

SOMMAIRE

Retombées de l'utilisation d'un outil de communication dans le soin des plaies

Par

Stefanny Bleau

Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Contexte. La prise en charge non optimale des patients en soins de plaies prolonge indûment la durée des soins et contribue aux complications évitables, parfois sévères. Les compétences limitées en évaluation des plaies, les incohérences dans le traitement de l'équipe soignante et les difficultés liées à la communication interprofessionnelle concourent à une prise en charge inadéquate. Les échanges entre infirmières et médecins, pour s'informer, se consulter et convenir des traitements, pourraient être améliorés par une formation ciblant les compétences clinique et communicationnelle, comme cela a été démontré dans d'autres domaines.

Objet. Apprécier l'effet d'une intervention éducative sur l'utilisation d'un outil clinique (TIME) et l'approche communicationnelle (SBAR) auprès d'infirmières sur la qualité de l'échange verbal lors du suivi des patients porteurs de plaies.

Méthode. Les participants ont été recrutés lors d'une formation continue en soins de plaies. Initialement formées au TIME, les participants ont participé à trois séances de simulation téléphonique avec un interlocuteur standardisé, dont une avant l'enseignement du SBAR et deux séances après son enseignement. Les appels ont été enregistrés. Ceux-ci ont été évalués aléatoirement et à l'aveugle par six juges avec une grille standardisée. Une analyse descriptive de la durée de l'échange et une comparaison intrasujet aux différents temps de mesure ont été effectuées au moyen du test non paramétrique de Friedman.

Résultats. Six infirmières ont décidé de participer au projet de recherche pour un total de 18 appels évalués. Suite à la formation et à l'exposition répétée des infirmières à du contenu clinique en soins de plaies, elles prennent moins de temps à transmettre les informations à l'interlocuteur et font davantage de recommandations ($p=0.009$). Au fil des expositions, les infirmières détectent plus facilement les éléments de dangers et appliquent davantage les pratiques exemplaires. Une amélioration des compétences clinique et communicationnelle est notée au fil des scénarios.

Conclusion. La formation continue en soins de plaies et l'utilisation de principes de communication (SBAR) et d'analyse (TIME) à des moments répétés semblent promouvoir les compétences clinique et communicationnelle des infirmières dans le domaine.

Mots clés : communication, SBAR, collaboration, TIME, soins de plaies, compétences

SUMMARY

Outcomes of using a communication and clinical tool in wound care management

By

Stefanny Bleau

Clinical sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Clinical sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4.

Background Suboptimal wound management can unduly prolong the duration of care and contribute to avoidable and potentially severe complications. Factors that contribute to inadequate wound care include poor wound assessment skills, inconsistent treatment plans between professionals and difficulties in inter-professional communication. Training that specifically targets clinical and communication skills could improve handoff of information between healthcare professionals (e.g. nurses and doctors) and result in better patient outcomes.

Aim To assess the outcomes of training that includes the use of the SBAR communication tool (Situation-Background-Assessment-Recommendation) and the TIME clinical tool (Tissue-Infection-Moisture-Edge) for planning wound management interventions.

Method Nurses were recruited during a wound care training course. Participation involved three simulated calls, during which the nurses, using a case scenario, were asked to assess a complex venous or mixed venous-arterial leg ulcer. Nurses were then asked to communicate by phone their clinical impressions to an interviewer acting as a physician with a pre-established response script. Calls were recorded and evaluated by six (6) judges, who were blind to study condition, using the SBAR-TIME tool. Descriptive analysis concerning the duration of communication and its content were collected and scores were analyzed using the Friedman test.

Results Six nurses participated in the study for a total of 18 recorded interviews. After the SBAR-TIME training, the duration of the communication decreased significantly ($p=0.009$). Prior to the SBAR-TIME training, nurses tended to either omit or have difficulty suggesting a treatment plan based on the wound etiology. In contrast, nurses who had completed the SBAR-TIME training were more able to provide treatment recommendations consistent with best practices. Nurses also demonstrated improvement in their communication skills over time.

Conclusion This study demonstrated positive outcomes of training focused on the enhancement of wound care assessment and communication skills. Results show an improvement in clinical and communication skills subsequent to training with the SBAR-TIME tool and multiple exposures to clinical scenarios, suggesting that this form of teaching may lead to more efficient wound management in line with best practices.

Key words Communication, Collaboration, SBAR, Wound care, TIME, Expertise

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-------------|
| SOMMAIRE | ii |
| SUMMARY..... | iii |
| TABLE DES MATIERES | iii |
| LISTE DES TABLEAUX | vi |
| LISTE DES FIGURES..... | vii |
| LISTE ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES | viii |
| REMERCIEMENTS | x |
| INTRODUCTION | 1 |
| PREMIER CHAPITRE | 3 |
| 1. La problématique | 3 |
| 1.1 But de l'étude..... | 7 |
| DEUXIEME CHAPITRE..... | 8 |
| 2. La recension des écrits | 8 |
| 2.1 Collaboration et communication entre professionnels de la santé..... | 8 |
| 2.2 Compétences en soins de plaies..... | 14 |
| 2.2.1 Ulcères des membres inférieurs..... | 18 |
| 2.2.2 Outil d'évaluation en soins des plaies..... | 19 |
| 2.3 Utilisation de vignettes cliniques dans un cadre d'enseignement..... | 22 |
| 2.4 Cadre de référence..... | 24 |
| 2.4.1 Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme (2010)..... | 24 |
| 2.4.2 Modèle d'acquisition des compétences (Benner, 1984)..... | 28 |
| 2.5 Pertinence et hypothèse de l'étude..... | 31 |
| 2.6 Objectif de l'étude..... | 31 |
| TROISIEME CHAPITRE..... | 32 |
| 3. La méthodologie | 32 |
| 3.1 Devis de recherche..... | 32 |
| 3.2 Échantillon..... | 33 |
| 3.2.1 Population à l'étude et stratégie d'échantillonnage..... | 33 |
| 3.2.2 Critères d'admissibilité..... | 33 |
| 3.2.3 Recrutement des participants..... | 33 |
| 3.2.4 Taille de l'échantillon..... | 33 |
| 3.3 Déroulement de l'étude..... | 34 |
| 3.3.1 Activité d'apprentissage SBAR-TIME..... | 34 |
| 3.3.2 Les vignettes cliniques..... | 35 |
| 3.4 Variables à l'étude et instruments de mesure..... | 36 |
| 3.5 Analyse des données..... | 38 |
| 3.6 Considérations éthiques | 39 |
| QUATRIEME CHAPITRE | 41 |
| 4. Les résultats (article)..... | 41 |
| Avant propos | 41 |
| Outcomes of using a communication and clinical tool in wound care management... 41 | |
| Sommaire..... | 42 |
| Abstract | 43 |

| | |
|--|------------|
| 3.1 Background | 43 |
| 3.2 Method..... | 45 |
| 3.3 Results | 49 |
| 3.4 Discussion | 56 |
| 3.4.1 Interview length | 56 |
| 3.4.2 Communication competence | 57 |
| 3.4.3 Clinical competence | 57 |
| 3.4.4 Maintaining the competence acquired by simulation..... | 57 |
| 3.5 Conclusion..... | 58 |
| Acknowledgments | 59 |
| References | 61 |
| CINQUIEME CHAPITRE | 64 |
| 5. La discussion | 64 |
| 5.1 Taux de participation des infirmières en contexte de formation continue | 64 |
| 5.2 Caractéristiques démographiques de l'échantillon | 65 |
| 5.3 Utilisation de vignettes cliniques..... | 65 |
| 5.4 Participation de juges pluridisciplinaires | 67 |
| 5.5 Durée d'entretien et émission d'une recommandation | 68 |
| 5.6 Compétence communicationnelle au fil des expositions | 70 |
| 5.7 Jugement clinique et détection | 72 |
| 5.8 Qualité des recommandations | 73 |
| 5.9 Maintien de la compétence acquise par simulation | 76 |
| 5.10 Forces et limites de l'étude | 78 |
| 5.10.1 Forces de l'étude | 78 |
| 5.10.2 Limites et biais de l'étude | 78 |
| 5.11 Retombées envisagées..... | 80 |
| 5.11.1 Scientifiques..... | 80 |
| 5.11.2 Formation | 80 |
| 5.11.3 Cliniques | 80 |
| 5.12 Avenue suggérée pour la recherche future | 81 |
| CONCLUSION | 82 |
| LISTE DES REFERENCES..... | 83 |
| ANNEXE A Les vignettes cliniques | 94 |
| Annexe 1 : présentation de la vignette clinique #1 | 95 |
| Annexe 2 : présentation de la vignette clinique #2 | 98 |
| Annexe 3 : présentation de la vignette clinique #3 | 100 |
| ANNEXE B Les résultats | 103 |
| Annexe 4 : Questionnaire sociodémographique..... | 104 |
| Annexe 5 : Atteinte du contenu attendu par les participantes par vignette clinique | 105 |
| Annexe 6 : Attestation de conformité | 108 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Table 1 : Communication coding grid | 47 |
| Table 2 : Clinical coding grid..... | 48 |
| Table 3 : Demographic Data..... | 49 |
| Table 4 : Descriptive statistics : median, interquartile range | 49 |
| Table 5 : Intra-class correlation between the communication judges in the three scenarios | 50 |
| Table 6: Intra-class correlation among the clinical judges in the three scenarios..... | 51 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme..... | 27 |
| Figure 2 Modèle d'acquisition des compétences de Benner (1984)..... | 30 |
| Figure 3 Calendrier des activités d'apprentissage | 32 |

Figures de l'article

| | |
|---|----|
| Figure 1 Length of the interview: intra-subject comparison | 50 |
| Figure 2 Median communication score | 51 |
| Figure 3 Median clinical score..... | 52 |
| Figure 4 Median score among clinical and communication judges | 54 |

LISTE ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

| | |
|---------|--|
| ABC | Airway-Breathing-Circulation |
| ACSP | Association canadienne du soin des plaies |
| AFA | Administration fédérale de l'aviation |
| CIHI | Institut canadien de l'information sur la santé |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| FIP | Fonds d'innovation pédagogique |
| ICIS | Institut canadien de l'information sur la santé |
| MEASERB | Mesure-Exsudat-Apparence-Souffrance-Espace-Réévaluer-Bords |
| OIIQ | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| RCPI | Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux |
| SBAR | Situation-Background-Assessment-Recommendation |
| SOAP | Subjectif-Objectif-Analyse-Plan |
| STICC | Situation-Task-Intent-Concern-Calibrate |
| TIME | Tissue-Infection/Inflammation-Moisture-Edge of wound |
| V1 | Vignette clinique #1 |
| V2 | Vignette clinique #2 |
| V3 | Vignette clinique #3 |

*Entre ce que je pense,
ce que je veux dire,
ce que je crois dire,
ce que je dis réellement,
ce que tu veux entendre,
ce que tu entends,
ce que tu crois comprendre,
ce que tu veux comprendre
Et ce que tu comprends réellement
Il y a neuf possibilités de ne pas s'entendre*

Bernard Werber, 2000

REMERCIEMENTS

J'avais pour objectif de poursuivre mes études à un niveau supérieur pour me perfectionner professionnellement. Ce faisant, en plus de l'appropriation du processus de recherche, j'ai appris qu'être infirmière c'est de soigner avec tous ses sens, c'est d'avoir de l'intuition, de la rigueur intellectuelle et surtout d'avoir les connaissances pour soutenir notre jugement clinique. De ce point de vue, je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche Pre Isabelle Reeves, inf. Ph.D. et mon mentor Pre Caroline Bois, M.Ps pour leur soutien émotionnel, leurs conseils, leur disponibilité et leur rigueur intellectuelle. Leur renforcement positif à mon égard a été une stratégie d'encouragement qui m'a poussée à me dépasser. Je tiens également à remercier les cinq juges cliniques ayant donné leur expertise et leur temps à ce projet. Leur collaboration a permis une plus grande visibilité et crédibilité au projet de recherche. Merci également aux étudiants de l'Université de Sherbrooke pour leur participation au test pilote afin de rendre les vignettes cliniques comparables. Je remercie le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé pour leur permission d'utiliser le référentiel national de compétences comme cadre de référence. Un merci spécial à Marie-Pier, ma grande sœur, ma meilleure amie, qui a été d'une écoute inestimable, d'une disponibilité incroyable et qui a assuré en partie la révision linguistique de ce mémoire. Merci à Christine Charbonneau et Stéphanie Naan qui ont assuré respectivement la révision linguistique du mémoire et la traduction anglaise de l'article. Un précieux merci à Jennifer Russel Ph.D., professeure au département de psychiatrie et psychologie de l'Université McGill et coordonnatrice clinique du programme des troubles anxieux du Centre universitaire de santé McGill ainsi que Maryse Godin, M.Sc., coordonnatrice clinico-administrative de la Mission santé mentale et du département d'urgences du Centre universitaire de santé McGill pour la révision et la correction linguistique de l'article. Un merci chaleureux à mes deux petites sœurs, Virginie et Victoria et à mon meilleur ami Maxime pour tous les fous rires. Ils ont su m'offrir le meilleur d'eux-mêmes. Merci à mes beaux-parents Caroline et Pierre qui m'ont offert un soutien inestimable. Un précieux merci à mes parents, Josée et Pierre, qui m'ont inculqué le goût d'apprendre et le désir de continuellement me dépasser. Ils ont été souteneurs et persévérants, et ils m'ont appris à croire en moi. J'aimerais finalement remercier mon conjoint, Charles, pour sa patience, sa compréhension et son calme inébranlable tout au long de ce processus de rédaction.

INTRODUCTION

Ce présent mémoire s'inscrit dans le domaine de l'innovation clinique et est soumis à la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Il vise à explorer l'intégration du schéma de communication SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) conjointement avec le principe d'évaluation clinique TIME (Tissue-Infection/Inflammation-Moisture-Edge of Wound) lors de la gestion de situation de soins de plaies complexes.

Ce projet de recherche résulte de notre questionnement à définir le rôle de l'infirmière devant une clientèle vulnérable. Qui plus est, notre expérience professionnelle nous a motivé à nous intéresser aux rôles de chacun dans le domaine de la santé. Les infirmières ont, dans toutes sortes de circonstances, auprès de toutes sortes d'interlocuteurs, à échanger de l'information et à planifier les soins en collaboration parfois maladroitement, parfois rapidement, mais trop souvent à des moments peu opportuns. Progressivement, les champs d'intérêt se sont affinés permettant de cibler les domaines d'intervention intéressants à explorer en profondeur en vue du présent mémoire. Par souci de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, le choix s'est posé sur les aptitudes de communication et de collaboration entre les différents professionnels de la santé, la compétence évaluative de l'infirmière et le domaine des soins de plaies. En effet, comme l'infirmière détient un rôle pivot dans la coordination des interventions en soins de plaies, il est primordial qu'elle soit outillée en termes de compétence et d'exposition à gérer soigneusement une situation de soins de plaies complexes. Or, puisque les soins de plaies misent sur la collaboration entre différents professionnels de la santé, il est fondamental de bien savoir structurer l'information à livrer. L'outil de communication SBAR est reconnu prometteur en matière de transfert structuré d'informations. Bien qu'il ait été exploré dans plusieurs domaines d'interventions, à notre connaissance il n'a pas été étudié dans le domaine des soins de plaies.

Nous présenterons les différentes déclinaisons de la collaboration interprofessionnelle, plus particulièrement le postulat de la communication dans un contexte clinique de soins de plaies.

Cet ouvrage contient cinq chapitres. Le premier chapitre de ce présent mémoire aborde la problématique des lacunes de communication et de collaboration entre les différents professionnels de la santé lors de la prise en charge des patients ayant des plaies.

Le deuxième chapitre soutient la pertinence de l'étude en détaillant en profondeur la recension des écrits des différents concepts étudiés : la communication et la collaboration ainsi que le domaine des soins de plaies. Deux cadres de référence sont également présentés dans ce deuxième chapitre permettant d'asseoir davantage les deux principaux concepts du projet de recherche. L'objectif de l'étude est aussi présenté.

Le troisième chapitre détaille la méthodologie utilisée pour cette recherche. Elle alimente la section suivante, le quatrième chapitre, qui aborde la méthodologie complémentaire et les résultats présentés au moyen d'un article soumis à la revue *Journal of Wound, Ostomy and continence nursing (JWOCN)*. On y présente les différents constats sur les compétences clinique et communicationnelle suite à une analyse approfondie des données.

Le cinquième chapitre traite des résultats généraux du projet de recherche et de ses conclusions en lien avec les écrits consultés. On y expose également les forces et les limites de l'étude, les retombées envisagées pour la profession infirmière et les avenues suggérées pour la recherche future.

Finalement, la conclusion permet de camper le thème de la compétence dans le domaine des soins de plaies.

PREMIER CHAPITRE

1. La problématique

Avec l'avancement des technologies et des techniques biomédicales spécialisées, on remarque un accroissement de la durée de vie des patients (Agence de la santé publique du Canada, 2013 ; Cowman et al., 2012). Malgré cette avancée, on note toutefois une augmentation du taux de maladies chroniques. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), chez la population âgée de 20 ans et plus, trois personnes sur cinq sont atteintes de maladies chroniques (Agence de la santé publique du Canada, 2013; OMS, 2014). Les maladies chroniques sont la plus grande cause de décès au monde et ont des répercussions importantes sur l'organisation de la santé (OMS, 2014). Elles sont associées à une augmentation de l'incidence d'hospitalisations et une augmentation de la prévalence des plaies chroniques. Parallèlement, l'incidence d'hospitalisation est aussi associée directement à l'augmentation du risque de développer une plaie chronique (ICIS, 2013). D'ailleurs, selon l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS), 4 % des patients hospitalisés en courte durée et 30 % des patients hospitalisés en longue durée développeront une plaie, et ce, sans compter les patients présentant déjà une plaie à leur arrivée à l'hôpital (ICIS, 2013). Selon ce même rapport, le Québec est la troisième province du Canada à afficher une prévalence élevée de plaies, soit supérieure à 4 % en soins de courte durée. De plus, les coûts associés au traitement des plaies sont significatifs et possiblement sous-estimés en raison des difficultés de prise en charge par les professionnels de la santé et des coûts indirects afférents non considérés comme l'absentéisme au travail et la rémunération des professionnels de la santé (Butters, 2011 ; Hurd et Posnett, 2009 ; Norris et al., 2012; Reinhardt et Keller, 2009). Selon le *Wound Care Alliance Canada*, on chiffre à 3,9 milliards de dollars la somme déboursée en 2012 seulement au Canada pour les soins de plaies et on prévoyait une hausse de 30 % dans les huit années suivantes (2012). On explique cette somme onéreuse par le manque de connaissances des professionnels, les incohérences dans le traitement des plaies et le manque de compétences cliniques des infirmières dans l'évaluation, la coordination et la planification des interventions (Cowman et al., 2012 ; OEQ/OIIQ/OPPQ, 2014 ; Reinhardt et Keller, 2009). L'ensemble de ces manquements entraîne des durées moyennes de suivis

très longues et des complications évitables (Cowman et al., 2012 ; Reinhardt et Keller, 2009). Ces conclusions sont ajoutées aux difficultés du système de santé actuel qui connaît un changement depuis l'adoption du projet de loi no.10 entraînant la fusion des différents établissements de santé, des compressions budgétaires, du temps de soins diminué aux patients et une charge de travail augmentée (Assemblée nationale, 2015).

Dans le contexte québécois actuel, la contribution potentielle des infirmières au domaine des soins de plaies est grande. En effet, la loi 90 modifiant le Code des professions a accordé en 2002 un partage des champs d'expertise entre plusieurs professionnels de la santé (Assemblée nationale, 2002). Révisé en 2009, ce projet offre au total 17 activités réservées aux infirmières et infirmiers et l'une d'entre elles fait référence spécifiquement au domaine des soins de plaies. Il autorise l'infirmière et l'infirmier à : « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments » (Durand et al., 2016). Cette autonomie réservée dépend de plusieurs facteurs : la complexité de la plaie, l'état de santé globale du patient ou les règles en vigueur dans l'établissement, mais dépend également des compétences du professionnel de la santé en soins de plaies (Durand et al., 2016). Ainsi, dans ce contexte légal, et tel que nous le décrivons dans ce présent mémoire, il semble crucial de promouvoir la compétence clinique des infirmières dans le domaine des soins de plaies.

Une compétence clinique fait référence « aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement clinique nécessaires pour que l'infirmière exerce sa profession » (Leprohon et al., 2009). De manière plus précise, deux éléments sont attendus de l'infirmière : « agir avec compétences et exercer selon les normes de pratique et les principes scientifiques reconnus » (Durand et al., 2016, p.16). L'infirmière a donc la responsabilité d'actualiser ses connaissances. Divers moyens sont suggérés par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) : l'application des pratiques exemplaires, la participation à de la formation continue (Durand et al., 2016). Ces mesures sont suggérées dans le but d'assurer une prise en charge sécuritaire d'un patient (Durand et al., 2016). Selon la mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière, le domaine des soins de plaies fait partie des situations cliniques courantes auxquelles l'infirmière doit intervenir (Leprohon et al., 2009). De ce point de vue, l'infirmière doit savoir identifier les besoins du patient porteur d'une plaie,

analyser et interpréter les données cliniques du patient et de sa plaie ainsi que planifier et coordonner les interventions dans ce domaine (Leprohon et al., 2009). Afin d'améliorer les compétences de l'infirmière en soins de plaies, il est recommandé de renforcer l'utilisation de principe simple facilitant l'organisation et l'analyse des données spécifiques à une situation de soins de plaies complexes (Leaper et al., 2012). À ce titre, le principe TIME est largement diffusé comme modèle d'évaluation et d'analyse en soins de plaies. Les bénéfices associés à son utilisation sont reconnus : amélioration de la compétence évaluative du professionnel qui l'utilise et meilleure détection des éléments de dangers (Leaper et al., 2012). Même si autrefois ce principe se voulait un cadre d'évaluation, il a progressé en termes d'outil de référence et est aujourd'hui utilisé davantage pour guider la prise en charge des patients porteurs de plaies (Leaper et al., 2012).

Mise à part l'amélioration des compétences cliniques, la communication est une partie intégrante de la collaboration professionnelle (CPIS, 2010) et nécessite d'être également rehaussée (Joint commission International, 2011). En effet, la coordination inadéquate est reconnue comme un manquement en soins de plaies (Cowman et al., 2012 ; OEQ/OIIQ/OPPQ, 2014 ; Reinhardt et Keller, 2009). Or, lorsque la coordination est accrue, telle qu'incarnée par les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, le suivi des plaies est amélioré (Bongiovanni et al., 2006 ; Butters, 2011 ; Hellingman et Smeets, 2008 ; Vu et al., 2007). Selon les dernières pratiques exemplaires publiées quant à la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques, les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires sont fortement encouragées dans le suivi de ces patients (Norton et al., 2017). Les infirmières ont alors l'opportunité d'échanger de l'information avec différents professionnels de la santé dans le but de se concerter et optimiser la prise en charge des patients en soins de plaies. (Norton et al., 2017). Par conséquent, il importe donc de bien les préparer par l'enseignement de principes, de modèles ou d'outils afin de consolider leurs habiletés de communication pour collaborer et coordonner les soins plus efficacement dans différents contextes de collaboration. D'ailleurs, communiquer est une compétence centrale attendue de tous les professionnels de la santé (CPIS, 2010).

De façon générale, la communication entre professionnels de la santé est un facteur humain critique dans la prévention des événements indésirables graves (Haig et al., 2006 ;

Leonard et al., 2004). Certains facteurs peuvent nuire à l'échange d'informations entre infirmières et médecins, tel le manque de structure (Jones, 2006). Certains chercheurs ont observé des difficultés significatives dans la communication entre les infirmières et les autres professionnels de la santé (Jones, 2006 ; McCrory et al., 2012 ; Vardaman et al., 2012). Outre le manque de structure, ces difficultés sont aussi associées à la hiérarchie et aux divergences entre les styles de communication privilégiés (Greenfield, 1999 ; Robinson et al., 2010 ; Thomas et al., 2003). Selon De Meester et al. (2013), les infirmières détaillent davantage leurs rapports alors que les médecins émettent un discours plus concis. Introduire un schéma de communication permettant de mieux circonscrire, organiser et transmettre les informations pertinentes est reconnu bénéfique (Boaro et al., 2010). L'amélioration de la structure de communication entre les professionnels est d'ailleurs fortement encouragée par différentes études (De Meester et al., 2013 ; Joint Commission International, 2011 ; Tjia et al., 2009). Certains mnémoniques simples sont couramment utilisés dans le domaine de la santé afin d'organiser concrètement la conversation entre les différents professionnels de la santé (Llan et al., 2012 ; Riesenber et al., 2009). Citons par exemple le SOAP (Subjectif-Objectif-Analyse-Plan) utilisé comme structure d'organisation dans les éléments à recueillir auprès du patient, le STICC (Situation-Task-Intent-Concern-Calibrate) utilisé comme stratégie de communication dans des situations d'urgence, le SBAR (Situation-Background-Analyse-Recommandation) étudié fréquemment entre les différents professionnels de la santé pour organiser les éléments à se transmettre (Llan et al., 2012 ; Riesenber et al., 2009). Selon une revue systématique publiée en 2009, le SBAR correspond au mnémonique le plus diffusé en matière de transfert d'informations et a donc été privilégié dans le cadre de ce présent mémoire (Riesenber et al., 2009). Par ailleurs, le schéma SBAR est largement utilisé comme modèle de communication et associé à des retombées positives pour les professionnels et les patients (De Meester et al., 2013 ; McCrory et al., 2012). De plus, il est largement étudié dans les rapports entre infirmières et médecins, dyade, en outre, fréquemment rencontrée en santé et particulièrement dans le domaine des soins de plaies, thème principal de ce mémoire (Riesenber et al., 2009). Comme le domaine des soins de plaies bénéficie de la collaboration entre professionnels pour la planification des interventions (Hellingman et Smeets, 2008 ; Vu et al., 2007), l'utilisation du schéma SBAR pourrait être considérée. Au-delà de l'amélioration de la communication, certains auteurs

remarquent aussi une amélioration dans la structure d'évaluation du professionnel et une reconnaissance précoce des situations cliniques dangereuses ou à risque de se détériorer suite à l'utilisation du schéma SBAR. (Bartges, 2012; De Meester et al., 2013; Ludikhuizen et al., 2011; McCrory et al., 2012; Miller et al., 2009; Novak et Fairchild, 2012; Townsend-Gervis et al., 2014; Vardaman et al., 2012; Whittingham et Oldroyd, 2014).

En somme, la formation continue des professionnels de la santé semble être un moyen efficace pour améliorer les connaissances des professionnels en soins de plaies (Sibbald et Orsted, 2004). Intégrer l'enseignement de principes simples pour faciliter l'évaluation des plaies et la transmission d'informations relatives aux soins de plaies est une avenue à considérer lors de la formation des infirmières. À notre connaissance, aucune étude n'a apprécié les effets de l'intégration conjointe du schéma SBAR et du principe TIME dans le contexte d'une formation initiale ou continue en soins de plaies destinée aux infirmières.

1.1 But de l'étude

Évaluer la communication entre les professionnels et les compétences cliniques des infirmières lors du transfert oral d'informations nécessaires au suivi des plaies dans le cadre d'une formation continue offerte aux infirmières laquelle a introduit le principe d'évaluation clinique TIME et le schéma de communication SBAR.

DEUXIÈME CHAPITRE

2. La recension des écrits

La recension des écrits présentée ci-dessous provient d'une consultation des banques de données informatisées suivantes : CINAHL, MEDLINE, psycINFO, ERIC, et *Psychology and Behavioral sciences collections*. La recherche documentaire a considéré les écrits rédigés depuis l'année 2000 en anglais et en français.

La recension des écrits avait pour objectif d'identifier les études portant sur la collaboration, la communication et les compétences évaluatives des professionnels de la santé en soins de plaies. Pour y arriver, la recherche documentaire se décline en trois thèmes centraux étudiés séparément. Le processus de sélection des articles pour la présente recension des écrits est détaillé avant chaque concept clé. La méthode boule de neige a permis d'identifier de la littérature grise et des études complémentaires afin de bonifier la présente recension des écrits.

2.1 Collaboration et communication entre professionnels de la santé

Le premier concept réfère à la communication et la collaboration entre les différents professionnels de la santé, les moyens pour l'améliorer et l'utilisation du schéma de communication SBAR. Les mots clés « *communication* », « *collaboration* », « *SBAR* » et « *ISBAR* » ont été utilisés pour recenser les articles. Au total, plus de 75 articles ont été répertoriés. Après une analyse approfondie, 52 articles ont été sélectionnés selon leur devis, leur but ou leur méthode afin de bâtir cette présente étude. Il est important de souligner qu'aucune étude recensée n'a combiné le SBAR au domaine des soins de plaies. Ainsi, les études recensées explorent le SBAR dans différents autres milieux de la santé. Les prochains paragraphes font le détail de quelques articles sélectionnés.

