

2m11.3167.8

11503786

Université de Montréal

La signification d'être soigné en tant que personne durant l'hospitalisation :  
Perspective de patients vivant un premier infarctus du myocarde

Par

Louis Bolduc

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc.)  
Sciences infirmières

Décembre 2003

© Louis Bolduc, 2003



WV

5

458

2004

0.008

---

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La signification d'être soigné en tant que personne durant l'hospitalisation :  
Perspective de patients vivant un premier infarctus du myocarde

présenté par :  
Louis Bolduc

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Hélène Lefebvre, inf., Ph.D., Présidente rapporteur  
Mary Reidy, inf., Ph.D.(c), Directrice de recherche  
Chantal Cara, inf., Ph.D., Codirectrice de recherche  
Réjeanne Dubeau, inf., M.Sc, Membre du jury

Mémoire accepté le 10 mars 2004

## **LE SOMMAIRE**

**La signification d'être soigné en tant que personne :  
Perspective de patients vivant un premier infarctus du myocarde.**

Depuis que les traitements médicaux s'améliorent de plus en plus en cardiologie, de nombreux patients survivent à l'infarctus du myocarde. Toutefois cette expérience de santé, ne laisse pas seulement des traces physiques sur le cœur mais marque aussi, le côté psychologique du survivant coronarien. Les réponses psychologiques les plus connues suite à l'événement cardiaque demeurent l'altération du soi, le déni, l'anxiété et la dépression. L'intensité du choc psychologique s'avère très variable d'une personne à l'autre. Par contre, le seul moyen qui s'offre à l'infirmière afin d'assurer une bonne évaluation de l'état du patient et de lui offrir l'accompagnement nécessaire se situe dans la communication avec ce dernier. Toutefois, le constat post événement ne peut se concrétiser que par la volonté de la personne soignée elle-même de vouloir en parler. De plus, le temps d'hospitalisation se raccourci régulièrement. Donc, afin d'aider la personne soignée, comment pouvons-nous avoir accès à ses émotions, dans un délai si court ? Par contre, une approche centrée sur la personne peut faire une différence.

Le but de cette recherche consiste à décrire et à comprendre la signification d'être soignée en tant que personne, durant l'hospitalisation, pour un individu vivant un premier infarctus du myocarde. La phénoménologie s'avère la méthode retenue dans le cadre de cette étude afin d'encourager les patients à partager leur expérience. Le récit a d'abord été enregistré pour ensuite être transcrit en verbatim et finalement analysé afin d'y dégager des résultats. Cinq hommes francophones du Québec âgés de 37 à 51 ans ont participé à l'étude. Les cinq participants ont vécu un premier infarctus du myocarde suivi d'une angioplastie coronarienne. Ils ont suivi un parcours identique au centre hospitalier en passant d'abord par l'urgence, ensuite l'unité coronarienne et finalement à l'unité de réadaptation cardiaque. Aucun des patients n'a expérimenté des complications majeures. Tous possèdent un diplôme d'études secondaires, quatre sont mariés, un vit seul, tous sont père de un ou deux enfants et les cinq retournent à leur emploi d'origine.

Quatre thèmes émergent de cette recherche soient : 1) Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi, 2) Percevoir de l'attention à mes préoccupations, 3) Ressentir un soin empreint d'humanisme et 4) Être en sécurité. Le récit des participants nous amènent au constat que l'essence du phénomène d'être soigné en tant que personne : C'est ressentir que l'on prend soin de moi avec *caring*. En somme, les participants racontent, sans aucun doute, que l'infirmière peut faire la différence et que des soins empreints de la philosophie de *caring* s'avèrent le choix, par excellence, pour accompagner la clientèle cardiaque.

Mots clés : attention, *caring*, communication, être une personne, infarctus du myocarde, *personhood*, phénoménologie, sécurité

**THE SUMMARY**

**The meaning of ‘being cared-for as a person’ during hospitalization:  
perceptions of patients having suffered a first myocardial infarction**

As medical treatment has improved in cardiology, many more patients survive myocardial infarctions. However this health experience leaves not only physical changes in the heart but also affects the psycho-emotive state of the survivor. The most common psycho-emotive responses after a heart attack are: alteration of self, denial, anxiety and depression. However, the severity of psycho-emotive shock is quite variable from person to person. The only way, the nurse can well assess her patient and offer the help he needs, is through communication with him. However this communication post-infarction can only be realized if the patient, within a context of shortened hospitalization, has the wish and is given the opportunity by the nurse. Can she understand the patient’s experience as she cares for him for such a limited time?

The aim of this research is to describe and understand the meaning of ‘to be cared-for as a person’ during hospitalization for the patient who has experienced a first myocardial infarction. Phenomenology is the method that was retained for this study, in order to encourage the patients to express their perceptions. Their interviews were registered, transcribed *verbatim* and analysed so as to extract the results. Five francophone Québec men, aged between 37 and 51 years, participated in this study. The five participants had experienced a first myocardial infarction followed by coronary angioplasty. They followed the same routine in hospital, beginning with the emergency room, then the coronary care unit and finally the cardiac rehabilitation unit. None of the patients experienced major complications. They all possessed a secondary diploma, four were married, one lived alone, and all remained in the work-force.

Four themes emerge from this research: 1) Feeling that time was taken to communicate with me; 2) Perception that attention was paid to my worries, 3) Feeling that care was imbued with humanism and 4) Feeling secure. The participants’ expression of their experiences leads us to the essence of the phenomena ‘to be cared for as a person’: it is what I feel when I am cared-for with *caring*. In conclusion, the participants’

perceptions leave no doubt that the nurse can make a difference and the philosophy of *caring* is a most appropriate choice for the cardiac patient.

Key words : attention, caring, communication, myocardial infarction, personhood, phenomenology, security, to be a person

## **LA TABLE DES MATIÈRES**

## Table des matières

|  |      |
|--|------|
| Sommaire.....  | iii  |
| Summary.....   | vi   |
| Table des matières.....  | ix   |
| Liste des tableaux.....  | xii  |
| Un verbatim.....   | xiii |
| Chapitre premier – La problématique.....                         | 1    |
| Le but de l'étude.....   | 8    |
| Chapitre deuxième – La recension des écrits.....                 | 9    |
| La personne.....   | 10   |
| La toile de fond.....  | 16   |
| L'infarctus du myocarde.....                                     | 18   |
| Le <i>caring</i> .....   | 33   |
| Chapitre troisième – La méthode.....                             | 42   |
| La phénoménologie.....   | 43   |
| Le déroulement de l'étude.....                                   | 46   |
| L'analyse des données.....                                       | 51   |
| Considérations éthiques.....                                     | 53   |
| La rigueur de l'étude.....                                       | 54   |
| La portée scientifique et sociale de l'étude.....                | 54   |
| Chapitre quatrième.....  | 56   |
| L'article pour publication.....                                  | 57   |
| Chapitre cinquième – Résultats et discussion.....                | 79   |
| Présentation des thèmes et des sous-thèmes.....                  | 83   |
| L'essence.....   | 106  |
| Les limites de l'étude.....                                      | 107  |
| Les recommandations pour la pratique en soins infirmiers.....    | 108  |
| Les recommandations pour la gestion en soins infirmiers.....     | 109  |
| Les recommandations pour l'enseignement en soins infirmiers..... | 111  |
| Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers.....   | 112  |
| La conclusion.....   | 113  |
| Les références.....  | 116  |
| Les annexes.....   |      |
| Consentement.....  | 127  |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Profil socio-démographique..... | 132 |
| Guide d'entrevue.....           | 134 |
| <i>Bracketing</i> .....         | 136 |
| Lettre aux participants.....    | 139 |
| Certificat d'éthique.....       | 141 |
| Tableau des fréquences.....     | 143 |

## Liste des tableaux

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tableau 1 | Modèle psychosocial de Erikson (1982).....  | 11 |
| Tableau 2 | Évaluation de la douleur rétrosternale.....   | 19 |
| Tableau 3 | Marqueurs biochimiques (Siomko, 2000).....  | 20 |
| Tableau 4 | Suite à un infarctus du myocarde, présentation du niveau d'anxiété selon différents de temps..... | 24 |
| Tableau 5 | Présentation des effets biochimiques engendrés par l'anxiété.....                                 | 27 |
| Tableau 6 | Les questions de l'entrevue semi-structurée en lien avec la justification.....                    | 49 |
| Tableau 7 | Processus de l'analyse en phénoménologie, Cara (1999).....  | 52 |
| Tableau 8 | Résultats de l'étude : La signification d'être soignée en tant que personne.....                  | 85 |

*« Si elles me soignent pas en tant que personne elles me soignent – comment? Comme un numéro! Quand vous avez fait un infarctus - ça pas d'allure, je n'ai pas de réponse à ça moi ».*

verbatim de Junior

**CHAPITRE PREMIER**  
**LA PROBLÉMATIQUE**

Encore aujourd'hui, la maladie cardio-vasculaire demeure toujours la principale cause d'hospitalisation au Canada. Parmi les pathologies qu'elle regroupe, le nombre d'infarctus du myocarde ne cesse d'augmenter. Statistique Canada illustre bien la situation en indiquant que durant l'année 1976 au Canada, 32 000 personnes ont été recensées comme ayant subi un infarctus du myocarde. Le nombre est passé à 38 000 en 1996 et 46 000 autres sont estimées pour l'an 2016 (Gouvernement du Canada, 1999). Cet accroissement semble s'expliquer par le vieillissement de la population; l'infarctus du myocarde apparaît davantage vers l'âge de 45 ans et son incidence s'accroît avec l'âge. Toutefois « le nombre réel d'hospitalisation pour un infarctus du myocarde, qu'il s'agisse d'une première fois ou d'une récurrence, augmente depuis 1980 et devrait continuer de le faire au début du XXI siècle en raison du vieillissement de la population » (Gouvernement du Canada, 2003, p 39). De plus, le poids du phénomène de l'obésité en Amérique du Nord fait craindre le pire en ce qui concerne le diabète et la maladie cardiaque (Katz, 2003). Quoique très meurtrier au début des années soixante-dix, l'infarctus du myocarde fait de moins en moins de victimes. Avec la venue de nouvelles médications et de nouvelles procédures thérapeutiques, la mortalité décroît de façon continue depuis le début des années quatre-vingts (Gouvernement du Canada, 1999). Par cette réussite du traitement médical, l'infirmière<sup>1</sup> en cardiologie soigne de plus en plus de survivants coronariens. Une clientèle qui expérimente, souvent pour la première fois, la vulnérabilité de la vie et qui par le fait même, les confronte à leurs valeurs et à leurs choix de vie.

En effet, lors d'un infarctus du myocarde, au-delà de la nécrose du tissu myocardique, de la modification de l'électrocardiogramme et de l'augmentation des enzymes cardiaques, les survivants coronariens expérimentent une remise en question qui interpelle le soi de la personne. D'ailleurs, Jacobsen, Lowery, et McCauley (1992) rapportent, dans leur étude quantitative (n=83), que 43 % d'une clientèle atteinte d'un infarctus expriment un tel questionnement sur le «pourquoi moi». Les mêmes auteurs

---

<sup>1</sup> Afin de faciliter la lecture, l'étudiant chercheur utilise seulement le mot infirmière quoiqu'il exprime infirmier (ère).

signalent, aussi, que chaque personne qui vit un infarctus réagit sur le plan psychologique selon leurs ressources personnelles. Ces réactions s'expriment par des comportements de déni, de colère, d'anxiété, d'inquiétude, d'incertitude, de dépression, etc. (Buselli & Stuart, 1999; Crowe, Runions, Ebbesen, Oldridge, & Streiner, 1996; Grégoire, 1995; Johnson & Morse, 1990; Johnson, Zerwic, Ryan, & Drell, 2003; Kim, Moser, Garvin, Riegel, Doering, Jadack, Schueler, Underman, & McErlean, 2000; Lauzon, Beck, Huynh, Dion, Racine, Carignan, Diodati, Carbonneau, Dupuis, & Pilote, 2003; Mallen, 1992; Owen, 1987; Parmet, 2002; Shively, Verderber, & Fitzsimmons, 1992; Stewart, Davidson, Meade, Hirth, & Makrides, 2000).

Ces réactions psychologiques engendrent un stress émotionnel qui, selon O'Malley et Menke (1988), de même que Morse (1997), s'avèrent une menace à l'intégrité du soi de la personne qui vit cette expérience. Cet intérêt pour le soi du survivant coronarien apparaît dans les écrits de recherche depuis les quinze dernières années. Héroux (1983), L'Écuyer (1994) et Perron (1991) signalent que le concept de soi évolue tout au long de la vie et qu'il est influencé par l'environnement et les expériences de la personne. L'expérience de santé, tel que l'infarctus du myocarde, influence plus spécifiquement le soi adaptatif du concept de soi (L'Écuyer, 1994). Conséquemment, toutes les expériences antérieures et du moment présent ajoutent à l'unicité de la personne. Ces nouvelles connaissances aident l'infirmière à voir le patient en tant que personne unique et ainsi à l'accompagner et le stimuler afin d'harmoniser l'intégrité du soi. Ce comportement de soins infirmiers devient essentiel pour que la personne soignée vive sainement cette expérience de santé. Travelbee (1971) et Watson (1988) mentionnent que les humains sont motivés par la recherche de signification de leurs expériences de vie et qu'il est de la responsabilité de l'infirmière d'aider le patient à trouver cette signification.

Cependant, dans sa pratique de soins infirmiers en cardiologie, l'étudiant chercheur observe des infirmières qui ont tendance à exécuter les soins en priorisant l'aspect technique du soin. Elles prennent les signes vitaux, distribuent la médication,

démarrent les vidéos d'enseignement et évaluent la douleur rétro-sternale sans se préoccuper du patient en tant que personne. Elles connaissent peu l'histoire de la personne soignée et se soucient peu d'interroger le patient relativement à ses craintes et sa perception de l'expérience de vivre un infarctus. Par contre, l'étudiant chercheur a aussi observé des infirmières qui prennent le temps de connaître, de comprendre et d'apprécier le patient. De par ces attitudes humaines, empreintes de *caring*, ces infirmières établissent un lien de confiance avec la personne soignée et favorisent l'expression des émotions. Aucoin (1987), dans son mémoire de maîtrise portant sur une étude phénoménologique du stress de celui qui a subi un infarctus du myocarde et de sa conjointe, soutient que la pratique des soins infirmiers préoccupée principalement par la technique, entrave l'expression des émotions de la personne soignée, qui pourtant demeure la solution la plus réaliste pour harmoniser le soi de la personne durant l'hospitalisation. Aussi, Newman (1997) signale dans un article de recherche en regard des maladies dégénératives que, dans un effort pour être scientifiques, les infirmières ont laissé leur vision s'embrouiller par les demandes paradigmatiques de l'objectivité et du contrôle. Dans une tentative de suivre le modèle médical, plusieurs ont divisé la personne en parties ou systèmes.

Toutefois, depuis quelques années, plusieurs infirmières s'inspirent des modèles infirmiers holistiques, assument leurs spécificités professionnelles et revendiquent une pratique infirmière selon des écoles de pensée propres à la profession tel que le *caring*. Watson (1988) signale que le *caring* appelle à l'engagement moral de protéger la dignité humaine et de préserver l'humanité. Les infirmières qui croient au *caring* considèrent le patient comme une personne unique et globale (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001), comme une personne ayant un corps, une âme et un esprit (Watson, 1985, 1988, 1999) ou comme un être culturel qui a survécu au temps et à l'espace (Leininger, 1988). Le *caring* est une école de pensée où l'infirmière considère que les signes, les symptômes et le diagnostic d'une maladie sont reliés au développement humain, dans le sens où ils font partie de l'évaluation de l'expérience de santé telle que vécue par la personne (Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003). Les auteurs de l'école du *caring* voient la

personne comme ayant une histoire, des expériences, des valeurs, des croyances, des rêves, etc. Cette personne, faisant partie d'un contexte familial et communautaire, désire s'actualiser par ses réflexions et ses actions.

La pratique du soin selon l'approche du *caring* demande que l'infirmière utilise ses qualités de communication et d'écoute envers le patient. Le succès d'une bonne communication se base sur la connaissance de la personne soignée car Fredriksson (1999) nous informe, dans son article portant sur la revue des écrits scientifiques sur le thème de la communication, qu'il y a deux types de communication soit: Une communication avec un contact ou une communication avec une relation. Lors de l'échange avec le patient, l'infirmière qui sait adapter ses propos et ses attitudes en fonction des besoins de son patient, elle a plus de chance de créer un lien de confiance pour finalement avoir accès aux émotions de ce dernier. Watson (1985) précise que le patient qui ressent que l'infirmière prend vraiment soin de lui, parce qu'elle perçoit ses besoins et ses inquiétudes, sera plus favorable à développer une relation de confiance, un état de courage et d'espoir envers les soins. Par conséquent, cette personne soignée confiera davantage ses émotions à celle qui applique la philosophie du *caring*. Trojan et Yonge (1993) abondent dans le même sens et signalent que la confiance dont il est nécessaire dans le lien du *caring*, se construit en obtenant les informations à travers les dimensions physiques, psychologiques et spirituelles du patient. Dans une étude phénoménologique sur la perception du *caring* des infirmières d'unité coronarienne pour des patients qui vivent un infarctus du myocarde, Sveldlund, Danielson, et Norberg (1999) recommandent que les infirmières considèrent le premier contact avec le patient comme étant le moment critique pour le développement d'une relation.

L'intérêt et le respect pour la personne soignée s'avèrent des valeurs primordiales lorsque l'infirmière veut pratiquer selon l'école du *caring*. Toutefois Boykin et Schoenhofer (1997) stipulent que la connaissance de la personne se concrétise lorsque l'infirmière s'ouvre à vouloir connaître l'individu et à participer à son histoire. Coker (1998), dans une étude qualitative auprès d'infirmières en soins prolongés,

rapporte qu'une meilleure connaissance du client ouvre à de nouvelles possibilités de communication. De plus, elle souligne que la connaissance du patient comme personne, signifie pour l'infirmière : C'est d'être renseignée sur sa vision du respect, ses préférences, ses intérêts, ses activités, sa famille, son réseau social, ses expériences antérieures (travail et autres), ses espoirs, ses peurs, ses rêves et sa spiritualité. Tanner, Benner, Chesta, et Gordon (1993) précisent que la connaissance de tous les aspects de la personne s'avère être essentielle à la pratique du *caring*. De plus, Jenks (1993) indique que la connaissance du patient facilite les prises de décisions cliniques de la part des infirmières. Radwin (1995) souligne que la connaissance de la personne permet une vision plus juste et aide l'infirmière à mieux jouer son rôle de défenseur des droits du patient. Ainsi, apprendre à connaître le patient s'avère un incontournable, selon les écrits, lorsque l'on veut considérer l'individu en tant que personne.

Aussi, depuis le début des années quatre-vingt-dix, des infirmières théoriciennes s'intéressent au concept du *personhood* dans la mesure où l'on veut se centrer sur la globalité de la personne soignée. Toutefois, même si Buzzel (1991) et Bahr (1992) expliquent ce concept à travers la pratique des soins infirmiers en gériatrie, ce concept du *personhood* ne se limite pas un type de clientèle. D'ailleurs, Boykin et Shoehofer (1993, 2001) utilisent ce concept comme base de leur modèle de soins infirmiers adaptable pour toutes les clientèles. De même, la description que Watson (1988) formule du champ phénoménal, nous rappelle le concept du *personhood*. Bahr (1992) décrit la personne comme étant l'essence de l'humain incorporé dans le corps, l'âme et l'esprit de l'individu. Elle parle également du *personhood* comme étant le développement continu de l'être dans ses dimensions physiques, psychologiques, sociologiques et spirituelles à travers l'actualisation de soi. Elle souligne que la perspective historique, la culture, le système des valeurs-croyances et l'éducation moulent le *personhood* de la personne âgée. Boykin et Shoehofer expliquent, à travers leur modèle *Nursing as Caring*, que ce concept s'avère très important et permet de pratiquer un soin infirmier holistique. Les mêmes auteurs précisent que le *personhood* évolue à travers une relation d'aide nourrie de *caring*. La dimension psychologique de la

personne qui se compose notamment de l'intégration de ce concept et du concept de soi, évolue également au rythme des expériences. De ce fait, le survivant coronarien apprend et évolue de par cette expérience qui teintera à la fois son passé et son futur. Ainsi, la connaissance du patient comme personne globale, avec une histoire et un devenir, apparaît comme une nécessité sans équivoque à la pratique des soins infirmiers holistiques. Ainsi, l'étudiant chercheur utilisera ce modèle comme toile de fond pour cette recherche. En d'autres mots, il semble que le survivant coronarien qui vit de multiples émotions (altération du soi, anxiété, colère, dépression, inquiétude, peur, tristesse, etc.) a besoin de ressentir qu'on le soigne comme une personne afin d'établir un lien de confiance qui stimulera l'expression de ses émotions.

Chez la clientèle atteinte d'infarctus du myocarde, la littérature abonde de plusieurs recherches dont certaines études qui traitent de la perception des comportements de *caring* selon la perspective des infirmières ou des patients. Toutefois, la traduction du mot *caring* en français s'avère une difficulté majeure et l'utilisation du mot anglais ne donne pas en français la signification tel que connue dans la langue d'origine. Par conséquent, l'étudiant chercheur croit que l'expression « en tant que personne » fait ressentir à la population québécoise une sensation d'unicité qui s'apparente à des éléments de *caring*. Quant au phénomène d'être soigné en tant que personne, quelques recherches nous informent du point de vue des infirmières (Bahr, 1992; Buzzel, 1991; Cooker, 1998) en regard d'une clientèle gériatrique uniquement. Cependant l'étudiant chercheur n'a recensé aucun article de recherche qui se préoccupe de la clientèle de cardiologie et encore moins qui exprime la vision des patients à l'égard du phénomène à l'étude.

Comme les écrits l'affirment, les perceptions du professionnel et du client peuvent être très différentes (Karlik & Yarcheski, 1987; Rosenthal, 1992; Tilley, Gregor, & Thiessen, 1987). Il semble donc judicieux et novateur, pour la discipline infirmière, de décrire la perspective des patients d'être soigné en tant que personne.

Étant donné que cette étude vise à comprendre un phénomène humain, et que l'étudiant chercheur souhaite regarder le phénomène selon la vision de l'expert soit : La personne soignée, il choisit donc d'utiliser la phénoménologie comme approche méthodologique.

### **But de la recherche**

Le but de la recherche consiste à décrire et à comprendre la signification d'être soignée en tant que personne durant l'hospitalisation pour un individu qui expérimente un premier infarctus du myocarde.

