le mot de passe soit différent d'un centre à l'autre. Si le mot de passe inscrit ne fonctionne pas, communiquer avec le service de soutien technique biomédical de votre établissement.

Appendice Q

Cahier de la novice

Cahier de la novice¹⁵

Nom :

Préceptrice (coordonnées) :

¹⁵ Il s'agit d'un extrait du document « Cahier de la novice ». Toute personne intéressée par le document complet peut communiquer avec Annie Perron (annie.perron3@uqat.ca).

Insuffisance cardiaque

À la suite de cette rencontre vous serez en mesure de :

- Comprendre la physiopathologie du cœur
- Comprendre l'évaluation hémodynamique
- Choisir des interventions appropriées afin de corriger des altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Savoir effectuer une évaluation et des soins reliés au système cardiovasculaire
- Effectuer des soins cardiovasculaires
- Intervenir afin de corriger les altérations de perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque
- Savoir effectuer une évaluation et des soins respiratoires
- Effectuer une évaluation respiratoire
- Dispenser des soins à l'usager ayant une altération de la fonction respiratoire
- Comprendre l'utilisation des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et PVC)
- Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique (ligne artérielle et TVC)
- Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire
- Organiser son travail de manière efficace

Dans le but d'atteindre ces objectifs, il vous est demandé de comprendre l'anatomophysiologie du système cardiovasculaire. Pour ce faire, la lecture du chapitre 18 de Marrieb (2010) et la réalisation des exercices en lien avec la mise en situation suivante sont des éléments préalables à la rencontre avec votre préceptrice.

Au cours de la semaine, vous avez peut-être vécu une situation dont vous désirez discuter avec votre préceptrice (incident critique ou intégration dans le milieu). Notez les éléments dont vous désirez discuter. _____

Mise en situation	Réponse
<p>M. Laflamme se présente à l'urgence pour dyspnée et DRS de plus en plus fréquente depuis une semaine. À 18h, il est admis à l'USI pour insuffisance cardiaque. Il s'agit d'un homme de 68 ans ayant fait un infarctus il y a 15 ans. M. Laflamme a été vu à l'urgence par Dr Hotecœur, son médecin traitant. Suite au transfert dans son lit, M. Laflamme semble souffrant au niveau thoracique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-il important d'obtenir comme information dans l'évaluation d'une douleur thoracique? 	

<p>En le questionnant vous apprenez qu'il a une douleur depuis 15 minutes, il s'agit de quelque chose de fréquent pour lui. La douleur qu'il évalue à 4/10 est sous forme d'oppression au niveau du thorax et irradie sous le bras gauche. Vous effectuez un examen physique sommaire.</p> <ul style="list-style-type: none">• Considérant le diagnostic de cet usager, qu'est-il plausible de retrouver comme données au niveau de : l'auscultation cardiaque?	
<ul style="list-style-type: none">• L'auscultation pulmonaire?	
<ul style="list-style-type: none">• L'examen des jugulaires?	
<ul style="list-style-type: none">• La présence d'œdème?	

<p>Vous examinez les prescriptions médicales :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Lasix 20mg iv q12h (a été reçu à 17h)✓ Débuter perfusion de nitroglycérine iv si reprise de DRS, maintenir TA_s > 120 mmHg✓ FiO₂ pour saturation >94% <p>• Quel sera l'ordre de vos interventions?</p>	
<p>Les résultats des analyses de laboratoire effectuées à l'urgence sont arrivés à l'unité :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Troponine I < 0.01 ng/l✓ Troponine T < 0.01 ng/l✓ CK 101 UI/L✓ CKMB 0.15✓ Créatinine 140 mmol/l✓ Lactates 1,2 mmol/l✓ K 3,1 mEq/l✓ BNP 520 ng/l <p>• Interprétez ces résultats.</p>	

<p>M. Laflamme présente une TA à 190/101 FC à 120/ FR à 42/min SpO₂ 86% avec un ventimasque à 50%. Des râles sont audibles à l'oreille et il présente une cyanose péribuccale. Vous désirez aviser le médecin de la détérioration de l'état de l'usager.</p> <ul style="list-style-type: none">• Quels éléments est-il pertinent de nommer au médecin?	
<p>Dr Hotecœur demande l'installation du Bpap et prescrit de répéter un Lasix 40mg iv STAT et d'administrer une dose de Morphine 2.5mg iv répétable dans 15min PRN. Il vous prescrit également un soluté de Salin 0,9% avec KCl 40 mEq à 50ml / h. Le médecin vous demande de préparer le matériel pour l'installation d'un cathéter veineux central pour la mesure de la TVC et d'une ligne artérielle.</p> <ul style="list-style-type: none">• Quelle est la signification de la TVC et quelle est l'utilité de cette mesure?	
<ul style="list-style-type: none">• Quelles sont les limites de valeur normale de la TVC?	