« La collaboration professionnelle est le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (CPIS, 2010, p. 8). La communication et la prise de décision sont des processus clés dans la collaboration (Kilpatrick, 2013). Il est faux de croire

que les aptitudes de communication sont acquises. La communication est une compétence complexe à atteindre et est utilisée dans tous les contextes de collaboration clinique. (CPIS, 2010). Sans communication, la collaboration entre professionnels devient impossible, peu importe la complexité de la situation (Careau et al., 2014).

Plusieurs facteurs affaiblissent une communication orale jugée efficace entre les infirmières et les autres professionnels de la santé. Le manque de structure, la hiérarchie, le langage, le genre et la culture en sont des exemples (Greenfield, 1999 ; Robinson et al., 2010 ; Thomas et al., 2003, Vardaman et al., 2012). De plus, les différences de formation, les styles de communication variés, et les attentes personnelles des professionnels peuvent nuire à la qualité des échanges et engendrer des résultats négatifs dans la prise en charge des patients (Jones, 2006 ; Shannon et al., 2011 ; Vardaman et al., 2012). En effet, chaque professionnel a été exposé et a intégré des modèles différents de communication à travers leur formation académique. La formation en silo semble représenter un obstacle dans la capacité à conjuguer l'expérience professionnelle de chacun (Jones, 2006 ; Shannon et al., 2011 ; Vardaman et al., 2012). Autrement dit, des préférences se sont dessinées au sein d'une profession quant au style de communication employé (Jones, 2006 ; Shannon et al., 2011 ; Vardaman et al., 2012). Notamment, les gens qui étudient en pharmacie ou en médecine vont décliner des faits alors que les gens qui étudient en sciences infirmières vont préférer un discours plus narratif. En comparaison, les spécialités axées sur le volet psychosocial vont plutôt apprécier un discours plus interprétatif laissant place aux questionnements. Il est alors justifié que ces différents professionnels, au moment de se parler, présentent des différences dans leur façon de mettre de l'importance ou de structurer leur discours (Jones, 2006 ; Shannon et al., 2011 ; Vardaman et al., 2012). Outre ces habiletés interactionnelles, les facteurs organisationnels ont aussi un impact sur la qualité des échanges entre professionnels. En œuvrant dans des mégastructures d'organisation et de soins de santé, la communication humaine est poussée à sa limite. L'organisation des soins est influencée par des effectifs réduits, un surcroît de travail, la polymorbidité, des centaines d'interruptions et la collaboration avec de nouveaux collègues (Duffield et al., 2011). Ces différentes conditions sont à risque et peuvent contribuer aux erreurs de communication entre les professionnels et à d'autres événements indésirables (Duffield et al., 2011). Dans ce genre de situations stressantes, il est d'autant plus important d'utiliser une structure, un langage commun. À cet égard, la Commission internationale de

la sécurité des patients précise que l'efficacité de la communication entre professionnels de la santé mérite d'être grandement rehaussée (Joint Commission International, 2011). Une analyse des événements indésirables a soulevé trois domaines possibles d'échec de la communication : l'évaluation, le jugement clinique des infirmières et la structure de communication (Luettel et al., 2007). Or, des échanges non structurés ont souvent des répercussions importantes comme l'augmentation du temps d'hospitalisation d'un patient, ce qui engendre des coûts importants au budget alloué à la santé, et augmente la morbidité et la mortalité (McCrorry et al., 2012). Par souci de diminuer les erreurs de communication et les événements indésirables, il convient d'améliorer les aptitudes d'évaluation, le jugement clinique et la communication (Luettel et al., 2007; Tjia et al., 2009). Dans des sondages d'opinion, plusieurs infirmières disent reconnaître l'importance d'améliorer leur préparation à la communication afin de faciliter les échanges entre professionnels (Shannon et al., 2011 ; Tjia et al., 2009). À ce titre, le SBAR répond à ces exigences et est, à notre connaissance, en vigueur dans plusieurs domaines en santé.

Le SBAR est un schéma de communication déployé à la suite des recommandations faites par l'Administration fédérale de l'aviation (AFA) afin de réduire les incidents de communication menant souvent à des événements graves évitables (Doucette, 2006). Dans des moments d'urgences auxquels le domaine de l'aviation fait souvent face, il est fondamental de dresser un portrait juste et concis de la situation. Suite aux résultats prometteurs de son utilisation, le SBAR a ensuite été intégré dans le domaine de la santé en 2003 par l'organisation Kaiser Permanente au Colorado comme schéma de communication entre les médecins et les infirmières lors de situations nécessitant une attention immédiate (Leonard et al., 2004). Il fournit une ligne de conduite claire dans l'organisation de l'information et optimise la structure de communication orale (Hamilton et al., 2006). L'idée d'introduire un tel schéma parmi les acteurs du milieu de la santé est de rendre au récepteur d'une communication un portrait exhaustif d'une situation pour qu'il ait la même lecture que l'interlocuteur. Ainsi, lors d'une communication avec le médecin, l'infirmière pourrait partager son raisonnement clinique d'une façon suffisamment structurée afin de créer verbalement un entonnoir et conclure en une recommandation intéressante et valable pour le médecin.

Le SBAR est reconnu efficace en matière de transfert structuré d'informations dû au fait qu'on y gagne en termes de sécurité et de qualité des soins aux patients (McCrorry et al., 2012). Ainsi, le SBAR est utilisé comme script de communication où chaque lettre (S-B-A-R) fournit un portrait succinct de la situation sans détails superflus (Vardaman et al., 2012). De ce fait, l'élément « S » (*situation*) décrit le problème prioritaire soit la situation à laquelle il est nécessaire de porter notre attention. L'élément « B » (*background*) fait le détail des informations qui soutiennent le problème dans son contexte. L'élément « A » (*assessment*) expose l'évaluation qu'on fait de la situation. Finalement, l'élément « R » (*recommendation*) conclut l'entretien par les interventions proposées afin de résoudre le problème. Aujourd'hui, le schéma de communication SBAR est parfois utilisé sous le format ISBAR selon les auteurs où l'identification du patient « I » est isolée de la situation « S » (Kitney et al., 2017; Mannix et al., 2017). L'utilisation interchangeable du SBAR ou ISBAR suggère les mêmes avantages. Certes, les bénéfices de l'utilisation rigoureuse d'un tel schéma de communication sont nombreux : satisfaction des travailleurs et des patients, amélioration de la sécurité, meilleure collaboration au sein des équipes interdisciplinaires et amélioration de la qualité des soins (Boyle et Kochinda, 2004).

Selon les études consultées, le schéma de communication SBAR a été étudié plus souvent au moyen d'un devis quasi expérimental de type pré-post qui expose un groupe à une séance d'enseignement sur le SBAR (Beckett et Kipnis, 2009; Cornell et al., 2013; De Meester et al., 2013; Dingley et al., 2008; Guhde, 2014; Hamilton et al., 2006; Marshall et al., 2012; Martin et Ciurzynski, 2015; McCrorry et al., 2012; Randmaa et al., 2014; Raymond et Harrison, 2014; Rodgers, 2007; Telem et al., 2011; Wang et al., 2015). Ces études concluent à une amélioration de la communication entre professionnels après l'enseignement du SBAR. Les auteurs arrivent à ces conclusions en exposant d'abord des groupes au schéma de communication SBAR puis en mesurant par questionnaire ou par observation directe la perception des professionnels de leurs aptitudes à communiquer, la durée des entretiens et la qualité de la prise en charge des patients. L'amélioration de ces trois variables suggère une meilleure stratégie de communication au sein des équipes. Depuis son introduction, le SBAR est perçu par les professionnels de la santé comme une mesure améliorant la précision et l'efficacité de la communication dans divers contextes de soins de santé (Cornell et al., 2013 ; De Meester et al., 2013 ; Kesten, 2011; McCrorry et al., 2012; Randmaa et al., 2014;

Vardaman et al., 2012). L'enseignement du schéma SBAR aux nouveaux employés d'un établissement de santé est une avenue suggérée par plusieurs auteurs et contribue, selon les résultats des études consultées, à améliorer les soins de santé (Ascano-Martin, 2008 ; McCrory et al., 2012 ; Vardaman et al., 2012). En réponse aux préférences variées de styles de communication, le SBAR permet à différents professionnels de se comprendre lorsque leurs stratégies de communication sont discordantes (Haig et al., 2006). Bien souvent, la communication infirmière-médecin se fait au moyen d'une modalité de communication non planifiée directe soit la conversation téléphonique (Careau et al., 2014; Tjia et al., 2009). Or, seulement quatre articles étudient spécifiquement la communication téléphonique entre deux professionnels de la santé au moyen du SBAR (Ludikhuizen et al., 2011; Marshall et al., 2012; Randmaa et al., 2014; Tjia et al., 2009). Trois d'entre elles utilisent un devis quasi expérimental pour étudier la communication téléphonique entre professionnels de la santé (Ludikhuizen et al., 2011; Marshall et al., 2012 ; Randmaa et al., 2014). Ces trois études concluent par une amélioration de la communication en évaluant la clarté des propos et la détection plus rapide des patients à risque de se détériorer. La quatrième étude propose plutôt un devis mixte où le volet qualitatif avance des conclusions intéressantes (Tjia et al., 2009). Le paragraphe suivant fait l'historique de cette dernière.

L'étude d'approche mixte de Tjia et al. (2009), avait pour but d'identifier et de quantifier les barrières à la communication téléphonique entre infirmières et médecins et de proposer des stratégies d'optimisation de la communication téléphonique. Environ 75 % des infirmières participant à l'étude rapportent un manque de préparation au moment de contacter le médecin. Contrairement aux autres études qui s'intéressent à la communication par téléphone, il est intéressant de noter dans cette étude que les infirmières critiquent elles-mêmes leur manque de préparation à l'appel. Les auteurs concluent que la compétence infirmière et la préparation à l'appel sont des éléments incontournables d'une communication efficiente.

Outre l'amélioration de la communication, plusieurs études reconnaissent les bénéfices de l'utilisation du schéma SBAR sur l'optimisation des compétences cliniques et sur la détection plus rapide des éléments de dangers (Bartges, 2012; De Meester et al.,

2013; Ludikhuize et al., 2011; McCrory et al., 2012; Miller et al., 2009; Novak et Fairchild, 2012; Townsend-Gervis et al., 2014; Vardaman et al., 2012; Whittingham et Oldroyd, 2014).

En ce sens, l'étude de McCrory et al. en 2012 avait pour but d'évaluer l'effet de l'intervention éducative SBAR conjointement à un schéma d'évaluation clinique en situation d'urgence. Les auteurs ont opté pour l'utilisation de scénarios simulés pré et post intervention éducative SBAR afin d'évaluer la communication interservice et la rapidité de prise en charge des participants. Les auteurs se sont intéressés au score obtenu au moyen d'une grille de codification, la priorité des informations divulguées et le temps d'entretien entre les deux professionnels. Cette étude est la première à suggérer une détection plus rapide des éléments de dangers après l'enseignement du SBAR. L'étude rapporte également une amélioration marquée dans l'émission d'une recommandation soit de 4 % en pré intervention à 85 % en post intervention. Cette étude propose l'évaluation du SBAR au moyen d'une grille de correction. Même si la validation de l'outil n'a pas été effectuée dans cette étude, elle permet une appréciation quantitative de la performance à utiliser le SBAR. Finalement, les auteurs de l'étude soutiennent qu'une approche structurée dans l'échange d'informations entre les professionnels permet de diminuer les erreurs de transmission et le temps alloué au transfert.

Les résultats de l'étude de Dingley et al., en 2008, atteignent des conclusions semblables : l'introduction d'un schéma de communication, tel le SBAR, contribue à améliorer la séquence des événements de communication et diminuer le délai de prise en charge des patients. Parallèlement, l'organisation des échanges entre professionnels semble être une hypothèse explorée par plusieurs études comme stratégie d'optimisation du continuum de la compétence clinique (Bartges, 2012 ; De Meester et al., 2013 ; Ludikhuize et al., 2011; McCrory et al., 2012). En effet, l'introduction d'un tel schéma de communication concourt à une meilleure surveillance et une détection plus précoce de détérioration chez les patients (Bartges, 2012 ; De Meester et al., 2013; Ludikhuize et al., 2011; McCrory et al., 2012). De plus, selon les résultats d'une étude particulièrement rigoureuse, l'utilisation du SBAR peut même contribuer à diminuer le taux de mortalité chez les patients (De Meester et al., 2013). Certes, cette dernière étude est la première à conclure à une diminution significative du nombre de décès suite à l'introduction et l'enseignement du SBAR.

Malgré l'implantation exponentielle du SBAR dans le milieu de la santé selon les études recensées, aucune n'en fait usage dans un contexte de soins de plaies. Puisqu'on mise sur la collaboration dans la prise en charge optimale des patients porteurs de plaies et puisque l'amélioration de la communication dans les échanges entre professionnels joue un rôle vital dans l'efficacité d'une intervention (McCrary et al., 2012), l'utilisation du SBAR devrait optimiser le traitement des patients porteurs de plaies.

2.2 Compétences en soins de plaies

Le second thème pose un regard sur les compétences évaluatives des infirmières dans l'évaluation des patients porteurs de plaies. Les mots clés « *wound care* », « *wound healing* », « *wound management* » ont été utilisés dans les banques de données ci-haut citées. Plus de 25 000 articles ont été répertoriés. Une recherche plus approfondie de ces mots clés dans le domaine des sciences infirmières a été effectuée en utilisant le terme « *nursing* ». Quelque 2 000 articles ont alors été recensés. Une consultation minutieuse des titres nous a permis de conserver 188 articles se concentrant sur les compétences des professionnels et sur la collaboration de ceux-ci dans la prise en charge des patients porteurs de plaies. Suite à une analyse approfondie des résumés, quelque 30 articles ont été conservés en fonction de leur méthode et de leur devis jugé pertinent pour ce présent projet de recherche. Les prochains paragraphes décrivent quelques articles sélectionnés.

Selon les études consultées, les compétences en soins de plaies ont été étudiées plus souvent au moyen d'audit de dossier rétrospectif recueillant les données spécifiques à la plaie, au temps de cicatrisation et aux coûts associés (Gartlan et al., 2010 ; Hellingman et Smeets, 2008 ; Norris et al., 2012). De plus, beaucoup d'études ont considéré l'aspect économique des soins de plaies en soulignant l'importance de diminuer les coûts associés à la prise en charge (Agence de la santé publique du Canada, 2013 ; Hellingman et Smeets, 2008 ; Reinhardt et Keller, 2009). Il est vrai de dire que des pratiques non uniformisées ont, dans ce domaine comme la plupart des domaines médicaux, des répercussions sur les patients eux-mêmes et augmentent les coûts et les récurrences (Reinhardt et Keller, 2009). Le domaine des soins de plaies est déjà très coûteux en termes de ressources et de matériel (Reinhardt et Keller, 2009). Plusieurs facteurs expliquent ces coûts élevés : la population vieillissante, la hausse des maladies chroniques, les frais de produits et de pansements (Agence de la santé

publique du Canada, 2013 ; Butters, 2011 ; Hellingman et Smeets, 2008). Les maladies chroniques sont en partie responsables de l'apparition et de l'entretien des plaies complexes que représentent majoritairement les ulcères des membres inférieurs (Hellingman et Smeets, 2008 ; Norris et al., 2012). Avec la hausse de l'incidence des maladies chroniques, l'ulcère des membres inférieurs, est un problème non négligeable de santé publique (Agence de la santé publique du Canada, 2013 ; Hellingman et Smeets, 2008). Le constat des coûts alloués en soins de plaies prend en compte généralement seulement ceux destinés aux produits de consommation directe soit les pansements (Vowden et al., 2009). Cependant, il faut aussi considérer les coûts indirects pour l'organisation, les patients et leurs proches : la douleur, l'absentéisme au travail, le sommeil altéré, l'anxiété, la dépression et la rémunération des professionnels de la santé pour les soins prodigués. (Butters, 2011 ; Hurd et Posnett, 2009 ; Norris et al., 2012 ; Reinhardt et Keller, 2009).

Il a été soulevé que les dépenses élevées en soins de plaies sont en partie associées à une gestion approximative des patients porteurs de plaies dans les établissements de soins de santé. (Reinhardt et Keller, 2009). Même avec un encadrement plus étroit de la pratique en soins de plaies, des incohérences subsistent dans le traitement de patients porteurs de plaies (Bouchard et Morin, 2009 ; Cowman et al., 2012 ; Reinhardt et Keller, 2009). Les exigences en termes de compétences en soins de plaies ont évolué (Cowman et al., 2012) et certaines études soulignent un manque de connaissances et d'encadrement des professionnels dans le domaine des soins de plaies (Cowman et al., 2012 ; Gartlan et al., 2010 ; Hellingman et Smeets, 2008 ; Norris et al., 2012). Les paragraphes suivants décrivent certaines études qui se sont intéressées aux standards de pratique et aux compétences des professionnels en soins de plaies.

L'étude de Gartlan et al. en 2010 avait pour but d'évaluer si la déclaration des plaies se faisait selon les standards de pratique préétablis. Les auteurs ont utilisé un devis descriptif afin de recueillir les données au moyen d'une revue de dossier. Il est intéressant de constater qu'environ 75 % des admissions ne faisaient pas état des dimensions de la plaie, de l'exsudat et des caractéristiques du lit de la plaie alors que ces éléments sont des indicateurs importants à la cicatrisation d'une plaie. De plus, la revue de dossiers a permis de constater que les plans de traitement étaient élaborés sans qu'une évaluation rigoureuse de la plaie ait été effectuée.

Les auteurs de l'étude concluent en un besoin urgent d'uniformiser la pratique et d'optimiser les compétences cliniques en soins de plaies.

L'étude de Norris et al. en 2012 s'est concentré davantage sur les compétences cliniques des professionnels en soins de plaies en optant pour un devis pré-post intervention. Au moyen d'une revue de dossier avant l'intervention, les auteurs ont constaté des lacunes dans la prise en charge des patients avec une insuffisance veineuse menant à l'ulcère veineux. Ce constat a également été soulevé par des articles étudiant la prise en charge des patients ayant un ulcère veineux (Regmi et Regmi, 2012 ; St-Cyr, 2013). Il est d'ailleurs intéressant de noter que celui-ci est l'ulcère le plus fréquent dans la grande famille des ulcères des membres inférieurs qui regroupent les ulcères artériels, veineux, mixtes, diabétiques et le lymphœdème (Bryant et Nix, 2015 ; Regmi et Regmi, 2012). Il représente donc un défi important pour les professionnels de la santé en termes de prise en charge puisqu'il nécessite un temps de cicatrisation plus long (Regmi et Regmi, 2012). Au fait de ce constat, les auteurs de l'étude ont envisagé de mettre en place une séance éducative ayant pour objectif d'améliorer les compétences cliniques et la trajectoire de soins, d'établir des politiques et procédures et offrir du support aux professionnels dans la prise en charge des patients ayant un problème d'insuffisance veineuse. La séance éducative familiarisait les professionnels de la santé aux standards de pratiques pour la prise en charge des patients ayant un ulcère veineux soit la thérapie par compression. Dans la littérature, la thérapie par compression est le traitement de choix, lequel nécessite à priori une évaluation rigoureuse de l'état vasculaire du patient (Regmi et Regmi, 2012). En effet, un patient ayant un ulcère veineux avec présence d'insuffisance artérielle sévère, nommé également ulcère mixte, ne bénéficiera pas de thérapie par compression au risque de causer des préjudices au patient (Liao & Cheater, 2000 ; Regmi et Regmi, 2012). À la lumière de ce bilan, les auteurs de l'étude ont prévu une mesure après l'intervention afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention. Ils ont comptabilisé le nombre d'heures de soins prodigués spécifique à la prise en charge de l'insuffisance veineuse. La conclusion de l'étude indique une meilleure prise en charge des patients suite à la séance de formation. Ces résultats soutiennent l'importance de renforcer l'application des standards de pratiques par les professionnels de la santé au moyen d'une formation.

Or, en vue d'améliorer les compétences cliniques en soins de plaies, et conséquemment de diminuer les coûts associés aux divergences dans le choix des traitements, il incombe de former adéquatement les cliniciens dans l'évaluation des plaies et dans le choix et l'utilisation des produits appropriés (Cowman et al., 2012). En matière de soins de plaies, une prise en charge précoce est primordiale afin de contrôler et prévenir le retard dans la cicatrisation (Bongiovanni et al., 2006 ; Cowman et al., 2012). À ce propos, la mise à jour des connaissances et des compétences des professionnels de la santé au moyen de formation continue est une avenue suggérée par Sibbald et Orsted (2004).

Outre l'aide de la formation dans le traitement des plaies, la mise en place d'équipes interdisciplinaires pouvant offrir des soins spécialisés de qualité constitue une approche intéressante et une avenue suggérée par l'étude de Vu et al. en 2007. En effet, l'utilisation d'équipe multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire a fait ses preuves dans l'optimisation de prise en charge des patients en soins de plaies. L'étude de Hellingman et Smeets en 2008 avait pour but d'évaluer l'effet d'une réorganisation structurelle sur les patients ayant un ulcère du pied diabétique. Les auteurs de l'étude concluent qu'un service multidisciplinaire dans la prise en charge des patients ayant des ulcères du pied diabétique entraîne une diminution du temps de cicatrisation et améliore ainsi les résultats observés chez les patients.

À la lumière des études présentées, la collaboration et la coordination des soins semblent être précurseurs de l'acquisition des compétences et des connaissances nécessaires dans le domaine (Geard, 2008 ; Norris et al., 2012). Le traitement des plaies chroniques par une équipe multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire est plus avantageux en termes de coûts et de bénéfices (Hellingman et Smeets, 2008 ; Vu et al., 2007). En effet, l'élaboration d'un traitement standardisé par une équipe formée en soins de plaies contribue à l'amélioration du taux de cicatrisation et diminue considérablement les coûts associés à la prise en charge (Bongiovanni et al., 2006 ; Butters, 2011 ; Hellingman et Smeets, 2008 ; Hurd et Posnett, 2009 ; Vu et al., 2007). Si le patient bénéficie du travail concerté de différents professionnels, ces derniers rapportent aussi des avantages reliés au travail interdisciplinaire : le développement et la croissance personnelle et le respect mutuel (Butters, 2011 ; Hellingman et Smeets, 2008).

Compte tenu des avantages de la collaboration professionnelle précédemment décrits, optimiser les compétences cliniques et la collaboration professionnelle pourrait être une approche à préconiser dans la prise en charge des patients porteurs de plaies. La collaboration se décline sur un continuum d'intensité de faible à élevé (Careau et al., 2014). Si les milieux ayant constitué des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires en soins de plaies sont peu nombreux, ces équipes demeurent très encouragées puisque la concertation de différents professionnels a des impacts positifs sur la prise en charge des patients (Hellingman et Smeets, 2008 ; Norton et al., 2017). D'ailleurs, bonifier la structure des échanges entre professionnels constitue une avenue suggérée par l'étude de Reinhardt et Keller (2009). Lorsque la situation d'un patient nécessite la collaboration de plus d'un professionnel de la santé, la coordination et l'organisation des informations pertinentes à transmettre sont requises. L'utilisation d'un schéma de communication tel le SBAR pourrait concourir à optimiser la communication (Hellingman et Smeets, 2008; Vu et al., 2007) au sein de l'équipe en soins de plaies.

2.2.1 Ulcères des membres inférieurs

Le domaine des soins de plaies s'avère être plus complexe qu'il ne l'est en réalité en raison de la confusion occasionnée par les différences de prise en charge par les professionnels de la santé telles que précédemment décrites. Il est vrai de dire que les plaies se complexifient en raison des multi morbidités rencontrées chez les patients (Agence de la santé publique du Canada, 2013; Norris et al., 2012). En effet, les plaies chroniques récurrentes occasionnent de la confusion dans l'élaboration du plan de traitement. En ce sens, parmi les plaies chroniques complexes, les ulcères des membres inférieurs demeurent un défi dans la prise en charge (Agence de la santé publique du Canada, 2013). En effet, ce genre de plaies engendre des considérations sociales importantes pour les patients et la population : les douleurs chroniques, la diminution des habiletés fonctionnelles, l'isolement social en raison de la stigmatisation des plaies, les frais de produits et de pansements, le temps de cicatrisation, sans compter l'impact du congé maladie du patient et de ses hospitalisations fréquentes pour surinfection ou récidives (Bongiovanni et al., 2006; Butters, 2011; Cowman et al., 2012 ; Edwards et al., 2013; Reinhardt et Keller, 2009). Tel que mentionné ci-haut, les ulcères des membres inférieurs considèrent les ulcères artériels, veineux, mixtes, le

lymphœdème et les ulcères du pied diabétique (Bryant et Nix, 2015). Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'apparition de ce genre d'ulcères ou du moins en prolonger son temps de cicatrisation. On nomme entre autres : les insuffisances veineuses ou artérielles, l'infection, le diabète, un déficit alimentaire, la détérioration de plaies traumatiques, la médication ou une combinaison de ces facteurs (Bryant et Nix, 2015). Selon les pratiques exemplaires, le temps de cicatrisation des ulcères veineux sans atteinte artérielle prend environ 12 semaines en appliquant la thérapie par compression et peut prendre environ 17 semaines pour un ulcère avec atteinte artérielle (Burrows et al., 2006 ; Edwards et al., 2013). Or, l'étude de Edwards et al. constate des temps de cicatrisation beaucoup plus longs pour tous les ulcères confondus soit 22 semaines (Edwards et al., 2013). On peut en partie expliquer ce délai par un manque de compétences cliniques des professionnels (Edwards et al., 2013), l'application non soutenue et non réfléchi des bandages compressifs (Fife et al., 2010 ; Weller et Evans, 2012), l'application déficiente des pratiques exemplaires (Edwards et al., 2013) et des lacunes en communication entre les acteurs des équipes multidisciplinaires (Coyer et al., 2005 ; Ndip et Jude, 2009).

En tenant compte de ce qui précède, les patients porteurs d'ulcères veineux, mixtes ou artériels représentent un défi de prise en charge et sont trop souvent gérés de façon inadéquate menant à un temps de cicatrisation plus long. On explique cet écart par un manquement dans l'application des pratiques exemplaires et par une mauvaise compréhension de la physiopathologie des ulcères des membres inférieurs par les professionnels de la santé (Edwards et al., 2013 ; Norris et al., 2012). L'optimisation de la compétence clinique et communicationnelle dans la gestion de ces ulcères est donc justifiée et constitue une assise importante de ce présent mémoire.

2.2.2 Outil d'évaluation en soins des plaies

Il existe plusieurs outils d'évaluation efficaces dans la prise en charge de patients porteurs de plaies : Bates-Jensen, MEASERB, TIME, les outils développés par les établissements de santé eux-mêmes (Harris et al., 2009 ; Vézina et al., 2014). Avec cette multitude de choix, il devient difficile de faire le tri. Selon un ouvrage publié en 2014 par des professeurs de l'Université du Québec en Outaouais, on peut répartir les différents outils d'évaluation des patients ayant des plaies en trois catégories : « les outils de classification,

les outils d'évaluation et les outils « maison » développés par les centres de santé pour répondre à leurs exigences » (Vézina et al., 2014, p. 5).

D'abord, « les outils de classification » permettent de situer la plaie selon son étiologie et sa gravité (Vézina et al., 2014). Il est toutefois impossible d'anticiper sa progression et de planifier les traitements appropriés ; il ne permet qu'une évaluation ponctuelle. Citons par exemple l'échelle de classification de Wagner, faisant référence à l'ulcère du pied diabétique, qui s'interprète en six stades, de zéro à cinq, et qui permet d'apprécier la sévérité de la plaie selon sa profondeur et la présence ou non d'ischémie (Bryant et Nix, 2015). Cette déclinaison est utilisée mondialement, mais doit être conjuguée avec une évaluation continue de la plaie elle-même afin de mettre en branle les interventions en vue d'une potentielle cicatrisation.