Une telle étude permettra aux infirmières de mieux comprendre le phénomène; de soigner le survivant coronarien en tant que personne, de faciliter le lien de confiance et d'accéder aux émotions du patient afin de mieux l'accompagner dans son expérience de santé. La connaissance de ce phénomène pourra aider l'infirmière à pratiquer des soins infirmiers humains basés sur une philosophie de *caring*. Ainsi, la personne soignée aura l'occasion de mieux cheminer lors de son expérience de santé. De ce fait, sur le plan social, les patients en se sentant davantage soignés en tant que personne, pourront exprimer plus de satisfaction quant à la pratique des soins infirmiers.

## **CHAPITRE DEUXIÈME**

### **LA RECENSION DES ÉCRITS**

Ce chapitre présente la revue des écrits en trois parties. La première se consacre à la personne. La seconde présente l'expérience vécue par la personne atteinte d'un infarctus du myocarde et la troisième est dédiée aux soins infirmiers holistiques basés sur le respect de la personne soignée.

## La personne

Cette section explore premièrement le développement psychologique de la personne et ses influences. Ensuite, la vision des soins infirmiers à l'égard du patient en tant que personne y est discuté. Enfin, une brève explication du modèle *Nursing as Caring de Boykin et Schoenhofer* (1993, 2001) servant de toile de fond à cette étude, est présentée.

Le choix du mot personne au lieu du mot humain indique déjà une nuance. Henry et Tuxill (1987) soulignent « que le terme personne indique généralement des aspects plus évaluatifs que le terme humain, de plus il s'utilise quand on attribue respect et valeur à l'individu, en retour, il évite la dépersonnalisation »<sup>2</sup> (p. 245).

### Le développement psychologique de la personne

Chaque personne naît unique et influencée par son environnement interne, la génétique, qui programme sa composante physique et psychologique. Aussi, tout au long de sa vie, chacun est en interaction avec son environnement externe, soit : Sa famille, sa communauté, ses amis, ses propres expériences de vie et de travail, etc. (Ramsden, 1999).

---

<sup>2</sup> Les citations anglaises ont été traduites par l'étudiant-chercheur afin de faciliter la lecture du document.

Erikson (1982) décrit, dans son livre, les cycles de la vie que la personne se développe tout au long de son existence. D'ailleurs, l'auteur a écrit un modèle psychosocial qui se compose de huit étapes divisées en groupe d'âge. Chaque étape représente l'apprentissage, en deux pôles opposés, que la personne est confrontée à résoudre au cours de sa vie. Voici en tableau les huit étapes du modèle qui identifient le groupe d'âge et l'apprentissage du développement à atteindre.

Tableau 1

## Modèle psychosocial de Erikson (1982)

| Âge       | Apprentissage                |
|-----------|------------------------------|
| 0-12 mois | Confiance ou méfiance        |
| 2-4 ans   | Autonomie ou gêne et doute   |
| 4-5 ans   | Initiative ou culpabilité    |
| 6-11 ans  | Industrie ou infériorité     |
| 12-18 ans | Identité ou identité diffuse |
| 18-35 ans | Intimité ou isolement        |
| 35-65 ans | Productivité ou stagnation   |
| > 65 ans  | Intégrité ou désespoir       |

Traduction libre et adaptation réalisées par l'étudiant chercheur

Tel que Erikson le présente dans son modèle de développement psychosocial de l'humain qui démontre une évolution constante. Les participants de cette étude proviennent de l'étape : 35–65 ans, productivité ou stagnation.

Un autre concept de la psychologie qui se révèle comme changeant tout au long de la vie, se nomme le concept de soi. Ce concept prend son importance dans cette étude par le fait qu'il est évolutif et que la maladie cardiaque tel que l'infarctus du myocarde l'influence grandement (voir section 2.3 de ce chapitre).

Héroux (1983) définit le concept de soi comme étant « le portrait dynamique et évaluatif que chaque individu développe de lui-même dans ses interactions avec son environnement social » (p.2). Quant à L'Ecuyer (1994), il fit une définition plus exhaustive du concept :

- un système multidimensionnel composé d'un ensemble très varié de perceptions que la personne éprouve au sujet d'elle-même (aspect multidimensionnel);
- dont les contenus émergent à la fois de l'expérience personnelle et de l'influence des autres sur ses propres perceptions (aspects expérientiels et sociaux; processus d'émergence);
- contenus qui s'organisent et se hiérarchisent progressivement en un tout cohérent autour de quelques structures délimitant les grandes régions fondamentales de l'expérience de soi, chacune d'elles recouvrant des portions plus limitées de cette expérience - les sous-structures - se fractionnant à leur tour en un ensemble d'éléments beaucoup plus spécifiques appelés les catégories (aspect hiérarchique);
- organisation hiérarchique qui varie et évolue elle-même ainsi que le degré d'importance de chacun de ses constituants selon l'âge et les besoins durant toute la vie (aspect évolutionnel et niveaux d'importance);
- par différenciations progressives identifiables sous forme d'étapes ou de stades (aspect différenciateur);
- en fonction de l'expérience quotidienne (parfois rétrospective ou anticipatoire) directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par la personne (aspect expérientiel et cognitif);
- et où la cohésion interne de cette organisation perceptuelle complexe est essentiellement orientée vers la recherche du maintien et de la promotion de l'adaptation de la personne tout entière (aspect actif et adaptatif (p. 48).

Selon L'Ecuyer (1994), le concept de soi se compose en structures, en sous-structures et en catégories. Il fonctionne selon une organisation hiérarchique des différentes perceptions de soi. Les structures, au nombre de cinq : Le soi matériel; le soi personnel; le soi adaptatif; le soi social et le soi non-soi, représentent l'ensemble du soi de la personne. Afin de mieux comprendre le concept, les définitions de l'Ecuyer (1994) sont présentées pour chacune des structures :

- Soi matériel : « Comprend toutes les références au corps et aux différentes possessions auxquelles la personne s'identifie d'une manière ou d'une autre » (p. 51).

- Soi personnel : « Est lié aux caractéristiques plus internes ou plus psychiques de la personne. Certaines sont d'ordre plus général ou descriptif (image de soi), tandis que d'autres rejoignent des caractéristiques plus profondes (identité de soi) » (p. 53).
- Soi adaptatif : « Correspond aux actions que la personne entreprend conformément aux perceptions qu'elle a d'elle-même ou encore aux diverses réalités de la vie. Cela se traduit de deux manières : Un jugement évaluatif sur soi (valeur de soi) et un aspect plus spécifiquement actif précisant le genre d'action entreprise (activités du soi) » (p. 56).
- Soi social : « Indique que la personne sort d'elle-même, s'ouvre aux autres, entre en interaction avec les autres, ou encore décrit le type d'interaction positive ou négative existant entre elle et autrui » (p. 58).
- Soi-non-soi :  
 Regroupe les énoncés où la personne ne parle plus directement d'elle-même, mais des autres. Toutefois, dans sa façon d'y référer, il est clair qu'elle continue d'être malgré tout implicitement concernée, par personne interposée, pour ainsi dire. Ces types d'énoncés constituent une forme d'identification réelle par contraste, par prolongement ou par continuité avec cette personne ou ces autres personnes (P. 59).

L'expérience de santé interagit au soi adaptatif. Le soi adaptatif se divise en deux sous-structures qui elles même se redivisent en plusieurs catégories, voici les deux sous-structures ainsi que leurs catégories respectives. La sous-structure, valeur de soi, se compose de deux catégories : La catégorie compétence et la catégorie valeur personnelle. Tandis que la sous-structure, activité de soi, s'organise selon six catégories : Stratégies d'adaptation, autonomie, ambivalence, dépendance, actualisation de soi et style de vie. (L'Ecuyer, 1994)

Héroux (1983), L'Ecuyer (1994) et Perron (1991) signalent que le concept de soi évolue sans cesse selon nos expériences et nos liens avec notre environnement. La personne soignée qui vit une expérience de santé influence également son soi. À la lumière de ces écrits, il devient évident que la personne qui vit une maladie aiguë ne réagit pas seulement sur le plan physique mais aussi sur le plan psychologique. Cette expérience de santé influencera à jamais le soi de cette personne.

### La personne telle que vue par les soins infirmiers

«Nightingale considère la personne selon ses composantes physique, intellectuelle, émotionnelle et spirituelle ainsi que sa capacité et sa responsabilité de changer la situation existante» (Kérouac et al., 2003, p.4). Par contre, au cours des années 1900-1950, la discipline infirmière change graduellement sa vision, se centre sur la maladie et se lie à la vision médicale. À ce moment, la personne est vue comme divisible, la dimension psychologique se sépare de la dimension physique (Kérouac et al., 2003). Depuis 1950, la vision des soins infirmiers à l'égard du patient se modifie. Présentement, selon les auteurs de l'école du *caring*, les infirmières perçoivent la personne soignée comme complète et unique (Boykin et Schoenhofer, 1993, 2001). Les tenants de Leininger voient aussi la personne comme étant inséparable de son appartenance culturelle et sociale (Cohen, 1991) et les partisans de Watson ajouteront que la personne est vue selon la dimension corps âme esprit et qu'elle n'est ni confinée au temps ni à l'espace (Watson, 1988, 1999). Selon ces théoriciennes, le patient, autrefois divisé en système s'avère aujourd'hui davantage considéré en tant que personne. Elles exposent le besoin de changer notre vision.

Néanmoins, un nouveau concept à l'égard du patient en tant que personne apparaît dans les écrits scientifiques, il se nomme le *personhood*. Bahr (1992), dans son article expliquant le *personhood*, décrit la personne comme étant l'essence de l'humain incorporé dans le corps, l'âme et l'esprit de l'individu. Elle parle du *personhood* comme étant le développement continu de l'être dans ses dimensions physiques, psychologiques, sociologiques et spirituelles à travers l'actualisation de soi. Elle souligne que la perspective historique, la culture, le système des valeurs-croyances et l'éducation moulent le *personhood* de la personne âgée. Boykin et Schoenhofer (1993, 2001) dans leur livre *Nursing as Caring*, qui décrit leur modèle, voient le *personhood* comme un concept important permettant de pratiquer un soin infirmier holistique et précisent que ce concept évolue à travers une relation d'aide nourrie de *caring*. Lors d'échanges par courrier électronique entre l'étudiant chercheur et Dre Boykin et Dre

Schoenhofer, elles précisent que le *personhood* s'avère un tout multidimensionnel qui nous fait voir la personne soignée comme complète et unique. Buzzell (1991) dans son article clinique souligne que « le *personhood* est une racine importante de l'individu. Il reflète les valeurs, la spiritualité, l'histoire, les forces soudées ensemble à travers les années de vie. Le *personhood* fait de chacun de nous un être unique» (p. 32). D'ailleurs, l'explication du champ phénoménal de Watson (1985, 1988) ressemble beaucoup à ce concept.

Dans son projet pilote Coker (1998) vise à identifier les barrières qui empêchent les infirmières de rassembler de l'information du *personhood* des résidents, dans une unité de soins de longue durée d'un centre universitaire des États-Unis. Cette unité utilise les soins intégraux comme mode de prestation de soin alors, trois infirmières primaires et trois infirmières associées participent au projet. À la première rencontre d'une heure, les infirmières expriment les points importants à connaître du *personhood* des patients. Les items suivants furent identifiés nécessaires à la connaissance de la personne soit : La signification du respect pour le résident, ses préférences, ses répugnances, ses intérêts, sa famille, son histoire (travail, biographie, photo), ses espoirs et ses rêves. À la deuxième rencontre, la chercheuse, a fourni une liste de questions reliées aux items privilégiés et les infirmières ont commenté et enrichi l'instrument. Après avoir documenté les items du *personhood* avec les patients ou les familles, les infirmières exprimaient leur enthousiasme et l'une d'elle fit le commentaire suivant : « Ça nous fait voir le résident comme une personne...» (p.445). Les infirmières verbalisaient que les nouvelles connaissances concernant le résident ouvrent à de nouvelles possibilités de communication avec eux et les aident à mieux individualiser les soins. Les principales barrières identifiées par le personnel sont les suivantes : Manque de connaissance des items importants du *personhood*, manque d'un guide de questions pour cueillir l'information et absence d'une collecte de données aménagée en fonction du concept.

Liehr et Smith (2000), dans leur article expliquant leur théorie de niveau intermédiaire sur l'utilisation de l'histoire du patient, un guide pour la pratique infirmière, soulignent que l'histoire du patient clarifie la signification du présent dans un contexte du passé avec les yeux vers le futur, tout cela au moment présent. Leur théorie se compose de trois étapes :

- 1) Connecté avec soi en relation représente un processus actif qui reconnaît le soi comme relié avec les autres dans le moment présent.
- 2) Dialogue intentionnel s'expérimente par l'engagement avec les autres afin de se faire raconter l'histoire. Il requiert une vraie présence à l'autre et l'absence de jugement.
- 3) L'amener à être bien dans sa peau se vit en liant ensemble des moments de l'histoire du patient afin d'y trouver une signification. Lorsque la personne partage son histoire, l'infirmière guide le dialogue pour supporter les liens.

Cette étude porte un regard particulier sur le patient soigné en tant que personne, les auteurs du modèle de soins infirmiers servant de toile de fond à l'étudiant chercheur s'intéressent, elles aussi à cette préoccupation.

### **Le modèle, Nursing as Caring**

Les auteurs, Boykin et Shoenhofer (1993) mentionnent au début de leur ouvrage qu'elles n'ont pas la prétention « d'offrir une nouvelle perspective de la personne ou une nouvelle compréhension du *caring* » (p. 3). Elles offrent un modèle concret et facile à transposer à la pratique quotidienne des soins infirmiers. Le concept du *personhood* figure parmi les notions importantes de leur modèle. Voici les postulats :

- Les personnes sont *caring* par vertu et par humanité;
- Les personnes sont *caring*, au moment présent;
- Les personnes sont entières et complètes dans le présent;
- Le *personhood* est un processus de vie enraciné dans le *caring*;
- Le *personhood* est rehaussé en participant à une relation nourrie de *caring* (*in nurturing relationships with caring others*);
- Les soins infirmiers sont à la fois une discipline et une profession.

Traduction libre, (Boykin & Schoenhofer, 2001, p. 3).

Pour la présente étude, l'étudiant chercheur a choisi de s'inspirer de ce modèle comme toile de fond pour deux raisons : le concept du *caring* et le concept du *personhood*. Le concept du *caring* vu comme l'essence des soins infirmiers appelle à l'engagement, au respect du patient en tant que personne entière et complète. Et considère le patient comme une personne qui désire s'actualiser à travers ses expériences et ses réflexions en relation avec son environnement. Le concept du *personhood* fait réaliser que cette personne qui se présente à nous aujourd'hui, elle est à la fois influencée par le passé et par le présent et qu'elle a des attentes, des désirs, etc. Que probablement elle évoluera de par nos actions dans le moment présent. Ce concept rappelle aussi, que cette personne a un vécu sur lequel elle base son jugement présent. Voir le patient via la lunette du *personhood* ne peut que contribuer à favoriser la vision globale de la personne soignée. Prendre le temps de connaître son histoire de vie enrichit la communication avec la personne soignée et fournit la possibilité de la comprendre, d'identifier ses forces et de lui offrir l'aide que cette dernière désire. Selon Boykin et Schoenhofer (1993, 2001) ce besoin d'aide nous sera signalé entre autre par l'appel du soin. L'appel du soin fait référence au moment où l'infirmière perçoit le besoin chez la personne soignée. Quand l'infirmière répond au besoin et surtout quand elle prend le temps de s'arrêter et d'établir une relation thérapeutique avec le patient, c'est à ce moment que l'infirmière crée une situation de soin et fait grandir le *personhood* toujours selon les mêmes auteurs.

En somme, voir une personne soignée au lieu d'un diagnostic, implique de prendre le temps de la connaître et de découvrir ses ressources personnelles. Cela signifie de s'ouvrir au partage et à l'échange de connaissances ou d'expériences avec l'autre. La deuxième section de ce chapitre démontra que l'infarctus du myocarde quoique d'abord une maladie physique, elle laisse des conséquences psychologiques qui marquent la personne atteinte.

## **L'infarctus du myocarde**

Dans cette section, l'étudiant chercheur présente en premier lieu l'aspect physiopathologique de l'infarctus du myocarde la douleur rétrosternale, les changements à l'électrocardiogramme et les marqueurs biochimiques. En second lieu, il y précise les réponses psychologiques les plus étudiées suite à l'infarctus du myocarde soient : Le déni, l'anxiété et la dépression. Aussi, il y explique les effets biochimiques engendrés par l'anxiété. En dernier lieu, l'étudiant chercheur explique l'altération du soi de la personne soignée en lien avec l'expérience de santé.

### **L'aspect physiopathologique de l'infarctus du myocarde**

Le diagnostic de l'infarctus du myocarde est établi par le médecin à partir d'une combinaison de l'histoire de la douleur, de l'examen physique, de l'électrocardiogramme, des enzymes cardiaques et de certains examens en médecine nucléaire (Proulx, Guidetti, Bagg, & Marchette, 1992). L'organisation mondiale de la santé (OMS) spécifie que deux des trois critères suivants doivent être reconnus avant d'apposer un diagnostic d'infarctus du myocarde soit : la douleur thoracique caractéristique selon l'histoire, les changements électriques lors de la lecture de l'électrocardiogramme et l'élévation des marqueurs biochimiques (enzymes cardiaques) (Siomko, 2000). L'étudiant chercheur juge approprié d'expliquer les trois critères retenus par l'OMS qui permettent au médecin de poser un diagnostic d'infarctus du myocarde, car cette pathologie représente le premier critère d'inclusion de cette étude.

### **La douleur rétrosternale (DRS) et les changements à l'électrocardiogramme**

Grégoire et Gamache (1999) dans leur article clinique sur l'intervention auprès d'un client qui présente une douleur rétrosternale, nous informent des caractéristiques de la DRS lors de l'infarctus du myocarde selon la méthode PQRST (voir tableau page suivante).

Tableau 2  
Évaluation de la douleur rétrosternale

| Acronyme                             | Données cliniques  |
|--------------------------------------|--|
| P Provoquée                          | → Efforts physiques, température extrême, émotion, repas lourd, survient au repos et à l'effort  |
| Q Qualité                            | → Brûlure, serrement, pesanteur, écrasement, oppression, ingestion   |
| R Région                             | → Rétrosternale, précordiale ou dorsale, irradiation dans le thorax, les bras, l'épaule gauche, le cou, les mâchoires, les poignets et les doigts. |
| S Sévérité                           | → Intensité variant d'absence de symptôme à forte. Soulagement par la morphine plutôt que par la nitroglycérine.                                   |
| T Temps, début, durée et progression | → Douleur soudaine, constante (6 à 8 heures) durée: > 30 minutes   |

(Grégoire & Gamache, 1999, p.13).

Toujours selon Grégoire et Gamache (1999), quelques changements significatifs peuvent être notés à l'électrocardiogramme en présence d'un infarctus du myocarde:

- Les phénomènes physiopathologiques qui surviennent au cours d'un infarctus du myocarde se manifestent sur un tracé électrocardiographique par un changement de l'onde T (ischémie), du segment ST (lésion) et du complexe QRS (nécrose);
- L'onde T est l'élément du tracé ECG qui représente l'activité de repolarisation (repos et récupération) des cellules myocardiques dans le temps. Habituellement positive [...] en présence d'ischémie myocardique, l'onde T devient négative, c'est-à-dire qu'elle s'inverse et pointe vers le bas[...];
- Le segment ST suit normalement la ligne isoélectrique. Il représente un intervalle de temps où l'activité tardive de dépolarisation contrebalance l'activité précoce de repolarisation de certaines cellules ventriculaires. Au niveau électrique, les deux forces s'annulent; le segment ST est défini par une ligne horizontale plate qui suit la ligne de base de la fin de l'onde S au début de l'onde T. Une ischémie grave et prolongée perturbe la période de repolarisation cellulaire. On observe alors une surélévation du segment ST (sus-décalage) dans une des dérivations de l'ECG qui explore directement le territoire myocardique en souffrance[...];
- Le complexe QRS schématise l'activité électrique des ventricules pendant leur dépolarisation (contraction). La présence de tissus nécrosés, non conducteurs de l'électricité cardiaque, modifie la représentation normalement prévue sur le tracé ECG. La nécrose myocardique, signe d'irréversibilité, se traduit par une onde Q

large ( $> 0.04$  secondes) et profonde ( $> 4$  mm de profondeur); c'est le changement électrique le plus fiable signalant un infarctus du myocarde récent ou ancien[...]. (Grégoire & Gamache, 1999, p. 14).

### Les marqueurs biochimiques

Dans son ouvrage sur la démystification des marqueurs biochimiques lors de l'infarctus du myocarde (Siomko, 2000) présente un tableau qui indique les temps d'apparition selon les principales enzymes cardiaques en fonction des temps d'apparition suite à la présence de symptômes de l'infarctus du myocarde. Les enzymes cardiaques s'avèrent une donnée importante pour les infirmières lors de leurs décisions cliniques : Alerte aux médecins et utilisation des protocoles. De plus, ces marqueurs biochimiques permettent aux médecins d'objectiver leur diagnostic. Il est présenté au tableau 3 un résumé des principaux marqueurs en incluant l'enzyme cardiaque, le temps initial d'apparition, le pic de libération de l'enzyme et le temps du retour à la valeur normale.

Tableau 3

#### Marqueurs biochimiques (Siomko, 2000)

| Enzymes cardiaques | Temps initial de l'apparition de l'enzyme suite au début des symptômes | Temps ou le maximum d'enzymes est libéré suite au début des symptômes (PIC) | Temps du retour aux valeurs normales |
|--------------------|--|---|--------------------------------------|
| Myoglobine         | 1-4 h  | 6-7 h   | 24 h                                 |
| CKmb               | 3-8 h  | 9-30 h  | 2-3 j                                |
| Troponine I        | 3-6 h  | 14-20 h   | 5-7 j                                |
| Troponine T        | 3-12 h   | 12-24 h   | 10-15 j                              |
| LDH                | 8-18 h   | 24-72 h   | 6-10 j                               |

Traduction libre et adaptation réalisées par l'étudiant chercheur

L'infarctus du myocarde laisse souvent des traces physiologiques que l'on peut voir lors d'un électrocardiogramme. De plus pour la plupart des patients, l'infarctus du myocarde engendre aussi, des bouleversements sur le plan psychologique.

