


**RÉVISÉ**  
 PAR LES  
**PAIRS**

# Les algorithmes décisionnels en soutien aux personnes infirmières novices à l'urgence

*Decision-making Algorithms to Support Novice Emergency Nurses*

par **Émilie Bourdeau, Elisa Mileto et Mélanie Marceau**

**Mots-clés/Keywords :** prise de décision, infirmières novices, service d'urgence, algorithmes décisionnels; *decision-making, novice nurses, emergency department, decision-making algorithms*

## RÉSUMÉ/ABSTRACT

La prise de décision infirmière à l'urgence constitue un processus complexe, particulièrement pour les personnes infirmières novices, en raison de leur expérience clinique limitée. Ce processus repose notamment sur l'évaluation de la personne soignée, l'analyse des options d'intervention et le choix de l'intervention la plus appropriée. Dans un contexte marqué par des ressources humaines et financières limitées, ainsi que par une pénurie de personnel infirmier expérimenté, le soutien offert aux personnes infirmières novices peut être réduit, ce qui accentue les défis liés à la prise de décision clinique. Cet article vise donc à mieux comprendre les enjeux associés au processus décisionnel chez les personnes infirmières novices

à l'urgence. Pour ce faire, il présente d'abord les concepts théoriques liés à la prise de décision infirmière et aux facteurs qui l'influencent, puis illustre leur mise en application dans un contexte réel à l'urgence, où des algorithmes décisionnels visant à soutenir la prise de décision clinique ont été élaborés et implantés.

*Nursing decision-making in the emergency department is a complex process, particularly for novice nurses, due to their limited clinical experience. This process relies on the assessment of the patient, the analysis of intervention options, and the selection of the most appropriate course of action. In a context marked by limited human*

*and financial resources, as well as a shortage of experienced nursing staff, the support available to novice nurses may be reduced, thereby increasing the challenges associated with clinical decision-making. This article therefore aims to better understand the issues associated with the decision-making process among novice nurses in the emergency department. To this end, it first presents the theoretical concepts related to nursing decision-making and the factors that influence it, and concludes with their application in a real emergency department setting, during which decision-making algorithms designed to support clinical decision-making were developed and implemented.*

## INTRODUCTION

La prise de décision constitue une tâche complexe pour les personnes infirmières novices (PIN), c'est-à-dire pour toutes les personnes nouvellement diplômées ou qui amorcent une pratique dans un nouveau milieu (1). Dans le contexte actuel de restriction budgétaire et de limitations de la dotation des postes de soutien clinique, les établissements de santé disposent de ressources limitées pour soutenir adéquatement les PIN dans leur processus décisionnel (2-6). Cette réalité est particulièrement préoccupante à l'urgence, notamment au Québec. En effet, les nombreuses contraintes organisationnelles inhérentes aux urgences québécoises, telles que la hausse des ratios infirmière-personnes soignées et l'augmentation des temps supplémentaires obligatoires (TSO), ont entraîné un taux élevé de roulement chez le personnel infirmier (7). Le roulement de personnel correspond au rapport entre la moyenne des départs des personnes infirmières et le nombre de personnes infirmières occupant un poste à l'urgence (8). Ce roulement de personnel contribue à la pénurie de personnes infirmières, mais, surtout, à une pénurie d'expertise clinique à l'urgence (9).

Parmi les conséquences découlant de cette pénurie d'expertise clinique, le soutien assuré par les personnes infirmières d'expérience a été grandement réduit, ce qui oblige les PIN à prendre en charge, sans soutien clinique adéquat, une clientèle à l'urgence instable ou potentiellement instable. Or, ce soutien joue un rôle central dans l'accompagnement des PIN, notamment pour répondre à leurs besoins liés à l'acquisition de connaissances et de compétences (10). La capacité à prendre des décisions constitue d'ailleurs l'une des compétences à développer chez les PIN (11). En effet, les PIN sont appelées à développer quatre compétences clés, soit : les soins infirmiers, les relations humaines et la communication, la prise de décision et la résolution de problèmes, et le développement ainsi que l'assurance de la qualité des soins (12). Considérant l'acuité des soins présente dans les urgences, il est particulièrement important que les personnes infirmières mobilisent de façon efficiente leurs compétences.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), les personnes infirmières œuvrant à l'urgence doivent maîtriser parfaitement leur rôle et valoriser pleinement leur expertise clinique (13). L'expertise clinique se définit comme étant la capacité à mobiliser de manière intégrée des connaissances théoriques et pratiques pour analyser et agir efficacement dans des situations (14). Cette expertise clinique se développe d'ailleurs progressivement, à travers l'expérience pratique, en mettant en application et en affinant continuellement ses connaissances dans des contextes réels de soins (14,15). L'importance de maîtriser cette expertise clinique est cruciale, puisque le fonctionnement optimal de l'urgence repose sur plusieurs facteurs, dont la capacité des professionnels à prendre des décisions cliniques appropriées (16). À l'urgence, la personne infirmière est généralement le premier professionnel de la santé à entrer en contact avec les personnes soignées. Il est donc essentiel qu'elle puisse exercer pleinement et avec compétence les activités relevant de son champ d'exercice. À cet égard, ce sont plus fréquemment leurs trois premières activités réservées, qui seront mobilisées : « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique », « exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier », et « initier des mesures diagnostiques

et thérapeutiques selon une ordonnance » (17). Or, la diminution du soutien clinique limite les occasions d'apprentissage et les occasions d'obtenir de la rétroaction. Pourtant, ces occasions sont nécessaires au développement de la capacité de prise de décision. Le manque d'accompagnement auprès des PIN en matière de prise de décision représente donc un enjeu préoccupant justifiant une réflexion sur des stratégies à mettre en place pour mieux les soutenir.