Quant à eux, « les outils d'évaluation » sont utilisés pour définir l'objectif de traitement et planifier la prise en charge du patient selon l'évaluation initiale de la plaie. (Bryant & Nix, 2015 ; Vézina et al., 2014). En ce sens, l'acronyme TIME, développé par un groupe de chercheurs en 2003, est un principe pragmatique structuré employé dans la prise en charge des patients ayant des plaies (Schultz et al., 2003 ; Leaper et al., 2012). Il encadre les lignes directrices et suggère quatre éléments inévitables à considérer pour favoriser une cicatrisation de la plaie dans un contexte curatif (Leaper et al., 2012). D'abord, l'élément « T » (*Tissue*) suggère une prise en charge adéquate des tissus et des débris dans la plaie et propose une préparation optimale du lit de la plaie par le débridement et le nettoyage. L'élément « I » (*Infection/Inflammation*) tient compte de la phase inflammatoire, période importante dans la cicatrisation d'une plaie. Celle-ci dure environ 3 jours, mais se prolonge indûment lorsqu'il y a persistance de tissus nécrotiques au lit de la plaie (Bryant et Nix, 2015). Le principe TIME reconnaît l'importance de bien maîtriser la charge microbienne afin d'optimiser la cicatrisation. L'élément « M » (*Moisture*) rappelle l'importance de maintenir la plaie curable en un milieu humide pour favoriser la cicatrisation. Différents moyens sont disponibles pour y arriver, il se résume au choix approprié de produits et pansements. Finalement, l'élément « E » (*Edge of wound*) occupe une place déterminante dans l'évaluation et la cicatrisation d'une plaie (Leaper et al., 2012). En effet, une atteinte aux berges de la plaie entrave la contraction tissulaire et ainsi la cicatrisation (Vézina & Saint-

Pierre, 2006). Puisque certaines stratégies dans la prise en charge des patients ayant des plaies ont évolué depuis son élaboration, l'*International Wound Infection Institute* s'est vu attribuer le mandat de réévaluer la pertinence clinique de l'utilisation du TIME (Leaper et al., 2012). La communauté scientifique accorde aujourd'hui une importance à certains éléments auparavant ignorés jouant un rôle clé dans la fermeture d'une plaie : la présence de biofilm et de biomarqueurs responsables de la chronicité de la plaie, la pertinence d'utiliser ou non la thérapie par pression négative ainsi que l'utilisation des différents pansements antiseptiques (Leaper et al., 2012). Selon ce rapport, même si les éléments ci-haut cités sont maintenant considérés dans la fermeture d'une plaie, en contexte curatif, les cliniciens orientent encore leurs efforts vers un même but, la cicatrisation complète de la plaie (Leaper et al., 2012 ; Orsted et al., 2017). L'utilisation maintenant plus large du TIME correspond encore aujourd'hui aux éléments incontournables de l'évaluation d'une plaie. Les auteurs de ce rapport concluent que le TIME est non seulement un outil d'évaluation clinique, mais rehausse aussi la planification des interventions et du plan de traitement (Leaper et al., 2012). Suite aux résultats prometteurs de son utilisation, l'acronyme TIME répond aux critères de rigueur et de facilité d'usage, et fera donc l'objet d'outil de référence dans l'évaluation des patients ayant des plaies dans ce présent mémoire.

Finalement, certains outils « maison » sont développés par les centres de santé eux-mêmes pour répondre aux exigences de pratique. On retrouve par exemple les feuilles de déclaration et d'évaluation des plaies en réponse aux recommandations émises par l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP). Elles incluent généralement une évaluation des besoins socio-économiques du patient et de la famille, une évaluation rigoureuse des caractéristiques de la plaie, les objectifs de traitements ainsi que les services impliqués (Orsted et al., 2017). Évidemment, les objectifs de soins varieront selon le potentiel de cicatrisation de la plaie soit curatif, maintien ou palliatif (Orsted et al., 2017). En somme, les outils développés par les centres hospitaliers doivent se conformer aux dernières lignes directrices de l'évaluation d'un patient porteur d'une plaie (Orsted et al., 2017). Malgré les exigences de pratiques et les outils d'évaluation disponibles, plusieurs insuffisances persistent dans le domaine des soins de plaies. En effet, selon l'étude de Gartlan, plus de la moitié des évaluations de patients porteurs de plaies ne présente aucune information sur les dimensions de la plaie, l'exsudat et les caractéristiques du lit de la plaie lorsque celle-ci est

évaluée à la fois par l'infirmière et le médecin (Gartlan et al., 2010). Cette dernière rapporte que les dimensions de la plaie ne sont documentées que dans 4 % des cas au changement de pansements alors que ce facteur est l'indicateur le plus important dans le processus de suivi de la plaie (Gartlan et al., 2010). En effet, Flanagan (2003) rapporte qu'une plaie, dans un contexte curatif de cicatrisation, guérira presque assurément si sa superficie diminue de 20 à 40 % durant les trois premières semaines du processus de cicatrisation (Falanga, 2004 ; Flanagan, 2003 ; Orsted et al., 2017 ; Vézina et Saint Pierre, 2006). D'où l'importance d'évaluer les dimensions de la plaie. On sait que l'évaluation des patients ayant des plaies inclut la collecte des données et son interprétation (Bryant et Nix, 2015). Pourtant, une revue de dossiers faite par l'étude de Gartlan et al., (2010) a permis de constater que les plans de traitements sont trop souvent élaborés approximativement sans évaluation rigoureuse ni documentation complète de la plaie.

En tenant compte de ce qui précède, il convient d'améliorer les connaissances en soins des plaies, uniformiser l'évaluation et mieux coordonner les interventions entre les différents acteurs du milieu de la santé (Gartlan et al., 2010 ; Hellingman et Smeets, 2008; Vu et al., 2007). À cet effet, tel que précédemment décrit, le principe TIME répond à ces visées (Leaper et al., 2012).

2.3 Utilisation de vignettes cliniques dans un cadre d'enseignement

Le troisième thème se penche sur l'utilisation des vignettes cliniques comme méthode pédagogique dans un cadre d'enseignement. Puisque la communication entre professionnels de la santé a lieu à tout moment dans toutes sortes de circonstances, il est difficile de l'isoler pour l'évaluer. Ainsi, puisque les simulations cliniques font partie intégrante du parcours académique des différents programmes dans le domaine de la santé, il semblait justifié d'envisager la simulation d'événements sentinelles afin de susciter un échange entre professionnels de la santé. Afin de considérer cette possibilité, les mots clés « *clinical judgment* », « *clinical simulation* » et « *high fidelity patient simulation* » ont été employés. Une recherche plus approfondie de ces mots clés dans le domaine des sciences infirmières a été effectuée en utilisant le terme « *nursing* ». Au total, 146 articles ont été repérés et 24 études ont fait l'objet d'une lecture soignée afin de juger de la pertinence de l'utilisation de

vignettes cliniques dans l'appréciation des échanges entre professionnels de la santé nécessaires au suivi de patients porteurs de plaies.

Certaines études ont montré que les infirmières sont peu outillées pour faire face au contexte clinique réel et auraient besoin d'expérience pratique supplémentaire afin de développer certaines aptitudes de base (Lavoie et al., 2012; Mooney, 2007; Ross et Clifford, 2002). De plus, le fait de ne pas reconnaître les signes de détérioration chez un patient contribue à retarder la prise en charge optimale (Lavoie et al., 2012). Le concept du jugement clinique est significatif dans le domaine de la santé dû entre autres à la complexité des cas et les multi morbidités fréquemment rencontrées chez les patients avec des maladies chroniques (Bambini et al., 2009 ; Dillard et al., 2009). En ce sens, la formation des infirmières privilégie l'utilisation de vignettes cliniques et de scénarios fictifs comme méthodes d'enseignement dans le but de favoriser le développement du jugement clinique et des compétences (Lavoie et al., 2012).

L'utilisation de simulations a été largement explorée dans le domaine de l'aviation et de l'industrie nucléaire (Rutherford-Hemming et Jennrich, 2013). L'anesthésie fut la première spécialité médicale à s'intéresser aux simulations cliniques comme méthode d'apprentissage pour favoriser le développement des compétences cliniques (Rutherford-Hemming et Jennrich, 2013). Bien qu'il soit impossible de recréer entièrement les expériences cliniques réelles (Blum et al., 2010), l'étude de Kirkman en 2013 a rapporté qu'un des principaux avantages des simulations cliniques est d'exposer les étudiants à des scénarios peu rencontrés dans les milieux cliniques traditionnels. Les expériences simulées offrent une foule d'avantages sur la formation des infirmières novices, entre autres par l'amélioration de leur estime et par le développement de leur raisonnement clinique et de leurs habiletés psychomotrices, cognitives et interactives (Alinier, 2007 ; Bambini et al., 2009 ; Blum et al., 2010; Kaddoura, 2010). De plus, des vignettes simulées bien organisées sont des expériences cliniques enrichissantes, car elles facilitent le développement des compétences évaluatives et sociales (Dillard et al., 2009 ; Kaddoura, 2010 ; Kardong-Edgren et al., 2008). Elles fournissent aux étudiants des opportunités d'apprentissage stimulantes dans un cadre d'enseignement supervisé où les erreurs commises ne portent pas préjudice aux patients (Bambini et al., 2009; Blum et al., 2010; Dillard et al., 2009; Kaddoura, 2010;

Kenaszchuk et al., 2011; Lavoie et al., 2012; Lewis et Ciak, 2011; Secomb et al., 2012; Wotton et al., 2010). L'impact sur la pratique clinique est grandement profitable au système de santé par l'amélioration des compétences des infirmières en termes de prise de décisions, d'autonomie et des compétences de communication et de collaboration (Blum et al., 2010 ; Kardong-Edgren et al., 2008 ; Stirling et al., 2012).

À la lumière de cette recension, l'utilisation de vignettes cliniques en formation en soins de plaies pour développer les compétences clinique et communicationnelle représente une assise importante de ce présent projet de recherche.

2.4 Cadre de référence

Puisque deux concepts importants ont guidé cette présente recherche, la compétence clinique et la compétence à communiquer entre professionnels, deux cadres de référence distincts seront abordés dans cette section. Ces deux cadres de référence seront détaillés séparément et permettront d'asseoir la compétence clinique et communicationnelle dans un contexte de soins de plaies. Il a été réfléchi d'aborder ces deux concepts séparément. En effet, bien communiquer est une compétence infirmière faisant partie intégrante du curriculum des sciences infirmières. Toutefois, la communication n'est qu'un véhicule d'informations, elle ne remplace pas le jugement clinique. Ainsi, il est d'abord important de bien évaluer une situation de soins pour finalement bien la communiquer.

2.4.1 Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme (2010)

Selon le référentiel national des compétences en matière d'interprofessionalisme (2010), présenté à la figure 1, il est attendu que le professionnel valorise sa contribution comme partenaire lorsqu'il planifie et dispense les soins centrés sur les besoins du patient. Par ailleurs, il est reconnu que la compétence à la communication est le socle des autres compétences pour collaborer efficacement (CPIS, 2010). En ce sens, elle est toujours activée et permet que se réalisent la *clarification des rôles*, le *travail d'équipe*, la *résolution des conflits interprofessionnels* et le *leadership collaboratif* (CPIS, 2010).

Selon ce modèle, la collaboration est tributaire d'une communication efficiente (CPIS, 2010). Le domaine de la santé et des services sociaux implique plusieurs acteurs qui

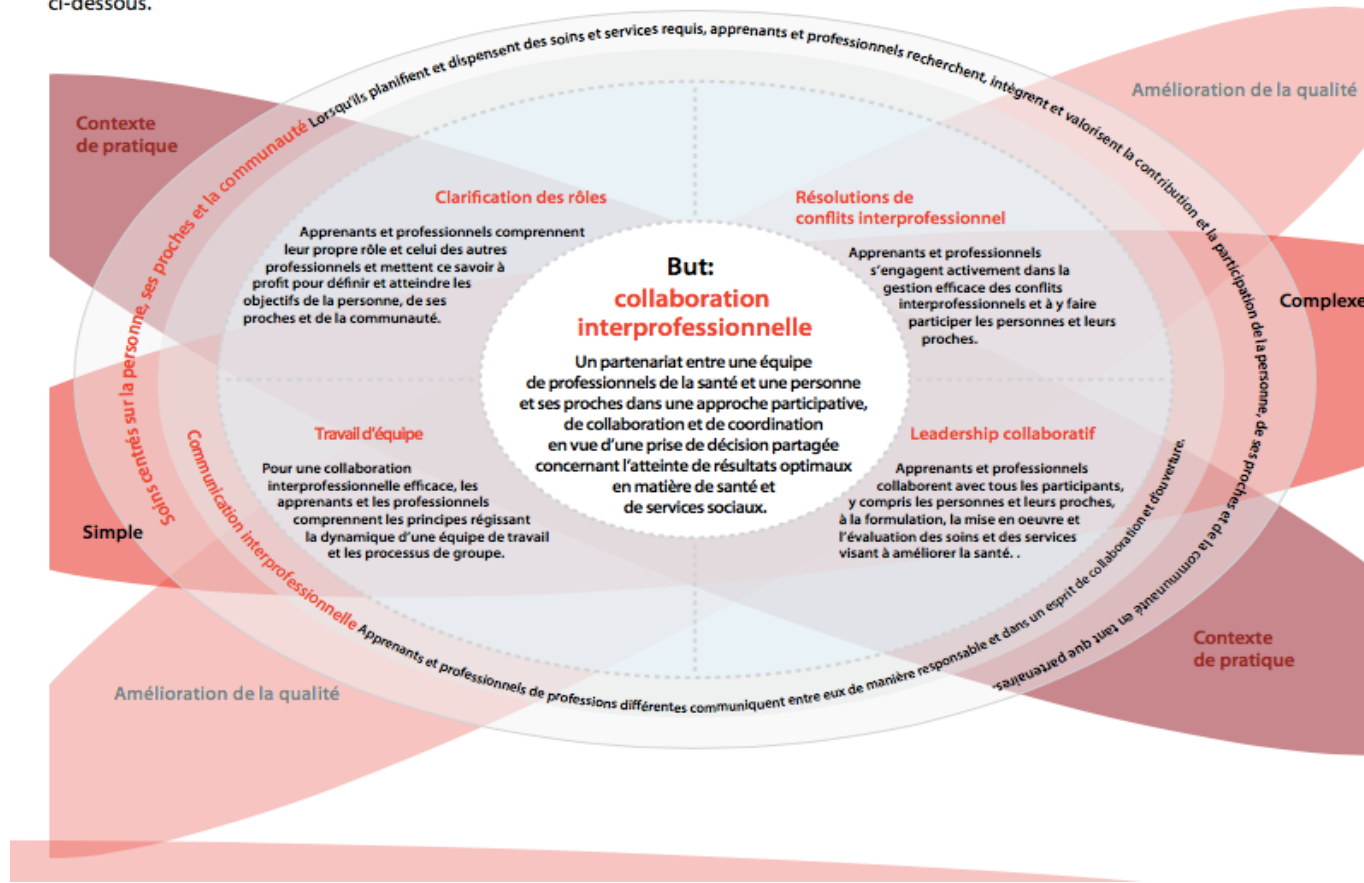
collaborent selon un continuum d'intensité de faible à élevé (Careau et al., 2014). Plusieurs termes existent pour qualifier la collaboration : unidisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité, travail concerté (Careau et al., 2014). Devant une définition plurielle d'une collaboration interprofessionnelle, le réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) propose un continuum mettant en relation quatre dimensions clés qui définissent la collaboration à plusieurs niveaux d'intensité (Careau et al., 2014) : la situation, l'intention, les interactions et les savoirs. Toujours en fonction des besoins de la personne, une situation peu complexe pourrait nécessiter uniquement l'investissement des savoirs d'une seule discipline (Careau et al., 2014). À l'opposé, une situation complexe où l'ensemble des besoins biopsychosociaux de la personne et de sa famille pourrait exiger l'investissement de plusieurs disciplines différentes (Careau et al., 2014). En ce sens, le patient porteur d'une plaie, considéré dans sa globalité peut parfois présenter plusieurs facteurs aggravants et contributifs à son état de chronicité : dénutrition, diminution de sa mobilité, infection, réfection fréquente des pansements, compromis vasculaire (ICIS, 2013 ; Orsted, 2017). Ainsi, le domaine des soins de plaies représente en soi une situation biomédicale complexe où les professionnels doivent travailler ensemble afin de décider du plan de traitement optimal et le mettre en œuvre (Orsted, 2017). Même lors d'une pratique indépendante ou unidisciplinaire, soit l'intensité la plus faible d'interaction, le professionnel doit savoir communiquer efficacement afin d'entretenir une relation professionnelle (Careau et al., 2014). En somme, plus la situation se complexifie, plus le professionnel devra communiquer afin de se concerter, planifier et décider du plan de traitement conjointement avec les autres acteurs du système de la santé. Le modèle dynamique de la collaboration interprofessionnelle requiert donc, peu importe la situation, une communication efficiente afin de fournir des soins spécifiques et appropriés au patient selon son contexte et dans un but d'amélioration des pratiques. (Careau et al., 2014 ; CPIS, 2010). La communication est donc au cœur de tous les modes de collaboration à toute intensité. Puisque la prise en charge des patients porteurs de plaies se fait souvent par service de consultation entre professionnels, il était pertinent de s'intéresser à la compétence de communication des infirmières pour échanger de l'information, se concerter et décider avec d'autres acteurs d'un plan de traitement adapté au patient porteur d'une plaie.

Depuis l'adoption de la loi 90 en 2002, et le droit de prescrire en janvier 2016, l'infirmière est plus autonome dans l'évaluation et l'élaboration du plan de traitement relatif aux soins de plaies (Durand et al., 2016 ; OIIQ, 2012). Ce privilège place l'infirmière dans une position pivot où elle se doit d'orchestrer plusieurs échanges entre les acteurs, assurer le suivi et coordonner les interventions privilégiées. Les professionnels sont investis différemment dans une situation de soins de plaies complexes, mais la nouvelle autonomie de l'infirmière justifie une collaboration étroite entre celle-ci et le médecin de famille et/ou le spécialiste. À la lumière de ce constat, il semblait justifier de s'intéresser à la dyade infirmière-médecin fréquemment rencontrée en soins de plaies et du plan de traitement qui en découle.

Figure 1 Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.

La figure 1 illustre l'agencement des domaines et met en évidence trois éléments contextuels qui influencent la manière dont le référentiel de compétences peut être appliqué dans différentes situations. Les domaines de compétences et les éléments contextuels sont décrits ci-dessous.

Figure 1. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.



(CPIS, 2010, p.11, autorisation obtenue le 28 août 2017 par John Gilbert)

2.4.2 Modèle d'acquisition des compétences (Benner, 1984)

Le jugement est un terme couramment utilisé en droit, en philosophie et même en religion (Larousse, 2017). De façon générale, avoir du jugement c'est « d'apprécier, favorablement ou défavorablement, quelqu'un ou quelque chose » (Larousse, 2017). En ce qui concerne les Sciences infirmières, le concept du jugement clinique et ses synonymes n'ont été popularisés qu'en 1989 (Turner, 2005). On peut toutefois apprécier ses débuts comme conséquents au concept des simulations cliniques. La citation la plus couramment utilisée a été déployée par une étude delphi en 1990 qui définit un synonyme du concept, la pensée critique, comme « l'interprétation, l'analyse, l'évaluation et l'inférence d'une preuve conceptuelle, méthodologique et contextuelle » [traduction libre] (Facione, 1990, p. 4). En 2004, le jugement clinique et ses synonymes sont devenus une compétence essentielle au curriculum de la profession infirmière (Jackson et Halstead, 2016). Le jugement clinique et la façon de l'évaluer gagnent en importance ces dernières années dans le domaine de la santé dû entre autres aux environnements de stage clinique moins disponibles, à la complexité des cas et les multi morbidités rencontrées chez les patients hospitalisés (Bambini et al., 2009 ; Dillard et al., 2009). Envisager des alternatives d'expositions favorables au développement du jugement clinique est un objectif proposé par l'étude de Lavoie et al. (2012). Dans la littérature, plusieurs synonymes sont employés pour caractériser le concept du jugement clinique : la pensée critique, le raisonnement clinique et le processus de prise de décision (Turner, 2005). Toutefois, dans plusieurs autres articles, les termes du jugement clinique et de la pensée critique sont aisément substituables (Beyer, 1995 ; Lewis et Ciak, 2011; Niedringhaus, 2001; Wotton et al., 2010). Qui plus est, l'OIIQ et ses membres ont d'ailleurs défini le jugement clinique comme : « le reflet de la compétence professionnelle de l'infirmière » (Leprohon et al., 2009, p.11). Selon la mosaïque des compétences de l'infirmière : « le jugement clinique se développe à partir des interactions entre les savoirs, la communication et la coordination des soins ainsi que les éléments contextuels d'une situation de soins » (Leprohon et al., 2009, p.11). Marjory Gordon en 1991 (citée dans Phaneuf, 2013) décrit également le jugement clinique comme une interaction entre plusieurs composantes : « cycle d'activités perceptuelles impliquant ce qui est reçu par les sens et les activités cognitives associées au traitement intellectuel de l'information où deux opérations

mentales principales sont sollicitées soit, le raisonnement et le jugement » (Phaneuf, 2013, p. 1).

La littérature décrivant le jugement clinique est riche. Les définitions proposées dans la littérature utilisent différents synonymes qui rendent sa conception plus complexe et difficile à transposer au volet académique dans la formation des nouvelles infirmières. Plusieurs termes et modèles se chevauchent dans les études consultées notamment le modèle du jugement clinique de Tanner (Tanner, 2006), la mosaïque des compétences de l'infirmière (Leprohon et al., 2009), le modèle d'acquisitions des compétences de novice à expert de Benner (Benner, 1984). Le présent mémoire tient compte majoritairement de ce dernier, proposé par Benner en 1984. Ce modèle tient compte de deux concepts importants à l'acquisition du jugement clinique : la théorie et l'expérience (Benner, 1984). Vous référez à la Figure 2 présentée ci-dessous. Son travail a d'abord été influencé par le modèle d'acquisition des compétences des frères Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Le modèle tel qu'il est défini aujourd'hui décline le processus d'acquisition des compétences de l'infirmière en cinq étapes : « novice, débutant, compétent, performant, expert » où celle-ci chemine à travers ce continuum au fil des expériences vécues. (Benner et al., 2009). Au-delà de l'importance d'acquérir une base théorique, le modèle d'acquisition des compétences valorise l'expertise renforcée par l'exposition clinique (Benner et al., 2009). Ainsi, l'infirmière arrivera à bien intégrer les éléments théoriques seulement au moment où elle sera confrontée à une situation réelle contextuelle (Benner et al., 2009).

Figure 2 Modèle d'acquisition des compétences de Benner (1984)



(Kaminski, 2010. Téléaccessible à l'adresse suivante : <http://cjni.net/journal/?p=967>. Autorisation obtenue le 21 septembre 2017 par June Kaminski)

Le modèle d'acquisition des compétences de Benner suggère que l'infirmière « novice », la moins expérimentée, n'a pas encore assez d'expérience pour bien comprendre une situation clinique et initier des interventions (Benner et al., 2009). À l'opposé, l'infirmière « experte » s'appuiera sur ses fondements théoriques et sur son expérience acquise au fil des expositions cliniques pour résoudre une situation de soins complexes (Benner et al., 2009).

Dans la littérature, il est soulevé que l'infirmière présente des lacunes dans l'évaluation des patients porteurs de plaies, mais également dans la détection de situations problématiques (OIIQ, 2012). Or, à la lumière du modèle ci-haut présenté, le manque de connaissances ou le manque d'exposition clinique en soins de plaies pourraient expliquer ces différentes lacunes. Ainsi, offrir de la formation théorique et de l'exposition répétée à du contenu clinique en soins de plaies permettraient aux infirmières de développer leur expertise dans le domaine.

2.5 Pertinence et hypothèse de l'étude

À la lumière des cadres de référence présentés, par souci d'optimiser la prise en charge des patients porteurs de plaies, il est justifié de se concentrer d'une part à l'amélioration de la compétence clinique de l'infirmière en soins de plaies, mais également à sa capacité de transférer l'information soigneusement recueillie aux autres acteurs du système de la santé.

Selon les études consultées et la recension des écrits déclinée ci-haut, aucune étude n'a combiné l'utilisation du TIME et du SBAR, ni étudié spécifiquement la relation entre le TIME et la compétence clinique des professionnels ou l'utilisation du schéma de communication SBAR en soins de plaies. Comme le SBAR est reconnu efficace dans d'autres contextes, on suppose que son usage conjoint avec le TIME pourrait grandement améliorer la qualité de la communication orale entre infirmières et médecins et leur compétence clinique lors de suivis de plaies.

2.6 Objectif de l'étude

Apprécier l'effet d'une intervention éducative (formation intégrant le TIME [pour l'évaluation des plaies] et le SBAR [comme schéma de communication]) sur la communication entre professionnels et la compétence clinique de l'infirmière lors du transfert oral d'informations nécessaires au suivi des plaies.

TROISIÈME CHAPITRE

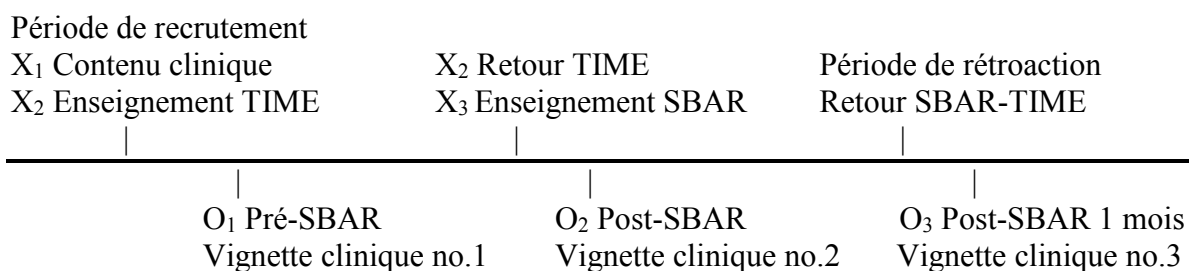
3. La méthodologie

Le présent chapitre aborde les choix méthodologiques qui ont guidé ce projet de recherche. Ce chapitre alimente l'article présenté au chapitre ci-après.

3.1 Devis de recherche

Un devis quasi expérimental sans groupe contrôle de type $X_{1,2} O_1 X_{1,3} O_2 X_{1,2,3} O_3$ a été retenu afin de répondre à l'objectif de l'étude. L'étude visait à observer des infirmières dans la transmission d'informations lors d'une formation continue en soins de plaies où elles avaient au préalable eu l'information concernant l'outil de communication SBAR et le principe TIME guidant l'évaluation des plaies.

Figure 3 Calendrier des activités d'apprentissage



Le principe d'évaluation TIME (X_2) a été enseigné aux infirmières inscrites à la formation au même moment que la formation sur les ulcères des membres inférieurs (X_1). Or, le principe TIME a seulement été mis en relation avec le SBAR qu'au module d'enseignement sur le schéma de communication en question (X_3). Une première vignette clinique a donc eu lieu avant l'intégration conjointe du SBAR-TIME et une deuxième vignette clinique après son intégration.

3.2 Échantillon

3.2.1 Population à l'étude et stratégie d'échantillonnage

La population cible regroupait les infirmières et infirmiers travaillant auprès de patients porteurs de plaies. La population accessible impliquait les infirmières et infirmiers en formation continue en soins de plaies. Pour des raisons de faisabilité, le choix de l'échantillon s'est fait selon une méthode non probabiliste de convenance. La population à l'étude comprenait toutes les infirmières qui participaient à une formation continue en soins de plaies à l'automne 2014 donnée par l'Université de Sherbrooke. On comptait quelque vingt inscriptions.

3.2.2 Critères d'admissibilité

Pour participer à l'étude, les infirmières devaient être inscrites à la formation à l'automne 2014 et avoir accès à une ligne téléphonique. Les infirmières étaient exclues si elles éprouvaient de la difficulté à lire, comprendre et parler le français et si elles n'avaient pas assisté à l'activité d'apprentissage SBAR-TIME.

3.2.3 Recrutement des participants

Les infirmières ont été rencontrées directement lors du module de formation sur les ulcères des membres inférieurs à l'automne 2014. Le contexte, le but, les avantages et les inconvénients de participer à la présente étude ont été expliqués. Une période de temps raisonnable a été allouée pour permettre aux infirmières de prendre la décision de participer ou non au projet de recherche. Les formulaires de consentement ont été recueillis de façon anonyme via une boîte de dépôt. Procéder ainsi a permis de ne pas divulguer aux formatrices, présentes lors du recrutement, la liste des infirmières ayant décidé de participer au projet de recherche. De cette façon, l'enseignement était équitable pour toutes les infirmières inscrites à la formation sans égard à leur participation au projet de recherche.

3.2.4 Taille de l'échantillon

Puisque le SBAR est intégré au domaine des soins de plaies pour la première fois, la portée de l'étude se voulait exploratoire. Le calcul de la taille de l'échantillon n'a donc pas été effectué. La présente étude pourra être indicative de la faisabilité de la méthodologie proposée. À cet effet, la présente étude s'inscrit dans un contexte de projet pilote.

3.3 Déroulement de l'étude

3.3.1 *Activité d'apprentissage SBAR-TIME*

Les infirmières inscrites à la formation continue en soins de plaies bénéficiaient de l'enseignement sur les ulcères des membres inférieurs (X_1) dispensé par Isabelle Reeves, professeure à l'École des Sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Ce module était d'une durée de sept heures et était préalable à la passation des vignettes cliniques prévues dans le cadre de la présente recherche. Pre Isabelle Reeves assurait également l'enseignement du principe TIME (X_2) lors de ce module. Les bénéfices de l'utilisation d'un tel principe en soins de plaies étaient démontrés au moyen d'histoires de cas. La présentation du TIME était d'une durée d'une heure. Un premier temps de mesure (O_1), vignette 1, avait lieu une semaine après le module de formation sur les ulcères des membres inférieurs.