### **L'aspect psychologique de l'infarctus du myocarde : Réponses psychologiques et biochimiques**

La section de la personne de ce chapitre, nous démontre l'unicité de la personne qui se façonne tout au long de sa vie tant par son environnement interne qu'externe. De ce fait, chaque personne atteinte d'une maladie soudaine réagit selon ses propres ressources reliées à son concept de soi, tel que décrit à la section précédente

L'étudiant chercheur retient les trois réponses psychologiques les plus étudiées soit : Le déni, l'anxiété et la dépression, suite à la recension des écrits concernant l'aspect psychologique de la maladie cardiaque (infarctus, angine et chirurgie cardiaque). Cette section favorise la compréhension des réactions psychologiques que vit le survivant coronarien. Aussi comme l'anxiété peut engendrer des effets biochimiques qui menace parfois l'équilibre hémodynamique, une section s'y consacre afin de faire comprendre ce phénomène physiologique.

#### **Le déni**

Le déni a été documenté par les chercheurs comme étant un mécanisme d'adaptation utilisé par l'individu afin de réduire le haut niveau d'anxiété engendré par l'infarctus du myocarde (Wishnie, Hackett, & Cassem, 1971) . En ce sens, cette réponse psychologique s'avère nécessaire et aide l'individu à mieux vivre cette expérience. D'ailleurs, Esteve, Valdés, Riesco, Jodar, et de Flores (1992), dans leur étude quantitative sur le mécanisme du déni durant l'infarctus du myocarde, ont étudié 97 patients, divisés en deux groupes selon leur utilisation du déni : Peu et beaucoup de déni. Les chercheurs signalent qu'un mois post-événement, les grands utilisateurs du

déni sont plus âgés, démontrent moins d'anxiété et de réactions dépressives lors de leur séjour à l'unité coronarienne en plus, ils présentent moins de morbidité psychiatrique. Cependant, un an post-événement les chercheurs n'ont trouvé aucune différence significative entre les deux groupes. Les chercheurs proposent que le mécanisme du déni s'utilise surtout durant la phase très aiguë et très menaçante de la maladie

Dans l'étude quantitative de Zerwic, Ryan, DeVon, et Drell (2003), les chercheurs ont questionné 239 patients avec un diagnostic d'infarctus du myocarde à l'aide du *Myocardial Infarction Symptoms Profile (MISP)*. Le but de leur recherche visait de connaître le temps et les raisons du délai entre l'apparition des symptômes et la consultation. Les résultats démontrent que le délai varie de 15 minutes à 65 heures pour une moyenne de 6,35 heures. Les auteurs spécifient qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Par contre le délai est augmenté chez les Américains Africains par rapport au blanc non-Hispanique. Selon ces auteurs les raisons motivant le délai s'avèrent : Contacter son médecin, l'auto-traitement, le manque de similarité avec ce qu'il pense être un malaise cardiaque ou le manque de similarité avec le malaise de l'expérience cardiaque antérieure.

Owen (1987) spécifie que le déni comme mécanisme d'adaptation peut-être fort dangereux au début des symptômes. La personne qui nie la présence de douleurs cardiaques et qui ne consulte pas, augmente ses risques de complications et voire même sa survie. Deux études qualitatives, de type théorisation ancrée, partagent ses propos. Dempsey, Dracup, et Moser (1995) ont étudié l'expérience des femmes, en pré-hospitalisation qui présentaient des symptômes de malaise cardiaque. Les chercheurs ont rencontré seize femmes avec un diagnostic d'infarctus du myocarde. Le délai des femmes pour consulter le médecin variait de 1,5-144 heures pour un délai moyen de 5,6 heures. Les auteurs précisent que 60 % des individus qui décèdent d'infarctus, meurent avant de se rendre au centre hospitalier. De plus, elles soulignent que les agents thrombolytiques performant davantage s'ils sont administrés dans les premières 90 minutes à partir du début des symptômes et deviennent presque inactifs six heures après

le début des symptômes. Les auteurs qui ont étudié le processus en pré-hospitalisation divisent leur théorie en deux parties : Le maintien et l'abandon du contrôle. Durant le maintien du contrôle, les femmes ressentent le malaise cardiaque mais tentent de le minimiser et de lui trouver une cause autre que cardiaque. Elles croient que l'infarctus est une maladie d'homme et que de toute façon elles avaient trop de travail pour consulter et déranger les gens (famille, professionnels). Elles tentent de se soigner elles-mêmes. Durant la phase de l'abandon, elles ressentent la menace, l'anxiété augmente mais avant de se rendre au centre hospitalier, elles valident leurs peurs auprès d'un membre de la famille.

La deuxième étude, Rosenfiel et Gilkeson (2000) ont tenté de décrire la signification d'un événement cardiaque vécu, selon la vision des femmes. Les chercheurs ont rencontré six femmes dont trois d'entre elles ont eu un diagnostic d'infarctus et les trois autres de l'angine. Aussi, trois femmes ont eu recours à l'angioplastie et les trois autres à la chirurgie cardiaque pour pontages de revascularisation coronarienne. La théorie des chercheurs se divisent en deux parties : La réponse au début des symptômes et la réponse suite à la consultation médicale. L'étudiant chercheur s'attardera à la première étape de ce processus. Cette phase se divise en trois étapes : Dénier, reconnaître, être apeurée. Une femme rapporte dans l'étude « vous savez, vraiment à l'intérieur de moi, je le savais que c'était mon coeur, mais j'étais en déni. Si je regarde l'événement maintenant, je réalise que c'était du déni » (p. 108). Reconnaître signifie que la personne identifie ses symptômes comme potentiel à la maladie cardiaque. Être apeurée se vit entre le moment où la personne décide de consulter jusqu'à l'annonce du diagnostic.

Comme le démontre les études ci-haut citées, le déni peut-être très dangereux pour le patient et plus particulièrement diminué ces chances de pouvoir bénéficier du traitement de la thrombolyse. Cependant d'un autre point de vue, le déni peut permettre à certain patient de diminuer son anxiété durant la période aigue de son infarctus du myocarde.

## L'anxiété

Philip, Cay, Vetter, et Stuckey (1979), dans leur étude quantitative (n=55), rapportent que l'anxiété se vit à des niveaux variables selon les jours d'hospitalisation. Les chercheurs ont mesuré le degré d'anxiété vécu par les patients durant l'hospitalisation au jour un, quatre, sept, dix et la veille du départ pour le domicile. Les résultats ont démontré que le niveau d'anxiété maximal, durant l'hospitalisation, est le jour un et qu'il diminue constamment jusqu'au départ inclus ( $p < 0,01$ ).

Cependant, Havik et Maeland (1990) ont étudié les réactions émotives dont l'anxiété après un infarctus du myocarde, en des temps différents : Durant l'hospitalisation T1 (9 jours) et T2 (14 jours) et suivant le congé de l'hôpital T3 (2 semaines), T4 (6 semaines), T5 (6 mois) et T6 (3-5 ans, m 43 mois). Les chercheurs signalent que le niveau d'anxiété était stable au centre hospitalier, qu'il augmente de façon marquée les deux premières semaines, pour finalement demeurer stable. Néanmoins, les niveaux d'anxiété observés, s'avèrent être plus élevés durant l'année suivant le congé que lors de l'hospitalisation ( $p < 0,05$ ). Voici une représentation en tableau des résultats de l'étude Havick et Maeland.

Tableau 4

Suite à un infarctus du myocarde, présentation du niveau d'anxiété selon différents de temps

|                 | Durant l'hospitalisation |                | Durant la convalescence |                  |              |               |
|-----------------|--------------------------|----------------|-------------------------|------------------|--------------|---------------|
|                 | T1<br>9 jours            | T2<br>14 jours | T3<br>2 semaines        | T4<br>6 semaines | T5<br>6 mois | T6<br>3-5 ans |
| Niveau, anxiété | 20                       | 21             | 34                      | 34               | 31           | 31            |

Étude de Havick et Maeland (1990), traduction libre et adaptation réalisées par l'étudiant chercheur

Crowe, Runions, Ebbesen, Oldridge, et Streiner (1996), dans leur recherche quantitative (n = 785) sur l'anxiété et la dépression, ont mesuré des niveaux d'anxiété durant l'hospitalisation (T1), au domicile à quatorze semaines (T2), à vingt-quatre semaines (T3), à quarante et une semaine (T4) et à cinquante-six semaines (T5). Les résultats ont démontré que le taux d'anxiété était plus élevé chez les jeunes patients, lors de la phase aiguë. Un an post-événement, les mêmes chercheurs ont aussi rapporté que le taux d'anxiété était plus élevé chez la clientèle d'infarctus du myocarde en rapport avec la population normale. Selon Crowe et al. (1996), aucun lien significatif n'a été démontré entre le taux d'anxiété et la sévérité de l'infarctus, le sexe, le statut économique ou l'éducation. Cependant, les auteurs signalent que la représentation des femmes dans l'échantillon se situait seulement à 12 %.

Malan (1992) indique que plusieurs causes provoquent l'anxiété, la peur de mourir, la perte de contrôle, l'environnement physique des soins intensifs, la douleur, l'incertitude, la fatigue, la perception de menace, etc. Friedman (2000) dans son article basé sur des écrits de recherche, (43 références reliées à la maladie cardiaque) ainsi que Owen (1987) rapportent qu'un niveau élevé d'anxiété a démontré une insatisfaction durant la période de convalescence, une diminution du retour au travail et une difficulté à la reprise de la vie sexuelle. Ces éléments ont été démontrés dans les études de Philip et al. (1979) ainsi que Havik et al. (1990).

De plus, Morse et Dracup (1996), par leur recherche quantitative, ont voulu démontrer l'association entre l'anxiété vécue immédiatement après l'infarctus et les complications durant l'hospitalisation. Les chercheurs ont étudié 88 patients ayant eu un infarctus du myocarde. L'ensemble des patients a été divisé en deux groupes. Le premier groupe est composé des patients très anxieux selon le *Brief Symptom Inventory*, le second étant les patients moins anxieux. Les auteurs de l'étude arrivent à la conclusion que l'anxiété augmente les risques de complications en post-infarctus. Les résultats démontrent que 19,6 % des patients avec un niveau élevé d'anxiété comparé à 6 % chez les patients avec un niveau moindre ( $p=0,001$ ) expérimentent des

complications. Des résultats significatifs ont démontré un lien avec l'anxiété et l'ischémie (11 % tandis que 3 % chez l'autre groupe), la réinfarctisation (47 % au lieu de 0 %) et la fibrillation ventriculaire (7,8 % par rapport à 1,5 %).

Donc, tel que mentionné par plusieurs chercheurs, l'anxiété demeure une réponse psychologique observée en post-infarctus du myocarde. Même que ce mécanisme de défense peut aller jusqu'à augmenter la co-morbidité chez cette clientèle. Buselli et Stuart (1999) dans leur recension des écrits basée sur 55 articles de recherche, expliquent bien le mécanisme biochimique engendré par l'anxiété et la réaction physiologique de l'organisme.

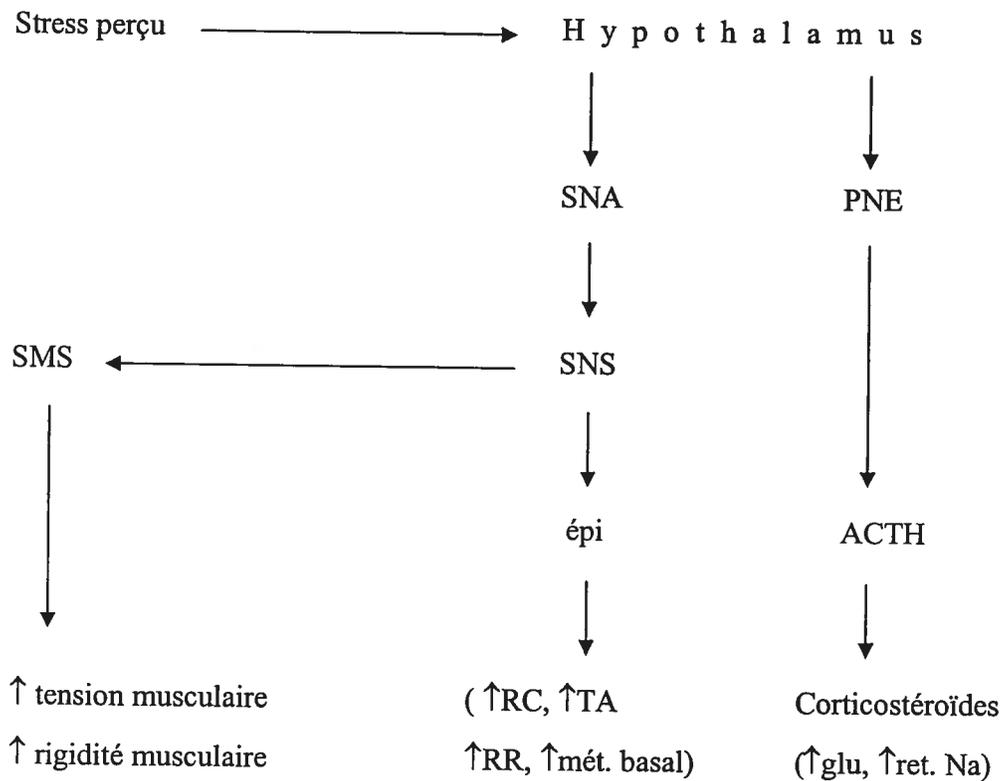
#### **Les effets biochimiques engendrés par les réponses psychologiques à l'infarctus du myocarde**

Buselli et Stuart (1999), dans leur ouvrage sur l'influence des facteurs psychosociaux et les interventions biopsychosociaux sur les conséquences après un infarctus du myocarde explique que :

L'esprit et le physique sont continuellement en communication par l'entremise de trois systèmes majeurs : (1) le système nerveux autonome (SNA), (2) le système musculosquelettique (SMS) et (3) le système psychoneuroendocrinien (PNE). Les systèmes répondent constamment aux messages transportés par le corps en réponse au stress. La réponse au stress est déclenchée quand la personne perçoit la situation comme une menace à son état de bien-être physique ou émotionnel et que son habileté à s'adapter est inadéquate à gérer efficacement la demande. Une telle perception de menace au bien-être physique ou psychologique engendre une cascade d'événements biochimiques originant du système nerveux central et qui affecte tout le corps par le SNA, le SMS et le PNE ( p. 65). Voir tableau 5 page suivante.

Tableau 5

Présentation des effets biochimiques engendrés par l'anxiété



(Buselli & Stuart, 1999, p 66). Traduction libre par l'étudiant chercheur.

### La dépression

Buselli et Stuart (1999) signalent que 18 % des clients en post-infarctus du myocarde expérimentent une telle réponse psychologique. Dans l'étude de Crowe et al (1996) n=785, 9 % ont été classés en dépression selon leur instrument de mesure (the Beck Depression Inventory). Dans l'étude quantitative de Ziegelstein, Fawerbach, Stevens, Romanelli, Richter, et Bush (2000) n= 204, 17,2 % ont été classés en dépression selon le même instrument de mesure.

Mallen (1992) rapporte que la dépression peut être engendrée par des causes psychologiques : Diminution de l'estime de soi; la sensation de perte de pouvoir, d'espoir et d'inutilité; la surprotection de la famille; les disputes avec le(a) conjoint(e) à propos des recommandations durant la convalescence ou par des causes physiologiques: la médication (sédatif, beta-bloqueur, anti-arythmique et diurétique) ou par la fatigue reliée à un bas débit cardiaque. Crowe et al. (1996) décrivent les symptômes reliés à la dépression : Tristesse, tension intérieure, perte d'intérêt, changement de l'appétit et du sommeil, difficulté à se concentrer, perte d'énergie, culpabilité, pensées ou actes suicidaires.

Dans leur recherche quantitative longitudinale concernant la dépression et les risques de mort subite après un infarctus du myocarde, Irvine, Basinski, Baker, Jandciu, Paquette, Cairns, Connoly, Roberts, Gent, et Dorian (1999) ont suivi 641 patients durant deux ans. Ils arrivent à la conclusion que la dépression a un lien significatif ( $p < 0,02$ ) avec la mort subite.

Welin, Lappas, et Wilhelmsen (2000) dans leur étude quantitative ( $n=275$ ) ont suivi des patients durant 10 ans afin de voir si le pronostic du patient ayant subi un premier infarctus du myocarde est influencé par la dépression, l'anxiété ou le manque de soutien social. Les chercheurs soulignent que la dépression ( $p=0,001$ ) et le manque de soutien social ( $p=0,0001$ ) ont été prouvés comme étant des facteurs significatifs liés à la mortalité. Quant à l'anxiété, elle est significative jusqu'à 5-6 ans et diminue par la suite.

L'étude corrélationnelle de Frasure-Smith, L'espérance, Gravel, Masson, Juneau, Talajic, et Bourassa (2000) qui ont examiné la relation entre la dépression et le soutien social en lien avec le pronostic un an post-infarctus chez un groupe de 887 patients, arrivent à la conclusion que la dépression représente un facteur significatif de mortalité ( $p=0,0013$ ). Par contre, le soutien social n'a pas présenté de résultats significatifs. Toutefois, les auteurs soulignent que la présence d'un soutien social réduit les symptômes, à long terme, de dépression. De ce fait, il influence le pronostic.

La recherche corrélationnelle de Ziegelstein et al. (2000) qui a examiné l'influence de la dépression sur la compliance de 204 patients à réduire leurs facteurs de risque quatre mois post-infarctus, arrive aux résultats suivants : Les patients dépressifs adhèrent moins, de façon significative, à la diète, à l'exercice, à la gestion du stress et ils utilisent moins leur soutien social. Parnet (2002), dans la page du patient de la revue scientifique du *Journal of the American Medical Association JAMA*, écrit qu'un Américain sur vingt expérimente une dépression majeure, dans la population en général. Toutefois le même auteur nous signifie que la statistique monte à un sur cinq Américain lorsqu'ils survivent à un infarctus du myocarde. Lauzon, Beck, Huynh, Dion, Racine, Carignan, Diodati, Carbonneau, Dupuis, et Pilote (2003) dans leur étude multicentrique dans la province du Québec, ils ont recruté 571 patients atteints d'infarctus du myocarde. Les patients devaient compléter le questionnaire *the Beck Depression Inventory*. Les résultats démontrent que 35% des patients ont été aussi diagnostiqué avec une dépression légère. Les patients avec la composante de dépression ont eu plus de complications durant l'hospitalisation telles que des arythmies, de la réinfarcisation et de l'insuffisance cardiaque. Après un an, 30 patients (16%) des patients déprimés sont décédés comparativement à 28 patients (8%) chez les non déprimés.

En somme, la dépression, s'avère être une réponse psychologique importante à considérer lors du rétablissement des survivants coronariens, car elle influence significativement la survie des patients.

### **L'aspect psychologique de l'infarctus du myocarde : Altération du soi**

Pendant que des chercheurs de type quantitatif s'intéressent à comprendre les réponses psychologiques comportementales : Dénier, anxiété et dépression suite à l'infarctus du myocarde, certains chercheurs de type qualitatif se préoccupent de comprendre le phénomène de la même pathologie mais cette fois, selon la vision et le récit de l'expert, soit le survivant à l'infarctus du myocarde.

Les chercheurs Johnson et Morse (1990) ont utilisé une recherche de type qualitative ayant comme méthode, la théorisation ancrée, afin d'expliquer le phénomène de l'infarctus. Le but de la recherche était de développer rigoureusement un profil de l'expérience des hommes et des femmes ayant vécu un infarctus du myocarde. Quatorze participants (7 hommes et 7 femmes) ont été interrogés. Suite à l'analyse des multiples données, les auteurs ont développé leur théorie en expliquant que lors de l'expérience de l'infarctus du myocarde, l'individu lutte afin de regagner le contrôle. Leur processus se compose de quatre étapes :

1) La défense du soi : À ce stade le patient ne veut pas voir la réalité, il prend ses symptômes pour une grippe, un malaise gastrique, etc. Suite à l'annonce du diagnostic, il fait de l'humour, il prétend que ce n'est pas lui. Il tente au maximum de se distancier de la réalité afin de maintenir un sens de contrôle, il utilise le déni. L'étape peut durer jusqu'à sept jours post-événement.

2) Venir à terme réfère au processus par lequel les patients comprennent qu'ils ont subi un infarctus du myocarde. Ce stade dure de trois à huit jours. À cette étape, le patient réalise qu'il aurait pu mourir, il fait la revue de sa vie, cherche les explications à l'événement et tente de voir les conséquences pour le futur. Un homme mentionne que « connaître la cause amène la clef de la guérison » (p. 129). Aussi lorsque la personne envisage le futur, selon son attitude personnelle, l'avenir peut être perçu de façon très différente. Les personnes de personnalité positive entrevoient l'avenir de façon confiante, elles sont reconnaissantes de leur deuxième chance, elles croient connaître la cause de l'événement et possèdent un plan de convalescence. Les personnes de personnalité pessimiste éprouvent la peur de mourir ou de l'invalidité, elles sont hostiles et n'arrivent pas à comprendre; elles perçoivent leurs limites comme insupportables.

3) Apprendre à vivre comprend trois phases : Préserver le soi de la personne, minimiser l'incertitude et établir des plans pour vivre. La protection du soi de la personne se concrétise souvent par les rôles sociaux. Les rôles de père-mère, époux-épouse s'avèrent les plus importants. Les participants expriment que la restriction de certaines tâches diminue la valeur de leur existence. L'incertitude vécue par les patients lors de l'infarctus du myocarde est décrite comme accablante. Afin de réduire cette source

d'anxiété, les patients veulent acquérir des connaissances en regard de la maladie coronarienne, car connaître, redonne aux patients, une sensation de contrôle sur la maladie. La planification de projet d'avenir fait naître un sens à la réadaptation cardiaque et permet à l'individu de croire qu'il vivra le plus indépendant possible. La stratégie d'avenir se planifie autour de la vérification de leurs limites physiques, d'apprendre à décoder et reconnaître les messages du corps et de modifier son style de vie.

4) Revivre signifie que le patient accepte ses limites, il repense ses priorités et il reprend le contrôle sur sa vie. Un des patients a mentionné lors des entrevues que « ça prend du temps à rebâtir sa confiance et tu dois presque réapprendre à vivre » (p. 133).

L'étudiant chercheur partage le constat de l'étude de Johnson et Morse (1990) et lors de sa pratique en cardiologie, il a souvent ressenti cette remise en question chez certains de ses patients. D'ailleurs un survivant coronarien lui a mentionné, « je suis passé de jeune homme à grand-père » lors de l'annonce de son diagnostic d'infarctus<sup>3</sup>. Ce type de témoignage illustre bien l'altération du soi de la personne. Cette altération qui se vit de façon très personnelle, demande un grand sens d'observation afin que l'infirmière la perçoive et accompagne la personne soignée en vue de l'aider à entreprendre la reconstruction de l'intégrité du soi.