Avec l'objectif de soutenir les PIN dans leur prise de décision, un stage en pratique infirmière avancée (PIA) a permis de développer et d'implanter une solution prometteuse dans une urgence : des algorithmes décisionnels. Afin de mieux comprendre le choix derrière cette solution, nous présenterons les concepts théoriques liés à la prise de décision infirmière et les facteurs qui l'influencent. Nous décrirons ensuite l'application dans un contexte réel d'urgence, à travers l'élaboration d'algorithmes décisionnels destinés à soutenir la prise de décision clinique.

## LA PRISE DE DÉCISION INFIRMIÈRE

La prise de décision constitue une composante essentielle de la pratique infirmière. Ces décisions en lien avec la prise en charge des personnes soignées influencent directement la qualité et la sécurité des soins prodigués (2,6,12,13,15). Une mauvaise prise de décision infirmière peut mener à une utilisation sous-optimale des ressources, à des retards dans les traitements, à une augmentation de l'insatisfaction ainsi qu'à des conséquences défavorables pour les personnes soignées (11). À l'inverse, une bonne prise de décision favorise la prestation de soins sécuritaires et efficaces et contribue à réduire le risque de complications, de morbidité et de mortalité, particulièrement à l'urgence (18).

La compréhension du terme « prise de décision » est essentielle. La prise de décision infirmière correspond à un processus complexe comprenant une succession de décisions cliniques qui reposent sur la collecte de données subjectives et objectives relatives à l'état de la personne soignée (19). Une fois recueillies, ces données sont ensuite analysées de manière rigoureuse, afin de mettre en œuvre des interventions ciblées visant à l'atteinte des résultats souhaités (19). La prise de décision est influencée par de nombreux facteurs, tels que l'environnement de travail et l'expérience (19). Parmi tous les facteurs influençant la prise de décision, l'expérience a un grand impact et contribue fortement à ce processus complexe (2,20). Le développement de processus décisionnels cliniques efficaces s'effectue de façon interdépendante avec le développement de l'expérience (21). Cependant, les PIN disposent d'une expérience limitée, ce qui ne leur permet pas encore de mobiliser efficacement leurs connaissances et leurs compétences pour prendre des décisions adéquates dans des situations nouvelles (22). Conséquemment, les PIN rencontrent un plus grand défi que leurs consœurs expérimentées à l'urgence, en matière de prise de décision. L'environnement de travail, quant à lui, est aussi un facteur qui influence la prise de décision (20,23,24). À l'urgence, le rythme soutenu et rapide de l'environnement de travail, combiné à la gravité et à la complexité des situations cliniques, exacerbe les difficultés rencontrées par le personnel infirmier dans la prise de décision (20, 25). De plus, la prise en charge clinique des personnes soignées à l'urgence requiert des connaissances vastes et adaptées à tous les groupes d'âge ainsi qu'à leurs particularités biologiques (p. ex. facteurs de risques reliés au sexe) et physiologiques (p. ex. valeur de fièvre gériatrique) (26-28).

## LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

Le modèle de prise de décision clinique de O'Neil et collaborateurs illustre la nature multidimensionnelle de ce processus et décrit six étapes distinctes : 1) les données préalables, 2) les connaissances professionnelles, 3) l'anticipation et le contrôle des risques, 4) les soins standardisés, 5) la modification des situations et des personnes soignées et 6) les déclencheurs de la génération d'hypothèses (4). Ces étapes sont résumées dans le Tableau 1 avec leurs descriptions et un exemple concret pour chacune de celles-ci.

## Les caractéristiques du raisonnement clinique de la personne novice

La prise de décision clinique repose fortement sur le raisonnement que la personne infirmière applique face à une situation donnée. Comprendre comment ce raisonnement se manifeste chez les PIN permet de mieux adapter la formation et le soutien clinique pour favoriser un développement progressif de l'expertise clinique. Le raisonnement clinique constitue un processus structuré et intégré à la pratique professionnelle (4). Le modèle de raisonnement clinique applicable aux novices se caractérise par cinq caractéristiques distinctes, soit 1) une perception limitée de la situation, 2) la présence de limitations cognitives, 3) l'état de la situation clinique