L'enseignement de l'outil SBAR (X_3), déjà prévu dans le cadre de la formation continue, avait lieu deux semaines après le recrutement des infirmières et du module sur les ulcères des membres inférieurs. L'intervention éducative sur l'outil SBAR prenait place entre la vignette 1 et la vignette 2. Cette capsule d'enseignement d'une durée de deux heures était dispensée par Pre Caroline Bois, aussi professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. La formation sur le SBAR a été bâtie selon une démarche d'implantation et d'enseignement démontrée efficace par les études consultées (Ascano-Martin, 2008 ; Chaharsoughi et al., 2014 ; Kesten, 2011 ; Ludikhuize et al., 2011 ; Wang et al., 2015). En effet, selon ces études, l'enseignement du SBAR au moyen de jeux de rôles permet une meilleure intégration de l'outil. Or, lors de l'enseignement, les infirmières ont eu accès à une présentation des études sur le SBAR, à des illustrations vidéos, à du matériel audio et à un atelier de pratique. Lors de cette période, le TIME a été de nouveau enseigné afin de mettre en relation les deux outils et montrer que le TIME permettait d'enrichir les parties « Assessment » et « Recommendation » du SBAR pour l'orientation du traitement. L'enseignement du SBAR et du TIME avait déjà été effectué par ces deux professeures auprès d'une clientèle similaire dans le passé. Le deuxième temps de mesure (O_2), vignette 2, s'est effectué le lendemain de cette journée de formation. Un troisième temps de mesure (O_3), vignette 3, a été enregistré un mois après l'enseignement du SBAR et du retour sur le TIME.

3.3.2 Les vignettes cliniques

Comme précédemment mentionné, une fois recrutés dans l'étude, les participants étaient soumis à des vignettes cliniques écrites avant et après l'activité d'apprentissage SBAR-TIME. Les vignettes cliniques ont été conçues selon une démarche rigoureuse à partir du programme Fond d'Innovation pédagogique (FIP) 2013-2014. Les vignettes cliniques ont été construites à partir d'événements sentinelles, pour les rendre fidèles à la réalité et sont présentés à l'Annexe A. Les noms fictifs présents dans les vignettes cliniques étaient présentés uniquement dans le but de rendre les vignettes cliniques réelles. Par souci d'uniformiser l'équivalence entre les vignettes cliniques, les trois cas présentés faisaient référence à des ulcères veineux avec ou sans atteinte artérielle. Puisque l'enseignement sur les ulcères des membres inférieurs était prévu lors de la période de recrutement, les infirmières ont toujours détenu au préalable les informations nécessaires en vue de réussir lesdites vignettes.

Les vignettes cliniques ont été révisées par deux experts en SBAR ou en soins de plaies. Un test pilote a ensuite été effectué auprès de six étudiants de l'Université de Sherbrooke afin de valider la compréhension des vignettes et juger de leur difficulté clinique. Les vignettes cliniques ont été jugées comparables. Les vignettes cliniques ont été remises aux participants dans le même ordre. Procéder ainsi permettait de contrôler le risque de contamination des données puisque les participants pouvaient échanger entre eux lors des modules de la formation continue soit entre les vignettes cliniques. De plus, vu la petite taille d'échantillon, il était pertinent de soumettre les participants aux mêmes situations dans le temps de la formation afin que ceux-ci bénéficient du même cheminement d'apprentissage. L'analyse des données par les juges s'est toutefois fait à l'aveugle de l'ordre de passation des vignettes cliniques.

Au moment de recevoir la vignette clinique, l'infirmière avait pour tâche de procéder à l'évaluation de la plaie selon le principe TIME à partir d'informations transmises par écrit et avec photo. Elle devait ensuite transmettre les données de l'évaluation, selon le schéma de communication SBAR, et ce, par téléphone à un interlocuteur standardisé, qui agissait à titre de médecin traitant. Celui-ci avec un script de réponse préétabli. Les échanges téléphoniques

étaient enregistrés. Une courte rétroaction individuelle était prévue à la fin de chaque vignette clinique permettant à l'infirmière de s'exprimer sur les difficultés rencontrées et la qualité du dialogue. Or, aucune correction n'était apportée à ce moment aux recommandations faites par les participants dans les vignettes cliniques afin de ne pas influencer les vignettes suivantes. Les infirmières avaient également eu l'occasion de partager leur expérience en groupe au dernier module de la formation continue. Les principales distinctions entre l'insuffisance veineuse et artérielle étaient également abordées dans cette rétroaction de groupe.

3.4 Variables à l'étude et instruments de mesure

Les données sociodémographiques des participants ont été recueillies au dernier module de formation à l'aide d'un questionnaire sociodémographique autoadministré développé à partir des études recensées (Chaharsoughi et al., 2014 ; DeMeester et al. 2013 ; Kesten, 201 ; Llan et al., 2012 ; Ludikhuize et al. 2011 ; McCrory et al., 2012 ; Wang et al., 2015). Le questionnaire est présenté à l'annexe 4. Ledit questionnaire a permis de dessiner un portrait juste des participants à l'étude. Cinq à dix minutes étaient nécessaires pour compléter les dix questions du questionnaire. Les données relatives à l'âge, le sexe, la langue maternelle, le niveau de scolarité, le nombre d'années d'expérience comme infirmière, le poste occupé, le quart de travail normalement travaillé, la participation à d'autres formations en soins de plaies, les modules assistés dans cette présente formation et leur niveau de compétences en soins de plaies selon le modèle d'acquisition des compétences de Benner (1984) étaient recueillis.

Afin d'évaluer la communication entre l'infirmière et le médecin lors de l'appel enregistré, la durée totale de l'échange en minutes entre les deux professionnels a été calculée. La durée calculée débutait au moment où le médecin standardisé répondait à l'appel et se terminait lorsque l'un des deux professionnels mettait fin à l'appel.

Les compétences clinique et communicationnelle ont été évaluées au moyen d'une grille de codification où les juges devaient octroyer un score aux participants selon le contenu

et l'organisation de la séquence. Après consultation de la littérature, seulement une étude évaluait quantitativement le schéma de communication SBAR au moyen d'une grille (McCrorry et al., 2012). La grille de codification de notre étude a donc été élaborée à partir de la démarche de codification la plus systématique recensée soit le « scoring tool » (McCrorry et al., 2012). Cette dernière évaluait la qualité de la communication au moyen du SBAR, et l'évaluation clinique des résidents en médecine d'une situation d'urgence en utilisant le protocole ABC (« Airway, Breathing, Circulation »). La grille originale a été adaptée au contexte de soins de plaies en ajoutant le TIME, plutôt que l'ABC, à partir du consensus de trois experts en soins de plaies ou en SBAR. De plus, puisque le SBAR se veut un schéma de compréhension et de concision des informations livrées, plutôt que d'accorder un point en fonction de la présence de l'élément attendu, une troisième colonne a été ajoutée à notre grille discriminant les participants ayant livré des informations accessoires et superflues. Cet ajout ne porte pas atteinte aux valeurs psychométriques de l'outil puisque l'outil original n'a pas été validé au préalable. Comme mentionné précédemment, aucune étude consultée n'intégrait le SBAR aux soins de plaies. Compte tenu de ce qui précède, la portée de l'étude visait une approche exploratoire et la validation complète de l'outil n'était pas envisageable à ce point-ci de l'étude. Une première partie de la validation a tout de même été faite par souci de rigueur. Le détail de cette démarche est détaillé ici-bas. Une section commentaires était également proposée à la fin de la grille de codification afin de recueillir l'impression des juges sur la qualité globale de l'entretien et renforcer le score octroyé par ceux-ci. Les commentaires ont été retranscrits et une analyse de contenu a ensuite été effectuée en catégorisant simplement s'il y avait atteinte ou non de la compétence clinique et de la compétence communicationnelle. En exemple, des commentaires positifs des juges sur les deux compétences à atteindre plaçaient l'entretien téléphonique dans la catégorie atteinte des deux compétences évaluées. Les entretiens téléphoniques ont donc été divisés en quatre catégories : échec aux deux compétences évaluées, atteinte de la compétence communicationnelle mais échec à la compétence clinique, atteinte de la compétence clinique mais échec à la compétence communicationnelle, atteinte des deux compétences évaluées. L'idée d'inclure les commentaires en plus-value au score octroyé permettait de distinguer les faiblesses et les forces de chaque entretien.

Comme les études recensées proposaient l'accès à plusieurs experts de différentes disciplines, des juges de formations variées ont été sélectionnés : chirurgien vasculaire, médecin de famille, infirmière stomothérapeute et infirmière spécialisée en soins de plaies. Procéder ainsi a permis de mettre un accent particulier aux éléments « A » et « R » du SBAR, souvent soulevés comme un manquement dans les études recensées (Chaharsoughi et al., 2014; DeMeester et al., 2013; Llan et al., 2012; McCrory et al., 2012). Les juges en communication, deux médecins de famille déjà formés au SBAR, avaient pour tâche de juger de l'application du SBAR en se concentrant davantage sur la séquence, l'exhaustivité, la concision et sur les principes de bases en soins de plaies. Les juges cliniques, chirurgien vasculaire, infirmière stomothérapeute, infirmière spécialisée en soins de plaies et l'étudiante-chercheure, se concentraient davantage à noter les parties « A » et « R » du SBAR. La partie « A » se déclinait en quatre parties, soit les quatre éléments du TIME. Les juges cliniques se prononçaient ensuite sur la pertinence et la justesse des informations livrées et de la recommandation émise.

3.5 Analyse des données

La totalité des échanges a été retranscrite en verbatim. Les enregistrements ont été distribués aux juges de façon aléatoire et ceux-ci étaient codifiés à l'aveugle de l'ordre de passation des vignettes. Procéder ainsi a permis d'amenuiser le biais associé à l'évaluateur. Bien qu'un outil de codification non validé ait été préalablement sélectionné, le processus de validation ne faisait pas l'objet de cette présente étude. Toutefois, par souci de rigueur, la fidélité intrajuge et interjuge ont tout de même été réalisées pour l'ensemble des échanges. L'étudiante-chercheure a codifié à deux reprises l'ensemble des entretiens téléphoniques. Cette recodification a eu lieu au même endroit, avec la même grille un mois après la première codification. Un coefficient de fidélité a été calculé avec les scores octroyés par l'étudiante-chercheure aux deux temps de codification pour l'ensemble des vignettes. Un coefficient de corrélation intra-classe a été calculé auprès des juges en communication afin d'établir leur degré d'accord pour tous les entretiens téléphoniques. L'exercice a été répété pour les juges cliniques.

Le logiciel SPSS v24 a été utilisé pour les analyses statistiques subséquentes. Une analyse descriptive de la durée des échanges a été effectuée. La médiane, l'étendue interquartile et la durée totale des échanges ont été calculées. Une comparaison intrasujet pour la durée d'entretien a été effectuée. Afin de tester une différence dans la durée d'entretien entre les groupes appariés aux trois temps de mesures, le test non paramétrique de Friedman pour échantillons appariés a été utilisé.

Le test non paramétrique de Friedman pour échantillons appariés a de nouveau été utilisé pour tester une différence, cette fois-ci, dans les scores octroyés par les juges aux trois temps de mesure. Les scores de chaque juge ont alors été traités séparément afin de tester une différence dans les compétences clinique et communicationnelle des participants aux trois temps de mesure.

Tel que détaillé ci-haut, une analyse de contenu des commentaires des juges sur leur appréciation générale de l'entretien téléphonique a aussi été effectuée. Les commentaires des juges ont été retranscrits de manière à catégoriser les entretiens téléphoniques en quatre groupes soit l'atteinte ou non des compétences clinique et communicationnelle.

3.6 Considérations éthiques

Comme le but de l'étude était de décrire la communication entre professionnels de la santé et la compétence clinique de l'infirmière dans un contexte de soins de plaies, le recours à des êtres humains était nécessaire afin d'apprécier l'échange. Les participants bénéficiaient d'une exposition à des situations cliniques dans un cadre sécuritaire avec une rétroaction individuelle et de groupe leur permettant de développer davantage leurs compétences clinique et communicationnelle dans le domaine. Ainsi, les risques possibles se trouvaient sous le seuil du risque minimal. Le seul inconvénient lié à la participation à l'étude était le temps consacré à la lecture de la vignette clinique (environ une heure) et l'appel effectué (environ dix minutes). Aucune compensation monétaire ou autre mesure de sollicitation n'a été offerte.

Certaines précautions ont été mises en place auprès des participants afin de ne pas nuire à ceux qui n'ont pas participé à l'étude. D'abord, il n'y a eu aucune discrimination dans le soutien à l'enseignement aux non-participants. Les non-participants ont aussi eu l'occasion de pratiquer les vignettes cliniques afin de bénéficier de la même exposition que les participants au projet.

Le protocole de recherche, les vignettes cliniques, le contenu attendu aux vignettes et le formulaire de consentement ont été soumis au Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. La participation au projet de recherche était volontaire. Les infirmières étaient libres de participer au projet de recherche et pouvaient se désister à tout moment sans avoir à se justifier. Le consentement éclairé a été obtenu par tous les participants au projet de recherche.

Pour éviter l'identification des infirmières participant au projet de recherche, un nom codé a été utilisé tout au long des vignettes cliniques et la codification des vignettes cliniques s'est faite de façon aléatoire après la période rétroactive de groupe. De plus, les formatrices n'ont jamais eu accès à la liste des participants à l'étude. Les données recueillies par cette étude ont été traitées de manière à préserver la confidentialité des réponses individuelles lors des vignettes cliniques. Un code numérique était utilisé pour discuter des vignettes cliniques avec les juges, il était alors impossible de savoir si la vignette clinique avait été distribuée avant ou après l'activité d'apprentissage SBAR-TIME.

Les documents papier ont été conservés sous clé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse. Les fichiers électroniques ont été protégés par un mot de passe. Les bandes audios enregistrées ont été détruites dès leur transfert sur des fichiers électroniques. Les fichiers (données brutes, grille de codification et analyses), archivés sur un seul ordinateur, seront détruits au plus tard en 2020. Les résultats sont diffusés par ce présent mémoire avec article dans le cadre du programme de maîtrise en Sciences Cliniques de l'Université de Sherbrooke et la diffusion ne représente aucun risque pour l'identification des participants. Les données n'ont pas été utilisées à d'autres fins que celles décrites dans ce présent document.

QUATRIÈME CHAPITRE

4. Les résultats (article)

Avant propos

Outcomes of using a communication and clinical tool in wound care management

Bleau Stéfanny, Bois Caroline, Morin Josée, Despatis Marc-Antoine, Germain Isabelle, Potvin Julie, Lavoie Karine & Reeves Isabelle

Statut de l'article

Soumis à la revue Journal of Wound, Ostomy and continence nursing (JWOCN)

Contribution de l'étudiante

L'étudiante-chercheure a développé ses compétences dans l'application d'une démarche systématique de recension des écrits, a élaboré la méthodologie du présent projet de recherche, a rédigé le présent article et a organisé l'analyse des données sous la supervision de sa directrice de recherche Pre Isabelle Reeves, Ph. D. et de son mentor de recherche Pre Caroline Bois, M.Ps.

Josée Morin, Dr Despatis, Dr Potvin, Dr Germain et Karine Lavoie ont investi leur temps dans l'écoute et la correction des scénarios. L'autorisation d'intégration d'un article à un mémoire a été obtenue.

Veillez prendre note que les outils ont été testés en français seulement. Pour la compréhension des lecteurs, les termes V1, V2 et V3 du présent mémoire ont été substitués dans l'article pour les termes S1, S2 et S3.

Sommaire

Contexte. La prise en charge non optimale des patients en soins de plaies prolonge indûment la durée des soins et contribue aux complications évitables, parfois sévères. Les compétences limitées en évaluation des plaies, les incohérences dans le traitement de l'équipe soignante et les difficultés liées à la communication interprofessionnelle concourent à une prise en charge inadéquate. Les échanges entre infirmières et médecins, pour s'informer, se consulter et convenir des traitements, pourraient être améliorés par une formation ciblant les compétences clinique et communicationnelle, comme cela a été démontré dans d'autres domaines.

Objet. Apprécier l'effet d'une intervention éducative sur l'utilisation d'un outil clinique (TIME) et l'approche communicationnelle (SBAR) auprès d'infirmières sur la qualité de l'échange verbal lors du suivi des patients porteurs de plaies.

Méthode. Les participants ont été recrutés lors d'une formation continue en soins de plaies. Initialement formées au TIME, les participants ont participé à trois séances de simulation téléphonique avec un interlocuteur standardisé, dont une avant l'enseignement du SBAR et deux séances après son enseignement. Les appels ont été enregistrés. Ceux-ci ont été évalués aléatoirement et à l'aveugle par six juges avec une grille standardisée. Une analyse descriptive de la durée de l'échange et une comparaison intrasujet aux différents temps de mesure ont été effectuées au moyen du test non paramétrique de Friedman.

Résultats. Six infirmières ont décidé de participer au projet de recherche pour un total de 18 appels évalués. Suite à la formation et à l'exposition répétée des infirmières à du contenu clinique en soins de plaies, elles prennent moins de temps à transmettre les informations à l'interlocuteur et font davantage de recommandations ($p=0.009$). Au fil des expositions, les infirmières détectent plus facilement les éléments de dangers et appliquent davantage les pratiques exemplaires. Une amélioration des compétences clinique et communicationnelle est notée au fil des scénarios.

Conclusion. La formation continue en soins de plaies et l'utilisation de principes de communication (SBAR) et d'analyse (TIME) à des moments répétés semblent promouvoir les compétences clinique et communicationnelle des infirmières dans le domaine.

Mots clés. Communication, SBAR, collaboration, TIME, soins de plaies, compétences

Abstract

Background Suboptimal wound management can unduly prolong the duration of care and contribute to avoidable and potentially severe complications. Factors that contribute to inadequate wound care include poor wound assessment skills, inconsistent treatment plans between professionals and difficulties in inter-professional communication. Training that specifically targets clinical and communication skills could improve handoff of information between healthcare professionals (e.g. nurses and doctors) and result in better patient outcomes.

Aim To assess the outcomes of training that includes the use of the SBAR communication tool (Situation-Background-Assessment-Recommendation) and the TIME clinical tool (Tissue-Infection-Moisture-Edge) for planning wound management interventions.

Method Nurses were recruited during a wound care training course. Participation involved three simulated calls, during which the nurses, using a case scenario, were asked to assess a complex venous or mixed venous-arterial leg ulcer. Nurses were then asked to communicate by phone their clinical impressions to an interviewer acting as a physician with a pre-established response script. Calls were recorded and evaluated by six (6) judges, who were blind to study condition, using the SBAR-TIME tool. Descriptive analysis concerning the duration of communication and its content were collected and scores were analyzed using the Friedman test.

Results Six nurses participated in the study for a total of 18 recorded interviews. After the SBAR-TIME training, the duration of the communication decreased significantly ($p=0.009$). Prior to the SBAR-TIME training, nurses tended to either omit or have difficulty suggesting a treatment plan based on the wound etiology. In contrast, nurses who had completed the SBAR-TIME training were more able to provide treatment recommendations consistent with best practices. Nurses also demonstrated improvement in their communication skills over time.

Conclusion This study demonstrated positive outcomes of training focused on the enhancement of wound care assessment and communication skills. Results show an improvement in clinical and communication skills subsequent to training with the SBAR-TIME tool and multiple exposures to clinical scenarios, suggesting that this form of teaching may lead to more efficient wound management in line with best practices.

Key words Communication, Collaboration, SBAR, Wound care, TIME, Expertise

3.1 Background

The domain of wound care is challenging for healthcare professionals with respect to both prevention and management.¹⁻³ Lack of training and skills in the management of wound care^{2,5,6} leads to suboptimal management and tends to increase associated costs.^{2,4-6} Wound care management is often delivered by multidisciplinary teams, which allows for shared knowledge and coordinated efforts in response to complex wound care situations.^{6,7} Nevertheless, communication errors have been found to be responsible for adverse events such as failing to detect a deterioration, lack of follow-up and sometimes death.⁸⁻¹¹ It is essential that healthcare systems and teaching establishments find strategies to optimize the clinical and communicative competencies of healthcare professionals in wound care.^{2,10,12-14.}

Training in the use of standardized tools for the assessment and analysis of a patient with wounds can enhance nurses' clinical wound care skills.¹⁵ The TIME acronym (Tissue, Infection/Inflammation, Moisture, Edge of wound) is widely used as a structure for assessment and case management in wound care.¹⁵ TIME refers to four essential aspects to consider in the management of patients requiring wound care. This tool is designed to assist professionals in the assessment of a complex wound with the goal of determining best practice recommendations.

Communication among professionals is another important aspect of decision-making in wound care that can be enhanced using standardized approaches. The SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) is a validated tool designed to improve inter-professional communication. Several studies have documented the benefits of using SBAR with respect to communication, including improvements in clinical judgment, self-esteem and clinical skills.^{10-14,16-19} Given that wound management is enhanced by collaboration between professionals,^{20,21} the SBAR technique could be integrated with the TIME concept for more effective wound assessment and management.

The purpose of this study was to assess whether training in the SBAR and TIME approaches would enhance the clinical and communication skills of nurses during a simulated handoff to a physician in the context of wound care.

3.2 Method

A quasi-experimental design with no control group was chosen in order to meet the purpose of the study. Because SBAR was used for wound care management for the first time, in combination with the TIME concept, the study was conducted as a pilot, where generalization of results was not the primary objective. Participants were recruited from a continuing education university program on wound care. The education program consisted of six classes and included training with the SBAR-TIME model, theory with respect to complex wound care according to the most recent treatment guidelines, practical workshops and team discussions of clinical cases. Nurses were solicited for participation during a class that focused on the management of lower limb ulcers, before they had received training in the SBAR and TIME approaches. A non-probabilistic sampling strategy was used to select the participants.²² Nurses who did not participate in the SBAR-TIME learning activity were excluded from this study.

Nurses learned the TIME approach to wound management during a one-hour teaching session that included a description of recent treatment guidelines and best practices as well as a practical workshop. Nurses were then introduced to the SBAR model during a two hour teaching session that included a lecture, a video demonstration, audio material and a practical workshop. The TIME and SBAR models were presented as complementary to one another, given that the TIME approach can enhance the “Assessment” and “Recommendation” components of SBAR.

Participants were provided with three written and illustrated clinical scenarios concerning lower leg ulcers. Each participant was asked to review the scenario and evaluate the case using the TIME approach. This was followed by a recorded interview with an interviewer acting as a physician with a pre-established response script, during which the nurse was asked to communicate her findings using the SBAR approach. The first scenario was provided before receiving the SBAR teaching, the second scenario was provided after the SBAR teaching and the third scenario was given one month later. To ensure that scenarios were standardized, all clinical cases referred to venous ulcers with or without an arterial component (mixed ulcers). Prior to the use of these scenarios in the present research, a pilot test was conducted in which six undergraduate nursing students were asked to communicate

their understanding of the scenarios and judge them with respect to level of difficulty. The results of this pilot test indicated that the students considered these scenarios equivalent with respect to difficulty.

The impact of SBAR-TIME training on nurses' communication during the interviews was assessed across three domains: length of interview, communication and clinical skills, and the judges' comments. First, the length of each interview (in minutes) was recorded. Then, communication and clinical skills of each nurse at each time point was assessed using a coding grid. As no previous research had evaluated the use of SBAR in the area of wound care,^{8-14, 16-19, 24-31} a literature search was conducted with the goal of identifying instruments that could be used to assess its utility in the present study. The "McCrorry scoring tool",¹⁰ which was identified in the literature as the most systematic coding grid for use in clinical contexts, was modified and adapted to this study to address the themes of the TIME concept. In addition to the quantitative score awarded based on the coding grids, the judges' comments were also collected.

Expert judges from a variety of disciplines were selected and trained to use the grids. Two general practitioners were asked to use the communication coding grid (Table 1), and focused on the sequential application of the SBAR, the comprehensiveness of the information provided, and the conciseness of the information provided based on basic wound care principles. One point was given for each item, so that the total "communication score" could equal up to ten points. A vascular surgeon, an enterostomal therapy nurse, a wound-care nurse and the student researcher used the clinical coding grid. In this grid, the "S" and "B" elements of SBAR were ignored in order to focus on the accuracy and relevance of the clinical content and recommendations made (Table 2). One point was given for each item, so that the total "clinical score" could equal up to seven points. Several judges were used to address the lack of recommendations identified as an issue in previously cited studies.^{2,5,23} Judges were asked to assess the appropriateness of the treatment recommendations given, and to assign a score of 0 if the recommendation provided was incorrect or dangerous for the patient. In addition to the scores, the comments of the judges were collected.

As the grids used were based on a non-validated tool,¹⁰ an intra-judge and inter-judge approach was adopted for all interviews to minimize measurement bias.⁹ The intra-judge

correlation was calculated using an intra-class correlation coefficient. The intra-class correlation was also used to calculate inter-judge reliability among communication judges and among clinical judges. This research project was reviewed and approved by the Education and Social Sciences Committee of the University of Sherbrooke. Participation in the research project was strictly voluntary and the nurses were free to withdraw at any point without justification.

Table 1 Communication coding grid

| Dimension | | Score | | |
|-----------------------------------|--|---|---|--|
| COMMUNICATION CONTENT | | | | |
| Situation (S) | | 1 Includes all essential elements | 0.5 Omits essential elements | 0 Not done or includes unnecessary elements |
| Background (B) | | 1 idem | 0.5 idem | 0 Idem |
| Assessment (A) | Data | 2 idem | 1 idem | 0 Idem |
| | Interpretation of data (signs, symptoms, labs) | 2 Integrates several data to provide a comprehensive, coherent and rigorous analysis | 1 Integrates certain data to provide a comprehensive, coherent and rigorous analysis | 0 Does not integrate the data to provide a rigorous analysis or makes incorrect or inconsistent links |
| Recommendation (R) | | 3 Includes all essential elements | 2 Omits essential elements | 0 Incorrect or dangerous |
| Sub-total | | | | /9 |
| *** Recommendation | | | | No yes - 0.5 |
| COMMUNICATION ORGANISATION | | | | |
| SBAR | | 1 Sequence respected | 0.5 Partially respected | 0 Not respected |
| Total result | | | | /10 |

Table 2 Clinical coding grid

| Dimension | | Score | | | |
|------------------------------|--|---|---|--|---|
| | | Includes all the essential elements | Omits the essential elements | Not done or includes unnecessary elements | |
| COMMUNICATION CONTENT | | | | □ if unnecessary elements | |
| Assessment (A) | Data TIME | T | 0.5 | 0.25 | 0 |
| | | I | 0.5 | 0.25 | 0 |
| | | M | 0.5 | 0.25 | 0 |
| | | E | 0.5 | 0.25 | 0 |
| | Interpretation of data (signs, symptoms, labs) | 2 Integrates several data to provide a comprehensive, coherent and rigorous analysis | 1 Integrates certain data to provide a comprehensive, coherent and rigorous analysis | 0 Does not integrate the data to provide a rigorous analysis or makes incorrect or inconsistent links | |
| Recommendation (R) | | 3 Includes all essential elements | 2 Omits essential elements | 0 Incorrect or dangerous | |
| Total result | | /7 | | | |

Clinical scenario interviews were recorded and transcribed. Data analysis was only performed once all recorded interviews were available. Descriptive analysis (median and interquartile range) of the length of each interview was calculated for all three scenarios. The length of each interview for scenarios 1, 2 and 3 allowed us to test for differences over time using a non-parametric test, the Friedman test. Scenarios were provided to the judges for assessment in a random sequence to ensure that judges were blinded to whether the interview occurred before or after the SBAR-TIME teaching. Clinical and communication scores were awarded by the judges for each scenario. For comparison among the three scenarios, the Friedman test for repeated measures was used to test for differences in clinical and communication skills. Judges' comments, which justified the awarded scores, were analyzed and separated into four categories indicating whether or not the communication and clinical competencies were achieved.

3.3 Results

Of the twenty nurses enrolled in the training session, six volunteered to participate in our study. Each of the six nurses completed all three scenarios, for a total of eighteen recorded phone calls. No participants were lost to follow-up. Demographic data was collected from all study participants; some of this data is summarized in Table 3. The six participants were all female, with a median age of 49 years (range 32-54). Five had a university degree. Four reported having already participated in continuing education wound care programs. Two considered themselves expert nurses in wound care, one considered herself to be competent and the other three considered themselves to be advanced beginners. The sample reported between 10 and 33 years of nursing experience, and held various day shift positions: case manager, liaison, assistant head nurse in acute care and community health.

Table 3 : Demographic Data

| Participant characteristics | N=6 |
|---|--|
| Female, n (%) | 6 (100) |
| Age, median (range) | 49 (32-54) |
| Education level – n (%) | College – 1 (16), University – 5 (84) |
| Other continuing education, n (%) | 4 (66) |
| Years of experience, median [Q1; Q3] | 19 [10; 30.75] |
| Perception of experience – level (%) | Advanced Beginner – 3 (50) Competent – 1 (16) Expert – 2 (32) |
| Position – n (%) | Community health nurse – 2 (32) Case manager nurse – 1 (16) Liaison nurse – 1 (16) Assistant head nurse – 1 (16) Acute care – 1 (16) |

The median time taken to discuss each scenario (S1, S2, S3) was respectively 4 min 48 sec (IR 3 min 55 sec), 3 min 02 sec (IR 2 min 16 sec), 4 min 21 sec (IR 1 min 21 sec) (Table 4). A statistically significant reduction in the length of the exchange was calculated among the scenarios ($p=0.009$) (Figure 1).