Dans cette même perspective de recherche en soins infirmiers, Ford (1989) dans son étude exploratoire/descriptive, a interrogé sept hommes. Le but de l'étude se voulait de connaître l'expérience de vivre avec un événement cardiaque deux ans après l'infarctus et l'auteur souligne : « Il apparaît que le patient en post infarctus doit en arriver à la question "Pourquoi moi?" s'il veut revivre. Poser la question permet de retourner dans le passé, de trouver un sens à l'événement et de planifier pour le futur. C'est une occasion de croissance personnelle » (p. 178).

---

<sup>3</sup> Commentaire verbalisé lors du cours "Nouveau départ pour mon cœur" Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

De plus, King et Jensen (1994) dans leur recherche qualitative de type théorie ancrée, ont exploré le processus de la femme devant subir une chirurgie cardiaque. Elles ont interrogé dix femmes et nous révèlent « que les femmes essaient d'entreprendre cette lutte, en lui donnant un sens, en normalisant les changements perçus et en gérant l'expérience (sensation de contrôle)[...] Les femmes qui ont eu du succès dans les trois affirmations ci-haut, ont réussi à préserver leur soi et elles ont vécu, en post-opératoire, des résultats plus satisfaisants» (p. 103).

Quant à Morse (1997) dans son ouvrage : «Répondre à la menace de l'intégrité du soi, nous démontre sa théorie de niveau intermédiaire qu'elle a développé à l'aide de cinq études de théories ancrées de ses étudiants. Sa théorie explique le processus en cinq étapes de la restauration du soi: 1) Vigilance; 2) Rupture : endurer pour survivre; 3) Endurer pour vivre; 4) Souffrir : lutter pour restaurer le soi; et 5) Apprendre à vivre avec un soi altéré. Cette théorie intermédiaire s'inspire, notamment, de la théorie ancrée de Johnson et Morse (1990), les étapes se ressemblent et rappellent que la personne atteinte d'une maladie comme l'infarctus du myocarde, doit réapprendre à vivre avec un soi altéré. Ce constat demande une réflexion importante sur sa vie, ses buts et ses priorités. La restauration du soi se réalise souvent par une modification de sa propre vision de la vie. Robert et Walls (1996), dans leur recension des écrits basée sur 57 articles de recherche, vise à expliquer le développement de la sérénité. Ces auteurs définissent le soi comme étant la perception que la personne a d'elle-même. Aussi, elles soulignent que le soi s'avère l'essence de l'être humain et nous informe que la sérénité passe par une harmonisation du soi.

A la lumière de ces résultats issus de ces recherches qualitatives tels que vécu par la personne lors d'un infarctus de myocarde, ils démontrent des connaissances nouvelles et importantes pour la profession infirmière. En effet, les survivants coronariens expérimentent une altération du soi qui demande une attention particulière de la part de l'infirmière. Les interventions infirmières qui favorisent la restauration du soi

occuperont une grande priorité dans le processus de soins si l'on souhaite aider le patient à revivre sereinement.

### **Les soins infirmiers centrés sur la personne et basés selon la philosophie du *caring***

Dans cette section, l'étudiant chercheur expose d'abord la plus-value du *caring*, ce soin humain centré sur la personne unique. Ensuite, il présente l'effet de la perception de contrôle que le survivant coronarien exerce à travers son expérience de santé. Finalement, il souligne l'énergie engendrée par le phénomène de l'espoir, lorsqu'il est maintenu chez la personne soignée.

#### **Le *caring***

« L'approche des soins infirmiers basée sur le *caring* donne la priorité à la façon de voir de son client. Elle l'accompagne dans ses expériences de santé en suivant son rythme et son cheminement... » (Kérouac et al., 2003, p.21). Cette infirmière en plus de maîtriser le savoir relié à la profession, elle développe des attitudes humaines qu'elle utilise afin de donner un sens aux soins qu'elle prodigue. Watson (1985) décrit le *caring* comme un idéal de soins infirmiers, un engagement moral à protéger, à rehausser et à préserver la dignité humaine. Elle souligne même et je la cite : « Une infirmière peut performer des soins à un patient sans un sens du devoir ou de l'obligation morale et elle sera une infirmière. Il est peut-être faux de dire qu'elle prend soin du patient. Les valeurs du *caring* impliquent un niveau plus élevé de soi et de la spiritualité » (Watson, 1988, p. 31) Boykin et Schoenhofer (1997) signalent qu'une pratique infirmière basée sur le *caring* n'est pas intéressée par le diagnostic mais par la participation à une relation d'aide avec un désir de découvrir la personne à prendre soin.

Sherwood (1997), dans sa recension des écrits basée sur 27 articles scientifiques généraux et variés, présente l'effet thérapeutique de la relation d'aide. Elle souligne : Que l'humain possède un désir profond d'établir une relation avec l'autre, qu'entrer en relation demande du courage et qu'il signifie prendre un risque de rejet, de partage ou d'expression de joie ou de peine. Toujours selon Sherwood, le pouvoir de la relation humaine modifie les gens et que par le partage des émotions, ces personnes ne peuvent être complètement séparées. Une relation transpersonnelle entre l'infirmière et la personne soignée se situe au niveau de l'âme, là où il y a une capacité de comprendre et de promouvoir une guérison. Dans ce même article, Sherwood spécifie que l'individualité passe par la reconnaissance de l'histoire de vie unique de cette personne et que notre capacité de présence à l'autre représente la base du *caring*. Elle signale que le *caring* ne s'intéresse pas seulement à l'environnement externe mais aussi au soi de la personne, que la relation s'établit mieux quand il y a une confiance établie entre les gens et que cet état d'assurance stimule à considérer les aspects positifs de l'autre. De plus, elle précise que faire confiance signifie une absence de contrôle et de pouvoir, en d'autres mots, c'est une relation d'égalité.

Plusieurs chercheurs en soins infirmiers ont ciblé la clientèle de cardiologie pour leur étude. Svedlund, Danielson, et Norberg (1999), dans leur étude phénoménologique (n=34 infirmières), ont examiné la signification de l'expérience de *caring* des patients affectés par l'infarctus du myocarde tel que raconté par les infirmières de l'unité coronarienne. Les auteurs de l'étude ont ressorti lors de l'analyse du récit des infirmières, deux thèmes à l'égard des patients; 1) Se distancier de l'événement; 2) Se montrer comme vulnérable et quatre thèmes ont émergé à l'égard de la pratique du *caring* :

- 1) Lire l'autre démontre l'habileté de l'infirmière à lire le langage corporel et le regard de la personne soignée, c'est comme un sixième sens qui permet à l'infirmière de deviner l'autre.
- 2) S'adapter fait référence à la façon dont l'infirmière approche le patient selon la perception qu'elle ressent de la personne.

- 3) Entrer en contact suggère l'évolution de la relation d'aide avec le patient. Les infirmières voient comme très important d'accorder du temps afin de parler à la personne soignée et elles affirment que le premier contact est critique pour le développement de cette relation.
- 4) Aider, renvoie au besoin des infirmières de soulager la douleur, de favoriser le confort et d'offrir du soutien.

Les infirmières confirment par les deux thèmes à l'égard des patients que l'infarctus du myocarde a aussi un impact psychologique chez la personne atteinte. De plus, elles réaffirment par les quatre thèmes en lien avec la pratique du *caring*, qu'elles perçoivent ces patients comme ayant un grand besoin d'écoute, de compréhension et d'unicité.

Quant à Wallis (1998) par son étude phénoménologique, elle a voulu connaître l'expérience vécue du point de vue des patients en lien avec le *caring* des infirmières de l'unité coronarienne. Suite à l'analyse, cinq thèmes ont émergé :

- 1) Répondre aux besoins uniques du patient et de sa famille, signifie prendre soin de la personne unique et complète et une patiente dit « il y a une infirmière ici qui nous soigne comme une personne. Pour cette infirmière, je suis séparée des autres patients ici. Elle m'examine globalement et me parle à un niveau approprié. Je ne suis pas folle et je déteste être soignée comme ci... même si je suis malade » (p. 38).
- 2) Répondre à travers une relation de *caring*, se démontre par l'infirmière qui parle au patient/famille et qui tente de les connaître comme individu. À ce moment-ci, l'infirmière met en place les liens pour une relation de *caring* (Wallis, 1998). Pour les patients, les aspects les plus importants au développement et au maintien d'une relation de *caring*, sont les attitudes des infirmières. Un patient mentionne « elles démontrent par leurs actions et leurs attitudes qu'elles prennent soin, c'est la seule façon qu'une personne peut démontrer une attitude de *caring* (...) C'est la façon qu'elles regardent, parlent et je crois que tout vient des mots » (p. 39).

3) Produire une structure réfère à l'humour, le sourire, l'explication donnée, prendre le temps d'accompagner et interpréter les informations transmises par le médecin. Un patient s'exprime « elles t'expliquent tout ce qui arrive... chacune je les ai questionnées... toutes les questions que tu poses, elles y répondent et si elles ne peuvent, elles vont aller chercher la réponse » (p. 40).

4) Transcender la technologie, être capable d'être avec le patient, se traduit par l'infirmière qui démontre une compétence en regard de la technologie et qu'en plus elle se préoccupe et répond aux besoins de la personne. Un patient révèle « elles étaient tellement expérimentées quand je suis arrivé, j'avais une très grosse douleur et je crois que j'étais vraiment dans un mauvais état mais elles savaient quoi faire. Elles ont installé la perfusion IV rapidement, elles ont fait cela... sans perdre de temps... elles connaissaient ce qu'elles avaient à faire, tout en me parlant. » (p. 40).

5) S'occuper du patient et des membres de la famille, se traduit en offrant de l'aide, en étant préoccupée en anticipant les besoins et en écoutant le patient ou la famille. Wallis décrit l'essence du phénomène comme étant la réponse appropriée au besoin unique de la personne soignée. Un patient souligne « elles m'ont dorloté. Je suppose un autre mot serait qu'elles m'ont réconforté » (p. 40).

Cette étude qui raconte l'expérience des patients lors de leur séjour à l'unité coronarienne nous amènent à la conclusion qu'ils ont besoin, eux et leur famille, d'être reconnus dans leur unicité, d'être écouté et de recevoir des soins qui se démarquent par l'humanisme.

Cronin et Harrison (1988) dans leur étude quantitative n=22 ont cherché à identifier les comportements infirmiers perçus comme indicateurs de *caring* pour les patients ayant vécu un infarctus du myocarde. Les chercheurs ont utilisé l'instrument de mesure *the Caring Behaviors Assessment (CBA)* qui a une validité reconnue de 0,66 à 0,90 alpha de Cronbach. Les comportements les plus révélateurs d'indicateurs de *caring* selon les patients, en ordre de priorité, sont les suivants : 1) Connaît le travail à faire; 2) Me fait sentir que quelqu'un est présent si j'ai besoin; 3) Connaît comment

donner des IV, etc.; 4) Connaît comment se servir de l'équipement; 5) Connaît quand appeler le médecin si nécessaire; 6) Fait ce qu'elle avait dit qu'elle ferait; 7) Répond à mes questions clairement; 8) Est préoccupée et attentionnée et 9) M'enseigne en regard de ma maladie. Les comportements de soins infirmiers, indicateurs de *caring*, retenus par les patients sont très orientés vers le monitoring et les compétences professionnelles. Les auteurs mentionnent que ces résultats sont similaires à d'autres études et que cette attention est reliée à la gravité de la maladie et à l'aspect technologique de l'unité coronarienne. Elles soulignent que les infirmières devraient être informées que le développement d'une relation de *caring* peut-être rehaussée si elles donnent l'impression d'être calmes, expertes et en contrôle de la situation.

Baldursdottir et Jonsdottir (2002) ont questionné 182 patients de la salle d'urgence avec l'instrument de mesure (*CBA*) avec une validité interne de 0,69 à 0,89 alpha de Cronbach. Le but de leur recherche était de connaître les comportements des infirmières que les patients identifiaient comme étant des comportements de *caring*. Les dix comportements les plus importants s'avèrent : 1) Connaît ce qu'elle fait, 2) Connaît quand il est nécessaire d'appeler le médecin, 3) Connaît comment donner des IV, 4) Connaît comment manier l'équipement, 5) Répond à mes questions clairement, 6) Me soigne comme un individu, 7) Me donne ma médication et mes traitements à temps, 8) Fait ce qu'elle a dit qu'elle ferait, 9) Est gentille et me considère et 10) Me surveille régulièrement. Les auteurs signalent que les patients accordent beaucoup d'importance à la compétence des infirmières mais que les résultats supportent aussi, la philosophie de Watson en regard de la dignité et de soins humains.

Gay (1999) a questionné 18 patients cardiaques dans une unité coronarienne à l'aide de l'instrument de mesure (*CBA*) avec une validité de 0,66 à 0,90 alpha de Cronbach. Le but de la recherche était de connaître les comportements des infirmières que les patients cardiaques identifiaient comme étant des comportements de *caring*. Voici les douze principaux comportements que retiennent les patients : 1) Soigne moi avec respect, 2) Répond à mes questions clairement, 3) Me donne ma médication et mes

traitements à temps, 4) Connaît quand il est nécessaire d'appeler le médecin, 5) Me donne mes analgésiques quand j'en ai besoin, 6) Connaît comment donner des IV, 7) Connaît comment manier l'équipement, 8) Connaît ce qu'elle fait, 9) Me fait sentir qu'il y a quelqu'un si j'ai besoin d'aide, 10) M'écoute vraiment quand je parle, 11) Me questionne afin d'être certain que j'ai compris et 12) M'enseigne à propos de ma maladie. L'auteur en conclue que les patients considèrent autant les aspects émotionnels que les aspects techniques du soin.

L'étudiant chercheur a présenté intentionnellement deux études similaires qui selon son interprétation, révèlent des résultats différents. Les patients de la salle d'urgence (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002) qui sont une clientèle variée dans un environnement transitoire (urgence) ne semblent pas avoir les mêmes attentes de la part des infirmières. Les patients cardiaques de l'unité coronarienne (Gay, 1999) ont davantage considéré l'aspect humain du soin. Le patient cardiaque qui séjourne à l'unité coronarienne, quoique toujours à haut risque d'instabilité, ne vit pas l'angoisse de l'investigation et du diagnostic de l'urgence, il débute sa vie de cardiaque. La compétence de l'infirmière persiste mais ne devient pas la seule requête.

Thorsteinsson (2002) dans son étude phénoménologique, elle a interrogé 11 patients atteints de maladie chronique telles que : Insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, MPOC, ostéomyélite, sclérose en plaques et arthrite. Le but poursuivi était de connaître ce que les patients percevaient comme étant de la qualité des soins. Cinq thèmes émergent de sa recherche soient : 1) Les infirmières qui procurent des soins de qualité, 2) Les effets d'une bonne qualité des soins, 3) L'absence de bonne qualité des soins et ses effets, 4) Les facteurs auxiliaires et 5) L'art d'être un patient. L'auteur conclue que le *caring* s'avère la fondation principale de soins de grande qualité.

La philosophie du *caring* amène directement à voir le patient unique, complet et avec un devenir. L'infirmière qui prend soin d'un patient cardiaque, selon cette école de

pensée, aura aussi l'opportunité de faire valoir l'avenir de son patient par le contrôle que ce dernier peut exercer sur son état de santé.

### **La perception du contrôle par la personne soignée.**

Johnson et Morse (1990), dans leur étude de type théorisation ancrée, en étudiant le processus vécu par les patients ayant un premier infarctus du myocarde, mentionnent que le survivant coronarien lutte constamment afin de reprendre le contrôle et qu'en ce sens, l'harmonisation du soi aide la personne soignée à retrouver ce contrôle sur sa vie et à procurer la perception d'être redevenue une personne.

Moser et Dracup (1995), dans leur étude longitudinale (n=22), ont voulu découvrir la relation entre la perception de contrôle à deux semaines post-infarctus et le rétablissement psychosocial à six mois après l'événement. Les chercheurs ont trouvé que les patients avec une perception de contrôle plus grande ont vécu un meilleur rétablissement psychosocial tel qu'évalué par le niveau d'anxiété, de dépression, d'hostilité et d'ajustement psychosocial à la maladie. Les chercheurs signalent que la perception de contrôle du patient et de sa famille peuvent avoir un impact positif sur l'expérience de santé. Les auteurs soulignent que d'encourager le patient à faire des choix, stimuler sa participation et lui fournir de l'information s'avèrent des stratégies qui peuvent augmenter sa perception de contrôle sur son état de santé. Cette étude renforce le besoin de faire naître chez les survivants coronariens la perception du contrôle sur sa maladie.

### **Favoriser l'espoir chez la personne soignée**

L'espoir est perçu comme partie intégrante de l'existence humaine qui transcende deuil, souffrance, douleur et qui donne une énergie afin de lutter pour sa vie (Johnson & Roberts, 1996). Une personne qui perçoit de l'espoir s'attend à ce que ces

actions personnelles lui permettent d'atteindre son but (O'Malley & Menke, 1988). Cette énergie peut aider le patient à s'adapter à sa maladie coronarienne.

Daly, Davidson, et Jackson (1999), dans leur recherche qualitative de type exploratoire/descriptive, ont interrogé huit patients ayant vécu un premier infarctus du myocarde, afin de connaître la signification de l'espoir au cours de leur récente expérience de santé. Pour les participants, l'espoir est vu comme une source positive de pouvoir et nécessaire au bon rétablissement de la personne. Les entrevues ont été réalisées au domicile du participant, quatre semaines après le congé. Trois thèmes majeurs émergent de cette recherche :

1) S'accrocher à nos proches suggère que le moment d'espoir ait été engendré par la visite d'un être cher et un patient s'exprime :

« Je voulais vraiment mourir, mais je ne pouvais pas... Ma fille est venue à la maison, et pour une raison, quand je l'ai vue, c'est à ce moment que l'espoir m'est revenu, je savais qu'elle avait besoin de moi. C'est ce qui m'a retenu à travers... (p. 41).

2) Entretenir la volonté de vivre s'exprime par les survivants qui se sont vus comme liés à une force intérieure avec un pouvoir qui les appelait à combattre l'ennemi. Un des patients image le thème en disant : « ...Si vous abandonnez, vous perdez. Vous devez toujours combattre et regarder de l'avant avec espoir. Vous devez avoir la détermination de ne pas succomber à la maladie... la détermination de gagner et de passer à travers » (p. 42).

3) Avoir confiance dans le pouvoir de l'être supérieur démontre que la maladie aiguë possède une dimension spirituelle qui peut aider le gens à faire face à l'incertitude du futur. Une des patientes raconte :

« J'ai toujours senti qu'il y avait quelqu'un en haut, le Tout-Puissant... que si tu as besoin d'espoir... Je crois que si tu pries, tu l'obtiens, si ça ne fonctionne pas bien je crois que c'est peut-être parce que c'est mieux en haut » (p. 43).

En conclusion, l'infarctus du myocarde se vit en premier lieu par la destruction de cellules myocardiques. Cependant, elle provoque, également chez la personne atteinte, des réactions psychologiques de type comportementales telles que : Déné,

anxiété et dépression. La recension des écrits ci-dessus démontre que le survivant coronarien est avant tout une personne unique et complète ayant un passé riche d'expérience qui lui permet de se faire sa propre vision de la réalité. De plus, le survivant coronarien vit une altération du soi qui demande temps et énergie à harmoniser. Cette harmonisation s'amorce par l'expression des émotions, par la réflexion et aussi par l'espoir dans l'avenir, guidée et stimulée par l'infirmière qui base le soin selon la philosophie du *caring*. Cette personne soignée évolue constamment et cette expérience de santé influencera à jamais son *personhood*.

---

**CHAPITRE TROISIÈME**  
**LA MÉTHODE**

Pour atteindre le but poursuivi par cette recherche, l'étudiant chercheur a eu recours à l'approche phénoménologique. Ce chapitre présente d'abord une description de l'approche phénoménologique, pour ensuite traiter des critères d'inclusion des participants, de leur recrutement, des étapes de la méthode et de l'analyse, des considérations éthiques, de la rigueur de l'étude ainsi que de sa portée scientifique et sociale.

### L'approche phénoménologique

Cette méthodologie phénoménologique, selon l'école de pensée de Husserl (Cara, 1999 ; Walters, 1995), a été choisie car l'étudiant chercheur s'intéresse à découvrir la signification que le patient donne au phénomène **d'être soigné en tant que personne, durant l'hospitalisation**. En effet, la phénoménologie traite du phénomène de la conscience et, prise dans son sens le plus large, elle renvoie à la totalité des expériences vécues par un individu (Giorgi, 1997). « La phénoménologie s'abstient même de tenir le monde pour acquis. Elle n'accepte pas automatiquement de dire que quelque chose (est), mais cherche à comprendre ce qui motive un être conscient à dire que quelque chose (est) » (Giorgi, 1997, p. 346). Cette approche se définit en soi comme étant la science des phénomènes qui étudie les structures de la conscience, ce qui inclut une corrélation entre les actes de la conscience et leur objet. Aussi, selon Powers et Knapp (1990), la phénoménologie est un processus de développement de la connaissance et de construction d'un sens ou d'une signification de l'expérience humaine à travers un dialogue intense avec les individus qui vivent cette expérience.

En somme, le chercheur en phénoménologie part du récit de l'expérience pour d'abord se rendre aux significations. Au moyen de cette approche méthodologique, l'étudiant chercheur a cherché à comprendre le phénomène d'être soigné en tant que personne selon la perspective du participant qui a vécu l'expérience du soin lors de son hospitalisation de son premier infarctus du myocarde.

La phénoménologie a pris son essor au 20<sup>ème</sup> siècle. Elle est issue du mouvement philosophique et son développement s'est produit en trois phases (Cara, 1999 ; Cohen 1987) : La phase préparatoire, dont le principal investigateur est le professeur Brentano (1838-1917); la phase allemande qui fut marquée par deux philosophes soit Husserl (1859-1938) et Heidegger (1889-1976) et la phase française qui fut influencée plus particulièrement par Sarte (1905-1980) et Merleau-Ponty (1908-1961). Si chacune des phases fut importante, la période allemande s'avère celle qui a donné les grandes assises à la phénoménologie. D'ailleurs Husserl, professeur allemand, est fréquemment désigné comme étant le père de la phénoménologie (Cara, 1999; Cohen, 1987; Spiegelberg, 1976; Walters, 1995)

Le philosophe Husserl a d'abord obtenu une formation en mathématique. Suite à une conférence du professeur Brentano en 1887, Husserl s'intéresse à la phénoménologie. Il est motivé par la conviction que la science a besoin d'une philosophie qui permettra de reprendre le contact avec les vrais intérêts de l'humain. Il est aussi persuadé qu'un phénomène doit être étudié en s'intéressant à ses racines mêmes. L'immense contribution du professeur Husserl au mouvement phénoménologique est reconnue largement par la communauté scientifique (Cohen, 1987; Reeder, 1987 ; Walters, 1995). Précisons qu'une partie de sa carrière a été centrée sur la rigueur de la phénoménologie et qu'un nombre appréciable de ses travaux s'attardent à la réduction phénoménologique. La **réduction phénoménologique** est un procédé, en deux phases (*bracketing* et réduction eidétique, voir les définitions ci-bas), développé par Husserl dans le but de rendre plus précis les résultats des recherches (Giorgi, 1997).