Tableau 1. Modèle de prise de décision clinique

ÉTAPES	DESCRIPTION	EXEMPLE
<b>1. Données préalables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer sa rencontre avec la personne soignée</li> <li>Recueillir les informations nécessaires pour être plus attentif aux signes cliniques pertinents</li> <li>Recenser l'ensemble des informations spécifiques relatives aux personnes soignées</li> </ul>	Lire le dossier d'une personne soignée et y repérer les informations pertinentes
<b>2. Connaissance professionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considérer la connaissance comme la toile de fond de la prise de décision</li> <li>Tenir compte du savoir théorique, des croyances, des hypothèses, des intérêts et de l'expérience de la personne infirmière</li> <li>Reconnaître le caractère évolutif des connaissances</li> <li>Reconnaître que les connaissances peuvent être ajustées</li> </ul>	Organiser sa tournée de début de quart en priorisant les personnes soignées selon leur état et leur potentiel d'instabilité
<b>3. Anticipations et contrôle des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier et évaluer les risques pour chaque personne soignée lors de l'analyse des données préalables</li> <li>Classer les risques selon leur niveau de gravité</li> <li>Planifier des interventions pouvant être mises en œuvre pour réduire la probabilité d'occurrence des risques jugés plus</li> </ul>	Anticiper le risque d'instabilité hémodynamique et ainsi décider de devant l'intervalle de surveillance des signes vitaux
<b>4. Soins standardisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se référer aux procédures, aux protocoles et aux pratiques établies au sein des hôpitaux</li> </ul>	Appliquer une ordonnance collective
<b>5. Modifications des situations et des personnes soignées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre des décisions malgré les interruptions fréquentes</li> <li>Gérer les sollicitations fréquentes tout en devant gérer des situations d'urgence et plusieurs personnes soignées</li> <li>Tenir compte des changements constants de l'environnement et de la multiplicité des acteurs impliqués dans la prise de décision</li> <li>Favoriser la disponibilité de supervision et de consultation, la clarté des rôles et responsabilités, une dotation adéquate et la présence de temps suffisant pour accomplir les tâches contribuent positivement à la qualité des décisions</li> <li>Connaître l'état de santé de la personne soignée pour orienter sa prise de décision</li> </ul>	En cas de détérioration clinique, décider de devancer le contrôle des signes vitaux et assurer une surveillance clinique plus rapprochée
<b>6. Déclencheurs de la génération d'hypothèse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formuler constamment des hypothèses concernant la personne soignée</li> <li>Générer des hypothèses par une modification de l'état de la personne soignée ou par l'émergence de préoccupations importantes (par exemple : apparition d'un nouveau symptôme, la détérioration ou l'amélioration d'un symptôme existant ou encore une modification du comportement de la personne soignée)</li> <li>Reconnaître que l'efficacité du processus évolue avec le temps. Par exemple, les personnes infirmières expérimentées analysent plus rapidement les données préalables, identifient plus rapidement les risques, formulent l'hypothèse la plus probable et mettent en œuvre les interventions appropriées.</li> </ul>	Reconnaître le risque d'instabilité hémodynamique, émettre l'hypothèse qu'une détérioration clinique est à prévoir et conséquemment assurer une surveillance clinique plus rapprochée

Sources : (4,36)

Tableau 2. Modèle de raisonnement clinique de la personne infirmière novice

CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	EXEMPLE
<b>1. Perceptions limitées de la situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer des observations focalisées et centrées sur un seul problème</li> </ul>	<p>Aller au chevet d'une personne soignée pour accomplir sa tâche de faire un prélèvement sanguin, mais ne pas remarquer la dyspnée de cette dernière</p>
<b>2. Limitations cognitives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éprouver des difficultés à distinguer les problèmes nécessitant une intervention immédiate de ceux qui sont moins prioritaires</li> </ul>	<p>Procéder à l'évaluation abdominale d'une personne soignée admise pour une douleur abdominale, mais ne pas évaluer davantage le nouveau symptôme que présente cette dernière, soit des rectorragies</p>
<b>3. Situation clinique actuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier un nombre limité d'indices cliniques pertinents dans les situations cliniques qu'elles rencontrent</li> <li>Établir des liens entre les indices et développer une compréhension plus intégrée des situations cliniques en évolution</li> </ul>	<p>Se concentrer uniquement sur la tâche de faire un prélèvement sanguin et ignorer l'état de dyspnée de la personne soignée et le lien avec son apparition de rectorragies</p>
<b>4. Traitement cognitif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopter un processus cognitif délibéré</li> <li>S'appuyer sur des règles prédéfinies</li> <li>Privilégier une prise de décision plus lente, réfléchie et hésitante</li> <li>Considérer que ce mode est peu compatible avec les exigences de l'urgence (p. ex. rythme rapide, acuité des soins)</li> <li>S'appuyer davantage sur des règles, des procédures et des protocoles pour orienter ses décisions</li> </ul>	<p>Se montrer dépendant de la conduite médicale</p>
<b>5. Environnement pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer le raisonnement clinique comme nécessitant le soutien par un encadrement, un leadership vigilant, une définition claire des rôles et des responsabilités, ainsi que l'accès à des ressources suffisantes</li> <li>Considérer le soutien par des personnes infirmières expérimentées comme étant l'élément le plus déterminant</li> <li>Tenir compte de la disponibilité limitée de personnes infirmières expérimentées</li> </ul>	<p>Avoir le soutien d'une personne infirmière expérimentée lors de son quart de travail pour s'y référer en cas de besoin</p>

Sources : (4,36)

actuelle, 4) le traitement cognitif et 5) l'environnement de pratique (4). Le Tableau 2 présente chaque caractéristique du modèle de raisonnement clinique, sa description ainsi qu'un exemple.

### LES ALGORITHMES DÉCISIONNELS

Les deux tableaux précédents ont permis d'illustrer la complexité du processus de la prise de décision ainsi que les caractéristiques du raisonnement clinique chez les PIN. La compréhension de ces deux éléments était essentielle afin de réfléchir à une intervention adaptée pour mieux soutenir la prise de décision des PIN à l'urgence. Parmi les informations recueillies dans ces tableaux, il est important de retenir que les processus cognitifs des PIN sont en développement et que ces dernières vont bénéficier particulièrement d'un recours à des règles, des procédures et protocoles. Ceux-ci servent de guides concrets et renforcent la qualité de la prise de décision chez les PIN.