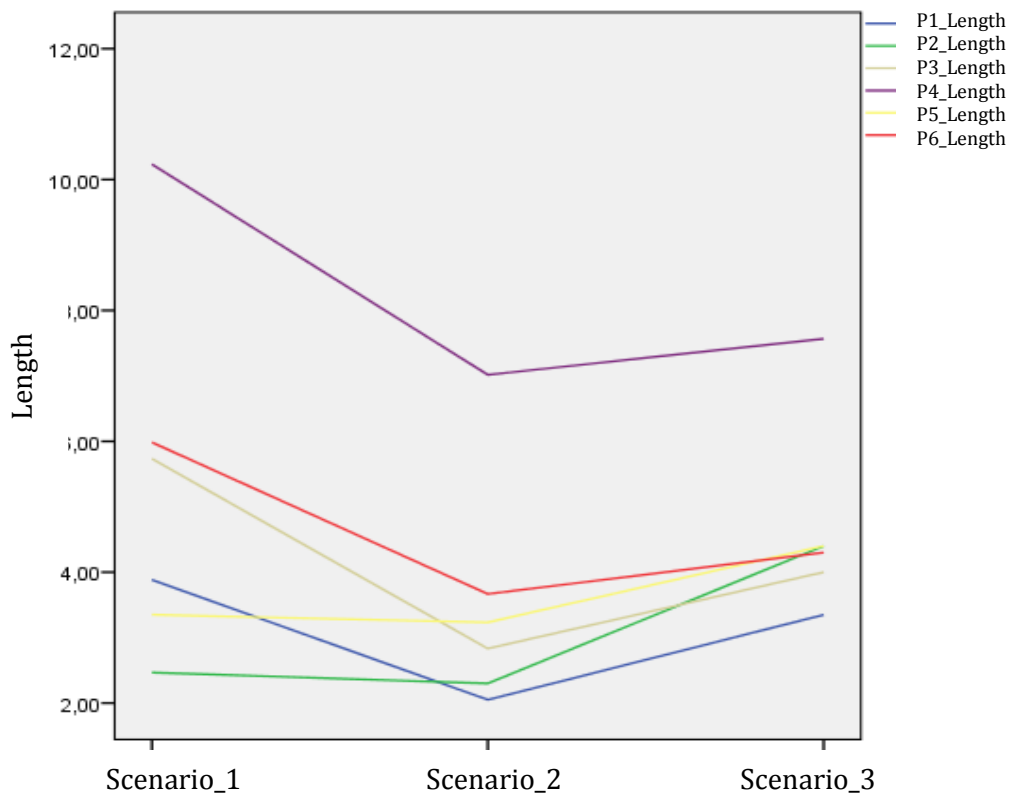
Table 4 Descriptive statistics: median, interquartile range

| Subject | Perceptions of experience | Length (minutes: seconds) | | | P-Value |
|-------------|---------------------------|---------------------------|--------------|--------------|---------|
| | | S1 | S2 | S3 | |
| P1 | AB | 3 :53 | 2 :03 | 3 :21 | 0.009 |
| P2 | Expert | 2 :28 | 2 :18 | 4 :24 | |
| P3 | Expert | 5 :44 | 2 :50 | 4 :00 | |
| P4 | Competent | 10 :14 | 7 :01 | 7 :34 | |
| P5 | AB | 3 :21 | 3 :14 | 4 :24 | |
| P6 | AB | 5 :59 | 3 :40 | 4 :18 | |
| Median (IR) | | 4 :48 (3:55) | 3 :02 (2:16) | 4 :21 (1:21) | |
| Q1 | | 3:07 | 2:14 | 3:50 | |
| Q3 | | 7:02 | 4:30 | 5:11 | |

AB= Advanced Beginner

Given the small sample size, a lack of power prevents further determination of where the difference in length taken to discuss each scenario lies. Visual inspection of the curves does indicate a downward trend between S1 and S2 and between S1 and S3. A decrease in the interquartile range over the scenarios also shows a smaller dispersion of the length of interview among the participants.

Figure 1 Length of the interview: intra-subject comparison



Half of the nurses (three of six) provided a recommendation or a follow-up plan during discussion of the first scenario. In the second scenario, five of the six nurses provided a recommendation to the physician. In the third scenario, all of the nurses spontaneously provided a follow-up recommendation, an improvement from 50% to 100% between S1 and S3. Of note, a reduction in the length of the exchange was recorded at S3, during which all of the nurses spontaneously provided a recommendation. This suggests that the more concise exchange recorded at S3 was not associated with reduced quality of communication.

For all three scenarios, the intra-class correlation indicating intra-judge agreement was greater than 0.95. The intra-class correlation between communication judges improved from S1 (0.004), to S2 (0.585) and S3 (0.894) (Table 5). Conversely, the intra-class correlation between clinical judges decreased from S1 (0.420), to S2 (0.376) and S3 (0.073) (Table 6). All judges were trained to use the grids.

Table 5 Intra-class correlation between the communication judges in the three scenarios

| Single measurements | Intra-class correlation | 95% Confidence interval | | F Test with actual value 0 | |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|------|
| | | Lower limit | Upper limit | Value | Sig. |
| Scenario 1 | .004 ^a | -.753 | .756 | 1.008 | .497 |
| Scenario 2 | .585 ^a | -.304 | .929 | 3.818 | .084 |
| Scenario 3 | .894 ^a | .428 | .984 | 17.846 | .003 |

Table 6 Intra-class correlation among the clinical judges in the three scenarios

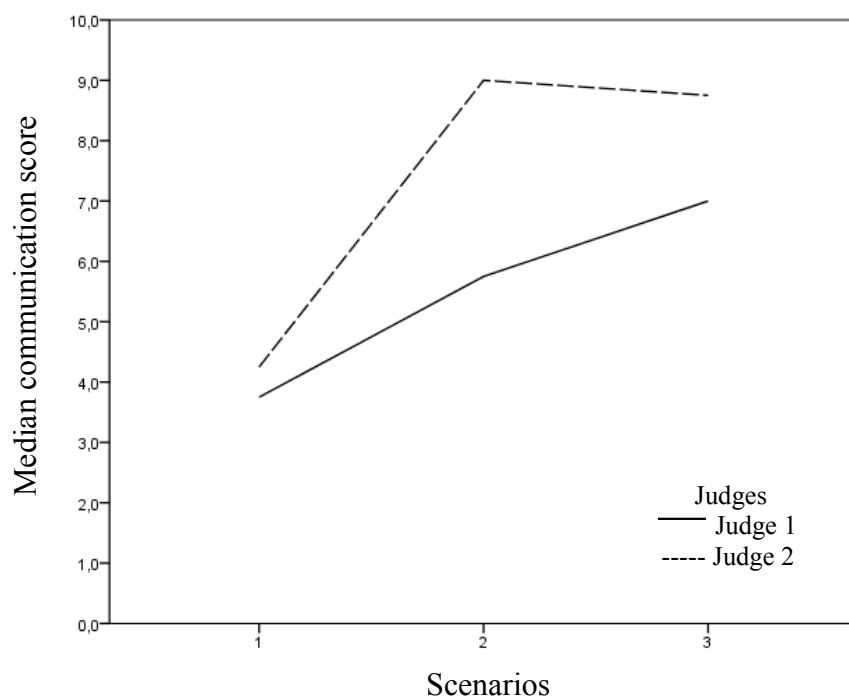
| Single measurements | Intra-class correlation | 95% Confidence interval | | F Test with actual value 0 | |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|------|
| | | Lower limit | Upper limit | Value | Sig. |
| Scenario 1 | .429 ^a | .029 | .861 | 4.001 | .017 |
| Scenario 2 | .376 ^a | -.012 | .839 | 3.406 | .030 |
| Scenario 3 | .073 ^a | -.188 | .651 | 1.317 | .309 |

Given the relatively poor agreement among the communication and clinical judges, the evolution of scores for each judge was examined separately to enhance confidence in the

results. Nonparametric testing was used to examine whether scores for each judge exhibited a different distribution across the three scenarios.

Each judges' comments were considered along with their awarded scores for each participant. Content analysis of the judges' comments is discussed below. Despite being blinded to condition, comments collected from the communication judges demonstrated an improvement in perception of the interviews at S2 and S3 compared to S1. The communication score based on grid ratings also improved significantly over time (judge 1: $p=0.019$ / judge 2: $p=0.038$) (Figure 2).

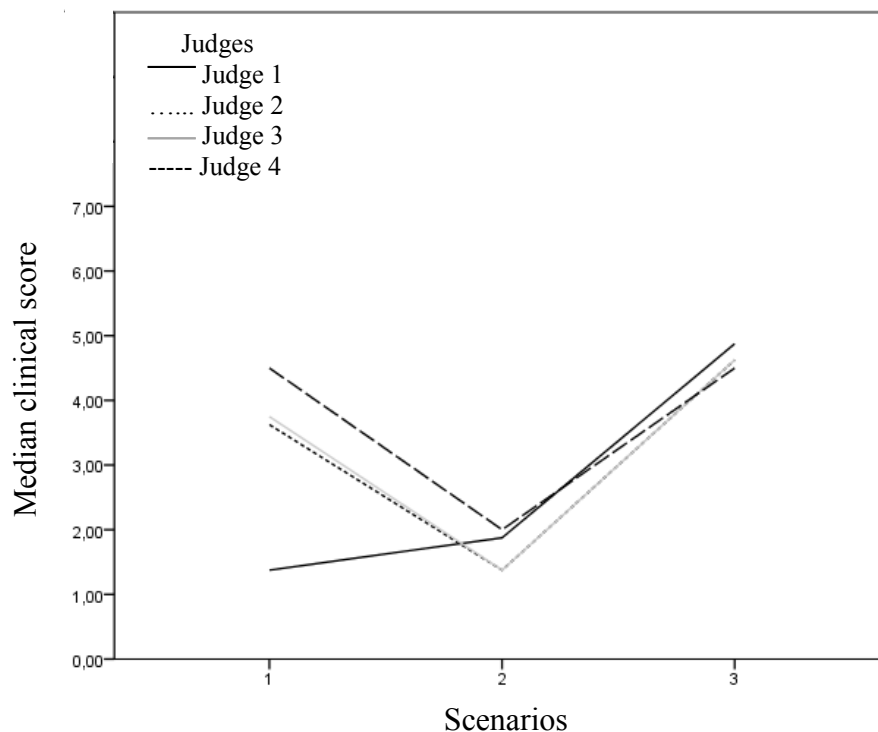
Figure 2 Median communication score



In contrast, clinical score appeared to improve clinically but not statistically over time. The Friedman test indicated no significant difference among the scores based on the grid for each of the clinical judges at S1, S2, and S3 (Figure 3). Content analysis of the judges' comments suggests a justification for the apparent decrease in clinical scores at S2. Four participants suggested an incorrect recommendation according to best practices for the management of an arterial ulcer, which likely explains the overall decrease in clinical scores.

Nevertheless, an increase in the median clinical score was observed between S1 and S3, and between S2 and S3.

Figure 3 Median clinical score



Content analysis of the judges' comments allowed us to classify participants into four categories indicating whether or not the communication and clinical competences were achieved. The judges independently agreed that nine interviews lacked preparation and contained disordered and redundant dialogue, omissions of essential information with background elements of the SBAR, inaccurate and misleading data, no prioritization of the objectives of the treatment plan and unfounded recommendations. Six of those nine interviews occurred during scenario 1. According to the judges' comments, the weaker interviews seemed to be isolated from the others, placing them in the category of non-achievement for both clinical and communication skills.

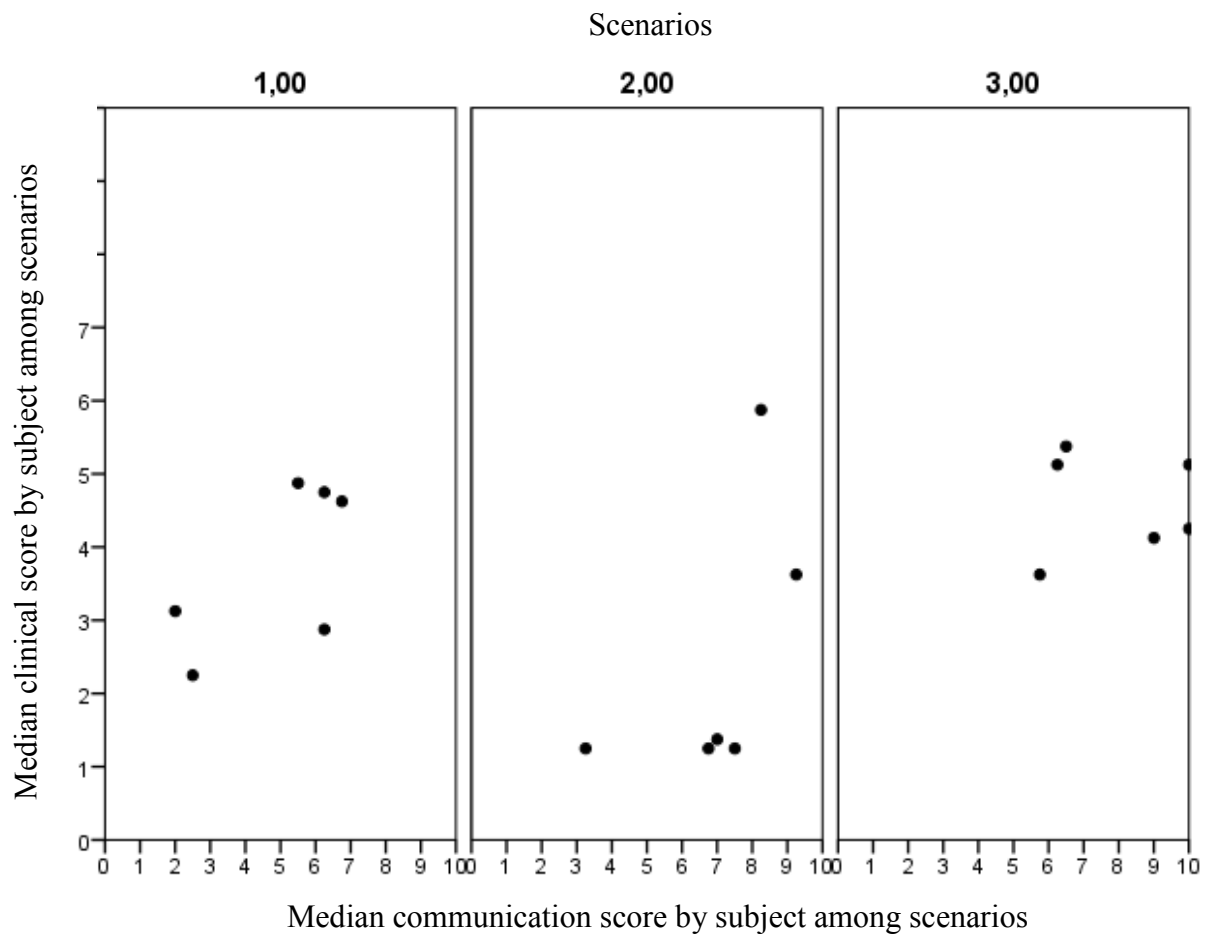
The judges appeared to independently recognize whether the clinical skills or the communication skills had improved for the other nine interviews. Indeed, according to communication judges, five interviews stood out with respect to the participant's ability to

deliver the information in an organized and precise manner. In these same five interviews, the clinical judges indicated poor judgment with respect to clinical elements of the scenario.

Two interviews were evaluated as demonstrating a deeper analysis of the clinical elements according to the clinical judges, but as demonstrating a weakness with respect to the synthesis and organization of the elements according to the communication judges. For only two interviews, all of the judges recognized both a clear and organized communication and a summary analysis of a complex wound care situation. Those two candidates viewed themselves respectively as an advanced beginner and as an expert nurse in wound care. This content analysis indicated that judges with different backgrounds and knowledge tended to arrive at different opinions with respect to whether the communication objective was achieved or not. This suggests that communication is sometimes difficult to evaluate, and its achievement must not be to the detriment of clinical judgment.

To further evaluate the enhancement of nurses' skills over time, participants were grouped by scenarios (Figure 4). Doing so indicated that all S1 participants demonstrated relatively poor results with respect to both clinical and communication skills. S2 was associated with improved scores in communication skills. However, clinical scores remained relatively low, largely due to an inappropriate recommendation offered by four of the six participants. Indeed, the majority of the nurses failed S2 when they proposed high venous compression as a treatment plan for a mixed ulcer with severe arterial insufficiency, which would be considered highly detrimental according to best practices. On the other hand, participants appeared to demonstrate an improvement in both clinical and communication skills during S3, as indicated by a movement of scores upwards and to the right. In S3, the nurses again had the task of evaluating a mixed ulcer. This time, however, they tended to recognize the etiology of the wound and proposed more appropriate treatment plans, leading to higher scores from the clinical judges. In sum, both communication and clinical skills appeared to improve across the scenarios.

Figure 4 Median score among clinical and communication judges



3.4 Discussion

In this study, use of the SBAR-TIME models during simulated handoff to a physician was associated with rapid and concise exchange. Moreover, nurses were found to transmit more accurate information across the scenarios. All nurses spontaneously provided recommendations before closing the discussion at S3, in contrast to only 50% of nurses at S1. Nurses were rated as having improved with respect to clinical skills among the scenarios according to the clinical judges' comments. They were evaluated as having improved with respect to communication skills among the scenarios according to the average score awarded by the communication judges as well as by their comments.

3.4.1 Interview length

The first finding of the study indicates a significant decrease in the length of the exchange between the nurse and physician during a simulated handoff. Other studies of the SBAR approach also considered decreased duration of the interview as evidence of more efficient communication.^{10,25,26} The methodology of our study is consistent with Dingley et al.²⁶ which also presents a pre- and post-SBAR measure and uses a multidisciplinary aspect in the collection and analysis of the data. As in our study, Dingley et al.²⁶ also reported a reduction in the length of the interview between the nurse and physician. McCrory et al.¹⁰ also calculated the length of the exchange before and after SBAR and considered reduction in this variable as indicative of improved communication. As in our study, the participants had to contact the interviewer by phone to transfer the information. In comparison to the outcomes of McCrory et al.¹⁰, the participants in our study achieved similar results with respect to reduction in the length of the interview and also demonstrated improvement in the provision of recommendations over time. Other studies have focused on the presence of a recommendation during a discussion among professionals to assess the care provided to patients.^{10,24,25} McCrory and al.¹⁰ showed an improvement of 4 to 85% in the issuing of a recommendation after SBAR training. Indeed, before exposure to the SBAR, only 1 participant out of 26 provided a recommendation at the end of the interview, as opposed to 22 out of 26 people post-training. In comparison, the 18 scenarios in our study reveal similar results, with an improvement in the participants' formulation of a recommendation from 50% to 100%. In fact, McCrory et al.¹⁰ argue that if time decreased while providing relevant

information, this likely indicates that participants have more easily detected the important elements to transmit during the handoff. Not only is the presence of a recommendation valuable, its content is equally important. This aspect of clinical competence is further discussed below.

3.4.2 Communication competence

The second finding of the study suggests an improvement in communication competency across the scenarios not only in terms of duration, but also in terms of efficiency. Chaharshoughi et al.²⁴ also explored the benefits of repeated exposure with respect to improved expertise. Other studies have used the same teaching strategy in different contexts^{27,28,29} and suggested similar conclusions. In light of these findings, our participants were exposed to a mix of pedagogical content with clinical exposure. Both the judges' comments and the average score awarded on the coding grids suggested an improvement in the conciseness of the interviews, in the fluency of speech, and in the nurses' overall communication skills.

3.4.3 Clinical competence

The third finding of the study suggests an improvement in clinical skills according to the judges' comments. However, no significant difference was observed with respect to scores awarded on the clinical coding grid. A number of studies have supported this finding and showed a significant decrease in the time taken to transfer critical information.^{10,13,15} Authors have explained this phenomenon in terms of an improved understanding of the critical elements and pathophysiology of the clinical situation. McCrory et al.¹⁰ showed that, after exposure to ABC-SBAR tools, participants were able to directly identify essential elements to recommend without getting bogged down by unnecessary details. DeMeester et al.¹³ and Ludikhuizen et al.¹⁴ argued along these same lines. Trained nurses are more cognizant in their ability to earlier detect the deterioration of a patient. DeMeester et al.¹³ established better patient management through the use of communication and evaluation tools. The results of our study are similar to the findings of the studies above. The information delivered was judged more relevant across scenarios, while the time taken to transmit data decreased. Nurses demonstrated an improved understanding of status of the lower leg ulcer over time by suggesting accurate treatment recommendations according to best practices. The nurse's

clinical skills were evaluated by considering the content of the recommendation given. Clinical improvement was apparent among scenarios, primarily between S2 and S3. In S2, most of the nurses opted for high venous compression therapy as a treatment plan for a mixed ulcer (arterial and venous insufficiency), which is inappropriate according to the best practices.^{32,33} However, in S3, the nurses recommended a treatment plan better suited to the clinical condition of the patient. The repeated practice of SBAR-TIME and access to the continuing educational material appeared to support the nurses in improving their skills and in applying best practices in wound care.

Clinical and communication skills are difficult to separate. As a result, an isolated quantitative score awarded by the judges made it difficult for us to interpret the decision-making process undertaken by participants around clinical decisions. The comment space allowed the judges to freely express themselves with respect to the participants' ability to apply clinical judgment and enabled us to evaluate improvements in clinical skills across the scenarios.

3.4.4 Maintaining the competence acquired by simulation

Finally, the maintenance indicator allows us to track the feasibility of this application in a clinical setting. Numerous studies have focused on maintaining the use of SBAR and the compliance of participants in using it over time.^{10,14,29-31} Raymond and Harrison³⁰ noted by telephone audit that the competency of participants remained two weeks and one month after teaching the SBAR, as measured by a closed-ended question. Marshall et al.²⁹ and Cornell et al.³¹ arrived at similar results but opted for a more precise collection method (i.e., direct measure of training sustainability through observation). These studies concluded that competence is maintained six months after SBAR training. The results of Ludikhuizen et al.¹⁴ and McCorry et al.¹⁰ showed opposite results (i.e., poor compliance with SBAR after one and two-and-a-half years of exposure, respectively). The authors raised several hypotheses to explain this phenomenon: lack of repeated practice, lack of consistency in teaching and decision to train few professionals rather than generalizing to all professionals in the same organization. Our study is based on a time line with a third measurement taken one month subsequent to SBAR-TIME teaching and where the SBAR was introduced for the first time to wound care. Our findings suggest that nurses maintain the competence acquired by

simulation over time. According to the studies cited above, repeated practice and consistency in teaching seems to improve retention. If we were to assess a fourth measurement two years subsequent to this intervention, it would be interesting to examine whether we would encounter similar results to those reported in the McCrory study. It would be interesting for subsequent research to address this question.

Our study has certain limitations. A selection bias was likely to be present due to non-probabilistic sampling of convenience and the small sample size, which is likely not representative of the general nursing population with respect to level of education and experience. However, the use of an anonymous drop box to collect consent forms from interested participants minimized social desirability bias and potentially reduced selection bias. Measurement bias may also have been present due to the prior selection of a non-validated tool¹⁰. In an attempt to minimize this, intra-judge and inter-judge correlation measures were calculated. Judges did not know the participants and could therefore be objective in the coding of interviews, which also minimizes measurement bias. The small sample size and the selection of a non-representative sample hampered our ability to generalize our results and contributed to a lack of power in the analyses. However, this study was conducted with an exploratory approach and, despite the small sample size and their characteristics such as university education, the rigorous methodology led to interesting conclusions. Indeed, the use of clinical scenarios over the phone at several measurement points offered the advantage of controlling for contextual elements. Phone simulation was therefore an inexpensive and rich educational activity that has the potential to improve current standards. Moreover, the order in which the scenarios were placed for the assessment of communication and clinical competence were blinded to minimize biases associated with the evaluator. Training of judges and the use of an intra-judge and inter-judge approach also limited the bias associated with the measure.

3.5 Conclusion

This study is the first to integrate SBAR into wound care training and to combine TIME and SBAR. The initial results of this exploratory study demonstrate the potential benefits of using the SBAR-TIME concepts in optimizing wound care. In addition to significantly decreasing the total duration of time taken for the handoff of patients with

wound care issues, participants maintained the competencies acquired by training over time. Even with a small sample size, it is worth noting that the integration of simple tools such as the SBAR-TIME promoted efficient handoff, improved communication skills and enhanced the delivery of pertinent recommendations for wound care management in clinical scenarios. Our results demonstrate the need to repeat this study with a larger sample, more representative of nurses with varying levels of education and experience (Benner, 1984). Finally, the results of this study suggest that the use of a strategy for skills optimization that integrates the SBAR-TIME model into clinical practice would be valuable for hospitals and healthcare organizations.

Acknowledgments

The clinical scenarios were designed from the sentinel event identified by the “Pedagogical Support” (« Fond d’innovation pédagogique »).

References

1. Agence de la santé publique du Canada (2013). Plan stratégique de prévention des maladies chroniques 2013-2016. Downloaded from: http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/strategy_plan-plan_strategique-fra.php
2. Cowman, S., Gethin, G., Clarke, E., Moore, Z., Craig, G., Jordan-O'Brien, J., McLain, N. & Strapp, H. (2012). An international eDelphi study identifying the research and education priorities in wound management and tissue repair. *Journal of clinical nursing*, 21(3,4), 344-353.
3. OMS (2014). Principales causes de mortalité dans le monde. Downloaded from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html>
4. CIHI. Canadian Institute for Health Information (2013). Les plaies difficiles au Canada. 1-27 Downloaded from: https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_Compromised_Wounds_FR.pdf
5. Reinhardt, A. C., & Keller, T. (2009). Implementing interdisciplinary practice change in an international healthcare organization. *International journal of nursing practice*, 15(4), 318-325.
6. OEQ/OIIQ/OPPQ. Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (2014). Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes : cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie. Downloaded from: http://www.oiiq.org/sites/default/files/8403_ActionConcerteePlaiesChroniques.pdf
7. CPIS. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). Référentiel National de compétences en matière d'interprofessionnalisme. College of Health Disciplines. Université de la Colombie-Britannique. 1-37
8. Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
9. Jones, A. (2006). Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 19-28.
10. McCrory, M.C., Aboumatar, H., Custer, J.W.m Yang, C.P., & Hunt, E. (2012). « ABC-SBAR » training improves simulated critical patient handoff by pediatric interne. *Pediatric emergency care*, 28(6), 538-543
11. Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M., & Thetford, C. (2012). Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing healthcare environment. *Healthcare management review*, 37(1), 88-97.

12. Bartges, M. (2012). Pairing students in clinical assignments to develop collaboration and communication skills. *Nurse educator*, 37(1), 17-22.
13. De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196.
14. Ludikhuizen, J., de Jonge, E., & Goossens, A. (2011). Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation*, 82(11), 1428-1433.
15. Leaper, D. J., Schultz, G., Carville, K., Fletcher, J., Swanson, T., & Drake, R. (2012). Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years?. *International wound journal*, 9(s2), 1-19.
16. Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of nursing management*, 17(2), 247-255.
17. Novak, K., & Fairchild, R. (2012). Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. *Journal of Pediatric nursing*, 27(6), 760-762.
18. Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce readmissions and improve some patient outcomes. *Western journal of nursing research*, 36(7), 917-928.
19. Whittingham, K. A., & Oldroyd, L. E. (2014). Using an SBAR—Keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree program. *Nurse education today*, 34(6), e47-e52.
20. Hellingman, A. A., & Smeets, H. J. (2008). Efficacy and efficiency of a streamlined multidisciplinary foot ulcer service. *Journal of wound care*, 17(12), 541-544.
21. Vu, T., Harris, A., Duncan, G., & Sussman, G. (2007). Cost effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Family practice*, 24(4), 372-379.
22. Dillman, D. A. (1978). *Mail and telephone surveys, the total design method*. New York: Wiley. (Vol. 19).
23. Edwards, H., Finlayson, K., Courtney, M., Graves, N., Gibb, M., & Parker, C. (2013). Health service pathways for patients with chronic leg ulcers: identifying effective pathways for facilitation of evidence based wound care. *BMC health services research*, 13(1), 1-10.