### **Les définitions de certains termes en phénoménologie**

**Conscience** : Le moyen d'accès à tout ce qui se donne dans l'expérience puisqu'il n'est rien qui puisse être dit ou à quoi on puisse se rapporter qui n'inclut implicitement la conscience (Giorgi, 1997).

**Intentionnalité** : Dimension essentielle de la conscience car on est toujours conscient de quelque chose. Savoir veut dire que l'on sait quelque chose (Giorgi, 1997).

**Intuition** : Processus du chercheur pour décrire l'expérience quotidienne telle qu'elle est vécue, à partir d'une ouverture d'esprit et de plusieurs modes de conscience (Cara, 1999).

**Variation libre et imaginaire** : « Processus qui consiste à modifier à loisir des aspects ou des éléments d'un phénomène ou d'un objet (par exemple, les thèmes) pour ensuite vérifier si ce phénomène ou cet objet sont encore reconnaissables » (Giorgi, 1997 p. 351).

***Bracketing*** :

Qui commande de mettre entre parenthèses les connaissances passées relatives au phénomène étudié afin d'être entièrement présent à celui-ci tel qu'il est dans la situation concrète où il est rencontré. Cela ne signifie pas que l'on doive se vider de toute connaissance antérieure. L'entreprise relève d'une démarche particulière: il faut "mettre à l'écart" ou rendre "non influente" toute connaissance passée susceptible d'être associée à ce qui est donnée dans le moment, de façon à lui fournir l'occasion de se présenter dans sa totalité au sein de la situation (Giorgi, 1997 p. 347).

**Réduction eidétique ou essence** : L'articulation du particulier (le récit de chaque participant) à l'universalité (la signification globale du phénomène) (Cara, 1999). L'essence représente plutôt ce qui, comme sens, se maintient le plus durablement dans un contexte donné (Giorgi, 1997).

Egan (1999) rapporte que l'utilisation de l'approche qualitative sert à illustrer la perspective du patient plus clairement et que la manifestation de l'expérience de la personne permet d'éclairer certaines zones du phénomène. Cohen (1987) souligne par ailleurs que la description phénoménologique a été utilisée pour aider les thérapeutes à considérer le patient à travers la signification qu'il donne à sa situation, à sa réalité

plutôt que de le considérer à travers la projection de leurs propres théories. Cet énoncé s'apparente à la vision des infirmières théoriciennes du *caring*, qui ont mis en valeur l'importance de comprendre la perspective du patient comme élément central pour prodiguer des soins infirmiers appropriés. Cette considération incontournable de la perspective du patient s'applique tout aussi bien au chercheur qui veut comprendre un phénomène relié à l'humain tel que d'être soigné en tant que personne.

## **Le déroulement de l'étude**

### **Les participants à l'étude**

Les participants devaient répondre aux critères suivants : Être hospitalisés pour un premier infarctus du myocarde, comprendre et parler le français, ne pas présenter de déficit cognitif, être intéressés à partager leur expérience et être âgés de moins de 55 ans. Le choix de ce groupe d'âge a permis de réunir un nombre suffisant de participants potentiels présentant des caractéristiques communes, selon les étapes de la vie d'Erikson (1982). Ce critère a été sélectionné afin de faciliter le principe de la redondance (Benner, 1994 ; Cara, 1999). Du fait qu'en phénoménologie, le nombre de participants nécessaires à la recherche se précise quand se manifeste une certaine redondance des données relatives au phénomène à l'étude (Benner, 1994 ; Cara, 1999), il était prévu un recrutement de trois à cinq personnes pour la présente recherche étant donné les limites de temps imposées pendant le programme de maîtrise. Ainsi, cinq hommes ont été rencontrés afin de procéder à une entrevue semi-structurée trois à quatre semaines en post-hospitalisation.

Les cinq participants, âgés de 37 à 51 ans, ont vécu un premier infarctus du myocarde suivi d'une angioplastie coronarienne. Ils ont suivi un parcours identique au centre hospitalier en passant d'abord par l'urgence, ensuite l'unité coronarienne et finalement à l'unité de réadaptation cardiaque. Aucun des patients n'a expérimenté des complications majeures. Tous possèdent un diplôme d'études secondaires, par contre

l'un d'entre eux a fait l'école des HEC sans toutefois terminer la scolarité. Quatre participants vivent en couple avec un ou deux enfants. L'autre participant vit seul et son enfant est maintenant autonome. Le profil d'emploi correspond à une grande diversité soit : Col bleu pour une grande région métropolitaine, journalier dans une usine, mécanicien à son compte, directeur de finance et enfin, représentant des ventes. Afin de préserver la confidentialité des participants, chacun d'eux s'est choisi un pseudonyme. Il s'agit de Jean, Pierre, Franco, Junior ainsi que Gérard.

### **Le recrutement des participants**

La recherche qualitative a eu lieu dans un centre hospitalier ultraspécialisé affilié à l'Université de Montréal. L'étudiant chercheur a rencontré l'équipe de soins concernée : Les infirmières, l'infirmière clinicienne spécialisée, l'infirmière du suivi systématique de la clientèle de cardiologie et les gestionnaires de soins afin de présenter le contenu de la recherche et de répondre à leurs questions. La demande de participation à la recherche a été proposée aux patients par le personnel soignant. Cette formule a été retenue par considération éthique pour le participant et parce que l'étudiant chercheur favorise les soins infirmiers empreints de *caring*. En effet, selon cette approche, l'infirmière qui a établi un lien de confiance avec le patient, est la personne la plus appropriée pour juger de l'éligibilité de son patient au sein de l'étude, selon les critères d'inclusion. Ce lien privilégié lui offre aussi de bonnes opportunités pour proposer une participation à la recherche. Lorsque qu'un participant était retenu par l'équipe des soins, l'étudiant chercheur vérifiait les critères d'inclusion en consultant le dossier médical et il rencontrait la personne afin de se présenter, de répondre à ses questions, de prendre rendez-vous et de faire signer le formulaire de consentement (annexe A). Un questionnaire socio-démographique a été complété par écrit afin de démontrer les critères d'inclusion de même que pour avoir le profil de chaque participant (annexe B).

## La collecte des données

La collecte de données a été effectuée principalement au moyen d'une entrevue semi-structurée. D'autre part, un guide d'entrevue à questions ouvertes (annexe C), inspiré par quelques auteurs (Aucoin, 1987; Belzile, 2001; Desjeans & Doucet, 1989; Gagné, 1998; Lauzier, 1999), a facilité l'entrevue enregistrée sur bande audio en plus d'offrir une assurance que l'ensemble du phénomène a été couvert. Ce guide d'entrevue a été conçu par l'étudiant chercheur en portant une attention particulière afin de connaître l'expérience vécue en lien avec le phénomène; à la première et à la troisième question. La deuxième et la quatrième question font appel aux dimensions émotionnelles et cognitives du phénomène pour finalement arriver à la cinquième question qui permet au participant d'enrichir le contenu de son expérience par les différents commentaires de son choix. (Voir tableau 6).

Le guide d'entrevue a d'abord été validé par une personne qui vit une maladie chronique (diabète compliqué d'insuffisance rénale et en attente d'une greffe rénale) et de trois patients ayant vécu un premier infarctus du myocarde. Cette précaution a fourni l'assurance que les questions sont compréhensibles et rapportent l'expérience en fonction du phénomène étudié. La validation a été faite durant l'hospitalisation des patients.

Avant d'entreprendre le processus de la recherche, l'étudiant chercheur a complété son *bracketing* (voir annexe D) tel que suggéré par Giorgi (1997). Dans un journal de bord, il a écrit ses valeurs, ses expériences et ses connaissances en lien avec l'infarctus du myocarde, le *caring* et la signification d'être soigné comme personne. Cette étape se voulait un moyen de reconnaître les connaissances et perceptions relatives au phénomène afin que l'étudiant chercheur soit entièrement présent, avec intuition, au récit de l'expérience du participant.

Tableau 6

Les questions de l'entrevue structurée en lien avec la justification

| Questions   | Justification  |
|---|--|
| 1) Racontez-moi, un événement vécu, durant votre hospitalisation pour votre infarctus où vous avez ressenti que l'infirmière vous soignait en tant que personne | Dimension expérientielle   |
| 2) Dites-moi ce que vous ressentez quand une infirmière vous soigne en tant que personne  | Dimension émotionnelle   |
| 3) Racontez-moi, un événement vécu, au cours duquel vous avez ressenti que l'infirmière n'avait aucun respect pour vous en tant que personne                    | Dimension expérientielle   |
| 4) Dites-moi ce que cela représente pour vous d'être soigné en tant que personne par une infirmière   | Dimension cognitive  |
| 5) Que recommanderiez-vous aux infirmières, afin qu'elles vous soignent comme personne  | Permettre aux participants d'exprimer davantage sur le phénomène |

La collecte des données a été réalisée par une entrevue enregistrée sur bande audio afin de permettre la retranscription, en verbatim, la plus précise possible de l'expérience de la personne. La rencontre, d'une durée approximative d'une heure, avait lieu au domicile du participant durant la troisième ou quatrième semaine suivant son congé de l'hôpital. L'étudiant chercheur a choisi ce moment en raison de l'évolution de l'infarctus du myocarde. En effet, Mallan (1992) indique qu'un taux élevé d'anxiété est vécu lors des premières semaines du retour à domicile. D'ailleurs, afin de libérer l'esprit

du participant des questions concernant l'infarctus, l'étudiant chercheur s'est assuré d'y répondre avant l'entrevue.

Les quatre principes décrits par Poupart (1997) ont inspiré l'étudiant chercheur lors de l'entrevue avec le participant :

- 1) Obtenir la collaboration du participant : L'étudiant chercheur a expliqué l'utilité de la recherche au participant en lui exposant que l'étude contribuera à améliorer le savoir de la profession et ainsi influencer la pratique des soins infirmiers. Il a précisé que cette recherche s'appuie entièrement sur l'expérience du patient telle qu'il la vit et la relate. Le patient devient ici l'expert du phénomène d'être soigné en tant que personne.
- 2) Mettre le participant à l'aise par des éléments de mise en scène : Les choix du moment et du lieu de l'entrevue ont été décidés par le participant. Le domicile de ce dernier a été privilégié puisqu'il s'avère l'environnement le plus familier au participant. L'usage du magnétophone a été fait avec discrétion et l'étudiant chercheur s'est efforcé d'encourager le participant à s'exprimer en faisant preuve à son égard d'un maximum d'écoute, d'empathie et d'intérêt pour ce qu'il disait. De plus, il a évité d'interrompre ce dernier.
- 3) Gagner la confiance du participant : L'étudiant chercheur a demandé au participant de se choisir un nom fictif afin de préserver la confidentialité. Aussi, il a rappelé au participant que le récit n'influencera en rien les soins et services à recevoir au centre hospitalier dans l'avenir et l'a assuré de la confidentialité des données.
- 4) Amener le participant à prendre l'initiative du récit et à s'engager : Pour faciliter la spontanéité, l'étudiant chercheur a évité d'interrompre le participant pendant qu'il s'exprimait, il a respecté les temps de silence de manière à ce que le participant puisse enchaîner par lui-même et il a utilisé les techniques de la reformulation dans le but de lui faire préciser ou clarifier les thèmes abordés.

## Les étapes de l'analyse

L'analyse a été faite selon les étapes de Giorgi (1997) soit : La lecture et la division des données en unités de signification, l'organisation et l'énonciation des renseignements bruts dans le langage de la discipline et la synthèse des résultats à des fins de communication à la communauté scientifique. Le tableau 7 résume bien le processus de l'analyse à la page suivante.

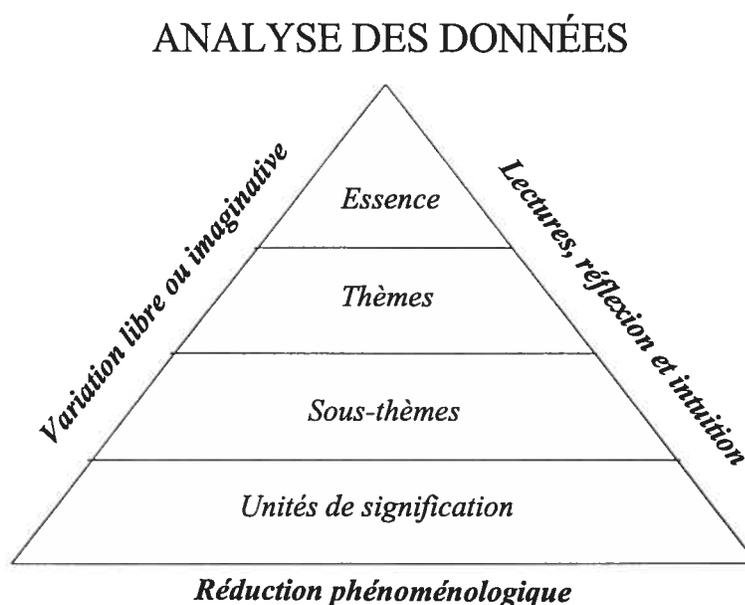
**1) La lecture des données :** Juste avant la lecture du verbatim, l'étudiant chercheur a relu et réfléchi à son *bracketing* afin de reconnaître ses propres croyances et expériences et d'être à l'écoute de l'expérience telle que racontée par les participants à l'étude (Cohen, 1987; Reeder, 1987; Walters, 1995). Le verbatim a été par la suite, lu à plusieurs reprises pour rendre l'expérience familière et d'en obtenir le sens global. A cette étape, l'étudiant chercheur a souhaité s'imprégner du récit du participant sans tenter de l'analyser prématurément.

**2) La division des données en unités de signification :** À cette étape, il est important de rappeler que la phénoménologie est orientée vers la découverte. « Dans cette optique, si on veut trouver du sens dans les données, l'attitude de chercheur doit être suffisamment ouverte pour laisser l'intuition nous dégager des significations imprévues » (Giorgi, 1997, p.355). Par un terme descriptif, juste et pertinent, l'étudiant chercheur a subdivisé le récit selon le caractère de l'expérience de la personne, en unités de signification. Giorgi (1997) explique que les unités de signification n'existent pas comme telles dans la description, mais elles résultent plutôt de l'attitude et de l'activité du chercheur. Le terme descriptif a été discuté avec le participant et ce dernier validait l'analyse des unités de signification. En cas de désaccord, le participant et l'étudiant chercheur ont trouvé ensemble la description la plus appropriée qui traduisait le mieux la pensée du participant.

3) **L'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline** : À cette phase du processus de l'analyse d'où naissent les sous-thèmes, les unités de signification ont été examinées, explorées et décrites de nouveau, de façon à rendre plus explicite la valeur de chaque unité à l'égard de la discipline. À cette étape, l'utilisation de l'intuition s'avère fondamentale. Elle correspond au processus du chercheur pour décrire l'expérience quotidienne telle qu'elle est vécue, à partir d'une ouverture d'esprit et de plusieurs modes de conscience (Cara, 1999). La méthode de variation libre et imaginaire joue également un rôle-clé dans la mise en oeuvre d'intuitions essentielles qui soient conformes à la discipline (Beck, 1994; Cara, 1999; Giorgi, 1997).

Tableau 7

Processus de l'analyse en phénoménologie, Cara (1999)



4) **La synthèse des résultats** : L'analyse a été élaborée sans soutien informatique. Pour chaque participant, les unités de signification ont été codées et les données relatives aux participants à l'étude ont été colligées. De ces unités de significations sont nées des

sous-thèmes qui ont été à leur tour regroupés afin de créer les thèmes pour finalement, en découvrir l'essence du phénomène. L'étudiant chercheur a utilisé la méthode de la variation libre et imaginaire. Cette méthode signifie que l'on modifie à loisir des aspects ou des éléments d'un phénomène ou d'un objet afin de vérifier s'ils sont encore reconnaissables (Giorgi, 1997). Cette procédure a permis d'identifier l'essence du phénomène étudié qui résume l'ensemble de l'expérience des participants. Dans le but d'assurer la rigueur scientifique, l'étudiant chercheur a été guidé et sa démarche a été vérifiée par ses directrices de recherche tout au long de celle-ci.

### **Considérations éthiques**

L'étudiant chercheur a présenté le projet au comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier choisi. Après analyse du comité, le projet de recherche a été retenu (annexe E). La demande de participation à la recherche était effectuée par le personnel soignant afin de favoriser l'autodétermination du participant (Fortin, 1996). La signature d'un consentement libre et éclairé a été demandée à chaque participant. Tous ont été informés des raisons justifiant la nécessité de l'enregistrement des entrevues. L'étudiant chercheur s'est engagé à détruire les enregistrements au moment où le jury final aura donné son approbation quant au mémoire. Les enregistrements ont été conservés sous clefs et ont été accessibles uniquement à l'étudiant chercheur et aux directrices de recherche. Il a été demandé à chacun des participants, de fournir un nom fictif afin d'assurer la confidentialité. En aucun temps, les noms réels des participants à l'étude n'ont été dévoilés. Les participants ont été informés dès le début de la possibilité de quitter la recherche à n'importe quel moment, et ce, sans avoir à se justifier. Finalement, si un participant avait manifesté un besoin de consultation suite aux émotions vécues lors de l'entrevue, l'étudiant chercheur aurait dirigé le participant vers un consultant approprié. Ce qui n'est toutefois pas survenu.

## La rigueur de l'étude

Les critères de rigueur en phénoménologie sont l'authenticité et la crédibilité (Cara, 1999). L'**authenticité** signifie que les résultats correspondent bien à l'expérience telle qu'elle est vécue par les participants (Cara, 1999). Ce critère a été assuré en premier lieu par le respect de la méthodologie de Giorgi (1997) et le *bracketing* de l'étudiant chercheur qui sert à reconnaître ses propres valeurs, ses connaissances et ses expériences personnelles. En second lieu, le critère a été satisfait par les multiples lectures des entrevues et par l'utilisation de l'intuition. Finalement, l'étudiant chercheur a réalisé une deuxième rencontre, pour que chaque participant puisse donner son accord avec l'analyse et l'interprétation faite dans le but de bien traduire leur pensée.

Enfin, la **crédibilité** consiste à ce que les résultats décrivent vraiment le phénomène à l'étude (Cara, 1999). Ce critère a été assuré par une diversité certaine des participants et par les entrevues jusqu'à une certaine redondance, soit 5 participants. Au cours de l'analyse, l'étudiant chercheur a utilisé la variation libre et imaginaire pour la recherche de l'essence. En tout dernier lieu, la crédibilité a été vérifiée par la reconnaissance du phénomène par les lecteurs et les experts du milieu clinique.

## Portée scientifique et sociale de l'étude

La présente étude permet aux infirmières de mieux comprendre le phénomène d'être soigné en tant que personne ce qui pourra contribuer à faciliter le lien de confiance avec le patient. Par l'entremise des thèmes de l'étude, les participants identifient des pistes réelles afin d'accéder à leurs émotions. Une fois l'émotion exprimée à l'infirmière, elle s'avère plus en mesure d'offrir un accompagnement selon les besoins de la personne soignée. En somme, la connaissance de ce phénomène aide l'infirmière à pratiquer des soins infirmiers holistiques basés sur une philosophie de *caring*. Sur le plan social, on peut en déduire que le patient, en se sentant davantage soigné en tant que personne, en expérimentant un accompagnement afin de lui permettre

de mieux cheminer à travers sa situation de santé, peut verbaliser davantage sa satisfaction et sa reconnaissance quant à la pratique des soins infirmiers centrée sur la personne.

**CHAPITRE QUATRIÈME**  
**L'ARTICLE POUR PUBLICATION**

## **La signification d'être soigné en tant que personne, durant l'hospitalisation: Perspectives de patients vivant un premier infarctus du myocarde**

### **Le résumé**

Quoique très meurtrier au début des années soixante-dix, l'infarctus du myocarde fait de moins en moins de victimes. Avec la venue de nouvelles médications et de nouvelles procédures thérapeutiques, la mortalité décroît de façon continue depuis le début des années quatre-vingts. Par conséquent, l'infirmière en cardiologie soigne de plus en plus de survivants coronariens. Une clientèle qui expérimente, souvent pour la première fois, la vulnérabilité de la vie. En effet, les écrits scientifiques révèlent que ces personnes vivent des sentiments de déni, de colère, d'anxiété, d'inquiétude, d'incertitude, de dépression, etc. De plus, plusieurs d'entre elles expriment un questionnement sur le « pourquoi moi ». Ces réactions ne peuvent qu'entraver l'intégrité du soi qui s'avère davantage bouleversée lorsque l'individu ne se sent pas soigné en tant que personne, c'est-à-dire, avec tout le respect et l'intérêt sollicités lors de son hospitalisation.

Le but de cette recherche de type phénoménologique consistait donc à décrire et à comprendre la signification d'être soignée en tant que « personne » pour un individu qui expérimente un premier infarctus du myocarde durant l'hospitalisation. Cinq hommes québécois ont participé à cette étude. L'analyse des verbatim a permis de dégager quatre thèmes soient : 1) Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi ; 2) Percevoir de l'attention à mes préoccupations ; 3) Ressentir un soin empreint d'humanisme et 4) Être en sécurité. L'essence du phénomène d'être soignée en tant que personne conduit directement à la philosophie du *caring* de Boykin et Shoenhofer (1993, 2001), utilisée comme toile de fond de cette étude. En effet, les chercheurs en sont arrivés au constat que, pour l'ensemble des participants, les comportements et les attitudes de *caring* assurés par l'infirmière s'avèrent tributaires au sentiment d'être soigné en tant que personne. Enfin, une telle étude contribue au renouvellement des pratiques infirmières en aidant à mieux comprendre comment soigner le survivant

coronarien en tant que personne dans le but de faciliter le lien de confiance et d'accéder aux émotions du patient afin de mieux l'accompagner dans son expérience de santé.

Mots clés : attention, *caring*, communication, être une personne, infarctus du myocarde, *personhood*, phénoménologie, sécurité.