Les algorithmes décisionnels sont reconnus comme une stratégie innovante et efficace permettant de soutenir les PIN dans l'interprétation des données cliniques et la prise de décision en contexte de soins actifs (29-31). Cette solution est cohérente avec le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, de restrictions budgétaires et de disponibilité limitée de personnes infirmières expérimentées. Ces outils contribuent à réduire l'écart entre la formation théorique et la formation pratique en offrant un cadre structuré de raisonnement (29). Plusieurs bénéfices ont

été rapportés dans les écrits scientifiques. Tout d'abord, les algorithmes décisionnels soutiennent l'évaluation clinique, facilitent l'identification des causes sous-jacentes aux signes et symptômes et orientent le choix des interventions les plus appropriées (29,30). Ils favorisent également le développement de la pensée critique en proposant une approche systématique de la prise de décision (29). Ensuite, ces outils contribuent à renforcer la confiance des personnes infirmières, à soutenir une prise de décision rapide et à encourager une réflexion approfondie sur les causes potentielles des anomalies cliniques (29). Finalement, en guidant la pratique et en structurant le raisonnement clinique, les algorithmes décisionnels participent ultimement à l'amélioration des résultats cliniques des personnes soignées (29,30). Selon les caractéristiques du raisonnement clinique des PIN présentées précédemment, la prise de décision de ces dernières se caractérise par un processus lent, délibéré et parfois hésitant (4). Dans ce contexte, ces professionnelles s'appuient largement sur des règles, des procédures et des protocoles pour orienter leurs décisions cliniques (4). Ainsi, le développement et l'implantation d'algorithmes décisionnels apparaissent comme une avenue prometteuse pour soutenir leur prise de décision, et ce, en tenant bien compte de leurs caractéristiques.

Malgré les nombreux avantages associés aux algorithmes décisionnels, il convient de souligner un point de vigilance en lien avec leur utilisation. En effet, les algorithmes décisionnels ne

Figure 1. Algorithme décisionnel - Dyspnée

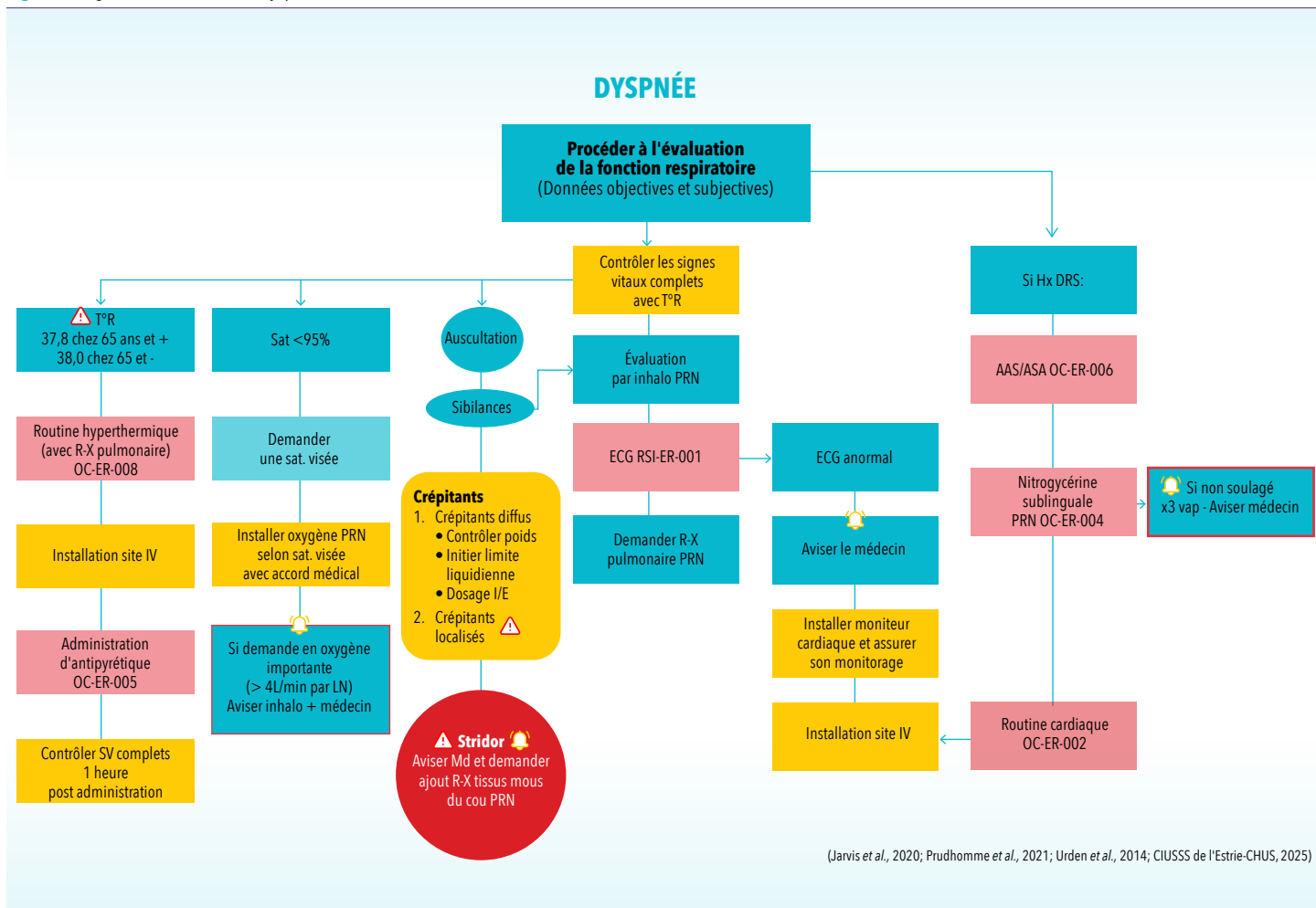
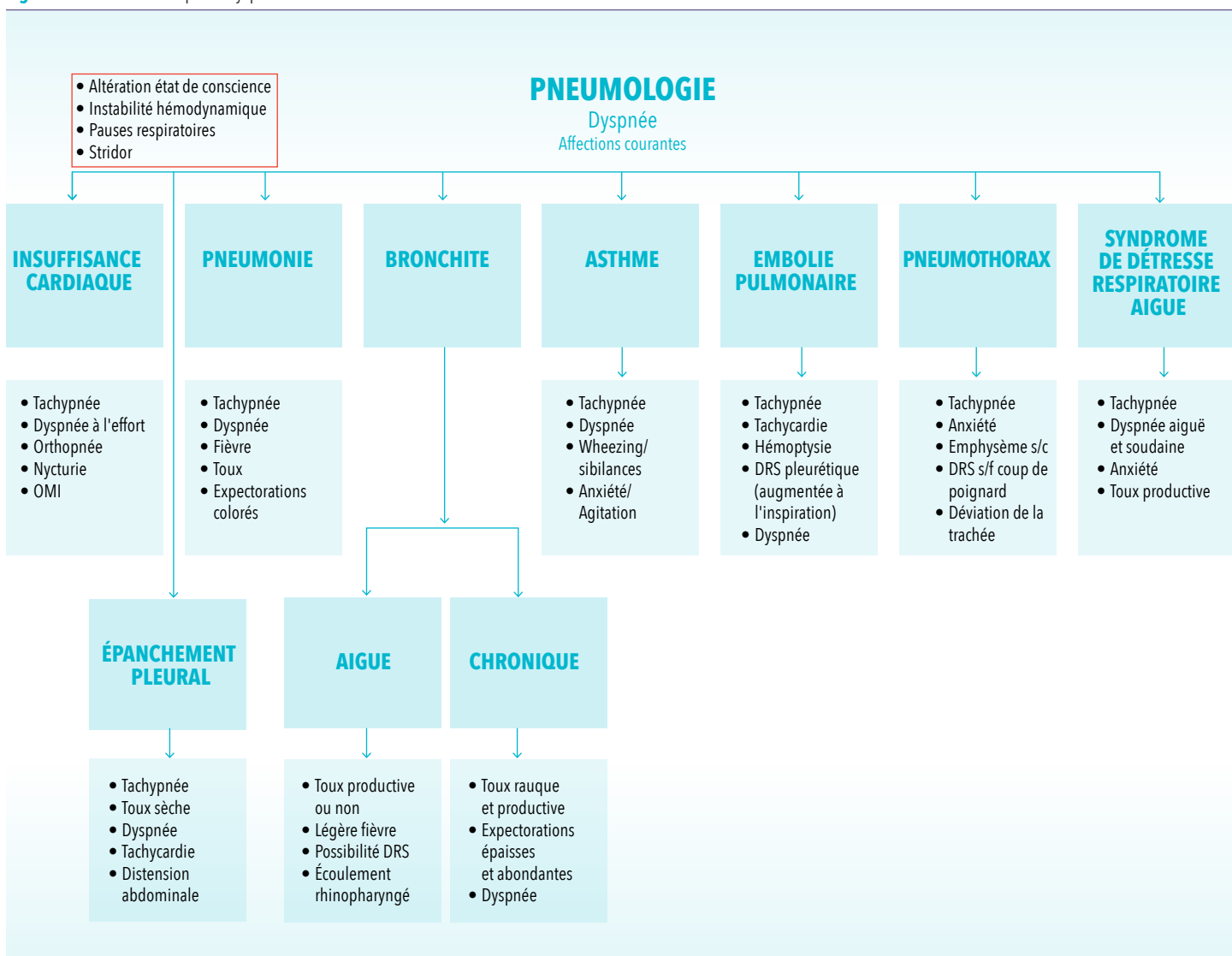