24. Chaharsoughi, N. T., Ahrari, S., & Alikhah, S. (2014). Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role-play and lecturing on communication skill of nurses. *Journal of caring sciences*, 3(2), 141.
25. Llan, R., LeBaron, C. D., Christianson, M. K., Heyland, D. K., Day, A., & Cohen, M. D. (2012). Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *BMC health services research*, 12(1), 1.
26. Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K., & Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. 3. 1-18
27. Kesten, K. S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *Journal of Nursing Education*, 50(2), 79-87.
28. Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A., & Greene, B. (2015). Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse education today*, 35(7), 881-887.
29. Marshall, S. D., Harrison, J. C., & Flanagan, B. (2012). Telephone referral education and evidence of retention and transfer after six months. *BMC medical education*, 12(1), 1-8.
30. Raymond, M., & Harrison, M. C. (2014). The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. *SAMJ: South African Medical Journal*, 104(12), 850-852.
31. Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), 422-428.
32. Liao, X.H., & Cheater, F. (2000). The management of patients with venous leg ulcers. *London: Audit Protocol*, 14. 30 pages
33. Regmi, S., & Regmi, K. (2012). Best practice in management of venous leg ulcers. *Nursing Standard*, 26(32), 56-66

CINQUIÈME CHAPITRE

5. La discussion

Cette présente étude a permis de mettre en évidence les bénéfices de l'utilisation du SBAR-TIME chez des infirmières dans un contexte de formation continue en soins de plaies. D'abord, une diminution de la durée des échanges entre l'infirmière et le médecin au moment de discuter de la prise en charge d'un patient simulé porteur de plaies a été enregistrée. De plus, au troisième temps de mesure, toutes les infirmières ont terminé l'entretien par l'émission d'une recommandation valable et pertinente correspondant aux pratiques exemplaires en soins de plaies. Finalement, les infirmières ont montré une amélioration de leurs compétences à communiquer aux différents temps de mesure.

Les premiers paragraphes de ce présent chapitre argumentent d'abord les choix méthodologiques en lien avec les écrits consultés. Les résultats précédemment cités sont ensuite discutés et mis en relation avec la littérature. Les forces, les limites et les avenues suggérées pour la recherche future sont abordées à la fin de ce chapitre.

5.1 Taux de participation des infirmières en contexte de formation continue

Nous avons réalisé ce projet de recherche dans un contexte de formation continue dans lequel les infirmières provenaient de différentes régions du Québec. La formation continue était offerte au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Par conséquent, les infirmières, en plus de leurs activités usuelles, devaient s'y rendre au rythme d'une fois par semaine pour un total de six semaines. Puisque le déplacement et la participation à la journée de formation représentaient un important investissement en soi, il n'est pas surprenant que plusieurs aient décliné l'invitation à participer au projet de recherche. C'est probablement la charge de travail additionnelle requise par la participation à notre étude qui pourrait expliquer la petite taille de notre échantillon. Néanmoins, toutes les participantes ayant débuté l'étude ont participé jusqu'à la fin de la collecte des données. Aucune perte de suivi n'a été enregistrée.

5.2 Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Bien que notre étude ait été réalisée au moyen d'un échantillon de convenance, il est intéressant de comparer le profil des participantes avec celui de l'effectif infirmier au Québec au sujet de leur âge et de leur niveau de formation. L'âge moyen des infirmières ayant décidé de participer au projet de recherche est de 45,8 ans, ce qui est similaire à l'âge moyen des infirmières au Québec (41,9 ans) selon le rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016 (Marleau, 2016). Toutefois, les données de l'OIIQ ne permettent pas de vérifier si le seuil d'expérience clinique de notre échantillon est comparable à la population. Par ailleurs, l'OIIQ requiert que ses membres participent à de la formation continue. Au Québec, seulement 81,6 % des infirmières respectent cette exigence. Puisque les participantes à l'étude sont des infirmières ayant été recrutées à même une formation continue de 45h en soins de plaies, elles répondent à l'exigence de l'OIIQ d'assister à de la formation continue. Toujours selon ce rapport statistique, 40,1 % des infirmières au Québec sont titulaires d'un baccalauréat, alors que 80 % des participantes au projet de recherche en détiennent un. Il aurait été intéressant de vérifier auprès des participantes si le fait de détenir un baccalauréat reflétait une préoccupation plus grande en regard de cette formation. En somme, de par leur niveau de formation et par leur investissement dans un cours de formation continue, les participantes à l'étude constituent un « échantillon enrichi » avec un niveau de motivation et de formation élevé par rapport au profil de l'effectif infirmier au Québec (Leber & Davis, 1998 ; Marleau, 2016). Cet « échantillon enrichi » peut influencer les résultats à la hausse. En effet, puisque les infirmières ayant un diplôme universitaire bénéficient d'un plus grand nombre d'heures de formation, on peut s'attendre à ce qu'elles obtiennent des résultats plus élevés aux vignettes cliniques. On sait, selon plusieurs études, que les infirmières de formation universitaire sont plus compétentes à prévenir les événements indésirables tel que le décès des patients (Aiken et al., 2003 ; Audet et al., 2018 ; Blegen et al., 2013). Les résultats seront donc prudemment discutés à la lumière de cette caractéristique.

5.3 Utilisation de vignettes cliniques

Le jugement clinique est une compétence importante dans le domaine des Sciences infirmières (OIIQ, 2012). À cet effet, selon l'OIIQ, les infirmières éprouvent de la difficulté à bien évaluer une situation complexe de soins (OIIQ, 2012).

En pratique, il existe différentes façons d'évaluer le jugement clinique au moyen d'une simulation : la vignette clinique écrite, les modèles tridimensionnels, les simulateurs sur écran, les patients standardisés, les simulateurs de fidélité intermédiaire et les simulateurs haute-fidélité (Alinier, 2007). À la lumière des études consultées, les bénéfices associés à l'utilisation de cas cliniques simulés sont nombreux : cadre d'enseignement supervisé, aucun préjudice aux patients, développement de l'estime et des compétences (Alinier, 2007 ; Bambini et al., 2009 ; Blum et al., 2010 ; Dillard et al., 2009 ; Kaddoura, 2010 ; Kenaszchuk et al., 2011 ; Lavoie et al., 2012 ; Lewis et Ciak, 2011 ; Secomb et al., 2012 ; Wotton et al., 2010).

Nous avons opté pour la simulation de niveau 0, à savoir la simulation au moyen de scénarios écrits, comme stratégie d'évaluation des compétences (Alinier, 2007). L'avantage des vignettes cliniques écrites par rapport aux évaluations par observation directe est d'offrir à toutes les participantes à l'étude un cas clinique uniforme, sans variation, ce qui est aussi facilitateur de la standardisation. De plus, les vignettes cliniques contenaient la totalité des informations essentielles à la résolution de la situation de soins de plaies présentée, contrairement à un contexte clinique réel où le professionnel doit recueillir lui-même les informations. Ce degré de facilité supplémentaire permettait à l'infirmière de se concentrer davantage sur l'interprétation des données et la prise en charge du patient porteur d'une plaie.

Plusieurs études consultées font l'utilisation de vignettes cliniques comme stratégie d'évaluation à la communication (Ascano-Martin, 2008 ; Chaharsoughi et al., 2014 ; Fay-Hillier et al., 2012 ; Guhde, 2014 ; Kesten, 2011 ; Lancaster et al., 2015 ; Ludikhuizen et al., 2011 ; Martin, 2015 ; McCrory et al., 2012 ; Miller et al., 2009 ; Randmaa et al., 2014 ; Telem et al., 2011 ; Wang et al., 2015). Toutefois, rares sont celles qui prévoient un troisième temps de mesure après l'enseignement du SBAR (Cornell et al., 2013 ; Marshall et al., 2012 ; Raymond et Harrison, 2014). Parmi celles nommées, un troisième temps de mesure a été effectué dans le but d'évaluer le maintien de la compétence acquise par la simulation. Toutefois, aucune des études consultées n'intègre une vignette clinique en soins de plaies.

5.4 Participation de juges pluridisciplinaires

La recension des écrits a mis en évidence que la collaboration interprofessionnelle est bénéfique à la prise en charge des patients porteurs de plaies. C'est dans cette optique que nous avons sélectionné des juges de formations variées, pour évaluer les différentes sphères de la vignette clinique. La méthode boule de neige nous a permis d'identifier les juges experts. Leur contribution a été reconnue dans toutes les publications associées à cette présente étude. Un chirurgien vasculaire, une infirmière stomothérapeute, une infirmière spécialisée en soins de plaies, deux médecins de famille et l'étudiante-chercheure ont constitué le panel d'experts de notre projet recherche. Ils avaient pour tâche de juger de la qualité de la structure de communication et de la cohérence du plan de traitement proposé au moyen d'une grille de codification (McCrorry et al., 2012) et ont pu consigner tout commentaire pertinent et supplémentaire dans une section prévue à cet effet. Peu d'études ont sollicité un panel d'experts aussi varié pour codifier les entretiens téléphoniques. Procéder ainsi nous a permis de recueillir des verbatim riches quant aux préférences de communication de chaque professionnel. Tel que constaté par différents auteurs, les experts de profession infirmière préféraient détailler leurs impressions de façon plus narratives alors que les médecins préféraient décliner des faits (Jones, 2006 ; Leonard et al., 2004 ; Shannon et al., 2011 ; Vardaman et al., 2012). Ce phénomène soutient l'idée que les styles de communication varient d'un professionnel à l'autre (Jones, 2006 ; Leonard et al., 2004 ; Shannon et al., 2011 ; Vardaman et al., 2012).

Même si la formation disciplinaire en silo des différents professionnels de la santé mène à des divergences dans les styles de communication nommés dans le paragraphe précédent, le SBAR a été adopté par différents types de professionnels, ce qui souligne une problématique commune, à savoir l'absence de recommandations par le référent lors du transfert oral d'informations. La plus-value d'une recommandation claire est indéniable, et certains auteurs reconnaissent la nécessité d'en améliorer sa formulation (Chaharsoughi et al., 2014 ; De Meester et al., 2013 ; Llan et al., 2012 ; McCrorry et al., 2012). Au-delà de l'appréciation de l'émission d'une recommandation, son évaluation peut s'étendre plus largement et aborder son contenu et sa pertinence. En effet, la recommandation reflète la compréhension qu'a le professionnel d'une situation de soins. Or, les études évaluant la

recommandation se limitent souvent à apprécier la présence ou non de l'élément attendu (Chaharsoughi et al., 2014 ; De Meester et al., 2013 ; Llan et al., 2012 ; McCrory et al., 2012). Le fait d'apprécier non seulement la présence d'une recommandation, mais d'en juger sa qualité au moyen de différents experts témoigne de notre rigueur dans l'évaluation des compétences clinique et communicationnelle dans le cadre de ce projet.

5.5 Durée d'entretien et émission d'une recommandation

Le premier constat de notre étude est une diminution significative de la durée de l'entretien entre l'infirmière et le médecin lors du transfert oral d'informations nécessaires au suivi d'un patient porteur de plaies. La présente étude montre une diminution significative entre la vignette 1 et la vignette 2 soit après l'enseignement du SBAR. L'examen visuel des courbes nous permet de constater également une diminution de la durée de l'entretien entre la vignette 1 et la vignette 3, toutefois moins importante qu'entre la vignette 1 et la vignette 2. Puisque l'outil SBAR se veut un outil de concision, il était justifié de s'intéresser à la durée totale de l'entretien téléphonique pour chaque candidate lors de chaque vignette. Certaines études sur le SBAR se sont aussi intéressées à la variable « *durée d'entretien* » comme déterminant d'une communication efficace. Les prochains paragraphes décrivent ces études.

Dans une étude comparative, Dingley et al. (2008) intégrait le schéma de communication SBAR où une prise de mesure s'effectuait avant et après son enseignement pour en évaluer son efficacité. Chaque entretien était retranscrit en événement séquentiel où la durée était calculée dès l'énoncé du problème jusqu'à la résolution de celui-ci. Les auteurs concluent en une diminution significative de la durée nécessaire à la résolution d'une situation problématique. Plus précisément, les auteurs concluent à un temps moyen plus court dans la prise en charge d'un patient après l'enseignement du SBAR. Les résultats de notre étude corroborent ceux de cette dernière. Notre étude démontre une diminution dans la durée totale d'entretien téléphonique entre l'infirmière et le médecin nécessaire à la prise en charge d'un patient porteur de plaies. Plutôt que de calculer seulement la durée nécessaire à la résolution du problème de soins, nous avons calculé la durée totale de l'entretien. En considérant la totalité de l'entretien, la durée totale de ce dernier et les commentaires des juges, on a pu apprécier la qualité globale de la compétence.

Dans le même ordre d'idées, nous constatons que les résultats de notre étude sont semblables à ceux présentés par McCrory et al. en 2012. Ces derniers ont calculé la durée en secondes que prenait le professionnel à transmettre une information indispensable à la prise en charge d'un patient. Cette étude considérait également des scénarios fictifs comme stratégie d'évaluation de la communication où le résident en médecine devait contacter l'interlocuteur par téléphone. Les auteurs justifient cette diminution entre les deux temps de mesure par une meilleure détection des éléments de dangerosité du participant. Notre étude propose des explications semblables lesquelles seront discutées dans la section « *jugement clinique et détection* » ici-bas.

Aucune des deux études présentées précédemment (Dingley et al., 2008 ; McCrory et al., 2012) ne prévoit un troisième temps de mesure. Les études exposant les participants à une mesure supplémentaire le font dans un but d'évaluer le maintien de l'effet des outils enseignés (Cornell et al., 2013 ; Marshall et al., 2012 ; Raymond et Harrison, 2014). Notre étude est donc la première à évaluer la durée de la communication lors d'un troisième temps de mesure. Nos résultats montrent une augmentation de la durée d'entretien à la V3 (4 min 21 sec \pm 1 min 21 sec) comparativement à la V2 (3 min 02 \pm 2 min 16 sec) ; cette dernière étant toutefois moins longue que la V1 (4 min 48 sec \pm 3 min 55 sec). Une diminution de l'écart interquartile entre les vignettes 1, 2 et 3 montre une dispersion plus homogène de la durée des échanges entre les participantes et l'interlocuteur.

De plus, il est important de noter que toutes les participantes à la vignette 3 ont conclu l'entretien par l'émission d'une recommandation à l'interlocuteur, contrairement à la vignette 2 où une candidate a omis cette étape. Le temps nécessaire à la formulation d'une recommandation peut en partie expliquer la durée globale plus longue à la vignette 3. La durée d'entretien à la vignette 3 demeure toutefois moins longue que la durée enregistrée à la vignette 1 soit avant l'enseignement du SBAR, où la moitié des participantes n'avaient pas émis de recommandation. Quelques études s'intéressent également à l'élément « *recommandation* » (Chaharsoughi et al., 2014 ; De Meester et al., 2013 ; Llan et al., 2012 ; McCrory et al., 2012). Or, seulement une étude s'intéresse à la qualité de celle-ci (McCrory et al., 2012). Pour preuve, l'étude de McCrory et al. (2012) montre une amélioration dans l'émission d'une recommandation passant de 4 % avant l'enseignement du SBAR à 85 %

après son enseignement. Toutefois, l'évaluation du contenu de la recommandation n'est pas détaillée et n'est pas présentée dans les résultats de l'étude (McCrory et al., 2012). Ce fait témoigne de la plus-value de notre étude où non seulement l'émission d'une recommandation est évaluée, mais également son contenu par plusieurs juges. Les explications de cette démarche seront discutées dans la section « *qualité des recommandations* » ici-bas.

5.6 Compétence communicationnelle au fil des expositions

Les articles retenus dans la revue de la littérature montrent que la simulation par vignettes cliniques est une stratégie d'enseignement qui favorise le développement des compétences et l'intégration des fondements théoriques (Alinier, 2007 ; Bambini et al., 2009 ; Blum et al., 2010 ; Kaddoura, 2010 ; Kardong-Edgren et al., 2008 ; Lavoie et al., 2012 ; Rutherford-Hemming et Jennrich, 2013 ; Stirling et al., 2012). Cela rejoint le modèle d'acquisition des compétences de Benner (1984) présenté au deuxième chapitre à titre de cadre de référence. En effet, notre étude rapporte une amélioration de la compétence communicationnelle au fil des expositions. De nombreux auteurs notent également une amélioration de la communication après l'enseignement du schéma SBAR et au fil de pratiques répétées (Chaharsoughi et al., 2014 ; Kesten, 2011 ; Marshall et al., 2012 ; Wang et al., 2015). Les paragraphes suivants font état de ces études.

L'étude de Chaharsoughi et al. (2014) explore aussi les bénéfices de l'exposition répétée. Un groupe contrôle est soumis à une technique d'enseignement par jeux de rôles; les auteurs concluent à une amélioration des aptitudes de communication des participants via l'exposition clinique répétée. Il semble y avoir, avec la pratique, une intégration des schémas de communication, en l'occurrence le SBAR. Les participants le démontrent de par l'amélioration de leur assurance au fil des jeux de rôle. En fait, ceci abonde dans le même ordre d'idées que le référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme présenté au deuxième chapitre, qui stipule que « la capacité d'un individu à démontrer qu'il a intégré ces compétences dans divers contextes reflète son niveau d'assurance et d'habileté au sein de sa pratique » (CPIS, 2010, p.25).

D'autres études ont utilisé la même stratégie d'enseignement dans différents contextes. Les répondants de l'étude de Kesten (2011) et Wang et al. (2015) intègrent le

SBAR par mesures répétées chez des étudiants au programme de Sciences infirmières. L'étude de Kesten propose une meilleure appropriation du schéma de communication SBAR chez les étudiants ayant pratiqué plusieurs fois en contexte de simulation. L'étude de Wang et al. (2015) tire des conclusions similaires. Les participants de l'étude devaient compléter un questionnaire avant et après les simulations sur leurs perceptions en communication. Après les simulations, les participants ont rapporté être satisfaits de l'acquisition de leurs compétences communicationnelles.

Par ailleurs, l'étude de Marshall et al. (2012) tire des conclusions intéressantes quant au maintien des compétences après acquisition de la théorie. Cette étude est intéressante en ce que sa méthode ressemble à la nôtre. Ainsi, un groupe de participants est soumis à une simulation téléphonique avant et après l'enseignement du SBAR; les auteurs évaluent à la fois la clarté et le contenu des énoncés émis par les candidats. Un troisième temps de mesure est par la suite prévu, ce qui mesure le maintien de la compétence. Même si une diminution de la clarté des propos s'observe entre le temps 2 et le temps 3, les auteurs notent une amélioration significative de la communication après l'enseignement du SBAR, et le maintien de la compétence communicationnelle jusqu'à 6 mois après l'intervention.

Les résultats de notre étude s'inscrivent dans le même ordre d'idées que ceux relevés dans la littérature actuelle (Chaharsoughi et al., 2014 ; Kesten, 2011 ; Marshall et al., 2012 ; Wang et al., 2015). Nous avons en effet noté une amélioration des scores de communication entre les vignettes. Il est important de rappeler que les vignettes cliniques étaient codifiées à l'aveugle, de sorte que les juges ne connaissaient pas l'ordre de passation des vignettes, évitant ainsi un biais de confirmation. En plus d'une amélioration significative des scores octroyés par les juges en communication, l'analyse de contenu des commentaires de ceux-ci renforce ce gain. En effet, à la vignette 3, deux des juges ont accordé la note maximale à deux participantes en plus de souligner qualitativement la concision et la clarté des propos transférés à l'interlocuteur. L'analyse de contenu des commentaires des juges constitue enfin une plus-value de notre étude, car aucune des études consultées n'a évalué cet élément.

5.7 Jugement clinique et détection

Le temps requis au transfert d'informations est un élément non négligeable d'une communication efficace, en autant que le contenu divulgué soit juste et rigoureux. Étudier la communication, c'est donc aussi se pencher sur le contenu des énoncés. Dans cette optique, l'usage d'un score uniquement quantitatif aurait été trop limitant dans l'analyse de contenu. Une section commentaires a donc été mise à la disposition des juges pour leur permettre de s'exprimer librement sur la capacité des participantes à formuler adéquatement leur pensée. Suggérer un plan de traitement conforme aux standards de pratique peut refléter une amélioration des compétences des participantes à évaluer un patient porteur de plaies. En effet, les juges soulignent qualitativement un meilleur plan de traitement à la vignette 3 qu'à la vignette 2. Pour preuve, les participantes semblent porter une attention plus particulière à l'évaluation de la condition vasculaire du patient à la vignette 3 qu'à la vignette 2 où quatre d'entre elles n'en tiennent pas compte dans leur plan de traitement. Considérer la condition vasculaire du patient comme un élément inévitable à évaluer auprès d'un patient porteur d'ulcères des membres inférieurs montre que les participantes détectent les éléments importants d'une situation de soins de plaies complexes. Plusieurs études discutent également du principe de détection des éléments de dangers. Les paragraphes suivants en font la description.

D'abord, dans l'étude de McCrory et al. (2012), l'étudiant en médecine améliore la rapidité avec laquelle il communique les informations indispensables à la survie des patients (de 19 à 4 secondes), après l'enseignement du SBAR. Une meilleure reconnaissance des éléments de dangerosité en plus d'une meilleure intégration des éléments physiopathologiques de la situation par l'étudiant en médecine témoignent de l'amélioration de la communication. Benner (1984), dans son modèle d'acquisition des compétences, montre, en effet, qu'un professionnel intègre les assises théoriques au moment où il y est exposé en milieu clinique. Quant au jugement clinique, il se développe au fil de l'exposition (Benner et al., 2009).

Dans leurs études respectives, De Meester et al. (2013) et Ludikhuizen et al. (2011) arrivent à des conclusions semblables. Malgré des résultats plutôt décevants dans le maintien des schémas enseignés, les infirmières ayant été formées au SBAR conjointement avec un

schéma d'évaluation sont meilleures pour détecter précocement la détérioration de l'état de santé d'un patient et les orienter vers une unité de soins appropriée (par exemple les soins intensifs). L'étude de De Meester et al. (2013) est la première à observer une diminution du nombre de décès sur les unités de médecine et de chirurgie après l'utilisation du schéma de communication SBAR associé à un transfert plus rapide du patient en unité de soins intensifs. Le SBAR est un outil de transmission de l'information, mais lorsqu'utilisé conjointement avec un schéma d'évaluation, il structure et guide aussi l'évaluation clinique. C'est aussi ce que rapportent les auteurs de l'étude de Ludikhuizen et al. (2011) : les infirmières formées au SBAR et à une séquence d'évaluation ont une meilleure capacité d'évaluation de leurs patients. En effet, 77 % des infirmières formées ont réagi immédiatement à la détérioration d'un patient simulé contrairement à 53 % chez celles non formées. De notre côté, les infirmières montrent une amélioration de leur compréhension de la pathologie des ulcères des membres inférieurs au fil des simulations et ont fait une analyse plus juste à la vignette 3 comparativement à la vignette 2.

À la lumière des conclusions des études nommées (De Meester et al., 2013; Ludikhuizen et al., 2011; McCrory et al., 2012), l'enseignement conjoint du schéma de communication SBAR à un schéma d'évaluation favorise l'amélioration des compétences évaluatives du professionnel. Les résultats de notre étude s'ajoutent à ces résultats où le schéma de communication SBAR utilisé conjointement avec le principe d'évaluation TIME favorise la capacité des participantes à bien évaluer une situation dans sa globalité. Les résultats de notre étude reflètent les fondements du modèle d'acquisition des compétences de Benner (1984) où les compétences se développent au fil des expositions répétées. Pour preuve, les experts reconnaissent préférer V3 à toutes les autres vignettes. En résumé, les compétences clinique et communicationnelle sont difficilement dissociables.

5.8 Qualité des recommandations

Les aspects évaluation et recommandation peuvent se chevaucher dans des séquences de communication entre professionnels (Llan et al., 2012). Par expérience professionnelle, certains cliniciens préfèrent justifier le processus décisionnel de prise en charge en combinant l'évaluation à même la recommandation. Dans tous les cas, la formulation d'une recommandation est nécessaire et bénéfique pour la prise en charge d'un patient

(Chaharsoughi et al., 2014 ; DeMeester et al., 2013 ; Llan et al., 2012 ; McCrory et al., 2012). Pour de multiples raisons, cet élément est souvent oublié par les professionnels, par exemple, la peur de représailles, ou encore la hiérarchie entre les professionnels (Llan et al., 2012; Tjia et al., 2009 ; Zwarenstein et al., 2013). Certains auteurs s'intéressent à l'émission d'une recommandation avant et après l'enseignement du schéma SBAR (Chaharsoughi et al., 2014; De Meester et al., 2013; Llan et al., 2012; McCrory et al., 2012). Les paragraphes suivants décrivent cette composante du SBAR.

Comme cité plus haut, les auteurs de l'étude de McCrory et al. (2012) montrent une amélioration significative dans l'émission d'une recommandation après l'enseignement du SBAR. En effet, avant l'intégration du schéma SBAR, seulement 1 participant sur 26 avait émis une recommandation à la fin de l'entretien, contrairement à 22 après son enseignement. À des fins de comparaison, notre étude montre des résultats similaires. Une amélioration dans l'émission d'une recommandation est notée : 50 % à la vignette 1 à 100 % à la vignette 3. En d'autres termes, la pratique répétée du schéma de communication SBAR incite l'interlocuteur à émettre une recommandation.

La recommandation est riche et peut orienter une prise de décision concertée afin d'améliorer la prise en charge d'un patient (Chaharsoughi et al., 2014). Or, il est justifié d'évaluer non seulement sa présence, mais également son contenu, car de mauvaises informations transmises peuvent avoir des impacts considérables sur les résultats attendus d'un patient (Llan et al., 2012 ; McCrory et al., 2012). Dans la présente recension des écrits, seulement une étude s'intéresse à la justesse de la recommandation (McCrory et al., 2012). Toutefois, cette étape a été réalisée dans un deuxième temps et les auteurs de l'étude ne présentent pas les étapes de cette analyse. L'évaluation du contenu et de la justesse de la recommandation par plusieurs juges constitue une plus-value à notre étude. Le TIME, introduit dans cette présente étude, permet d'organiser la prise en charge des patients en soins de plaies (Leaper et al., 2012). Coordonner l'utilisation du TIME et du SBAR nous a permis à la fois d'évaluer l'organisation du dialogue au moyen du score octroyé par les juges et leurs commentaires, mais également de se prononcer sur la justesse de la recommandation émise en lien avec les pratiques exemplaires en soins de plaies. Dans les paragraphes suivants, des exemples de recommandations sont présentés.

Par exemple, à la vignette 1, toutes les participantes ont recommandé une compression veineuse sur un ulcère veineux. Toutefois, seulement quatre d'entre elles se sont questionnées sur l'état circulatoire du patient simulé, ce qui est pourtant primordial dans l'évaluation d'un patient ayant un ulcère au membre inférieur (Andriessen et al., 2017). Ce constat alimente la conclusion que l'application non réfléchie de la compression veineuse est faite sans égard à l'état vasculaire du patient (Fife et al., 2010 ; Weller et Evans, 2012). Il est intéressant de constater que les deux infirmières n'ayant pas évalué l'état circulatoire du patient avant d'appliquer la thérapie par compression détenaient un niveau de formation universitaire et se considéraient comme infirmière débutante et infirmière compétente en soins de plaies selon le continuum d'acquisition des compétences de Benner (1984). Il est également intéressant de noter, à ce stade-ci, que seulement une participante ait suggéré une compression élevée. Cette dernière est la seule à détenir un niveau de formation collégiale et à posséder le plus grand nombre d'années d'expérience dans le domaine des soins infirmiers, soit plus de trente ans. Ce constat rejoint les conclusions de Benner (1984) sur l'acquisition des compétences selon l'expérience et l'exposition. Les cinq autres participantes ont plutôt suggéré une compression allant de légère à modérée, ce qui s'écarte des recommandations actuelles qui préconisent une compression forte dans les cas d'insuffisance veineuse (Andriessen et al., 2017 ; Moffatt, 2003; Regmi et Regmi, 2012). Cet écart peut avoir des impacts considérables sur le temps de cicatrisation du patient porteur d'un ulcère veineux (Anderson, 2009 ; Andriessen et al., 2017).

À la vignette 2, seulement deux infirmières montrent une compréhension suffisante de l'insuffisance artérielle. En effet, quatre des six infirmières ont recommandé un bandage de compression en contexte d'insuffisance artérielle. Or, cette conduite entrave grandement l'état de santé du patient et est à éviter chez des patients souffrant d'insuffisance artérielle sévère (Liao & Cheater, 2000 ; Regmi et Regmi, 2012). Les juges rapportent pour ces quatre participantes une mauvaise compréhension de la physiopathologie de l'ulcère mixte et une difficulté à faire des liens entre la théorie et l'application clinique. Les deux autres participantes, ayant évalué correctement l'état vasculaire du patient, se considéraient comme infirmière débutante et infirmière experte selon le continuum d'acquisition des compétences de Benner (1984). Les juges rapportent, pour ces deux participantes, une compréhension suffisante de la physiopathologie de l'ulcère mixte.

À la vignette 3, on exposait à nouveau les infirmières à une situation d'insuffisance mixte (artérielle et veineuse). Or, une amélioration marquée est notée dans la détection et la compréhension des éléments de dangerosité. En effet, cinq des six infirmières ont suggéré un plan de traitement conforme aux standards de pratique. Celle ayant offert un traitement différent des standards de pratique se considérait comme infirmière débutante, toujours selon le continuum d'acquisition des compétences de Benner (1984).