<ul style="list-style-type: none">• Quelle est l'utilité d'une ligne artérielle?	
<ul style="list-style-type: none">• Quelles sont les valeurs normales de la pression artérielle invasive systolique, diastolique et moyenne?	
<ul style="list-style-type: none">• Quelles seront les surveillances en lien avec la perfusion de KCl?	
<p>L'inhalothérapeute installe le Bpap avec les paramètres suivants : I_{pap} 15 E_{pap} 5 FiO₂ 60%.</p> <ul style="list-style-type: none">• Expliquer ce que représentent ces chiffres.	

<ul style="list-style-type: none">• Quel est le rôle du Bpap dans l'OAP?	
<p>Lors de l'installation de la ligne artérielle, un prélèvement pour l'analyse des gaz sanguins est effectué. Les résultats sont les suivants :</p> <p>pH 7,50 pCO₂32mmHg pO₂ 88mmHg HCO₃⁻ 24mEq/l.</p> <ul style="list-style-type: none">• Interprétez ce résultat.	
<p>Le lendemain, le spécialiste en médecine interne décide de pratiquer une échographie cardiaque.</p> <ul style="list-style-type: none">• Quelles données cet examen nous permet-il d'obtenir?	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Quelle est l'utilité de cet examen? | |
|---|--|

À la suite de cette mise en situation, notez les questions s'adressant à votre préceptrice s'il y a lieu.

Notes personnelles lors de la rencontre avec la préceptrice.

Indiquez une compétence acquise, une en voie d'acquisition et une qui est non acquise relativement à la situation clinique discutée ce jour avec votre préceptrice :

- Acquise : _____
- En voie d'acquisition : _____
- Non acquise : _____

Rappel des lectures et exercices à faire avant la prochaine rencontre. Situation pour la prochaine rencontre : _____

Date de la prochaine rencontre : _____

Appendice R

Suivi de préceptorat

Suivi de préceptorat¹⁶

Nom :

Novice (coordonnées) :

¹⁶ Il s'agit d'un extrait du document « Suivi de préceptorat ». Toute personne intéressée par le document complet peut communiquer avec Annie Perron (annie.perron3@uqat.ca).

Situation clinique : Insuffisance cardiaque

Date de la rencontre : _____

Notes prises pendant la rencontre : _____

Activité de clôture (5 minutes)

- ✓ Retour sur les éléments vus au cours de la rencontre (p. ex. : identification des éléments moins bien compris qui seraient à approfondir par la novice)
- ✓ Demander à la novice d'indiquer une compétence acquise, une en voie d'acquisition et une qui est non acquise relativement à la situation clinique discutée ce jour :
 - Acquise : _____
 - En voie d'acquisition : _____
 - Non acquise : _____
- ✓ Rappel des lectures et exercices à faire avant la prochaine rencontre. Situation pour la prochaine rencontre : _____
- ✓ Date de la prochaine rencontre : _____

Appendice S

Évaluation formative de la novice

Évaluation formative de la novice

Élaboré avec les préceptrices de
l'Abitibi-Témiscamingue lors d'une
recherche-action – janvier 2015

Nom :

Évaluation formative

Les six premières rencontres faisant l'objet d'une évaluation formative sont les suivantes :

- Arythmie
- Intoxication
- AVC
- Insuffisance cardiaque
- Polytraumatisme (deux rencontres)

L'ordre de ces rencontres peut varier. Lors de la septième rencontre, vous devrez prévoir une rencontre d'une heure trente avec la novice, la demi-heure supplémentaire permettant de comparer votre évaluation à son auto-évaluation.

Les six rencontres suivantes sont :

- Pneumonie (deux rencontres)
- HDH
- Infarctus
- BPCO
- Pancréatite aiguë

Deux semaines après avoir terminé le programme, vous devrez prévoir une rencontre de trente minutes avec la novice dans le but de comparer votre évaluation à son auto-évaluation.

Grille d'évaluation formative (rencontres 1 à 6)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire.

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires					
Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque					
Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique					
Utiliser un stimulateur cardiaque					
Interpréter un ECG					

A : acquise VA : en voie d'acquisition NA : non acquise NO : non observée

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire.

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Effectuer une évaluation respiratoire					
Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Effectuer une évaluation neurologique					
Intervenir en présence de délirium					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau gastro-intestinal

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager présentant une altération du système gastro-intestinal					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau multisystémique

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager polytraumatisé					
Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété					
Dispenser des soins à un usager porteur d'un cathéter péridural pour analgésie					
Dispenser des soins à un usager nécessitant une transfusion sanguine					
Dispenser des soins à un usager atteint d'hypothermie					
Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique ou péricardique					

A : acquise VA : en voie d'acquisition NA : non acquise NO : non observée

Prendre en charge l'utilisateur à risque ou atteint d'un syndrome d'immobilisation					
--	--	--	--	--	--

Pratiquer les soins infirmiers selon les fondements de la profession

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs					
Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire					
Organiser son travail de manière efficace					

A : acquise VA : en voie d'acquisition NA : non acquise NO : non observée

Grille d'évaluation formative (rencontres 7 à 12)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire.