Figure 2. Éléments théoriques - Dyspnée



garantissent pas une certitude scientifique, puisqu'ils reposent principalement sur des consensus d'experts (32), c'est-à-dire, qu'ils reposent sur des recommandations issues de l'expérience et l'opinion des praticiens plutôt que sur des méthodologies scientifiques plus robustes. Ces algorithmes sont donc plutôt inspirés des preuves plutôt que basées sur les preuves scientifiques (33). Il est également recensé que, dans certains contextes, les algorithmes décisionnels peuvent limiter l'exercice du jugement clinique, puisqu'ils encadrent fortement les décisions et peuvent réduire ainsi la capacité d'adapter les interventions aux particularités de la situation clinique (34). Il demeure donc essentiel que les personnes infirmières fassent preuve de vigilance lors de l'utilisation d'algorithmes décisionnels (35). En tout temps, elles doivent juxtaposer l'utilisation de leur jugement clinique à l'utilisation de tout outil de prise de décision (32).

### IMPLANTATION D'UN PROJET DANS UNE URGENCE TERTIAIRE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU QUÉBEC

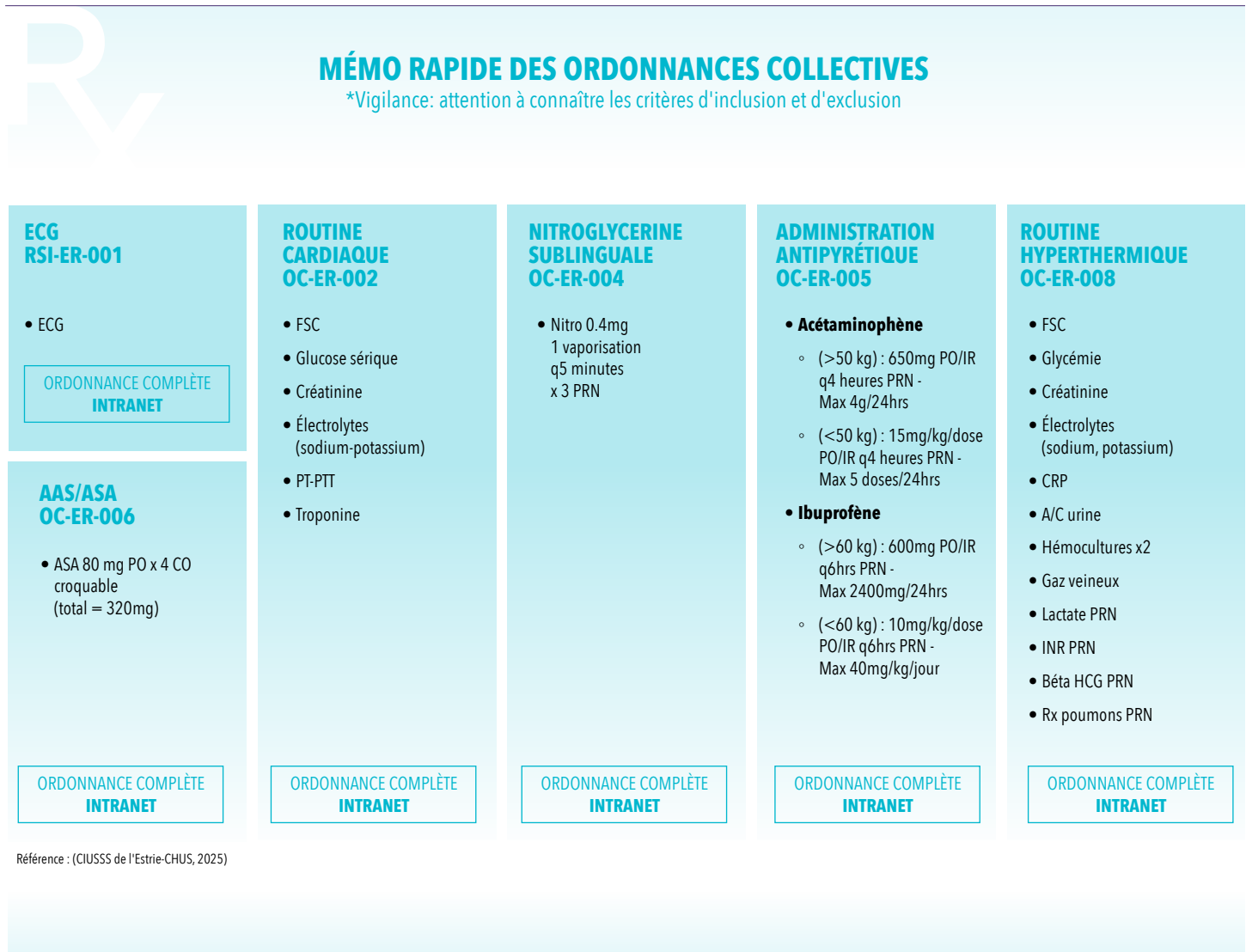
Dans le cadre d'un stage en pratique infirmière avancée de 30 jours, trois algorithmes décisionnels ont été développés et déployés dans une urgence tertiaire d'un centre hospitalier universitaire du Québec (36). La création des algorithmes décisionnels avait

pour objectif de soutenir la prise de décision des PIN dans des contextes cliniques bien spécifiques. Ces algorithmes décisionnels s'inscrivent dans une approche visant à guider et à étayer le raisonnement clinique.

Les algorithmes décisionnels ont été conçus selon une structure visuelle et un format uniforme, et ce, à l'aide de la plateforme Canva<sup>MD</sup>. Les trois algorithmes décisionnels ont été élaborés à partir des données issues d'écrits scientifiques en sciences infirmières (37-43). Une fois élaborés, ils ont été soumis à une révision par plusieurs acteurs clés, incluant un professeur en sciences infirmières, deux urgentologues, une conseillère en soins infirmiers, une conseillère-cadre clinicienne et une gestionnaire d'urgence. Lors de cette révision, ces professionnels ont été appelés à valider le contenu et le format des algorithmes. Ceci a permis d'ajuster et de bonifier les algorithmes décisionnels afin d'en assurer la pertinence clinique, la clarté et la qualité de ceux-ci.

Un site Internet accessible à tout le personnel infirmier de l'urgence ciblée a été créé afin d'intégrer non seulement les algorithmes décisionnels, mais également l'ensemble des éléments complémentaires nécessaires à leur compréhension et à leur application. Le contenu de ce site comprenait une page d'accueil,

Figure 3. Mémo rapide des ordonnances collectives



une table des matières, une présentation des objectifs liés à ce site, une section sur l'évaluation primaire systématique (ABCDE), une charte de couleurs permettant de mieux comprendre et interpréter le contenu des algorithmes décisionnels, un algorithme de prise en charge générale d'une personne soignée sur civière et les algorithmes décisionnels.

La Figure 1 présente un exemple de l'algorithme décisionnel développé pour soutenir la prise de décision infirmière en contexte de dyspnée (38). L'algorithme permet à la PIN d'être guidée vers les interventions les plus appropriées à réaliser en fonction de ses constats d'évaluation.