### **L'introduction**

Durant l'année 1976 au Canada, 32 000 personnes ont été recensées comme ayant subi un infarctus du myocarde. Le nombre est passé à 38 000 en 1996 et 46 000 s'avère le nombre estimé pour l'an 2016 (Gouvernement du Canada, 1999). L'infarctus du myocarde apparaît surtout vers l'âge de 45 ans et son incidence s'accroît avec l'âge. Toutefois « le nombre réel d'hospitalisations pour ce diagnostic, qu'il s'agisse d'une première fois ou d'une récurrence, augmente depuis 1980 et devrait continuer de le faire au début du XXI siècle en raison du vieillissement de la population » (Gouvernement du Canada, 2003, p. 39). De plus, le poids du phénomène de l'obésité en Amérique du Nord fait craindre le pire en ce qui concerne le diabète et la maladie cardiaque (Katz, 2003). Quoique très meurtrier au début des années soixante-dix, l'infarctus du myocarde fait de moins en moins de victimes. Avec la venue de nouvelles médications et de nouvelles procédures thérapeutiques, la mortalité décroît de façon continue depuis le début des années quatre-vingts (Gouvernement du Canada, 1999). Par cette réussite du traitement médical, l'infirmière en cardiologie soigne de plus en plus de survivants coronariens. Une clientèle qui expérimente, souvent pour la première fois, la vulnérabilité de la vie et qui par le fait même, les confrontent à leurs valeurs et à leurs choix de vie.

### **La recension des écrits**

En présence de maladie, le concept de soi de chaque personne évolue au gré de ses expériences (L'Écuyer, 1994). Tel que discuté par plusieurs études, le patient cardiaque n'échappe pas aux effets psychologiques engendrés par cette expérience. Par exemple, le déni a été documenté par plusieurs chercheurs comme étant un mécanisme

d'adaptation utilisé par l'individu afin de réduire le haut niveau d'anxiété engendré par l'infarctus du myocarde (Whisnie, Hackett, & Cassem, 1971; Esteve, Valdes, Riesco, Jodar, & de Flores, 1992). Par contre, le déni au début des symptômes de l'infarctus peut devenir dangereux. La personne qui nie la présence de douleurs cardiaques et qui ne consulte pas, augmente ses risques de complications et voire même sa survie (Dempsey, Dracup, & Morse, 1995 ; Zerwic, Ryan, DeVon, & Drell, 2003) L'anxiété s'avère une autre réponse psychologique forte importante en post infarctus et peut persister pendant toute une année (Havick & Macland, 1990). Une recherche a démontré qu'un taux d'anxiété élevé amène une insatisfaction durant la période de convalescence, une diminution du retour au travail et une difficulté de la reprise de la vie sexuelle (Friedman, 2000). Même que certaines recherches ont pu prouver que l'anxiété augmente les risques de complications telles que la réinfarcisation et la fibrillation ventriculaire (Busilli & Stuart, 1999; Morse & Dracup, 1996). Par contre, une étude a aussi mis en évidence que les cliniciens des soins intensifs éprouvaient de la difficulté à bien évaluer l'anxiété chez la clientèle (Frazier, Moser, O'Brien, Garvin, An, & Macko, 2002). Enfin, la troisième réponse psychologique suite à l'infarctus du myocarde s'avère la dépression. Bien que le taux de dépression s'avère variable d'une étude à l'autre soit de 12% jusqu'à 30%, l'ensemble de ces recherches révèlent que la dépression a un lien significatif lié avec la mortalité (Irvine, Basinski, Baker, Jandciu, Paquette, Cairns, Connely, Roberts, Gent, & Dorian, 1999; Lauzon, Beck, Huynth, Dion, Racine, Carignan, Diodati, Carbonneau, Dupuis, & Pilote, 2003; Welin, Lappas, & Wilhelmsen, 2000).

D'autres types d'études ont voulu comprendre l'expérience du patient qui subit l'infarctus du myocarde. Ces recherches, pour la plupart qualitatives, nous renseignent sur la perspective du patient lui-même. Johnson et Morse (1990), suite à l'analyse de multiples données, arrivent à la conclusion que l'individu lutte environ un an afin de reprendre le contrôle sur sa vie. Elles expliquent que le patient doit en arriver à la question « pourquoi moi » s'il veut revivre et qu'il doit entreprendre cette lutte en lui donnant un sens (Ford, 1989; King & Jensen, 1994). Comme le démontre les trois

études ci-hauts citées, l'infarctus du myocarde affecte le soi de la personne, même que Morse (1997) conclut, dans sa théorie face à la menace de l'intégrité du soi, que la personne doit apprendre à vivre avec un soi altéré. Par contre, Robert et Walls (1996) soulignent que le soi s'avère l'essence de l'être humain et que la sérénité passe par une harmonisation du soi. Mais comment aider le patient à harmoniser le soi ? Cette partie de lui, si intime, n'est disponible que si le patient la partage. Des soins dispensés selon une approche *caring* peuvent faire partie de la solution. Le *caring* est décrit comme un idéal en soins infirmiers, un engagement moral à protéger, à rehausser et à préserver la dignité humaine (Watson, 1985). Une pratique infirmière basée sur le *caring* ne s'intéresse pas uniquement au diagnostic mais plutôt à l'accompagnement empreint de respect et à la nécessité de découvrir la personne soignée (Boykin & Schoenhofer, 1997). Bien que plusieurs études nous informent sur les comportements des infirmières perçus comme étant *caring* par les patients cardiaques (Gay, 1999; Sveldlund, Danielson, & Norberg, 1999; Wallis, 1998), aucune ne s'intéresse à la signification d'être soigné en tant personne, pour le patient cardiaque, d'où la pertinence et l'aspect novateur de réaliser une telle recherche.

### **La méthode, les participants et la procédure**

Afin d'atteindre le but poursuivi par cette recherche, la phénoménologie fut la méthode utilisée puisqu'elle vise à décrire la signification d'une expérience et à explorer un phénomène tel qu'il est vécu et perçu par la personne qui le vit (Giorgi, 1997; Watson, 1985). Le projet a été soumis au comité d'éthique de la recherche d'un centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal. Après l'approbation, le recrutement s'est réalisé à l'aide des infirmières de l'unité de soins. Cette formule a été retenue par considération éthique pour le participant (Fortin, 1996). Les critères d'inclusions s'avéraient les suivants : Avoir un premier infarctus du myocarde objectivé par un ECG et des enzymes cardiaques (Siomko, 2000), être âgé de moins de 55 ans (Erikson, 1982), parler le français et finalement, vouloir partager son expérience. Cinq hommes entre 37 et 51 ans ont participé à cette étude. Les cinq participants ont vécu un premier infarctus

du myocarde suivi d'une angioplastie coronarienne. Ils ont suivi un parcours identique au centre hospitalier en passant d'abord par l'urgence, ensuite l'unité coronarienne et finalement à l'unité de réadaptation cardiaque. Aucun des patients n'a expérimenté des complications majeures. Tous possèdent un diplôme d'études secondaires, par contre l'un d'entre eux a fait des études universitaires sans toutefois terminer la scolarité. Quatre participants vivent en couple avec un ou deux enfants. L'autre participant vit seul et son enfant est maintenant autonome. Le profil d'emploi correspond à une grande diversité soit : Col bleu pour une grande région métropolitaine, journalier dans une usine, mécanicien à son compte, directeur financier et enfin, représentant des ventes (voir tableau 1). Afin de préserver la confidentialité des participants, chacun d'eux s'est choisi pseudonyme : Jean, Pierre, Franco, Junior ainsi que Gérard. Les participants ont signé un consentement au moment du recrutement.

La collecte des données a été effectuée principalement au moyen d'une entrevue semi-structurée d'une durée moyenne de 1 heure. Elle a eu lieu au domicile du patient, lors de la troisième ou quatrième semaine après le congé du centre hospitalier. Le verbatim de chaque entrevue a d'abord été retranscrit afin d'en faciliter l'analyse selon la méthode de Giorgi (1997). La lecture à maintes reprises des verbatim a permis de dégager des unités de significations, lesquelles ont été regroupées en sous-thèmes. Ces derniers ont ensuite été examinés et décrits afin d'en dégager les thèmes, desquels a émergé l'essence afin d'offrir une synthèse des résultats. Enfin, l'analyse des unités de signification a été validée auprès des participants lors d'une seconde rencontre.

### **Les résultats et la discussion**

Quatre thèmes émergent de l'étude soient : 1) Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi ; 2) Percevoir de l'attention à mes préoccupations ; 3) Ressentir un soin empreint d'humanisme et 4) Être en sécurité (voir tableau 2). La présentation des résultats et la discussion se font simultanément afin d'alléger le texte.

**Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi** se compose de trois sous-thèmes soient : 1) Communiquer avec moi; 2) M'enseigner à propos de ma situation de santé et 3) Prendre le temps d'être avec moi. L'aspect novateur de ce résultat rappelle que la communication sort gagnante de toutes autres interventions infirmières et ce, peu importe l'unité d'hospitalisation : Urgence, unité coronarienne ou unité de réadaptation cardiaque. L'action de communiquer était perçue comme une marque de considération à leur égard que ce soit le simple dialogue, la préparation pour les examens ou le programme d'enseignement pour la clientèle d'infarctus. Voici le récit de Gérard :

Mais elle m'a mis en sécurité aussi en me disant que rendu dans l'autre salle (hémodynamie) faites-vous en pas il va y avoir beaucoup de monde alentours de vous, ça m'a préparé déjà à ça parce que j'imagine qu'elle ne me l'aurait pas dit tu rentres là, comme tu vois un paquet de monde je pense que t'as peur aussi un peu mais en entrant je n'ai pas fait le saut parce que je m'attendais à voir bien du monde le cardiologue, l'infirmière... on m'avait déjà préparé à ça, j'ai trouvé cela humain.

Les participants ont aussi révélé leurs perceptions de la qualité de la présence de l'infirmière. Les patients exprimaient dépister rapidement les infirmières qui leur parlaient par routine et celles qui voulaient en savoir plus. L'attitude de l'infirmière était révélatrice à cet égard. La présence la plus remarquée fut lorsqu'une infirmière s'est accotée sur le mur en lui parlant. Elle donnait vraiment l'impression à Junior qu'elle s'arrêtait pour lui et il le raconte ainsi : *« L'autre que je parlais tantôt, c'est la même chose elle aussi, on a jasé mais tu vois elles s'accotaient sur le mur pis t'avais vraiment l'impression qu'elles étaient arrêtées pis qu'elles t'écoutaient »*.

Ce thème sur la communication corrobore les résultats de divers écrits. Par exemple, dans sa revue des écrits scientifiques sur le thème de la communication, Fredricksson (1999) souligne que les patients qui font face à une maladie aiguë ou chronique vivent une certaine souffrance et se posent la question : « Pourquoi ça m'arrive et pourquoi maintenant ? Fredricksson spécifie que l'interprétation de cette question peut se voir sous l'angle de la "cause" ou sous l'angle de la "signification". L'auteure distingue également deux types de communication : La communication avec

un contact (correspondant à entendre, toucher avec une orientation sur la tâche et être présent, dans le sens d'être là) et deuxièmement, la communication avec une relation (laquelle se caractérise par l'écoute, le toucher affectueux et la présence comme être avec). Les travaux de cette auteure confirment la perception des chercheurs de la présente étude qui considère que parmi les cinq participants, il y avait deux types de communication. Les trois participants qui cherchaient la "cause" de l'infarctus, parlaient davantage d'un dialogue avec les infirmières. Tandis que les deux autres qui recherchaient la "signification", exprimaient vouloir parler avec les infirmières mais afin de mieux comprendre ce qu'ils vivaient. Ces résultats mis en lien avec le modèle de Fredricksson aident à comprendre les particularités des participants et par le fait même, envisagent la possibilité de mieux personnaliser le soin. Quoique la communication puisse se vivre de façon différente, il n'en demeure pas moins que de nombreux articles démontrent ce besoin chez la clientèle cardiaque. Il ne faut pas oublier, que lors d'un premier infarctus, il est fort probable que l'expérience de sa propre vulnérabilité, en tant qu'humain, s'avère un premier constat. Donc, le patient a besoin de communiquer et désire reprendre le contrôle sur sa vie (Johnson & Morse, 1990).

Le second thème, **percevoir de l'attention à mes préoccupations** représente la synthèse de quatre sous-thèmes soient : 1) Ressentir de l'attention à mon égard; 2) Percevoir que l'on veut connaître ce que je vis; 3) Percevoir que l'on me répond dans un délai raisonnable et 4) Recevoir une réponse à mes besoins. Les participants de l'étude traduisent ce thème en exprimant ce qu'ils ont perçu et ressenti lors de certaines attitudes de la part des infirmières. Cette attitude de l'infirmière a grandement contribué à leur donner l'impression qu'ils étaient soignés en tant que personne.

Cette attention à leurs préoccupations a été ressentie à différents moments du processus de soins, Lors d'une réponse rapide à une alarme du moniteur cardiaque, comme en témoigne Gérard: *«Peut-être deux trois fois, le cœur sautait plus que 100 battements/min. je pense ché pas trop quoi, tout de suite elles venaient t'avais pas besoin de peser sur la cloche d'appel»*. Lorsqu'on les a questionnés en regard de leur

état de santé particulièrement lorsqu'on les a incités à parler de leur état psychologique tel que raconté par Jean : «*Mais elles voient ton état les infirmières, à certains moments j'étais moins enthousiasme elles s'apercevaient de cela et elles me parlaient, ça me faisait du bien*». Et lors de la réponse rapide de l'évaluation de santé au moment du triage à la salle d'urgence ce fut aussi, un événement grandement reconnu comme étant centré sur la personne tel que le souligne Jean :

Pour moi, j'ai été impressionné un petit peu vu que c'est la première fois que ça se passe vite quand t'arrive à l'urgence, même si t'es arrivé par tes propres moyens. Elle m'a dit assoyez-vous, elle m'a mise à l'aise tout de suite, mais lorsqu'elle m'a dit qu'elle croyait que c'était le coeur et qu'elle me transférait directement sur une civière pour des examens, là je me suis mis à pleurer mais j'étais content d'avoir passé rapidement même s'il y avait plein de monde...

Ces attentions donnaient l'impression aux participants d'être des personnes uniques. En d'autres mots, ils percevaient que les infirmières personnalisait leurs soins en fonction d'eux en tant que personne. Les chercheurs ont uni les sous-thèmes ensemble de par l'importance accordée aux mots attention et préoccupation. Le patient cardiaque, souvent ébranlé par l'événement, a besoin que l'on soit attentif à lui, qu'on le reconnaisse comme une personne entière et unique ayant des besoins particuliers et garant d'un avenir.

Ces résultats corroborent ceux de divers écrits. Pour sa part, Higgins (2001), dans son étude de type phénoménologique, a questionné 23 patients de médecine et chirurgie afin de connaître leur vécu lors de leur hospitalisation. Elle amène quatre thèmes dont le premier s'intitule *Caring as affirming or denying personhood*. Elle souligne :

Qu'affirmer le *personhood* signifie d'être unique, très important et très spécial pour l'infirmière. Ce n'est pas être juste un autre patient, c'est comme être l'ami de l'infirmière avec tous les attributs à l'amitié comme la camaraderie, la compréhension et une personne à qui se confier. (Traduction libre, p. 117).

Les patients de cette étude ont ressenti le *personhood* par les attitudes des infirmières, les mots qu'elles utilisaient, le type de discussion plus personnelle. Elles

donnaient l'impression qu'elles aimaient leur travail et qu'elles étaient intéressées par les patients.

D'ailleurs Boykin et Schoenhofer (2001), dans leur modèle de soins infirmiers *Nursing as Caring* servant de toile de fond pour cette étude, spécifient que le concept du *personhood* s'avère un bon moyen afin de centrer le soin sur la personne soignée selon la philosophie du *caring*. En d'autres mots, soigner à l'aide du concept du *personhood* amène les infirmières à voir le patient davantage comme une personne unique et complète avec une histoire, des valeurs, des rêves, etc.

Le troisième thème, **ressentir un soin empreint d'humanisme**, représente le soin infirmier offert selon l'approche du *caring*. Il se compose de quatre sous-thèmes: 1) Me sentir respecté et considéré; 2) Percevoir un soin humain; 3) Préserver mon intimité et 4) Reconnaître des attitudes chaleureuses.

Pour ce thème, la perception d'être respecté et considéré par l'infirmière fut très remarquée par les participants. Les patients affirment avoir grandement apprécié le vouvoiement et Franco raconte « *J'ai été traité comme une personne, je veux dire qu'elles me vouvoyaient* » ainsi que le respect de la parole des infirmières qui se sont engagées à revenir faire un soin quelconque auprès des participants. De même, les participants ont exprimé leur déception lorsque l'infirmière ne tenait pas sa promesse. Voici le verbatim de Pierre :

À l'étage elle m'a expliqué beaucoup de choses je l'avais trouvé gentille mais pour ça j'ai trouvé que j'étais comme peut être un morceau de jambon parce qu'elle m'avait dit qu'elle était supposée de venir me désinfecter puis elle a enlevé l'intraveineuse puis elle est partie puis finalement c'est une autre infirmière qui est arrivée et c'est moi qui lui a dit.

La perception d'un soin humain a aussi été exprimée par les participants lorsque les infirmières sont allées au-delà de la tâche. Les participants ont grandement apprécié l'angle de la relation interpersonnelle. De plus, le message non verbal et les attitudes chaleureuses lors des soins ressortent gagnants afin que les participants ressentent

davantage l'aspect humain des soins. Les participants parlaient des tâches des infirmières, comme la prise de sang et les signes vitaux mais au moment où ils commençaient à décrire l'aspect d'humanisation, les patients commençaient à ajouter des éléments comme ses attitudes, ses attentions, sa façon d'entrer en relation ou d'écouter. Les comportements et attitudes des infirmières permettaient aux patients de ressentir une expérience agréable du soin. De par tous ses savoirs, c'est davantage le savoir être de l'infirmière qui changeait la perception des participants, le soin mécanique se transformait en soin personnalisé. Et Gérard relate : « *C'est juste de voir le patient comme si c'était un membre de sa famille. D'être humain, de soigner comme si c'était eux autres qui étaient hospitalisées, comme ils aimeraient être soignées* »

«L'approche des soins infirmiers basée sur le *caring* donne la priorité à la façon de voir de son client. Elle l'accompagne dans ses expériences de santé en suivant son rythme et son cheminement... » (Kérouac, Pépin, Ducharme & Major, 2003). Cette infirmière en plus de maîtriser le savoir relié à la profession, elle développe des attitudes humaines qu'elle utilise afin de donner un sens aux soins qu'elle prodique. Watson (1985) décrit le *caring* comme un idéal des soins infirmiers, un engagement moral à protéger, à rehausser et à préserver la dignité humaine. Elle souligne même :

Une infirmière peut performer des soins à un patient sans un sens du devoir ou de l'obligation morale et elle sera une infirmière. Il est peut-être faux de dire qu'elle prend soin du patient. Les valeurs du *caring* impliquent un niveau plus élevé de soi et de la spiritualité. (Traduction libre, Watson, 1988, p. 31).

Boykin et Schoenhofer (2001) signalent qu'une pratique infirmière basée sur le *caring* n'est pas intéressée par le diagnostic mais par la participation à une relation d'aide avec le désir profond de découvrir la personne soignée. Les mêmes auteurs soulignent que « le *caring* s'avère une caractéristique essentielle et l'expression d'être humain » (traduction libre p.1). Les écrits de Watson, de même que ceux de Boykin et Schoenhofer corroborent le thème « ressentir un soin empreint d'humanisme » et les participants de cette étude le démontrent bien en exprimant que le simple soin ne suffit pas à donner cette impression, il faut plus. En d'autres mots, ils doivent être capables de reconnaître l'engagement de l'infirmière envers eux et ils doivent ressentir que

l'infirmière investit dans la relation interpersonnelle, laquelle se doit d'être satisfaisante pour la personne soignée.

En somme, le thème « ressentir un soin empreint d'humanisme » ne semble pas révéler du nouveau, il appuie les autres recherches sur le phénomène du *caring* qui ont eu lieu durant les dernières vingt années. Ainsi, plusieurs auteurs (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Gay, 1999; Higgins, 2001; Rosenthal, 1992; Thorsteinsson, 2002; Wallis, 1998) rapportent des résultats similaires où les patients souhaitent des attitudes chaleureuses, de respect, d'attention, d'écoute, etc. Toutefois, le sous-thème - me sentir respecté et considéré - s'avère novateur. Bien que de nombreuses recherches mentionnent le respect, l'expression de se sentir considéré s'avère peu mentionnée dans les écrits scientifiques. Par contre, dans leurs études respectives, les auteurs cités ci-haut discutent de la notion de compétence lorsqu'ils questionnent les patients sur les comportements et attitudes de *caring*. Un seul participant et à un seul moment, durant la présente recherche sur la signification d'être soignée en tant que personne, la compétence est devenue un élément déterminant pour les participants. Les chercheurs croient que le fait d'être soignée en tant que personne fait appel davantage au savoir être de l'infirmière plutôt qu'au savoir-faire.

En somme, ressentir un soin empreint d'humanisme permet aux patients de vivre une expérience nettement plus agréable qui leur permettra de grandir intérieurement. Ce soin humain témoignant le respect, des attitudes chaleureuses, de la communication, de l'attention amène le patient à ressentir de la sécurité. Voici donc le dernier thème de cette recherche d'être soignée en tant que personne.

Le quatrième thème, **être en sécurité**, représente un sentiment de bien-être à la fois pour l'âme et l'esprit. Ce thème ne se situe pas le dernier par hasard. Car les participants exprimaient des éléments d'être en sécurité après avoir parler des infirmières et de leurs attitudes. Finalement, c'est après avoir perçu des soins centrés sur sa personne que les patients évoquaient l'aspect sécurité. En somme c'est de voir le

patient sous l'angle du *personhood*. Ce thème a été élaboré à l'aide de trois sous-thèmes : 1) Me sentir en sécurité; 2) Percevoir que l'on me visite sans que je le demande et 3) Me sentir bien soigné.