Ces constats renforcent l'utilisation de vignettes cliniques comme stratégie d'enseignement. En effet, l'avantage d'utiliser une simulation par vignette clinique est d'éliminer les préjudices potentiels portés au patient (Bambini et al., 2009 ; Blum et al., 2010 ; Dillard et al., 2009; Kaddoura, 2010; Kenaszchuk et al., 2011; Lavoie et al., 2012; Lewis et Ciak, 2011 ; Secomb et al., 2012 ; Wotton et al., 2010). La simulation a permis d'identifier les éléments à consolider et fournir le support nécessaire aux participantes en raison d'une meilleure évaluation de la condition artérielle du patient.

En tenant compte des constats précédemment rapportés, l'exposition répétée à des situations cliniques et l'intégration des schémas SBAR-TIME semblent favorables à l'amélioration des compétences clinique et communicationnelle des participantes en soins de plaies.

5.9 Maintien de la compétence acquise par simulation

La rétention et l'utilisation quotidienne des principes enseignés sont des indicateurs de qualité et d'efficacité de la formation (Gerard, 2003). Le maintien de la compétence acquise est donc un indicateur important, puisque notre recherche prend place dans un contexte de formation continue. Plusieurs études attachent une importance à l'évaluation du maintien de SBAR et à la compliance des participants à l'utiliser (Cornell et al., 2013 ; Ludikhuizen et al., 2011 ; Marshall et al., 2012 ; McCrory et al., 2012 ; Raymond et Harrison, 2014). Les paragraphes subséquents décrivent cette démarche.

Les auteurs Raymond et Harrison (2014) rapportent un maintien de l'effet SBAR deux semaines après son enseignement par audit téléphonique et un mois après en demandant aux participants s'ils utilisaient encore le SBAR. En raison d'un biais possible de désirabilité sociale, une simple question fermée ne permet pas d'établir une utilisation certaine du schéma

de communication. L'étude de Cornell et al. (2013) opte davantage pour une méthode de collecte d'informations plus rigoureuse, soit l'observation par mesure directe d'un maintien de l'effet. Les auteurs de cette étude privilégient deux temps de mesure après l'enseignement du SBAR, à deux et à six mois de l'intervention. L'étude a permis d'observer un maintien de l'effet SBAR six mois après son enseignement. L'étude de Marshall et al. (2012) obtient des résultats similaires soit un maintien de l'effet SBAR par observation directe six mois après son enseignement. De plus, Marshall et al. (2012), rapportent également un maintien de l'effet SBAR de sept à huit mois après son enseignement, résultat toutefois obtenu par une question fermée semblable à celle posée dans l'étude de Raymond et Harrison (2014). Notre étude a permis d'obtenir un maintien de la compétence acquise en simulation. En effet, l'utilisation du SBAR-TIME a été enregistrée au moyen de simulation par vignettes cliniques jusqu'à un mois après l'intervention éducative.

À contrario, des études ont obtenu des résultats différents que ceux de notre étude. Ainsi, les études de Ludikhuizen et al. (2011) et McCrory et al. (2012) montrent la perte de la compétence à distance de l'enseignement des séquences, à un an et deux ans et demi respectivement. Ces auteurs ont émis plusieurs hypothèses explicatives : le manque de pratique répétée du schéma SBAR et l'enseignement à un groupe de professionnels restreint plutôt que de considérer l'enseignement à tous les professionnels. Or, selon ces auteurs l'enseignement à un petit groupe a dilué la force de l'enseignement et a contribué au manque de maintien du SBAR. Ce constat rejoint les écrits de Benner (1984) sur l'acquisition des compétences au moyen de mesures répétées. Dans une étude ultérieure, il serait en outre intéressant d'effectuer un quatrième temps de mesure, également deux ans à distance de l'intervention afin de mettre en relation la mesure répétée et l'acquisition de la compétence en milieu simulé. Selon le référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, la communication est une compétence à atteindre et devrait être enseignée à tous les professionnels (CPIS, 2010) au même titre que les connaissances cliniques.

5.10 Forces et limites de l'étude

5.10.1 Forces de l'étude

Notre étude s'inscrit dans le domaine des soins de plaies, un domaine riche en communication interprofessionnelle, et adopte une approche aussi multidisciplinaire, de par les professionnels impliqués : chirurgien vasculaire, médecin de famille, infirmière stomothérapeute, infirmière spécialisée en soins de plaies. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à combiner l'utilisation du SBAR et du TIME et d'étudier le SBAR dans le domaine des soins de plaies.

La plus grande force de cette recherche est la méthodologie de cette intervention éducative et son évaluation. Premièrement, l'utilisation de vignettes cliniques a permis d'évaluer les infirmières dans un environnement sécuritaire. Le devis utilisé avec trois temps de mesure nous a permis de mettre en relation l'intervention éducative SBAR-TIME, la pratique répétée par vignette clinique et l'amélioration des compétences des infirmières, sans toutefois faire de liens causals (Loiselle et al., 2007, p.192). Une démarche intrajuge et interjuges a été utilisée pour minimiser les biais associés à la mesure. Afin de minimiser les biais associés à l'évaluateur, la correction des vignettes cliniques par les juges s'est fait à l'aveugle de l'ordre de passation des vignettes. Malgré la petite taille de l'échantillon, une diminution significative de la durée d'entretien entre l'infirmière et le médecin a tout de même été enregistrée.

5.10.2 Limites et biais de l'étude

Notre étude comporte certaines limites. Bien que cette étude soit la première à combiner le SBAR et le TIME, notre projet avait pour fin une visée exploratoire. À notre connaissance, puisque le SBAR n'avait jamais été étudié en soins de plaies, cette présente étude permettait d'apprécier d'abord la faisabilité des méthodes proposées. À cet effet, on peut considérer cette recherche de projet pilote et pourrait être réutilisée dans une étude de plus grande envergure en termes de participants et dans le maintien de la compétence dans le temps.

Un biais de sélection ou d'échantillonnage est présent dû à la sélection des participantes selon une méthode non aléatoire. L'échantillonnage non probabiliste de

convenance a ici été choisi pour sélectionner les participantes à l'étude. Pour minimiser le biais associé à la sélection des participants, le recueil des formulaires de consentement se faisait via une boîte de dépôt anonyme. Procéder ainsi a permis d'amenuiser le biais de désirabilité sociale auprès des formateurs. D'une part, la petite taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats et contribue au manque de puissance dans l'analyse des données. De plus, 84 % de l'échantillon ont une formation universitaire, ce qui est nettement supérieur au taux provincial. Sachant que la formation universitaire habilite davantage les infirmières au jugement clinique et à la prévention des événements indésirables (Aiken et al., 2003 ; Audet et al., 2018 ; Blegen et al., 2013), on peut légitimement se questionner sur l'effet de cette sélection sur les résultats obtenus. En fait, un tel échantillon constitue une stratégie d'enrichissement de l'échantillon qui aura pour effet d'obtenir des résultats plus favorables. Toutefois, comme mentionnée dans le paragraphe précédent, l'étude s'inscrit dans un contexte de projet pilote et a permis de développer et de tester une méthodologie d'intervention et d'évaluation pertinente pour la question de recherche. La généralisation des résultats n'était donc pas l'objectif principal. Une étude longitudinale avec une plus grande taille d'échantillon incluant différents professionnels de la santé dont des infirmières de tous les niveaux d'expertise et représentatif du niveau de formation actuelle permettrait d'apprécier davantage les bénéfices de l'utilisation conjointe du SBAR-TIME et le maintien de la compétence.

Un biais de mesure peut également être présent dû à la sélection au préalable d'un outil non validé (McCrary et al., 2012). En effet, l'utilisation d'un outil non validé et adapté au contexte de soins de plaies réduit la confiance des résultats. Or, les juges ne connaissaient pas au préalable les participants et pouvaient donc être équitables dans la codification des vignettes. De plus, les scores octroyés par les juges ont été traités séparément afin de minimiser le biais associé à la mesure et ainsi apprécier l'évolution des participantes. Une analyse de contenu des commentaires des juges a aussi été effectuée afin de renforcer le score octroyé.

5.11 Retombées envisagées

5.11.1 Scientifiques

Comme l'utilisation d'une activité d'apprentissage avec vignettes cliniques à différents temps de mesure a été choisie, l'étude contribue à rendre plus systématique l'évaluation du SBAR-TIME. Cette méthodologie maintenant testée favorablement, celle-ci pourrait donc faire l'objet d'une étude avec une plus grande portée.

5.11.2 Formation

Certains auteurs recommandent d'enseigner l'outil de communication à tous les professionnels de la santé (De Meester et al., 2013; McCrory et al., 2012). Le SBAR permet de standardiser la formation des différents professionnels de la santé et contribue au développement d'un schéma décisionnel et son impact institutionnel est significatif sur l'issue des patients à travers l'acquisition de cette compétence (Vardaman et al., 2012). Le principe TIME a également fait ses preuves et permet d'orienter le plan de traitement et ainsi mieux guider la pratique. Quant au choix de la méthode d'enseignement, les vignettes cliniques s'avèrent une méthode pédagogique judicieuse, car elle permet de reproduire des éléments contextuels sans préjudice au patient. (Bambini et al., 2009; Blum et al., 2010; Dillard et al., 2009; Kaddoura, 2010; Kenaszchuk et al., 2011; Lavoie et al., 2012; Lewis et Ciak, 2011; Secomb et al., 2012; Wotton et al., 2010). L'utilisation conjointe du schéma de communication SBAR et du principe TIME dans un contexte de simulation pourrait être bénéfique pour les établissements d'enseignement dans une visée d'amélioration des compétences.

5.11.3 Cliniques

La qualité de la communication est essentielle au domaine des soins de plaies et la qualité des recommandations que fait l'infirmière renforce sa crédibilité professionnelle. Qui plus est, la qualité de la communication améliore la relation entre les professionnels et facilite leur collaboration. Outre le renforcement de la crédibilité professionnelle, un plan de traitement approprié limite les durées de suivi en améliorant le temps de cicatrisation des patients porteurs de plaies et les complications cliniques coûteuses pour le patient et le réseau de la santé (Bongiovanni et al., 2006 ; Cowman et al., 2012 ; Edwards et al., 2013 ; Norton

et al., 2017 ; Orsted et al., 2017 ; Regmi et Regmi, 2012; Reinhardt et Keller, 2009). Notre étude évalue l'évolution des compétences clinique et communicationnelle et leur relation au fil des scénarios. À la lumière des constats proposés, il serait intéressant d'évaluer le transfert des connaissances et des compétences acquises en simulation vers le milieu clinique. La communication et les compétences cliniques sont difficiles à dissocier et semblent jouer un rôle notable dans la prise en charge des patients en contexte de vignettes cliniques. En ce sens, l'acquisition de ces deux compétences est profitable en contexte simulé et pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure dans un contexte clinique réel.

5.12 Avenue suggérée pour la recherche future

La recherche effectuée dans le cadre de ce projet se voulait novatrice et avait pour but d'explorer les retombées de l'utilisation du SBAR-TIME en soins de plaies. En tenant compte de ce qui précède, le domaine des soins de plaies représente encore un défi pour les professionnels de la santé, car il intègre des compétences de prévention, de prise en charge clinique et de communication. Toutefois, comme évaluée dans le projet, l'utilisation de principes de communication et d'analyse à plusieurs temps de mesure semble améliorer la structure de la communication, optimiser la compréhension des ulcères des membres inférieurs ainsi que favoriser l'application des pratiques exemplaires. Dans cette optique, la méthode d'intervention éducative et d'évaluation utilisée dans ce projet de recherche mériterait d'être testée auprès d'infirmières dont l'expérience correspond à tous les niveaux détaillés par Benner (1984) et du niveau de formation représentatif de l'effectif infirmier au Québec. Il serait également pertinent d'évaluer si l'intégration du TIME et du SBAR a de réels effets sur la prise en charge de patients.

CONCLUSION

Le manque de connaissances des professionnels et l'utilisation non judicieuse et approximative des traitements en soins de plaies ont des répercussions directes sur le patient et la population, et représentent un fardeau considérable pour notre système de santé.

Avec l'avancement des biotechnologies, le vieillissement de la population et le nouveau rôle de l'infirmière comme professionnelle prescripteur en soins de plaies, il devient incontournable de structurer et de standardiser la prise en charge des patients ayant des plaies.

La présente étude est un projet pilote qui vise à intégrer des outils de communication et d'évaluation montrés efficaces auprès d'un petit échantillon d'infirmières en contexte de formation continue. Des bénéfices directs sont associés à l'optimisation des compétences clinique et communicationnelle. Ainsi, nous avons montré que l'utilisation de principes de communication et d'analyse à des moments répétés favorise le maintien de la compétence acquise en simulation, bonifie la structure de la communication et optimise l'intégration et l'application de pratiques exemplaires en soins de plaies. Nous avons également développé une méthodologie d'intervention éducative et d'évaluation qui pourrait être utilisée dans les études ultérieures. Certes, le SBAR est un bon véhicule à la communication, mais l'acteur qui l'utilise ne doit pas le substituer au jugement clinique. En somme, exposer les infirmières au principe d'évaluation (TIME) et au schéma de communication (SBAR) assure une meilleure prise en charge des patients porteurs de plaies en contexte de vignettes cliniques.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (2013). Plan stratégique de prévention des maladies chroniques 2013-2016. Document consulté en septembre 2014 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/strategy_plan-plan_strategique-fra.php
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Jama*, *290*(12), 1617-1623.
- Alinier, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher*, *29*, e243-e250.
- Anderson, I. (2009). What is a venous leg ulcer. *Wound Essentials* (4), 36-44.
- Andriessen, A., Apelqvist, J., Mosti, G., Partsch, H., Gonska, C., & Abel, M. (2017). Compression therapy for venous leg ulcers: Risk factors for adverse events and complications, contraindications. A review of present guidelines. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *31*, 1562-1568.
- Ascano-Martin, F. (2008). Shift report and SBAR: strategies for clinical postconference. *Nurse educator*, *33*(5), 190-191.
- Assemblée nationale (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Montréal. 20 pages. Document consulté en janvier 2014 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>
- Assemblée nationale (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Montréal. 96 pages. Document consulté en janvier 2016 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- Audet, L. A., Bourgault, P., & Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International journal of nursing studies*, *80*, 128-146.
- Bambini, D., Washburn, J., & Perkins, R. (2009). Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence, clinical judgment. *Nursing Education Perspectives*, *30*(2), 79-82.
- Bartges, M. (2012). Pairing students in clinical assignments to develop collaboration and communication skills. *Nurse educator*, *37*(1), 17-22.

- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), 19-28.
- Benner, P. (1984) *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Californie: Menlo Park, Addison-Wesley publishing company. 307 pages.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment, and ethics*. Second edition. New York: Springer publishing company. 491 pages.
- Beyer, B.K. (1995). *Critical thinking. Fastback 385*. Bloomington. Phi Delta Kappa Educational Foundation. 35 pages.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T., & Spetz, J. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 89-94.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., & Andreoli, A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of interprofessional care*, 24(1), 111-114.
- Boyle, D. K., & Kochinda, C. (2004). Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *Journal of Nursing Administration*, 34(2), 60-70.
- Blum, C. A., Borglund, S., & Parcels, D. (2010). High-fidelity nursing simulation: Impact on student self-confidence and clinical competence. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1).
- Bongiovanni, C. M., Hughes, M. D., & Bomengen, R. W. (2006). Accelerated wound healing: multidisciplinary advances in the care of venous leg ulcers. *Angiology*, 57(2), 139-144.
- Bouchard, H., Morin, J. (2009). Cadre de référence relatif aux soins de plaies chroniques. Document d'encadrement clinique. Sherbrooke. Document consulté en septembre 2014 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://www.chus.qc.ca/fileadmin/doc_chus/Volet_academique_RUIS/Telesante/Cadre_de_referece_document_encadrement.pdf
- Bryant, R.A., & Nix, D. (2015). *Acute and Chronic Wounds, Nursing Management*, 5^e éd., St-Louis MO: Mosby, Elsevier. 648 pages.
- Burrows, C., Miller, R., Townsend, D., Bellefontaine, R., MacKean, G., Orsted, H. L., & Keast, D. H. (2006). Best practice recommendations for the prevention and treatment of venous leg ulcers: update 2006. *Advances in skin & wound care*, 20(11), 611-621.

- Butters, T. (2011) Interdisciplinary chronic-wound care services involving podiatry – a strengthened model of care? *Wound practice and research*, 19(4).
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museux, A. C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Chaharsoughi, N. T., Ahrari, S., & Alikhah, S. (2014). Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role-play and lecturing on communication skill of nurses. *Journal of caring sciences*, 3(2), 141.
- Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), 422-428.
- Cowman, S., Gethin, G., Clarke, E., Moore, Z., Craig, G., Jordan-O'Brien, J., McLain, N. & Strapp, H. (2012). An international eDelphi study identifying the research and education priorities in wound management and tissue repair. *Journal of clinical nursing*, 21(3,4), 344-353.
- Coyer, F. M., Edwards, H. E., & Finlayson, K. J. (2005). National Institute for Clinical Studies Report for Phase 1, Evidence Uptake Network: Best Practice Community Care for Clients with Chronic Venous Leg Ulcers. Australia. 1-10.
- CPIS. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). Référentiel National de compétences en matière d'interprofessionnalisme. College of Health Disciplines. Université de la Colombie-Britannique. 1-37.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre-and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196.
- Dillard, N., Sideras, S., Ryan, M., Carlton, K., Lasater, K., & Siktberg, L. (2009). A collaborative project to apply and evaluate the clinical judgment model through simulation. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 99-104.
- Dillman, D. A. (1978). *Mail and telephone surveys: The total design method*. New York: Wiley. (Vol. 19).
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K., & Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. 3. 1-18.
- Doucette, J. N. (2006). View from the cockpit: what the airline industry can teach us about patient safety. *Nursing2013*, 36(11), 50-53.

- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition* (No. ORC-80-2). California: Univ Berkeley Operations Research Center.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbette, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), p.244-255.
- Durand, S., Harvey, B., D'Anjou, H. (2016). Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières et infirmiers. OIIQ, 3^{ème} édition. 1-110. Document consulté en avril 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>
- Edwards, H., Finlayson, K., Courtney, M., Graves, N., Gibb, M., & Parker, C. (2013). Health service pathways for patients with chronic leg ulcers: identifying effective pathways for facilitation of evidence based wound care. *BMC health services research*, 13(1), 1-10.
- Facione, P. (1990). *Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. The Delphi report: Research findings and recommendations*. Washington, DC: AmericanPhilosophical Association. (ERIC Document Reproduction Service No. ED315423).
- Falanga, V. (2004). The chronic wound: impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 32(1), 88-94.
- Fay-Hillier, T. M., Regan, R. V., & Gallagher Gordon, M. (2012). Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education. *Issues in mental health nursing*, 33(11), 718-726.
- Fife, C. E., Carter, M. J., & Walker, D. (2010). Why is it so hard to do the right thing in wound care? *Wound repair and regeneration*, 18(2), 154-158.
- Flanagan, M. (2003). Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy/Wound Management*, 49(10), 28-40.
- Gartlan, J., Smith, A., Clennett, S., Walshe, D., Tomlinson-Smith, A., Boas, L., & Robinson, A. (2010). An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2207-2214.
- Geard, D. (2008). Collaboration the key to successful wound healing. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 16(4), 172.
- Gerard, F.-M. (2003). L'évaluation de l'efficacité d'une formation, *Gestion 2000*, 20(3), 13-33.

- Greenfield, L. J. (1999). Doctors and nurses: a troubled partnership. *Annals of surgery*, 230(3), 279.
- Guhde, J. A. (2014). An evaluation tool to measure interdisciplinary critical incident verbal reports. *Nursing education perspectives*, 35(3), 180-184.
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
- Hamilton, P., Gemeinhardt, G., Mancuso, P., Sahlin, C. L., & Ivy, L. (2006). SBAR and Nurse-Physician Communication: Pilot Testing an Educational Intervention. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 295-299.
- Harris, C., Bates-Jensen, B., & Parslow, N. (2009). Development of a pictorial guide for training nurses. *Wound Care Canada*, 7(2), 34.
- Hellingman, A. A., & Smeets, H. J. (2008). Efficacy and efficiency of a streamlined multidisciplinary foot ulcer service. *Journal of wound care*, 17(12), 541-544.
- Hurd, T., & Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *International Wound Journal*, 6(4), 287-293.
- ICIS. Institut canadien d'information sur la santé (2013). Les plaies difficiles au Canada. 1-27. Document consulté en mai 2014 et avril 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_Compromised_Wounds_FR.pdf
- Jackson, A., & Halstead, J. (2016). National League for Nursing Commission for Nursing Education Accreditation. *Nurse educator*, 41(6), 303.
- Joint Commission International. (2011) Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 4th Edition. Illinois USA: Joint Commission International.
- Jones, A. (2006). Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 19-28.
- Kaddoura, M. A. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of continuing education in nursing*, 41(11), 506-516.
- Kaminski, J. (2010). Theory applied to informatics – Novice to expert. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 5(4). Téléaccessible à l'adresse suivante : <http://cjni.net/journal/?p=967>
- Kardong-Edgren, S. E., Starkweather, A. R., & Ward, L. D. (2008). The integration of simulation into a clinical foundations of nursing course: student and faculty perspectives. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-16.

- Kenaszchuk, C., MacMillan, K., van Soeren, M., & Reeves, S. (2011). Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC medicine*, 9(1), 1.
- Kesten, K. S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *Journal of Nursing Education*, 50(2), 79-87.
- Kilpatrick, K. (2013). Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 168-179.
- Kitney, P., Tam, R., Bernett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wei, W. (2017). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: a quality improvement study. *ORNAC Journal*, 35(1), 13-26.
- Kirkman, T. R. (2013). High fidelity simulation effectiveness in nursing students' transfer of learning. *International journal of nursing education scholarship*, 10(1), 171-176.
- Lancaster, R. J., Westphal, J., & Jambunathan, J. (2015). Using SBAR to promote clinical judgment in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 54(3), S31-S34.
- Larousse (2017). Terme : jugement. Page web consulté en mai 2014 et 2017. Site téléaccessible à l'adresse suivante: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jugement/45112?q=jugement#45062>
- Lavoie, P., Pepin, J., & Boyer, L. (2012). Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: a pilot test. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 24(4), 36-41.
- Leaper, D.J., Schultz, G., Carville, K., Fletcher, J., Swanson, T., & Drake, R. (2012). Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *International wound journal*, 9(s2), 1-19.
- Leaper, D.J., Schultz, G., Carville, K., Fletcher, J., Swanson, T., & Drake, R. (2012). Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *International wound journal*, 9(s2), 1-19. Traduction française.
- Leber, P. D., & Davis, C. S. (1998). Threats to the validity of clinical trials employing enrichment strategies for sample selection. *Controlled clinical trials*, 19(2), 178-187.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and safety in healthcare*, 13(1), i85-i90.
- Leprohon, J., Lessard, L.M., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 48 pages.

- Lewis, D. Y., & Ciak, A. D. (2011). The impact of a simulation lab experience for nursing students. *Nursing education perspectives*, 32(4), 256-258.
- Liao, X.H., & Cheater, F. (2000). The management of patients with venous leg ulcers. *London: Audit Protocol*, 14. 30 pages.
- Llan, R., LeBaron, C. D., Christianson, M. K., Heyland, D. K., Day, A., & Cohen, M. D. (2012). Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *BMC health services research*, 12(1), 1-11.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. 2^e éd., Saint-Laurent, Québec : ERPI – Le Renouveau pédagogique Éditions. 600 pages.
- Ludikhuizen, J., de Jonge, E., & Goossens, A. (2011). Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation*, 82(11), 1428-1433.
- Luettel, B., Beaumont, K., & Healey, F. (2007). Recognizing and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalized patients. *NHS National Patient Safety Agency, Int J Nurs Stud*, 50(50), 292-300.
- Mannix, T., Parry, Y., & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a pediatric ward: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*. 25(3), 215-222.
- Marleau, D. (2016). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016. *Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ)*, Montréal, QC, Canada, 1-60.
- Marshall, S. D., Harrison, J. C., & Flanagan, B. (2012). Telephone referral education, and evidence of retention and transfer after six months. *BMC medical education*, 12(1), 1-8.
- Martin, H. A., & Ciurzynski, S. M. (2015). Situation, background, assessment, and recommendation—Guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6), 484-488.
- McCrary, M. C., Aboumatar, H., Custer, J. W., Yang, C. P., and Hunt, E. (2012). « ABC-SBAR » training improves simulated critical patient handoff by pediatric interne. *Pediatric emergency care*, 28(6), 538-543.
- Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of nursing management*, 17(2), 247-255.
- Moffatt, C.J. (2003). Understanding compression therapy. *European Wound Management Association (EWMA) Position Document*. 19 pages.

- Mooney, M. (2007). Newly qualified Irish nurses' interpretation of their preparation and experiences of registration. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1610-1617.
- Ndip, A., & Jude, E. B. (2009). Emerging evidence for neuroischemic diabetic foot ulcers: model of care and how to adapt practice. *The international journal of lower extremity wounds*, 8(2), 82-94.
- Niedringhaus, L. K. (2001). Using student writing assignments to assess critical thinking skills: A holistic approach. *Holistic Nursing Practice*, 15(3), 9-17.
- Norris, R., Staines, K., & Vogwill, V. (2012). Reducing the cost of lower limb wound management through industry partnership and staff education. *journal of wound care*, 21(5).
- Norton, L., Parslow, N., Johnston, D., Ho, C., Afalavi, A., Mark, M., O'Sullivan-Drombolis, D., & Moffat, S. (2017). Prevention and Management of Pressure Injuries. *Guidelines Wounds Canada*. 63 pages. Document consulté en avril 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante: <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/172-bpr-prevention-and-management-of-pressure-injuries-2/file>
- Novak, K., & Fairchild, R. (2012). Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. *Journal of Pediatric nursing*, 27(6), 760-762.
- OEQ/OIIQ/OPPQ. Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (2014). Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes : cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie. Montréal, 22 pages. Document consulté en septembre 2014 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://www.oiiq.org/sites/default/files/8403_ActionConcerteePlaiesChroniques.pdf
- OIIQ (2012). Rehaussement de la formation pour les infirmières de la relève : Une nécessité reconnue dans tous les milieux et par les infirmières et infirmiers. Montréal. 3 pages Document consulté en mai 2014 et 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/communique_releve_20120517.pdf
- OMS (2014). Les principales causes de mortalité dans le monde. Document consulté en septembre 2014 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/>
- Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J.L., O'Sullivan-Drombolis, D., Jin, S., Haley, J., & Evans, R. (2017). Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Wounds. *Wounds Canada*. 74 pages. Document consulté en avril 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante:

<https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/165-wc-bpr-prevention-and-management-of-wounds/file>

- Phaneuf, M. (2013). Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance. Document consulté en mai 2014 et avril 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_dimportance.pdf
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ open*, 4(1), e004268.
- Raymond, M., & Harrison, M. C. (2014). The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. *SAMJ: South African Medical Journal*, 104(12), 850-852.
- Regmi, S., & Regmi, K. (2012). Best practice in management of venous leg ulcers. *Nursing Standard*, 26(32), 56-66.
- Reinhardt, A. C., & Keller, T. (2009). Implementing interdisciplinary practice change in an international healthcare organization. *International journal of nursing practice*, 15(4), 318-325.
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 196-204.
- Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. In *Nursing forum*, 45(3), 206-216.
- Rodgers, K. L. (2007). Using the SBAR communication technique to improve nurse-physician phone communication: a pilot study. *AAACN Viewpoint*, 29(2), 7-10.
- Ross, H., & Clifford, K. (2002). Research as a catalyst for change: the transition from student to registered nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 545-553.
- Rutherford-Hemming, T., & Jennrich, J. A. (2013). Using Standardized Patients to Strengthen Nurse Practitioner Competency in the Clinical Setting. *Nursing education perspectives*, 34(2), 118-121.
- Schultz, G.S., Sibbald, R.G., Falanga V, Ayello, E.A., Dowsett, C., Harding, K., Romanelli, M., Stacey, M.C., Teot, L., & Vanscheidt, W. (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration*, 11(s1), S1-28.