La Figure 2 présente les affections les plus courantes entraînant de la dyspnée. On y retrouve, par exemple, l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, la bronchite, l'asthme, l'embolie pulmonaire, le pneumothorax et le syndrome de détresse respiratoire aiguë (40,42,43). En complémentarité avec ces affections, une liste de signes et symptômes pour chacune d'elles était énumérée. Ces pages de notions théoriques propres à chaque raison de consultation étaient présentes avant chaque algorithme décisionnel afin d'activer les connaissances de la personne infirmière et d'ainsi faciliter la compréhension de la logique

clinique sous-jacente aux algorithmes décisionnels par les PIN. Aussi, pour chaque algorithme décisionnel, une section (section supérieure gauche) était dédiée à la présentation des signaux d'alerte selon la condition clinique présentée. À titre d'exemple, pour cet algorithme, ces signaux incluaient l'altération de l'état de conscience, l'instabilité hémodynamique, les pauses respiratoires et la présence d'un stridor.

La Figure 3 présente un aide-mémoire portant sur l'application des ordonnances collectives locales et régionales applicables en contexte de dyspnée. Ces aide-mémoires permettaient un accès rapide aux informations essentielles, en précisant notamment le numéro des ordonnances propres au centre hospitalier ciblé, leurs critères d'inclusion et les examens paracliniques requis.

### CONCLUSION

Les PIN évoluent dans un système de santé où le soutien à la prise de décision peut s'avérer limité, notamment en contexte de pénurie de personnel et de réorganisations structurelles. À l'urgence, la rareté des personnes infirmières expérimentées, combinée à la complexité croissante des soins, accentue les défis décisionnels déjà inhérents à la pratique à l'urgence. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de mieux accompagner les PIN

afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. L'adoption de solutions adaptées aux réalités actuelles des urgences, transférable et ne nécessitant aucun ajout de personnel infirmier supplémentaire, est donc essentielle. L'implantation d'algorithmes décisionnels est une solution qui s'avère prometteuse. Cette dernière est pertinente et adaptée au contexte organisationnel et de la pratique à l'urgence. Ces outils constituent une stratégie structurée permettant de soutenir l'interprétation clinique, de guider l'évaluation, d'orienter les interventions et de favoriser une prise de décision plus rapide et efficace. Cela permet de soutenir le déploiement des compétences infirmières, pilier central d'une prise en charge sécuritaire et de qualité pour les personnes soignées dans nos urgences. 🌱

## LES AUTEURES

### Émilie Bourdeau

inf., M.Sc.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers  
CIUSSS de l'Estrie - CHUS  
emilie.bourdeau.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

### Elisa Mileto

inf., M.Sc.

Infirmière en pratique avancée

### Mélanie Marceau

inf., Ph.D.

Professeure agrégée  
Université de Sherbrooke

### CONFLIT D'INTÉRÊTS

Émilie Bourdeau déclare ne posséder aucun conflit d'intérêts. Elisa Mileto est membre du conseil d'administration de l'AIUQ, mais n'a pas participé à la sélection, à la révision, ni à l'édition de cet article. Elle est également à l'emploi de Santé Québec. Son implication dans cet article est strictement personnelle. Le contenu de cet article n'engage pas Santé Québec. Mélanie Marceau déclare ne posséder aucun conflit d'intérêts.

### AIDE FINANCIÈRE

L'autrice n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article

### REMERCIEMENT

Nous remercions Camille Laramée pour sa collaboration à ce projet.