D'ailleurs, suite à un infarctus du myocarde, il n'est pas surprenant de voir ce thème surgir. La fragilité du soi adaptatif (L'Écuyer, 1994) que provoque cette situation de santé ne fait qu'augmenter ce besoin de vouloir retrouver un sentiment de sécurité afin de revenir en équilibre et de reprendre le contrôle sur sa vie (Johnson & Morse, 1990). Le reflet de ce thème se traduit ainsi par les participants. La connaissance du dossier médical a été un aspect fort apprécié des patients, cette connaissance permettait aux participants de l'étude de se sentir réassurés. Une infirmière a discuté avec le médecin d'une ordonnance qui allait à l'encontre d'un autre traitement et le patient a entendu la conversation. Cette infirmière fut mentionnée comme grandement compétente et protectrice envers lui. Le patient en parlait comme étant « son infirmière ». La surveillance du monitoring plus particulièrement à l'unité coronarienne fut exprimée par les cinq participants comme étant un élément de sécurité (Benner, 1984). Ils se sentaient suivis surtout du fait que trois des cinq participants ont expérimenté un changement de rythme cardiaque quelconque dont l'infirmière s'est rendue au chevet afin de questionner la symptomatologie du patient. Et finalement, un sentiment de sécurité a été perçu lorsque l'infirmière arrivait au chevet du patient, sans que ce dernier ait actionné la cloche d'appel et sans alarme au moniteur, juste pour lui demander comment il se sentait, s'il avait besoin de quelque chose. Et Junior le raconte ainsi: « *Puis elle savait tout mon dossier par cœur pis je me sentais vraiment en sécurité avec elle mais elle m'a soigné seulement un soir* » Et maintenant le verbatim de Pierre: « *Ben, j'ai trouvé qu'elles me regardaient souvent, aux soins intensifs elles étaient proches mais même à l'étage elles faisaient comme des tournées dans ma chambre, j'ai trouvé ça réassurant* ».

Ce thème, être en sécurité, ressort comme un résultat fortement novateur. Les chercheurs n'ont retrouvé aucun article de recherche se rapportant au paramètre – être en

sécurité -. La discussion de ce thème se fera davantage avec l'aspect du lien de confiance qui a été davantage documenté dans les écrits scientifiques de *caring*. Wallis (1998) spécifie que l'infirmière parlant aux patients et voulant le connaître comme une personne commence à établir les fondations pour une communication de *caring*. Sherwood (1997) dit « la confiance qu'il est essentiel dans une connexion de *caring* se construit en connaissant les dimensions physiques, psychologiques et spirituelles » (traduction libre, p.33). Le seul fait d'être infirmière, amène une confiance chez le patient qui se solidifiera ou se détériorera selon la perception que le patient aura des habiletés de l'infirmière (de Raeve, 2002). Évidemment la relation interpersonnelle avec le patient sera un déterminant majeur des habiletés. Par contre, Lowenberg (2003) rappelle qu'il y a trois éléments qui font que les patients conservent la confiance soit : La compétence, la confidentialité et l'absence de jugement. Cependant les participants de l'étude - être soignée en tant que personne - n'ont pas exprimé les éléments de confidentialité et d'absence de jugement.

Ce constat des écrits scientifiques supporte le thème d'être en sécurité. Par contre les participants de cette étude - être soignée en tant que personne - vont plus loin et exprime davantage la notion de ressentir de la sécurité. Toutefois, comme les écrits l'indiquent, ce thème a probablement surgi en lien avec l'importante accordé à la communication qui relève du premier thème « que l'on prenne le temps de communiquer avec moi ». Être soignée en tant que personne amène les participants à voir le thème d'être en sécurité davantage sous l'angle de la relation au lieu de la protection.

Les thèmes ci-haut mentionnés, soient : 1) **Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi**; 2) **Percevoir de l'attention à mes préoccupations**; 3) **Ressentir un soin empreint d'humanisme** et 4) **Être en sécurité**, correspondent à ce que signifie, pour les participants, d'être soignée en tant que personne. Ces thèmes comportent les caractéristiques nécessaires à des soins empreints de *caring*. De plus, en explorant la séquence des thèmes, tout à fait à l'image des écrits scientifiques, il en

ressort une gradation importante. Les participants expriment qu'ils veulent d'abord que nous communiquions avec eux. Par la suite, de par la communication, ils livrent leurs besoins et s'attendent que nous les prenions en considération. Ensuite, ils disent souhaiter recevoir des soins personnalisés à leurs besoins pour finalement être en sécurité. Enfin, tout cette progression correspond à l'essence même de ce phénomène soit : Pour un patient vivant un premier infarctus du myocarde, la signification d'être soignée en tant que personne, **c'est ressentir que l'on prend soin de moi avec *caring***, durant l'hospitalisation.

L'essence du phénomène d'être soignée en tant que personne conduit directement à la philosophie du *caring*. Les chercheurs en sont arrivés au constat que l'ensemble des participants décrivait le phénomène par des comportements et des attitudes de *caring* assurés par l'infirmière. En effet, les participants de l'étude ont fait considérablement référence au savoir être de l'infirmière en terme d'attitudes chaleureuses, de comportements humains, d'attentions, de communication, de respect, de considération à leur égard et de sentiments de sécurité. À travers le récit de l'expérience des patients se dégage un engagement considérable de la part des infirmières et surtout un profond respect pour l'humain tel qu'il est avec sa souffrance, son expérience et son besoin de grandir et d'avoir, à nouveau, un regard vers l'avenir. Afin que les participants puissent exprimer de telles observations et sentiments, il ne fait aucun doute de la part des chercheurs que les infirmières ont pratiqué leurs soins selon la philosophie du *caring*. Et voici le verbatim de Junior « *Si a me soigne pas en tant que personne a me soigne – comment? Comme un numéro! Quand vous avez fait un infarctus - ça pas d'allure, je n'ai pas de réponse à ça moi* ».

Ce participant résume bien le phénomène, à savoir que l'absence de *caring* auprès de la clientèle cardiaque, cela n'a aucun sens! Le patient atteint d'un premier infarctus du myocarde n'échappe pas à une certaine remise en question et doit explorer la réalité et mieux comprendre comment s'adapter face à l'avenir. Pour réaliser cet objectif, le patient aura besoin de l'accompagnement de l'infirmière, celle qui exerce

selon l'école du *caring*. Boykin et Schoenhofer (2001) diront que ces infirmières devraient utiliser le concept du *personhood* afin de centrer le soin sur la personne et de voir cette dernière comme complète puisque le *personhood* signifie une vision de la personne la plus globale incluant toutes les dimensions biologique, psychologique, sociale, spirituelle et culturelle.

### **Les recommandations pour la pratique infirmière**

Les résultats de cette recherche démontrent des choix de pratique en soins infirmiers que les patients reconnaissent comme étant importants si l'on veut les considérer en tant que personne.

La communication s'avère l'élément central de cette recherche. Les participants l'ont très bien exprimé, ils apprécient que les infirmières prennent le temps de communiquer avec eux, qu'elles leurs donnent l'impression qu'elles s'arrêtent pour eux. Il s'avère très important pour les patients que les infirmières réservent du temps afin d'accorder un moment de communication au survivant coronarien. Entrer en communication avec le patient permet de découvrir ses préoccupations, son histoire, ses goûts, ses rêves, etc. tout cela afin de mieux l'accompagner et lui faire ressentir qu'il est une personne. Les participants de l'étude ont aussi exprimé qu'à travers les soins reçus, ils apprécient davantage les soins lorsqu'ils les perçoivent empreints d'humanisme. En ce sens, des soins infirmiers qui prônent le respect et qui font ressentir de la chaleur humaine semblent grandement reconnus par ces derniers.

Afin d'offrir des soins infirmiers correspondant aux attentes des patients cardiaques, les chercheurs se doivent de recommander aux gestionnaires des soins infirmiers, que de prodiguer des soins infirmiers selon une philosophie holistique du soin infirmier, le *caring* doit être reconnu, au niveau du budget, en accordant du temps aux dimensions humanistes de cette approche. Ainsi, les infirmières ressentant plus de considération pour leur profession et étant plus satisfaites de leur travail, elles seront

plus heureuses ce qui influencera à la fois les aspects : Présence au travail, qualité des soins et satisfaction de la clientèle.

Les participants de cette étude étant tous des hommes québécois, le fait d'explorer la signification qu'accordent les femmes québécoises, les hommes et les femmes de d'autres cultures ou en sélectionnant une autre clientèle permettraient d'enrichir les connaissances en lien avec le phénomène d'être soigné en tant que personne.

### **Les limites de l'étude**

Cette étude comporte certaines limites dont il faut tenir compte. Le nombre restreint de participants (cinq), permet d'atteindre une certaine redondance des données plutôt qu'une redondance complète, tel que suggéré par la méthodologie phénoménologique (Benner, 1994). La limite de temps afin de produire le mémoire de maîtrise explique cet aspect. Cette recherche se vit au masculin dans le sens où les cinq participants et le chercheur principal sont des hommes. De plus, afin d'obtenir une redondance rapidement, le critère de l'âge (moins de 55 ans) a favorisé une certaine homogénéité. Aussi, quatre des participants proviennent de souche québécoise de longues dates et le cinquième provient de souche italienne mais née au Québec et se définit davantage comme un québécois. Finalement les cinq participants de l'étude ont aussi, le même diagnostic et un traitement similaire soit l'angioplastie coronarienne et une certaine médication. Toutefois, bien que cette étude ne permette pas une généralisation, dans le sens de la recherche quantitative, elle contribue à offrir une compréhension profonde du phénomène d'être soigné en tant que personne pour un patient vivant un premier infarctus du myocarde.

## Conclusion

Peu d'études ont été recensées en regard du phénomène d'être soigné en tant que personne. Cette recherche québécoise de type phénoménologique a su démontrer la perspective des patients vivants un premier infarctus du myocarde. Les participants nous ont appris qu'ils se sentent soigné en tant que personne lorsqu'ils ressentent que l'on prend soin d'eux avec *caring*.

L'essence du phénomène d'être soignée en tant que personne amène directement à la philosophie du *caring*. Les chercheurs en sont arrivés au constat que l'ensemble des participants décrivait le phénomène par des comportements et des attitudes de *caring* assurés par l'infirmière. En effet, les participants de l'étude ont fait considérablement référence au savoir être de l'infirmière en terme d'attitudes chaleureuses, de comportements humains, d'attentions, de communication, de respect, de considération à leur égard et de sentiments de sécurité. À travers le récit de l'expérience des patients se dégage un engagement considérable de la part des infirmières et surtout un profond respect pour l'humain tel qu'il est avec sa souffrance, son expérience et son besoin de grandir et d'avoir, à nouveau, un regard vers l'avenir.

## Remerciements

Premièrement, les auteurs tiennent à remercier madame Francine Bolduc, infirmière au suivi systématique de la clientèle de cardiologie et l'équipe des infirmières de l'unité de cardiologie pour leur collaboration dans le cadre du déroulement de cette étude. Les auteurs souhaitent également remercier Dre Hélène Lefebvre, de même que Mesdames Réjeanne Dubeau et Josée Grégoire pour leur critique constructive. Enfin, les auteurs expriment leur reconnaissance aux cinq hommes qui ont accepté de participer à cette étude.

*Auteurs*

*Louis Bolduc, Inf., M.Sc. est conseiller spécialisé en amélioration continue de la qualité des soins infirmiers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Étude réalisée dans le cadre d'un programme de Maîtrise en sciences infirmières*

*Mary Reidy, Inf., Ph.D. (c) est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et a agit à titre de directrice dans le cadre de cette recherche.*

*Chantal Cara, Inf., Ph.D. est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et a agit à titre de co-directrice.*

**Références :**

- Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care, 31(1), 67 - 75.
- Benner, P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley Publishing Co. Inc.
- Benner, P. (1994). Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1997). Reframing outcomes; enhancing personhood. Advances Practice Nursing Quaterly, 3(1), 60 - 65.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001). Nursing as Caring A Model for transforming Practice. New York : National League for Nursing.
- Buselli, E.F., & Stuart, E.M. (1999). Influence of psychosocial factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, 13(3), 60 - 72.
- Crowe, J.M., Runions, J., Ebbesen, L.S., Oldridge, N.B., & Streiner, D.L. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. Heart & Lung, 25 (2), 98 - 107.
- Dempsey, S.J., Dracup, K., & Moser, D.K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. Heart & Lung, 24(6), 444 - 456.

- de Raeve, L. (2002). Trust and trustworthiness in nurse-patient relationships. Nursing Philosophy, 3(2), 152 - 62.
- Esteve, L.G., Valdes, M., Riesco, N., Jodar, I., & de Flores, T. (1992). Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and short-term outcome. Journal of Psychosomatic Research, 36(5), 491 - 496.
- Ford, J.S. (1989). Living with a history of a heart attack : a human science investigation. Journal of Advanced Nursing, 14(3), 173 - 179.
- Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche de la conception à la réalisation. Montréal : Décarie Éditeur Inc.
- Frazier, S.K., Moser, D.K., O'Brien, J.L., Garvin, B.J., An, K., & Macko, S. (2002). Management of anxiety after acute myocardial infarction. Heart & Lung, 31(6), 411 - 420.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. Journal of Advanced Nursing, 30(5), 1167 - 1176.
- Friedman, S. (2000). Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. The America Journal of Cardiology, 86(2A), 46F - 50F.
- Gay, S. (1999). Research dimension. Meeting cardiac patients' expectations of caring. DCCN - Dimensions of Critical Care Nursing, 18(4), 46 - 50.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans Poupart et al., La recherche qualitative enjeux épistémologiques (p. 341 - 364). Montréal : Gaétan Morin éditeur.

Gouvernement du Canada, Santé Canada. (1999). The changing face or heart disease and stroke in Canada 2000. Ottawa : Heart and Stroke Foundation of Canada.

Gouvernement du Canada, Santé Canada. (2003). Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux, 2003. Ottawa : Heart and Stroke Foundation of Canada.

Havik, O.E., & Maeland, J.G. (1990). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 34(3), 271 -285.

Higgins, I. (2001). On being cared for by a nurse. Contemporary Nurse, 11(2-3), 115 - 124.

Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquette, M., Cairns, J., Connolly, S., Roberts, R., Gent, M., & Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction : testing for the confounding effects of fatigue. Psychomatic Medecine, 61(6), 729 - 737.

Johnson, J.L., & Morse, J.M. (1990). Regaining control : The process of adjustment after myocardial infarction. Heart & Lung, 19 (2), 126 - 135.

Katz, D.L. (2003). Polar bears in the desert: North American childhood obesity linked to toxic nutritional environment, <http://www.theheart.org/viewEntityDispatcherAction.do?primaryKey=454255>

King, K..M., & Jensen, L. (1994). Preserving the self : Women having cardiac surgery, Heart & Lung, 23 (2), 99 - 105.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). La pensée infirmière 2<sup>ième</sup> édition. Laval: Beauchemin.

Lauzon, C., Beck, C..A., Huynh, T., Dion, D., Racine, N., Carignan, S., Diodati, J.G., Carbonneau, F., Dupuis, R., & Pilote, L. (2003). Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. CMAJ Canadian Medical Association Journal, 168(5), 547 - 52.

L'Écuyer, R. (1994). Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Lowenberg, J.S. (2003). The nurse-client relationship in a stress management clinic. Holistic Nursing Practice, 17(2), 99 - 109.

Malan, S.S. (1992). Psychosocial adjustment following MI : Current views and nursing implications. Journal of Cardiovascular Nursing, 6 (4), 57 - 70.

Morse, J..M. (1997). Responding to threats to integrity of self. Advances in Nursing Sciences, 19(4), 21 - 36.

Moser, D..K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : the influence of perceived control. Heart & Lung, 24 (4 ), 273 - 280.

Roberts, K.T., & Whall, A. (1996). Serenity as a goal for nursing practice. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 28 (4), 359 - 364.

Rosenthal, K.A. (1992). Coronary care patients' perceptions of important nurse caring behaviors. Heart & Lung, 21(6), 536 - 539.

Sherwood, G. (1997). Patterns of caring : the healing connection of interpersonal harmony. International Journal for Human Caring, 1 (1), 30 - 38.

Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. Intensive and Critical Care Nursing, 15(1), 34 - 43.

Thorsteinsson, L.S. (2002) The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. Journal of Clinical Nursing, 11(1), 32 - 40.

Wallis, M.C. (1998). Responding to suffering the experience of professional nurse caring in the coronary care unit. International Journal for Human Caring, 2 (2), 35 - 44.

Watson, J. (1985). Nursing : The Philosophy and Science of Caring (2<sup>nd</sup>). Boulder, Colorado : Association University Press.

Watson, J. (1988). Nursing : Human Science and Human Care A Theory of Nursing. New York : National League for Nursing.

Welin, C., Lappas, G., & Whihelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. Journal of Internal Medicine, 247(6), 629 - 639.

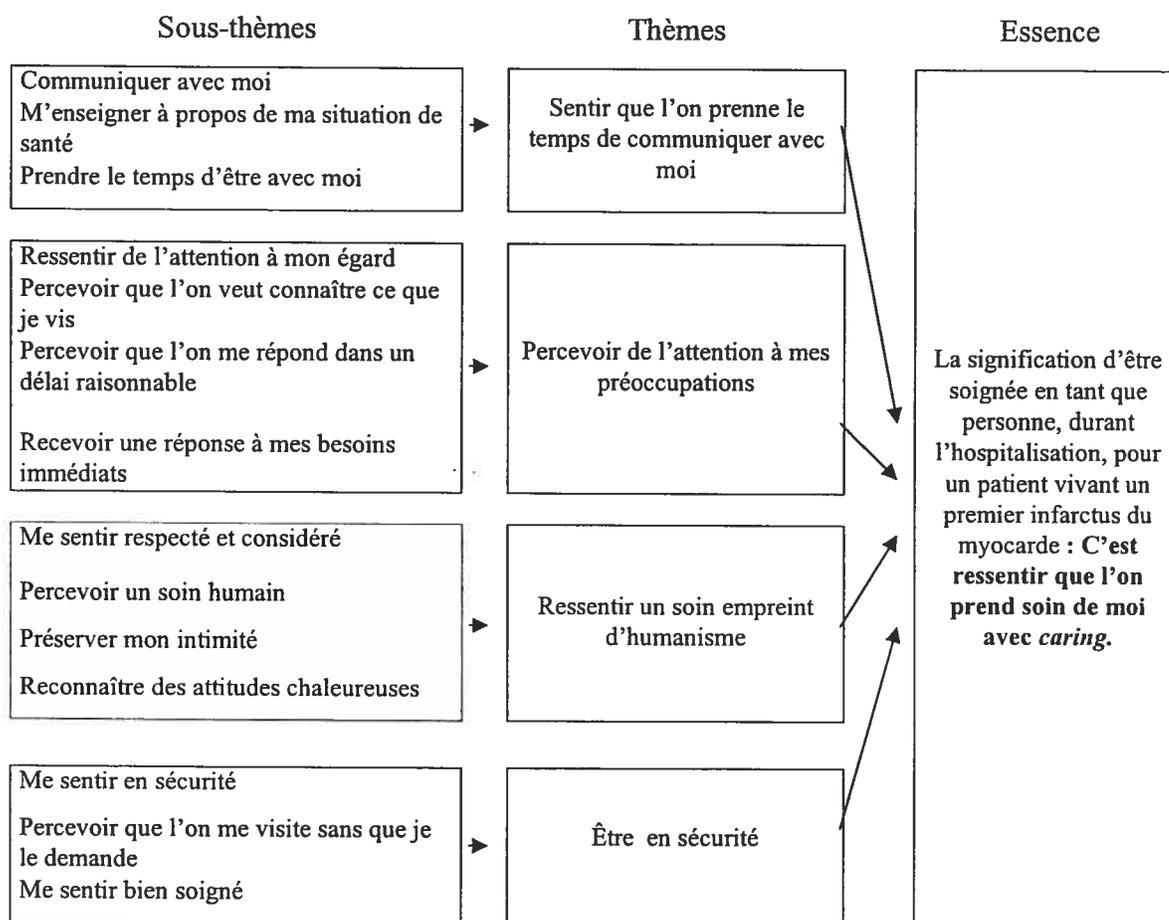
Wishnie, H.A., Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1971). Psychological hazards of convalescences following myocardial infarction. The Journal of the American Medical Association JAMA, 215(8), 1292 - 1296.

Zerwic, J.J., Ryan, C.J., DeVon, H.A., & Drell, M.J. (2003) Treatment seeking for acute myocardial infarction symptoms: differences in delay across sex and race. Nursing Research, 52(3), 159 - 167.

**Tableau no 1 Les participants**

| Pseudonyme | Âge    | Métier                  | Scolarité |
|------------|--------|-------------------------|-----------|
| Jean       | 46 ans | Col bleu                | Sec V     |
| Pierre     | 42 ans | Journalier              | Sec V     |
| Franco     | 37 ans | Mécanicien              | Sec V     |
| Junior     | 51 ans | Directeur financier     | Sec V     |
| Gérard     | 44 ans | Représentant des ventes | Sec V     |

**Tableau 2 Résultats de l'étude : La signification d'être soignée en tant que personne.**



**CHAPITRE CINQUIÈME**  
**LA DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Le chapitre quatre correspondant à l'article pour publication, de ce fait l'étudiant chercheur présente dans ce cinquième et dernier chapitre les résultats de l'étude sur la signification d'être soignée en tant que personne en commençant par les sous-thèmes, suivi du thème pour ensuite en arriver à la discussion en lien avec les écrits scientifiques pertinents. Une fois les quatre thèmes abordés, l'essence du phénomène est présentée avec la discussion. Par la suite, viendront s'ajouter les recommandations pour la clinique, la gestion, l'enseignement et la recherche en soins infirmiers. L'étudiant chercheur croit que cette étude, centrée sur la personne tel que le préconise l'école du *caring* (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001; Watson 1985,1988,1999), ajoute au savoir infirmier francophone. En effet, cette étude novatrice contribue à l'émergence de résultats nouveaux, lesquels visent le renouvellement de nos pratiques professionnelles.

Dans le but de bien faire comprendre au lecteur l'ensemble des résultats de cette étude, un tableau est présenté à la page suivante.

### **Présentation des thèmes, des sous-thèmes et de l'essence**

#### **Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi.**

Le thème majeur de cette étude a été construit à l'aide de trois sous-thèmes : 1) Communiquer avec moi; 2) M'enseigner à propos de ma situation de santé et 3) Prendre le temps d'être avec moi.