- Secomb, J., McKenna, L., & Smith, C. (2012). The effectiveness of simulation activities on the cognitive abilities of undergraduate third-year nursing students: a randomized control trial. *Journal of clinical nursing*, 21(23-24), 3475-3484.
- Shannon, S. E., Long Sutehall, T., & Coombs, M. (2011). Conversations in end of life care: communication tools for critical care practitioners. *Nursing in critical care*, 16(3), 124-130.
- Sibbald, R. G., & Orsted, H. (2004). The International Interdisciplinary Wound Care Course at the University of Toronto: a 4-year evolution. *International wound journal*, 1(1), 34-37.
- Stirling, K., Smith, G., & Hogg, G. (2012). The benefits of a ward simulation exercise as a learning experience. *British Journal of Nursing*, 21(2), 116-122.
- St-Cyr, D. (2013). Traitement des ulcères veineux : La thérapie par compression. *Perspectives infirmières*, 10(2), 50-54.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6).
- Telem, D. A., Buch, K. E., Ellis, S., Coakley, B., & Divino, C. M. (2011). Integration of a formalized handoff system into the surgical curriculum: resident perspectives and early results. *Archives of Surgery*, 146(1), 89-93.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., & Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 31(3), 956-959.
- Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., & Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of patient safety*, 5(3), 145-152.
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce readmissions and improve some patient outcomes. *Western journal of nursing research*, 36(7), 917-928.
- Turner, P. (2005) Critical Thinking in Nursing Education and Practice as Defined in the Literature. *Nursing Education Perspectives*, 26(5), 272-277.
- Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M., & Thetford, C. (2012). Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing healthcare environment. *Healthcare management review*, 37(1), 88-97.
- Vézina, J., & Saint Pierre, C. (2006). Le soin des plaies : Principes de base. Cahier 7. *Université du Québec en Outaouais*. Document consulté en avril 2016 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier7_soinplaies.pdf

- Vézina, J., Saint Pierre, C., & Lepage, M. (2014). Le soin des plaies : Les outils d'évaluation, Cahier 31. *Université du Québec en Outaouais*. Document consulté en avril 2016 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier_31_Les_soins_de_plaies.pdf
- Vowden, K., Vowden, P., & Posnett, J. (2009). The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *Journal of wound care*, 18(3), 93-102.
- Vu, T., Harris, A., Duncan, G., & Sussman, G. (2007). Cost effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Family practice*, 24(4), 372-379.
- Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A., & Greene, B. (2015). Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse education today*, 35(7), 881-887.
- Weller, C., & Evans, S. (2012). Venous leg ulcer management in general practice: Practice nurses and evidence based guidelines. *Australian family physician*, 41(5), 331-337.
- Werber, B. (2000). *L'encyclopédie du savoir relatif et absolu*. Albin Michel, Paris, 263 pages.
- Whittingham, K. A., & Oldroyd, L. E. (2014). Using an SBAR—Keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree program. *Nurse education today*, 34(6), e47-e52.
- Wotton, K., Davis, J., Button, D., & Kelton, M. (2010). Third-year undergraduate nursing students' perceptions of high-fidelity simulation. *The Journal of nursing education*, 49(11), 632-639.
- Wound Care Alliance Canada (2012). Consultations prébudget du comité des finances. Document consulté en avril 2014 et mai 2017 et téléaccessible à l'adresse suivante : http://www.ourcommons.ca/Content/Committee/411/FINA/WebDoc/WD5709773/411_FIN A_PBC2012_Briefs/WoundCareAllianceCanadaE.pdf
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC health services research*, 13(1), 494-512.

ANNEXE A
Les vignettes cliniques

Annexe 1 : présentation de la vignette clinique #1

Nom de la patiente : Evelyne Bouillon

Âge : 67 ans

Lieu : Clinique de soins courants

ATCD : Eczéma. Thrombose saphène.

Allergie : Aucune

Contexte

Mme Bouillon a été hospitalisée il y a cinq (5) semaines, soit le 10 septembre 2014, pour un ulcère veineux infecté à la cheville droite secondaire à une lésion de grattage. Elle a été hospitalisée sous la responsabilité de Dr Durant, généraliste. Une consultation en microbiologie a été demandée pour assurer le suivi de la patiente et a été assumée par Dr Bedard. Durant son hospitalisation, Mme Bouillon a reçu Piperacillin-Tazobactam 3,375g aux 6 heures (antibiotique) intra-veineux (IV) pour son ulcère veineux infecté au *Staph. aureus sensible (SASM)*. Elle a eu son congé de l'hôpital une semaine plus tard, soit le 17 septembre 2014, avec une prescription de Clindamycin 450 mg (antibiotique) *per os* (PO) à prendre pendant cinq (5) jours et un suivi en externe à la clinique de plaies complexes dans cinq (5) semaines. Dr Bedard assurera ce suivi. Une fiche de liaison a été complétée par l'infirmière de l'étage et a été envoyée à la clinique de soins courants du CLSC pour la réfection des pansements prévue tous les jours.

La patiente a terminé ses antibiotiques il y a maintenant trois (3) semaines. Selon la fiche de suivi de l'étage, l'infection est résolue (culture négative au congé), mais la plaie ne montre aucun signe d'amélioration aujourd'hui. Vous recevez Mme Bouillon à la clinique de soins courants pour la réfection du pansement sur sa plaie, qui dure depuis maintenant deux (2) mois (août 2014). La date du rendez-vous avec Dr Bedard est seulement prévue dans deux (2) semaines.

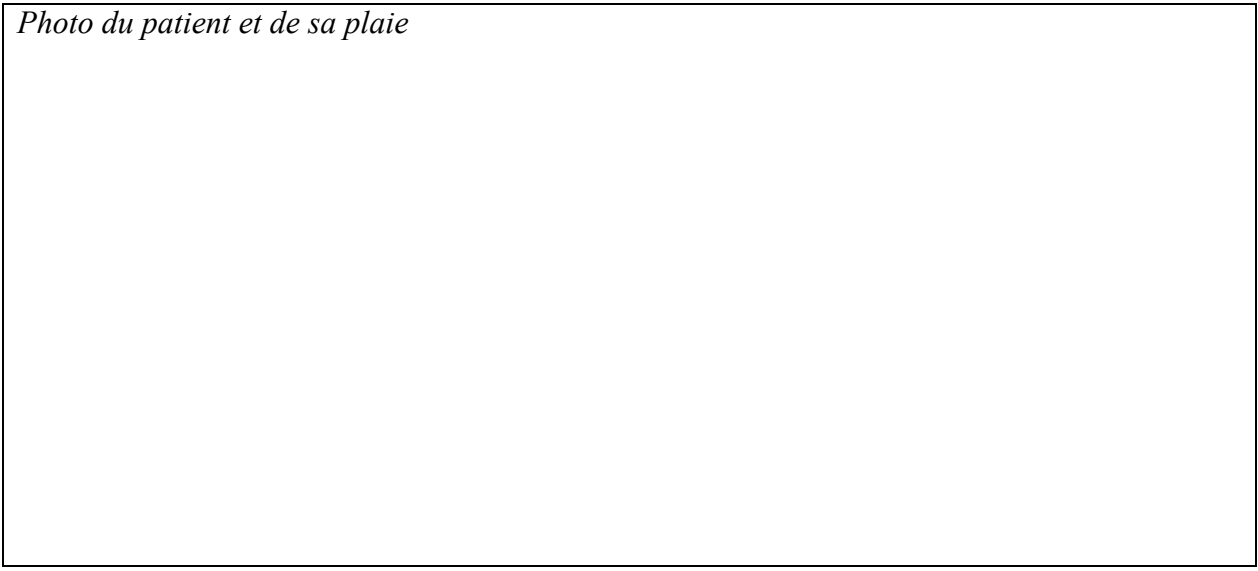
État clinique de la patiente

La patiente a travaillé comme caissière chez Desjardins pendant 20 ans et est maintenant retraitée. Elle n'a jamais porté de bas élastiques. Mme Bouillon a une insuffisance veineuse et des varices au niveau des deux jambes. Elle est connue pour des problèmes d'eczéma et a été opérée il y a huit (8) ans pour thrombose de la veine saphène ; elle a alors subi une embolectomie. Elle ne présente aucune autre pathologie concomitante. Elle ne fume pas. Sa mère était atteinte d'insuffisance veineuse et son père de la maladie d'Alzheimer. Elle n'a jamais eu d'injection sclérosante ni fait de vasculite. Elle a trois enfants, n'a eu aucune fracture dans le passé, présente une hygiène nutritionnelle adéquate (indice de masse corporelle 24), mais est sédentaire depuis 2 mois parce que sa plaie est douloureuse. Elle applique de la crème Betaderm (corticostéroïde topique) sur l'eczéma présent au niveau des deux jambes particulièrement au pourtour de la plaie, ce qui peut possiblement retarder le processus de cicatrisation. Mme Bouillon ne présente aucun risque de maladie artérielle. Ses prises de sang ne montrent aucune anomalie.

Évaluation/observation

L'ulcère veineux est situé au niveau de la malléole externe de la cheville droite. Elle présente un œdème important aux deux jambes. La circonférence de sa cheville droite est de 34 cm et sa cheville gauche mesure 33 cm. Son mollet droit mesure 38 cm et son mollet gauche 37 cm. Mme Bouillon présente une douleur importante à 8/10 à la plaie et au pourtour, particulièrement lors des débridements. Ceci rendait la manœuvre impossible durant son hospitalisation. À l'évaluation, les pouls tibial postérieur et pédieux sont palpables bilatéralement, le test de remplissage capillaire est de deux (2) secondes, l'indice de pression systolique cheville-bras (IPSCB) est de 0.95 à droite et idem à gauche. Le test de coloration des membres inférieurs est plus grand que 60 secondes (ce qui n'indique aucune maladie occlusive).

Photo du patient et de sa plaie



La plaie mesure $7.7 \times 4.8 \text{ cm}$ avec une petite lésion punctiforme attachée de $1.5 \times 1.5 \text{ cm}$. Des tissus dévitalisés jaunâtres sont présents à 50 % au lit de la plaie. La peau est chaude au toucher. La patiente se plaint de démangeaisons et de desquamation au pourtour érythémateux de la plaie. La zone érythémateuse mesure 3 cm au pourtour de la plaie et blanchit au toucher. Les bords de la plaie sont attachés. L'exsudat est abondant, purulent et nauséabond après le nettoyage. La culture de la plaie était négative au congé de l'hôpital, mais on n'observe aucune amélioration de la plaie et des signes d'infection sont notés. Le traitement présentement en cours est prescrit depuis le congé et consiste à appliquer du tulle gras (pansement non adhérent imprégné), des compresses de coton, une pellicule adhésive puis une compression veineuse Tubigrip 10 mmHg. Au moment de refaire le pansement, les compresses sont complètement imbibées. La réfection du pansement est prévue une fois chaque jour et est assurée par l'infirmière du CLSC depuis le congé de l'hôpital de la patiente.

CONSIGNES

À partir des recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe ainsi que le principe TIME, établir un plan de traitement.

I- Évaluer

Procéder à l'évaluation de la plaie selon le principe TIME

- Prendre en compte les informations pertinentes obtenues dans la mise en contexte, l'état clinique du patient et la partie Évaluation/observation

II- Transmettre les données de votre évaluation au médecin responsable du suivi en vue de développer un plan de traitement

- Prendre en considération les données recueillies dans la mise en contexte, l'état clinique du patient et la partie Évaluation/observation.
- Tenir compte des recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe

Annexe 2 : présentation de la vignette clinique #2

Nom du patient : Serge Laviolette

Âge : 68 ans

Lieu : Étage de médecine

ATCD : Diabète type II (Db 2), infarctus du myocarde (IM) en 2005, insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à 15 %, dyslipidémie (DLPD), hypertension artérielle (HTA), maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), insuffisance rénale chronique (IRC), connu de la clinique de pré-dialyse

Allergie : pénicilline

Contexte

M. Laviolette est hospitalisé à l'étage de médecine sous la responsabilité de Dr Girard, interniste, pour une insuffisance rénale aiguë (IRA) secondaire à une infection urinaire. Avant son transfert à l'étage, l'infirmière de l'urgence avait noté une phlyctène sur le dessus de chaque pied. Durant son transfert de l'urgence à l'étage, la phlyctène au pied droit s'est perforée spontanément. À son arrivée à l'étage, une infirmière auxiliaire a recouvert la phlyctène perforée d'un pansement sec et d'un kling. L'infirmière responsable de M. Laviolette, à l'étage, vous téléphone pour une demande de consultation en soins de plaies pour la gestion de la phlyctène au pied gauche et celle perforée au pied droit.

État clinique du patient

Le patient présente plusieurs facteurs précipitants compatibles avec un ulcère des membres inférieurs : Db 2, insuffisance cardiaque avec FEVG 15 %, DLPD, HTA, IRC. Il a un indice de masse corporelle (IMC) à 26. En raison de ses multimorbidités, le patient présente une difficulté importante à se mobiliser. Sa femme a également noté quelques pertes de mémoire dans la dernière année. Son père est décédé d'un infarctus du myocarde et sa mère souffrait d'ostéoporose. Le patient ne présente aucun antécédent (ATCD) de thrombophlébite, de fracture, d'injection sclérosante ou de chirurgie vasculaire. Il a fumé pendant 35 ans, mais a arrêté il y a 13 ans. Selon sa femme, le patient n'a jamais fait de plaies au niveau des jambes, mais elle a remarqué une coloration plus violacée au niveau de ses jambes. Cette coloration évolue depuis environ un an. Les prises de sang de M. Laviolette montrent une créatininémie à 180 µmol/L, une urémie à 14 mmol/L et une albuminémie à 37g/L.

Évaluation/observation

M. Laviolette présente une phlyctène non perforée au pied gauche et une phlyctène perforée au pied droit recouvert d'un pansement sec et d'un kling. Il a un œdème à godet important aux deux jambes. Ses pieds sont froids au toucher. Le remplissage capillaire est de 3 secondes et une coloration violacée est notée s'étendant des genoux aux orteils. Le patient présente une claudication intermittente et des crampes nocturnes soulagées lorsqu'il positionne ses jambes vers le bas. Il se

plaint aussi de démangeaisons au niveau des deux jambes. À l'évaluation, la circonférence de sa cheville droite est de 32 cm, celle de sa cheville gauche est de 31 cm et les deux mollets mesurent 38 cm. Au doppler, les pouls tibial postérieur et pédieux sont absents et l'indice de pression systolique cheville-bras (IPSCB) est de 1.1. Une pléthysmographie a été effectuée. On obtient une valeur de 0.25 au pied droit et de 0.30 au pied gauche. Un test de coloration des membres inférieurs démontre une pâleur en 15 secondes (maladie occlusive sévère).

Photo du patient et de sa plaie

La phlyctène au pied gauche mesure 2 cm (20 mm) de diamètre et la plaie au pied droit mesure 2,5 cm x 1,8 cm. Aucune profondeur n'est observée au niveau de la plaie du pied droit. Les bords de la plaie du pied droit sont attachés. L'exsudat est séreux en quantité modérée sans odeur particulière après le nettoyage. L'épiderme est visible au lit de la plaie du pied droit. On n'observe aucun signe d'infection ou de colonisation critique. La peau au pourtour des deux plaies est violacée et ne blanchit pas au toucher.

CONSIGNES

À partir des recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe ainsi que le principe TIME, établir un plan de traitement.

I- Évaluer

Procéder à l'évaluation de la plaie selon le principe TIME

- Prendre en compte les informations pertinentes obtenues dans la mise en contexte, l'état clinique du patient et la partie Évaluation/observation

II- Transmettre les données de votre évaluation au médecin responsable du suivi en vue de développer un plan de traitement

- Prendre en considération les données recueillies dans la mise en contexte, l'état clinique du patient et la partie Évaluation/observation.

Tenir compte des recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe

Annexe 3 : présentation de la vignette clinique #3

Nom du patient : René Champagne

Âge : 53 ans

Lieu : Clinique de plaie complexe (CPC)

ATCD : Diabète type II (Db 2), obésité et sédentarité. Connu de la clinique de plaie complexe

Allergie : aucune

Contexte

M. Champagne est connu de la clinique de plaie complexe depuis maintenant trois (3) ans où il avait d'abord été référé par son Médecin de famille, Dr Jodoin, pour des ulcères mixtes aux deux jambes. Durant cette période, la clinique de soins courants était responsable de la réfection des pansements. En raison d'un retard de cicatrisation, il y a 3 ans, une consultation en infectiologie avait alors été demandée par Dr Jodoin pour assurer le suivi du patient. Dr Carrier, infectiologue, assure donc le suivi auprès de M. Champagne depuis ce temps et le rencontre chaque année. Son dernier rendez-vous avait lieu il y a neuf (9) mois.

M. Champagne présente aujourd'hui des ulcères mixtes récidivants aux deux jambes depuis six (6) mois. Cependant, bien qu'il consulte chaque semaine à la clinique de soins courants, il n'y a aucune amélioration de l'état de ses plaies. De plus, M. Champagne se plaint de douleur plus intense localisée aux plaies de ses deux jambes. Il se présente aujourd'hui à la clinique de plaie complexe, car son rendez-vous avec Dr Carrier n'a lieu que dans neuf (9) semaines.

État clinique du patient

M. Champagne est obèse et a un indice de masse corporelle (IMC) à 35. Il est nouvellement diagnostiqué Diabète de type II, est sédentaire, présente une mauvaise hygiène nutritionnelle, mais ne fume pas. Sa mère est également obèse et souffre d'insuffisance veineuse. Son père était obèse et est décédé dans un accident de voiture. M. Champagne n'a pas d'antécédent (ATCD) de thrombophlébite, de fracture, de chirurgie veineuse ou d'injection sclérosante. Il présente quelques varices visibles aux deux jambes. Il ne souffre pas de claudication, mais a de la difficulté à se mobiliser en raison de son obésité.

Voici les résultats de ses dernières prises de sang jointes à son dossier médical :

| | | |
|-----------------------|--------------------------|--|
| HDL : | 1.8 mmol/L | (normalité > 1.0 mmol/L) |
| LDL : | 3.1 mmol/L | (normalité < 3.5 mmol/L) |
| Hémoglobine glyquée : | 8.4 % | (normalité < 6.5 %) |
| Albuminémie : | 41 g/L | (normalité 35-55 g/L) |
| Hémoglobine : | 152 g/L | (normalité 135-175 g/L chez l'homme) |
| Thrombocytes : | 210 x 10 ⁹ /L | (normalité 140-400 x 10 ⁹ /L) |

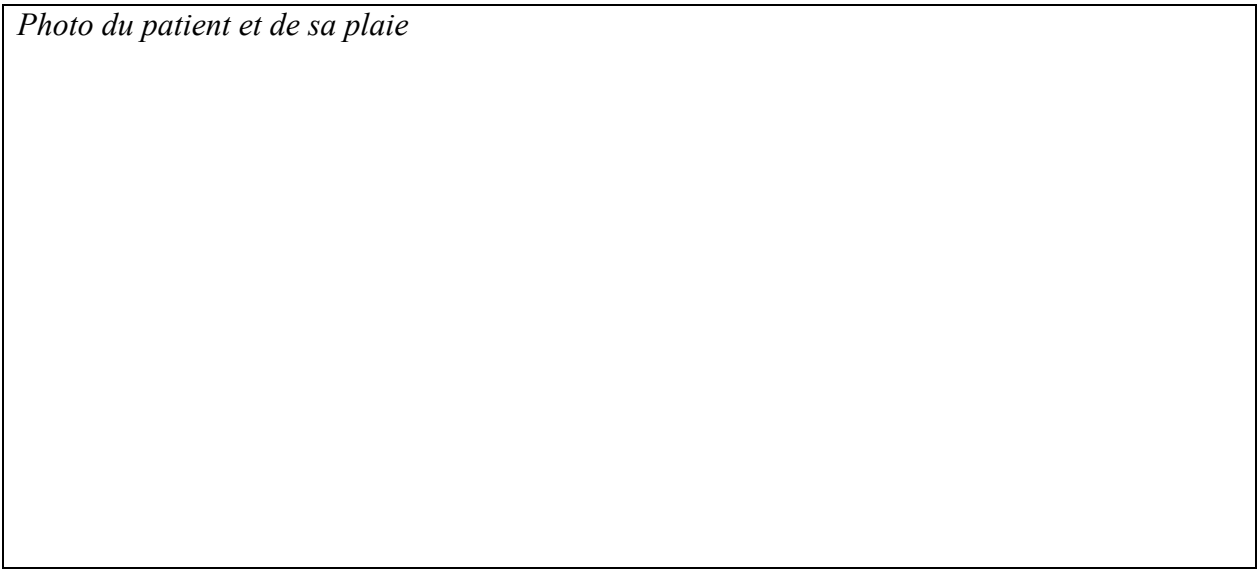
Evaluation/observation

Le patient présente un œdème important aux membres inférieurs et se plaint de démangeaisons au pourtour des plaies présentes à ses deux jambes. Il accuse également une douleur augmentée à 7/10 localisée à ses ulcérations.

Sa cheville droite mesure 45 cm, sa cheville gauche mesure 43 cm, son mollet droit mesure 75 cm et son mollet gauche mesure 72 cm. La peau au pourtour de la plaie au pied gauche montre une rougeur de 9 cm, est chaude au toucher et est irritée. La peau au pourtour des plaies au pied droit montre une rougeur de 14 cm, est également chaude au toucher et est très irritée. À l'évaluation, les pouls tibial postérieur et pédieux sont présents au doppler et le temps de remplissage capillaire est de 3 secondes. Les valeurs obtenues à la pléthysmographie sont de 0.70 à la jambe gauche et 0.75 à la jambe droite. Le test de coloration des membres inférieurs est à 55 secondes (ce qui indique une maladie occlusive légère).

Les plaies sont présentes aux deux jambes sur les régions tibiales (photo disponible à la page suivante). Les trois plaies du pied droit mesurent respectivement $3.1 \times 1.8 \times 0.4 \text{ cm}$ et $2.4 \times 1.7 \times 0.3 \text{ cm}$ et $1.5 \times 1.5 \times 0.3 \text{ cm}$. La plaie au pied gauche mesure $7.6 \times 3.2 \times 0.7 \text{ cm}$. Les bords de plaies des deux jambes sont attachés et l'exsudat est séropurulent en quantité légère à modérée. Une odeur nauséabonde est notée après le nettoyage de chaque plaie. Pour toutes les plaies observées, le lit de la plaie est asséché et le derme est au vif. Aucun signe de granulation n'est visible. Le patient présente un sérieux retard de cicatrisation et des signes d'infection.

Photo du patient et de sa plaie



CONSIGNES

À partir des recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe ainsi que le principe TIME, établir un plan de traitement.

I- Évaluer

Procéder à l'évaluation de la plaie selon le principe TIME

- Prendre en compte les informations pertinentes obtenues dans la mise en contexte, l'état clinique du patient et la partie Évaluation/observation

II- Transmettre les données de votre évaluation au médecin responsable du suivi en vue de développer un plan de traitement

- Prendre en considération les données recueillies dans la mise en contexte, l'état clinique du patient et la partie Évaluation/observation.

Tenir compte des recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe

ANNEXE B
Les résultats

Annexe 4 : Questionnaire sociodémographique

Retombées de l'utilisation d'un outil de communication dans le soin des plaies

Questionnaire sociodémographique

1. Sexe: Femme Homme

2. Âge: _____

3. Langue maternelle: _____

4. Niveau de scolarité complété: Collégial Universitaire

1er cycle

2ème cycle

5. Années d'expérience comme infirmière: _____ an(s)

6. Poste attribué (fonction) _____

7. Quart de travail attribué: Jour Soir Nuit

8. Hormis la présente formation, à quelle(s) autres présentations avez-vous assisté en soins de plaies?

- _____
- _____
- _____

9. À quel(s) module(s) avez-vous assisté dans cette formation en soins de plaies

Module 1: Cicatrisation, infection, nutrition, produits

Module 4: Ulcère des membres inférieurs

Module 2: Produits en soins de plaies

Module 5: Ulcère pied diabétique, stomie, fistule

Module 3: Débridement, ulcère de pression

Module 6: Plaies chx, oncologiques, trauma, brûlure

10. Veuillez situer votre expérience en soins de plaies (Benner, 1984)

Novice L'infirmière n'a aucune expérience dans le domaine (des soins de plaies). Elle a seulement les connaissances théoriques.

Débutante L'infirmière a suffisamment d'expérience pour réagir dans une situation, mais elle est incapable de prioriser ses interventions.

Compétence L'infirmière détient 2-3 ans d'expérience dans le domaine, maîtrise les grandes lignes, mais n'a pas la rapidité ni la fluidité d'action.

Expérimentée L'infirmière est intuitive. Elle est capable de percevoir une détérioration par anticipation sans observer les signes cliniques.

Experte L'infirmière a une grande expérience et beaucoup de connaissances. Ses interventions sont souples, elle s'adapte au contexte et est pleinement consciente de son expertise.

Annexe 5 : Atteinte du contenu attendu par les participantes par vignette clinique

Vignette 1

| Éléments | | Fait | a. Partiel b. Mauvais endroit c. Sous-optimal | Non-fait | |
|----------|--------------------------|------------------------------|---|-------------------|-----------|
| S | Se présente | I I I I I I | | | |
| | Raison de l'appel | I I | | I I I I | |
| | Niveau d'urgence | | | I I I I I I | |
| | Disponibilité | | | I I I I I I | |
| B | Info | Âge | I I I I | I I | |
| | | ATCD | I I I | I I I | |
| | | Historique d'hospitalisation | I I I I I | I | |
| | | Suivi au congé | I | I I I I I | |
| | Prob. | Ulcère veineux | I I I I | | I I |
| | | Type d'insuffisance | I I I | | I I I |
| | | État circulatoire | I | I I (b) | I I I |
| A | T | Grandeur des plaies | I I I | | I I I |
| | | Tissu au lit de la plaie | I I I I | | I I |
| | I | Signes d'infection | I I I | I I I (a) | |
| | M | Exsudat abondant | I I I I I | | I |
| | E | Peau au pourtour | I | | I I I I I |
| | | Bords de plaies | I | | I I I I I |
| R | Culture | | I I I I I I I | | |
| | Antimicrobien | | I I I I I I I | | |
| | Compression | | | I I I I I I I (c) | |
| | Recommandation spontanée | | I I I | | I I I |
| | Interprétation | | I | I I I I | I |
| Séquence | | | I I I | I I I | |


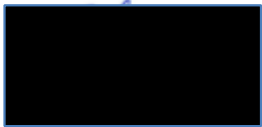
Vignette 2

| Éléments | | Fait | a. Partiel b. Mauvais endroit c. Sous-optimal | Non-fait | |
|----------|----------------------------|--------------------------|---|----------|---------|
| S | Se présente | IIIIIII | | | |
| | Raison de l'appel | IIIIIII | | | |
| | Niveau d'urgence | II | | IIII | |
| | Disponibilité | IIII | | II | |
| B | Info | Âge | IIII | II | |
| | | ATCD | IIIIIII | | |
| | | Raison d'hospitalisation | IIIIII | | I |
| | Prob. | Contexte + problème | IIIIII | | I |
| | | Signe d'occlusion | IIIIIII | | |
| A | T | Grandeur des plaies | III | | III |
| | | Tissu au lit de la plaie | I | | IIIIII |
| | I | Œdème | IIIIIII | | |
| | | Signe d'ischémie | | | IIIIIII |
| | M | Exsudat modéré | I | I (c) | IIII |
| | E | Peau au pourtour | IIIIII | | I |
| | | Bords de plaies | II | | IIII |
| R | Culture | | II | | IIII |
| | Antimicrobien | | II | | IIII |
| | Consultation en vasculaire | | IIII | | II |
| | Compression (DANGEREUX) | | IIII | | II |
| | Recommandation spontanée | | IIIIII | | I |
| | Interprétation | | II | I | III |
| | Séquence | | III | II | I |

Vignette 3

| Éléments | | Fait | a. Partiel b. Mauvais endroit c. Sous-optimal | Non-fait | |
|----------|--------------------------|-----------------------------|---|----------|-------|
| S | Se présente | IIIIII | | | |
| | Raison de l'appel | IIIIII | | | |
| | Niveau d'urgence | III | | III | |
| | Disponibilité | IIIII | | I | |
| B | Info | Âge | IIII | II | |
| | | ATCD | IIIIII | | |
| | | RDV retardé | IIIII | | I |
| | Prob. | Ulcères mixtes | IIIIII | | |
| | | Signes partiels d'occlusion | III | I (a) | II |
| A | T | Grandeur des plaies | IIII | I (a) | I |
| | | Tissu au lit de la plaie | IIIIII | | |
| | I | Signes d'infection | III | III (a) | |
| | M | Exsudat léger-moderé | III | | III |
| | E | Peau au pourtour | IIIII | | I |
| | | Bords de plaies | I | | IIIII |
| R | Hydrogel | I | | IIIII | |
| | Culture | IIIII | | I | |
| | Antimicrobien | IIIII | | I | |
| | Compression | III | II (c) | I | |
| | Recommandation spontanée | IIIIII | | | |
| | Interprétation | II | III | I | |
| | Séquence | IIIII | I | | |

Annexe 6 : Attestation de conformité

| | |
|---|--|
|  UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE | Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales |
| Attestation de conformité | |
| <p>Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :</p> | |
| <p>Retombées de l'utilisation d'un outil de communication dans le soin des plaies</p> <p>Stéfanny Bleau Étudiante, Maîtrise en sciences cliniques Faculté de médecine et des sciences de la santé</p> | |
| <p>Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la <i>Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028)</i>.</p> | |
| <p>Membres du comité</p> | |
| <p>Eric Yergeau, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle Mathieu Gagnon, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et au primaire Suzanne Guillemette, professeure à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation Sawsen Lakhali, professeure à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie Mélanie Lapalme, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation Julie Myre-Bisaillon, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'adaptation scolaire et sociale Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive Marianne Xhignesse, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille Vincent Beaucher, membre versé en éthique France Dupuis, membre de la collectivité</p> | |
| <p>Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.</p> | |
| <p>Le président du comité,</p> | |
|  | |
| <p>Eric Yergeau, 30 septembre 2014</p> | |