## RÉFÉRENCES

- Gillespie M, Peterson BL. Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(3):164-170
- Gillespie M. Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Educ Pract*. 2010;10(6):333-40. doi: 10.1016/j.nepr.2010.02.003
- Kosicka B, Ksykiewicz-Dorota A, Kulczycka K, Stychno. Decision making models in various fields of nursing. *Pol J Public Health*. 2019; 129(3):87-94. doi: 10.2478/pjph-2019-0021
- O'Neill ES, Dluhy NM, Chin E. Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system. *Adv Nurs*. 2005;49(1):68-77. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03265.x
- Wahl SE, Thompson AM. Concept Mapping in a Critical Care Orientation Program: A Pilot Study to Develop Critical Thinking and Decision-Making Skills in Novice Nurses. *J Contin Educ Nurs*. 2013;44(10):455-60. doi: 10.3928/00220124-20130916-79
- Yee A. Clinical decision-making in the intensive care unit: A concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023; 77(103430):1-8. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103430
- Bae S-H. Nurse Staffing, Work Hours, Mandatory Overtime, and Turnover in Acute Care Hospitals Affect Nurse Job Satisfaction, Intent to Leave, and Burnout: A Cross-Sectional Study. *Int J Public Health*. 2024;69:1607068. doi: 10.3389/ijph.2024.1607068
- Office québécois de la langue française. Renouveau du personnel. Dans: *Vitrine linguistique* [En ligne]. 2023. [cité le 7 jan 2026]. Disponible: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8874770/taux-de-renouvellement-du-personnel>
- McIntyre N, Crilly J, Elder E. Factors that contribute to turnover and retention amongst emergency department nurses: A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2024;74:101437. doi: 10.1016/j.ienj.2024.101437
- Edwards D, Hawker C, Carrier J, Rees C. A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1254-68. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007
- Zainal NH, Islam MA, Rasudin NS, Mamat Z, Hanis TM, Hasani WSR, Musa KI. Critical Thinking and Clinical Decision Making Among Registered Nurses in Clinical Practice: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nurs Rep*. 2025;15(175):1-19. doi: 10.3390/nursrep15050175
- Jewell A. Supporting the novice nurse to fly: A literature review. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(4):323-7. doi: 10.1016/j.nepr.2013.04.006
- Roy M-A, Fontaine G, Peguero-Rodriguez G, Lepitre M, Roy J, Arsenault J. Le déploiement du rôle infirmier à l'urgence: réflexions et constats d'un panel d'experts. *Soins d'urgence*. 2022;3(2):44. doi: 10.7202/1096439ar
- McHugh MD, Lake ET. Understanding Clinical Expertise: Nurse Education, Experience, and the Hospital Context. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):276-287. doi: 10.1002/nur.20388
- Benner P. From Novice to Expert. *Am J Nurs*. 1982;82(3):402-407
- Abu Arra AY, Ayed A, Toqan D, Albashtawy M, Salameh B, Sarhan AL, Batran A. Factors influencing nurses' clinical decision-making in emergency departments. *J Health Care*. 2023(60):1-6. doi: 10.1177/00469580231152080.
- Profession infirmière: champs d'exercice et activités réservées [En ligne]. Montréal (Qc): Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec; 2024. OIIQ 2024. Disponible: <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Gholipour M, Dadashzadeh A, Jabarzadeh F, Sarbakhsh P. Challenges of Clinical Decision-making in Emergency Nursing: An Integrative Review. *Open Nurs*. 2025;19:1-9. doi: 10.2174/0118744346378311250320070725
- Johansen ML, O'Brien JL. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(1):40-48. doi: 10.1111/nuf.12119
- Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):917-928. doi: 10.1111/jocn.14151
- Zhu H, Wu Y, Wang R, Wu L. Novice nurses' experience with an 'Attending Rounds' clinical case mentoring model: a phenomenological study. *BMJ Open* 2025; 15(1):1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2025-104101
- Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bull Sci Technol Soc*. 2004;24(34):188-199. doi: <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Hagboghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2004;3:2. DOI: 10.1186/1472-6955-3-2
- Alharbi A, Alkubati SA, Alqaqawi H, Ali AZ, Hamed LA, Mohammed S, O Cornejo LT, Pasay-An, E. Relationship between nursing work environment and clinical decision-making among Saudi nurses: psychological empowerment as mediator. *BMC Nurs*. 2025;24(1):682-1-11. doi: 10.1186/s12912-025-03482-2
- Gholipour M, Dadashzadeh A, Jabarzadeh F, Sarbakhsh P. Défis de la prise de décision clinique en soins infirmiers d'urgence: une revue intégrative. 2025; doi: 10.2174/0118744346378311250320070725
- Bechtel D, Butler CL, Kurz P. Development and Implementation of an ED Residency Program for Graduate Nurses. *J Emerg Nurs*. 2006;32(3):213. doi: 10.1016/j.jen.2005.07.025
- Patterson B, Bayley EW, Burnell K, Rhoads J. Orientation to emergency nursing: perceptions of new graduate nurses. *J Emerg Nurs*. 2010;36(3):203-211. doi: 10.1016/j.jen.2009.07.006
- Plourde A. Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec [En ligne]. Montréal (Qc): Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; mai 2024. Disponible: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>
- Rathbun MC, Ruth-Sahd LA. Algorithmic tools for interpreting vital signs. *J Nurs Educ*. 2009;48(7):395-400. doi: 10.3928/01484834-20090615-07
- Bişgin Çetin S, Cebeci F. Nurses' experiences of using a computer-based triage decision support system in the emergency department. *Nurs Crit Care*. 2024;29(5):1078-1085. doi: 10.1111/nicc.13039
- Cunha LDM, Ventura F, Pestana-Santos M, Mota M, Lomba L, Santos MR. Decision support strategies for bedside nursing clinical reasoning: A scoping review. *Int Nurs Stud Adv*. 2025;9(100393): 1-15. doi: 10.1016/j.ijnsa.2025.100393
- Clement-Perrin S. Soigner par algorithmes, entre santé et discipline. *Éthique & Santé*. 2023;20(3): 180-187. doi: 10.1016/j.etiqe.2023.04.008
- Radermecker R. [Differences between medical recommendations based on Evidence-Based Medicine (EBM) and expert consensus]. *Rev Med Liege*. 2025;80(5-6):268-270.
- Khaled Al Abdullqader A, Ali Si, Alamoudi FA, Shaban M. Still just the nurse? A critical inquiry into nurses' struggles for autonomy in interprofessional hospital teams. *BMC Nurs*. 2025;24(1):1340. DOI: 10.1186/s12912-025-03967-0
- Saadeh MI, Janhonen J, Beer E, Castelyn C, Hoffman DN. Automation complacency: risks of abdicating medical decision making. *AI Ethics*. 2025;5(6):5783-5793. doi: 10.1007/s43681-025-00825-2
- Bourdeau É. L'implantation d'algorithmes décisionnels pour soutenir la prise de décision des personnes infirmières novices à l'urgence. Université de Sherbrooke; 2025. Disponible: <https://doi.org/10.71892/11143/1123>
- Beaudoin R. L'ABCD des soins au polytraumatisé à l'urgence? 2000;35(11):49-56.
- Beaumont J-L. Les arythmies cardiaques. 7ième édition. Montréal (Qc): Chenelière éducation; 2017.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Guide 2015 des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins. Ottawa (Ont): Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; 2015.
- Jarvis C, Chapados C, Lavertu É. L'examen clinique et l'évaluation de la santé, vol 2. Montréal (Qc): Chenelière éducation; 2020.
- Santé Québec. Protocoles d'intervention clinique à l'usage des paramédics en soins primaires. [En ligne]. Québec (Qc): Ministère de la Santé et des Services Sociaux; mai 2025. [cité le 12 mars 2025]. Disponible: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/protocoles-tap-appreciation-condition-clinique-prehospitaliere-medecale-et-traumatique/>
- Prudhomme C, Neveu C. L'infirmière et les urgences. 11e éd. Paris (FR): Maloine; 2021.
- Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Soins critiques. 2e éd. Chenelière Éducation. Montréal (Qc); 2014.