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires					
Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque					
Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique					
Interpréter un ECG					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire.

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire					

A : acquise VA : en voie d'acquisition NA : non acquise NO : non observée

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Effectuer une évaluation neurologique					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau gastro-intestinal

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager présentant une altération du système gastro-intestinal					

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau multisystémique

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Dispenser des soins à un usager en état de choc					
Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété					
Dispenser des soins à un usager nécessitant une transfusion sanguine					
Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique ou péricardique					

A : acquise VA : en voie d'acquisition NA : non acquise NO : non observée

Pratiquer les soins infirmiers selon les fondements de la profession

La novice est capable de...	A	VA	NA	NO	Commentaires
Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs					
Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire					
Organiser son travail de manière efficace					
Gérer son stress					

A : acquise VA : en voie d'acquisition NA : non acquise NO : non observée

Appendice T

Autoévaluation de la novice

Autoévaluation de la novice

Élaboré avec les préceptrices de
l'Abitibi-Témiscamingue lors d'une
recherche-action – janvier 2015

Nom :

Auto-évaluation

Les six premières rencontres faisant l'objet d'une évaluation formative sont les suivantes :

- Arythmie
- Intoxication
- AVC
- Insuffisance cardiaque
- Polytraumatisme (deux rencontres)

L'ordre de ces rencontres peut varier. Lors de la septième rencontre, vous aurez une rencontre d'une heure trente avec votre préceptrice, la demi-heure supplémentaire permettant de comparer votre auto-évaluation à son évaluation.

Les six rencontres faisant l'objet de la deuxième évaluation formative sont les suivantes:

- Pneumonie (deux rencontres)
- HDH
- Infarctus
- BPCO
- Pancréatite aiguë

Deux semaines après avoir terminé le programme, vous aurez une rencontre de trente minutes avec votre préceptrice dans le but de comparer votre auto-évaluation à son évaluation.

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Grille d'auto-évaluation formative (rencontres 1 à 6)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire.

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires							
Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque							
Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique							
Utiliser un stimulateur cardiaque							
Interpréter un ECG							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire.

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Effectuer une évaluation respiratoire							
Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire							

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Effectuer une évaluation neurologique							
Intervenir en présence de délirium							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire							

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau gastro-intestinal

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager présentant une altération du système gastro-intestinal							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau multisystémique

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager polytraumatisé							
Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété							
Dispenser des soins à un usager porteur d'un cathéter péridural pour analgésie							
Dispenser des soins à un usager nécessitant une transfusion sanguine							
Dispenser des soins à un usager atteint d'hypothermie							
Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique ou péricardique							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Prendre en charge l'usager à risque ou atteint d'un syndrome d'immobilisation							
---	--	--	--	--	--	--	--

Pratiquer les soins infirmiers selon les fondements de la profession

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs							
Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire							
Organiser son travail de manière efficace							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Grille d'évaluation formative (rencontres 7 à 12)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau cardiovasculaire.

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Effectuer une évaluation et des soins cardiovasculaires							
Choisir des interventions appropriées afin de corriger les altérations de la perfusion cardiovasculaire, du débit et du rythme cardiaque							
Utiliser des appareils de surveillance hémodynamique							
Interpréter un ECG							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau respiratoire.

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager ayant une altération de la fonction respiratoire							

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau neurologique

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Effectuer une évaluation neurologique							

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau urinaire

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager ayant une altération du système urinaire							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau gastro-intestinal

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager présentant une altération du système gastro-intestinal							

Prendre en charge un usager présentant une altération au niveau multisystémique

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Dispenser des soins à un usager en état de choc							
Gérer les manifestations de douleur et d'anxiété							
Dispenser des soins à un usager nécessitant une transfusion sanguine							
Dispenser des soins à un usager ayant un drainage thoracique ou péricardique							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)

Pratiquer les soins infirmiers selon les fondements de la profession

Je suis capable de...	1	2	3	4	5	6	Commentaires
Communiquer adéquatement avec un usager et sa famille en contexte de soins intensifs							
Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire							
Organiser son travail de manière efficace							
Gérer son stress							

1 : jamais effectué 2 : besoin de plus d'enseignement 3 : dois observer l'intervention
 4 : dois pratiquer sous supervision 5 : peux effectuer sous supervision 6 : peux effectuer de manière autonome
 Échelle d'évaluation tirée du Programme de soins infirmiers critique du Nouveau-Brunswick (PSICNB)