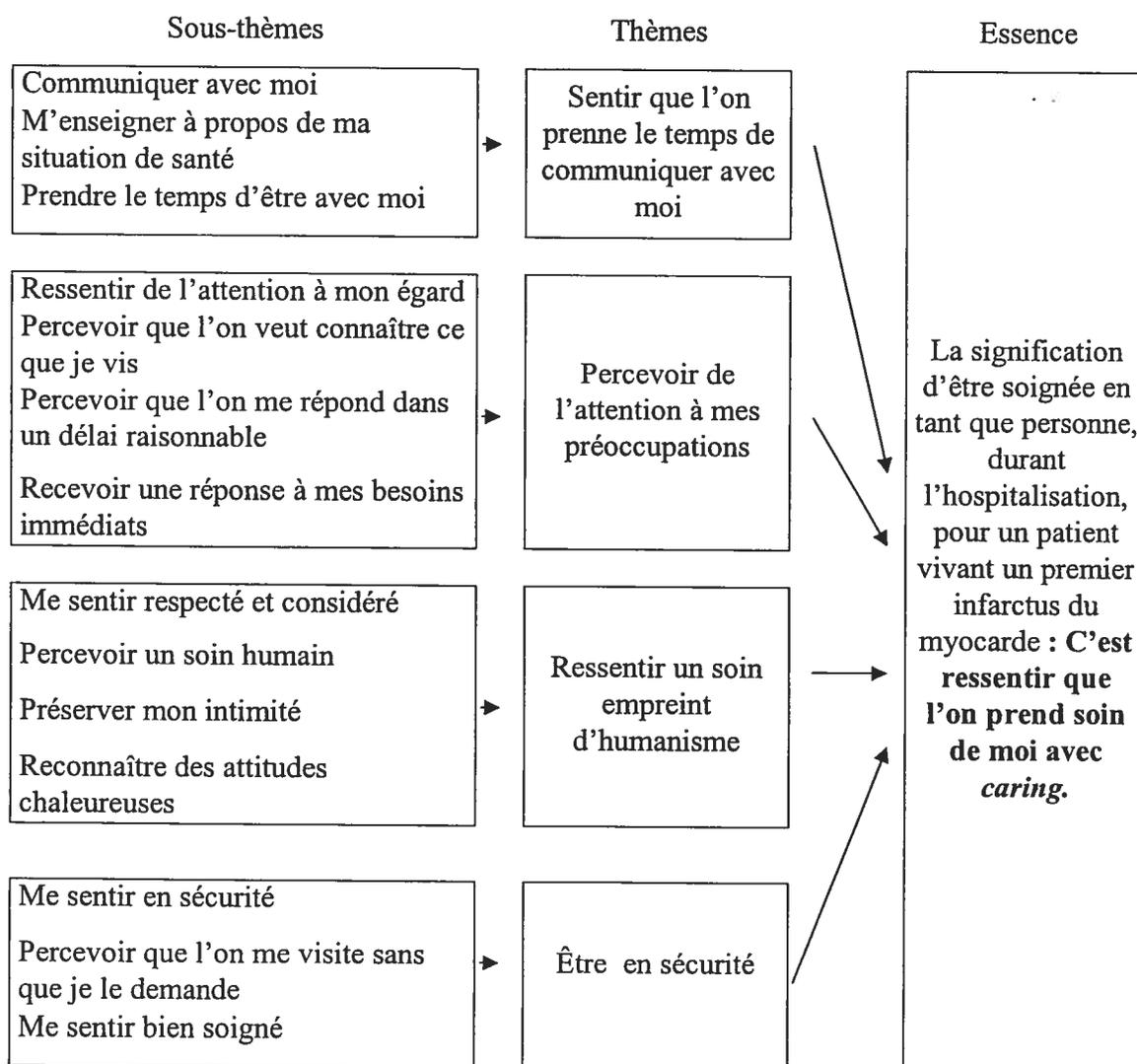
**Communiquer avec moi** a été, pour chacune des entrevues, l'un des premiers constats à être exprimé par l'ensemble des participants. Ce premier sous-thème désigne les moments où les participants ont pu dialoguer ou simplement parler avec les infirmières. Certains patients disaient se sentir une personne quand l'infirmière jasait avec eux. Le sujet de conversation semblait avoir plus ou moins d'importance. C'est davantage l'action de communiquer qui était perçue comme une attention envers eux. Pour d'autres, c'est la communication lors d'un moment d'accompagnement qui s'est

révélée plus significative. Voici le verbatim de Jean : « *C'est sûr que quand j'étais à l'urgence là en bas c'était moins personnel avec moi que quand tu montes d'un étage. Là, ils ont plus le temps de te parler parce qu'en bas on dirait qu'il y a beaucoup de monde* ». Et de Gérard :

[...] pis lorsqu'elle m'a annoncé que j'avais un infarctus pis là, je me suis mis à avoir les larmes aux yeux je m'attendais pas à ça « pantoute » pis là elle me parlait, elle m'a dit voyons faites-vous en pas, je me suis senti on dirait que je me suis senti plus une personne qu'un numéro.

Tableau 8

Résultats de l'étude : La signification d'être soignée en tant que personne.



D'aucune manière, les participants ont exprimé avoir perçu un soin plus personnalisé du fait qu'une infirmière les aurait questionnés sur certains aspects de leur vie ou sur ce qu'ils ressentent face au nouveau diagnostic. Les participants n'ont peut-être pas considéré importante une telle intervention ou encore les infirmières ont peu abordé ce sujet. Pourtant questionner la personne soignée sur des éléments se rapportant à son travail, sa situation familiale, etc. s'avère souvent les premières questions qui contribuent à enclencher le processus de la relation d'aide contribuant à mieux le connaître afin de répondre finalement à ses besoins spécifiques. Toutefois, comme les cinq participants de l'étude s'avèrent des hommes socialement actifs (pères, travailleurs, etc.), les questions reliées à leur situation familiale et leur emploi ont pu leur paraître banales et interprétées comme des questions de routine lors de la collecte des données. Le questionnement concernant la dimension du travail révèle probablement plus d'intérêt pour la personne retraitée.

Par contre, Junior, un des participants a vécu énormément de remises en question suite à l'annonce de son diagnostic d'infarctus et il a fortement exprimé le manque d'intérêt de la part des infirmières en lien avec sa préoccupation. Pourtant, ce besoin était suffisamment important pour ce dernier, puisqu'il avait déjà rencontré un psychologue, en privé, au moment de l'entrevue (trois semaines après le congé). Et il mentionne : « *Une chose qui a manqué beaucoup; à mon avis qui manque au deuxième étage de l'unité coronarienne selon moi c'est un ou une psychologue* ». Pourtant l'infirmière peut agir à ce niveau si elle veut soigner son patient comme un être unique et global. Elle doit se préoccuper de prendre soin de toutes les dimensions de l'individu et de le soutenir afin de l'aider à trouver un sens face à la situation de santé qu'il est en train de vivre.

**M'enseigner à propos de ma situation de santé** a été mentionné par quatre participants comme sous-thème amenant une couleur bien spécifique à la communication. Un des premiers éléments d'enseignement exprimés par les patients fut la préparation de l'examen diagnostique à venir. Le bien-être que procure une bonne

préparation a nettement été discuté par les participants. Ainsi, ils expérimentaient l'examen avec plus de confiance, ce qui fut très apprécié. Un des participants renforce ce fait en disant que « ça humanisait l'expérience ». Gérard raconte :

Mais elle m'a mis en sécurité aussi en me disant que rendu dans l'autre salle (hémodynamie) faites-vous en pas y va y avoir beaucoup de monde alentours de vous, ça m'a préparé déjà à ça parce que déjà j'imagine qu'elle ne me l'aurait pas dit tu rentres là, comme tu vois un paquet de monde je pense que t'as peur aussi un peu mais déjà en entrant quand j'ai rencontré là je n'ai pas fait le saut parce que je m'attendais à voir bien du monde le cardiologue, les infirmières, on m'avait déjà préparé à ça, j'ai trouvé cela humain [...]

L'enseignement offert par l'infirmière selon le programme d'éducation pour les patients atteints d'infarctus a également été mentionné. Un des participants exprimait sa satisfaction en disant que maintenant il pouvait faire des choix éclairés. Un autre participant soulignait qu'en lui offrant de l'enseignement structuré après son congé, il a ressenti une considération de leur part et c'était à lui maintenant de décider s'il voulait en bénéficier. Et Jean l'exprime :

Mais c'est comme j'ai dit la manière que j'ai été soigné je ne vois pas ce qu'ils peuvent faire de plus parce qu'ils renseignent le patient au point de vue cardiaque, ils t'offrent des cassettes, ils t'offrent un livret, ils t'offrent en dernier de voir la diététiste, celle qui s'occupe de l'alimentation de quoi de plus. En plus ils t'offrent des cours si tu veux y aller après ton hospitalisation.

Par contre, un des participants déplore qu'il n'avait pas eu d'enseignement. En discutant avec lui, lors de l'entrevue, sa femme ouvre l'armoire et nous montre la documentation reçue mais, il affirme ne se souvenir de rien. Par contre, ce patient a eu un temps de séjour au centre hospitalier de seulement 4 jours avec une succession importante de transferts d'unités, soit : Arrivée à l'urgence, diagnostic posé, transfert en hémodynamie pour angioplastie d'urgence, hospitalisé à l'unité coronarienne et finalement à l'unité de réadaptation cardiaque. C'est ce que nous croyons être un système efficient au sens des coûts, mais donnons-nous la chance au patient de comprendre ce qui se passe dans sa vie? L'expérience de ce dernier nous démontre que le séjour hospitalier très court, en plus de petits séjours à différentes unités, ne lui a pas permis de recevoir l'enseignement en lien avec son état de santé ou d'intégrer, faute de

temps, le dit enseignement, lequel s'avère néanmoins très nécessaire afin qu'il soit en mesure de reprendre le contrôle sur sa vie.

Il s'avère toutefois intéressant de noter que le participant qui n'aborde pas le sous-thème de l'enseignement est celui qui affirme avoir beaucoup souffert de ne pas avoir pu exprimer ses émotions comme il l'aurait souhaité. Cette donnée parle beaucoup en soi. Même si l'enseignement s'avère nécessaire et bien apprécié des patients en général, encore faut-il que la personne soignée soit en mesure de l'entendre et l'intégrer (Watson, 1979). Selon ce participant, le besoin n'était pas l'éducation mais au contraire l'expression, en premier lieu, de ses émotions.

Le troisième sous-thème de cette catégorie, **prendre le temps d'être avec moi**, a été exprimé par quatre participants. Ce sous-thème, nécessaire à la communication, se vit tantôt par la présence des infirmières autour du patient et tantôt par l'infirmière qui s'arrête afin de vraiment écouter le patient. En général, les participants ont mentionné avoir apprécié fortement la présence de l'infirmière et la sentir autour d'eux lors des examens ou des soins. Sous cet angle, un des moments privilégiés fut ressenti lors de l'angioplastie car les infirmières étaient debout à côté des patients et questionnaient leur état de santé, à savoir s'ils éprouvaient une douleur rétro-sternale. La même satisfaction se vivait lors du rappel des différentes étapes de la procédure. Pierre l'affirme de cette façon « *Y étaient toujours alentour de moi pour savoir si j'avais besoin de quelque chose, comment je me sentais, si je filais bien* ».

Les participants ont également discuté de la présence de l'infirmière et l'ont ressenti par le biais d'une relation interpersonnelle. Les patients exprimaient dépister rapidement les infirmières qui leur parlaient par routine et celles qui voulaient en savoir plus. L'attitude de l'infirmière était révélatrice à cet égard. Il y avait celles qui parlaient en continuant son chemin et les autres qui prenaient le temps de s'arrêter. La présence la plus remarquée fut lorsqu'une infirmière s'est accotée sur le mur en lui parlant. Elle donnait vraiment l'impression à Junior qu'elle s'arrêtait pour lui et il en témoigne :

L'autre que je parlais tantôt, c'est la même chose elle aussi, on a jasé mais tu vois elles s'accotaient sur le mur pis t'avais vraiment l'impression qu'elles étaient arrêtées pis qu'elles t'écoutaient. C'était pas entre deux piqûres pis je vais revenir tantôt tsé c'est d'être avec le patient complètement avec cette personne là, pas entre deux choses pas entre c'est cette impression là que j'avais de ces deux infirmières.

Ainsi, le thème, *sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi*, ressort comme étant la dimension la plus importante de l'étude. Ce thème en lui-même, correspond à 28.99% de l'ensemble des unités de significations de cette étude (annexe G). Les trois sous-thèmes ci-haut mentionnés (communiquer avec moi, m'enseigner à propos de ma situation de santé et prendre le temps d'être avec moi) ont été associés de par l'expérience vécue par les participants et démontrent bien la nécessité de communiquer avec le patient, de lui faire ressentir qu'on souhaite l'écouter et de lui permettre de libérer ses émotions. En général, les participants débutaient l'entrevue en mentionnant qu'ils avaient été soignés en tant que personne parce que l'infirmière leur avait parlé, le dialogue pouvait être de tout ordre. Par contre, les aspects de l'enseignement finissaient toujours par ressortir et finalement certains participants exprimaient de la satisfaction à pouvoir communiquer de par la capacité de l'infirmière à donner l'impression qu'elle prenait le temps d'être avec lui et de dialoguer. Les résultats démontrent que l'infirmière peut utiliser la communication sous la forme d'un dialogue intentionnel dirigé vers l'état de santé tout en procurant un soin. Junior le reflète bien dans son entrevue « *elle prend la pression puis elle s'informe* » et pourtant il a ressenti un soin axé vers la personne. Par contre, il a aussi observé la contradiction entre le message verbal et le non-verbal tel qu'il le mentionne ici « *pis de jour, c'est de la routine. Comment ça va, puis elles continuent, puis ne répond pas, ça change rien* » dans cette expérience Junior a vécu que le dialogue seul, ne suffit pas mais toute l'attitude doit être prise en compte afin d'humaniser le soin.

L'aspect novateur de ce résultat rappelle que la communication sort gagnante de toutes autres interventions infirmières et ce, peu importe l'unité d'hospitalisation : Urgence, unité coronarienne ou unité de réadaptation cardiaque. L'action de

communiquer était perçue comme une marque de considération à leur égard. Ces résultats corroborent ceux de divers écrits. Par exemple, dans sa revue des écrits scientifiques sur le thème de la communication, Fredricksson (1999) souligne que les patients qui font face à une maladie aiguë ou chronique vivent une certaine souffrance et se posent la question : « Pourquoi ça m'arrive et pourquoi maintenant ? » Fredricksson spécifie que l'interprétation de cette question peut se voir sous l'angle de la « cause » ou sous l'angle de la « signification ». L'auteure distingue également deux types de communication : La communication avec un contact (correspondant à entendre, toucher avec une orientation sur la tâche et être présent, dans le sens d'être là) et deuxièmement, la communication avec une relation (laquelle se caractérise par l'écoute, le toucher affectueux et la présence comme être avec). Les travaux de cette auteure confirment la perception des chercheurs de la présente étude qui considère que parmi les cinq participants, il y avait deux types de communication. Les trois participants qui cherchaient la « cause » de l'infarctus, parlaient davantage d'un dialogue avec les infirmières. Tandis que les deux autres qui recherchaient la « signification », exprimaient vouloir parler avec les infirmières mais afin de mieux comprendre ce qu'ils vivaient. Ces résultats mis en lien avec le modèle de Fredricksson aident à comprendre les particularités des participants et par le fait même, envisagent la possibilité de mieux personnaliser le soin. Quoique la communication puisse se vivre de façon différente, il n'en demeure pas moins que de nombreux articles démontrent ce besoin chez la clientèle cardiaque. Il ne faut pas oublier, que lors d'un premier infarctus, il est fort probable que l'expérience de sa propre vulnérabilité, en tant qu'humain, s'avère un premier constat. Donc, le patient a besoin de communiquer et désire reprendre le contrôle sur sa vie (Johnson et Morse, 1990).

Plusieurs chercheurs ont fait des études afin de connaître les comportements de *caring* des infirmières selon la perspective des patients. Trois études ont retenu l'attention de l'étudiant chercheur. Il s'agit de l'étude quantitative de Rosenthal (1992) qui a voulu connaître la perception des comportements de *caring* selon les infirmières de l'unité coronarienne et selon la clientèle cardiaque. Pour son étude, Rosenthal a utilisé

l'outil Care-Q de Larson (1984) qui a une validité au t-test de 63% à 79%. L'instrument se compose d'une séquence de 50 cartes, représentant des comportements de *caring*, que les patients (n=30) devaient trier de la façon suivante : Une carte dans extrêmement important, quatre cartes dans très important, 10 cartes dans important, 20 cartes dans ni important et ni non important, 10 cartes dans peu important, quatre cartes dans non important et une carte dans absolu pas important. Il est à noter que seule la version des patients a été retenue pour cette discussion. Cette étude démontre que les patients accordent de l'importance à deux énoncés dans la sphère de la communication soit : « Dire au patient, dans un langage compréhensible, ce qu'il est important de connaître à propos de sa maladie et de ses traitements » 5<sup>ème</sup> place en importance et « écoute le patient » 8<sup>ème</sup> place. La seconde recherche quantitative, celle de Baldursdottir et Jonsdottir (2002), a identifié les comportements de *caring* reconnus par les patients, mais cette fois à la salle d'urgence. Les chercheurs ont utilisé *the Caring Behaviors Assessment (CBA)* avec une validité de 0,69 à 0,90 alpha de Cronbach. Un total de 182 patients ont été retenus pour l'étude. Les résultats révèlent que l'énoncé «répond à mes questions clairement » qui se situe dans l'univers de la communication récolte une 5<sup>ème</sup> place en importance. Pour sa part, Wallis (1998), dans son étude de type phénoménologique a interrogé 7 patients de l'unité coronarienne pour connaître leur expérience de *caring* lors des soins dispensés par des infirmières. Les résultats de sa recherche corroborent le thème « prendre le temps de communiquer avec moi » de l'étude en cours; être soignée en tant que personne. En effet, le besoin de communication apparaît à l'intérieur de son deuxième thème soit : « Répondre à travers une relation de *caring* ». À ce niveau, Wallis spécifie que le comportement de l'infirmière influence le degré de communication. Ainsi, ces trois études attestent le besoin des personnes ayant des problèmes cardiaques de communiquer avec l'infirmière. D'ailleurs, pour ressentir que l'on a été soignée en tant que personne, les participants de la présente étude ont confirmé que la communication s'avère le principal moyen pour leur faire ressentir un soin humain tout en leur procurant la sensation d'être une personne.

L'aspect enseignement mérite également une attention particulière dans ce premier thème. La sensation de l'enseignement tel qu'un transfert de connaissances dans le cadre des cours n'a pas été exprimée par les participants. La documentation écrite n'a été mentionnée que par un seul participant. Un patient discute de l'enseignement en mentionnant l'importance d'avoir des connaissances en regard des causes possibles de son infarctus afin qu'il puisse faire des choix plus judicieux en vue de prévenir d'éventuels problèmes de santé cardiaque. Certains participants ont parlé de l'enseignement dans le sens d'un dialogue intentionnel, pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'explications données avant ou durant certaines procédures diagnostiques. Ce sous-thème relié à l'enseignement a été intégré dans le thème de la communication puisque les participants l'exprimaient davantage comme étant un dialogue, des renseignements ou des informations.

Ainsi, l'enseignement a été décrit davantage comme un échange avec l'infirmière.

Le verbatim de Franco décrit cet aspect :

[...] mais elle m'expliquait c'était quoi, comment ça marche on ne parlait pas de ce qui se passait dehors, on parlait du cœur, des fois la diète, le bon cholestérol on parlait d'affaires pour mon cœur, quels livres peut être achetés à ce moment pour me faire à manger, etc.

Plusieurs études en soins cardiologiques démontrent l'importance que les patients accordent à ce sujet. Par exemple, Burney, Purden, et McVey (2002), dans un hôpital affilié à l'université McGill, ont réalisé une activité d'évaluation en lien avec la planification de départ chez la clientèle cardiaque. Le questionnaire utilisé fut celui de la banque des questions de SEQU. Cette banque de questions développée par le département d'administration de la santé de l'Université de Montréal est celle privilégiée par la Régie Régionale Montréal-Centre (Grenier, 2003). Dans cette étude d'évaluation, les patients atteints d'infarctus du myocarde furent les plus insatisfaits de la planification congé. Les six énoncés considérés comme les plus importants, par les patients, correspondent aux éléments usuels du programme d'enseignement à la clientèle

d'angine et infarctus. Les auteurs de cet article concluent que les patients cardiaques souhaitent que les infirmières leur allouent du temps pour l'enseignement.

Marcum, Ridenour, Shaff, Hammons, et Taylor (2002), dans leur étude randomisée incluant 800 infirmières, ont voulu connaître les perceptions des infirmières concernant leur rôle d'éducateur et les facteurs influençant positivement ou négativement l'enseignement. Pour ce faire, elles ont utilisé le questionnaire *Survey of Factors Influencing Patient Teaching* tel que développé par Honan et al. (1988). Les résultats de cette recherche démontrent que l'enseignement reçu durant l'hospitalisation augmente les résultats de satisfaction de la clientèle. Cette étude démontre aussi, que les infirmières accordent beaucoup d'importance à l'enseignement et elles se voient comme des acteurs importants pour enrichir les connaissances des patients.

Pour sa part, dans son étude, Gay (1999) a utilisé le (CBA) de Cronmin et Harrison (1988) avec une validité reconnue de 0,69 à 0,90 alpha de Cronbach, auprès de 18 patients d'une unité de réadaptation cardiaque. Parmi les 12 questions identifiées comme étant les plus importantes au sujet des comportements de *caring* (sur un total de 63 questions), figurent deux questions sur l'enseignement : « Posez-moi des questions pour être certain que j'ai compris » 11<sup>ième</sup> rang et « enseignez-moi à propos de ma maladie » 12<sup>ième</sup> rang. L'auteur conclut également que les patients cardiaques ont un besoin de connaissances.

A l'instar des résultats de la présente recherche et des observations cliniques de l'étudiant chercheur, les conclusions de ces trois études démontrent le souhait du patient cardiaque d'en apprendre plus sur sa maladie. Par contre, si l'on veut que le patient ressente qu'il est d'abord soigné en tant que personne, les participants de la présente étude affirment souhaiter davantage un enseignement verbal, une transmission de connaissances peut-être, mais en discutant avec l'infirmière. L'aspect relationnel devient davantage important même à travers l'enseignement et dénote le caractère novateur des résultats obtenus.

En d'autres mots, ce premier thème «sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi», contribue au savoir infirmier dans le sens que les patients cardiaques le considèrent comme un comportement de *caring* fort important leur permettant de ressentir qu'ils ont été soignés en tant que personne. Lors de cette recherche, les patients ont aussi exprimé qu'ils souhaitaient que l'infirmière perçoive leurs appels et leur porte attention. La prochaine section présente donc la discussion en lien avec ce deuxième thème.

### Percevoir de l'attention à mes préoccupations

Ce deuxième thème traduit les perceptions des participants lorsqu'ils ont ressenti une réponse à leur besoin spécifique. Cette attitude de l'infirmière a contribué à leur donner l'impression qu'ils étaient soigné en tant que personne. En reconnaissant le patient comme unique et global, l'infirmière s'inspire de la philosophie du *caring*. Plusieurs études explorant le *caring* ont également dégagé cette caractéristique. Ce thème se compose de quatre sous-thèmes : 1) Ressentir de l'attention à mon égard; 2) Percevoir que l'on veut connaître ce que je vis; 3) Percevoir que l'on me répond dans un délai raisonnable et 4) Recevoir une réponse à mes besoins immédiats.

**Ressentir de l'attention à mon égard** est un sous-thème qui a été mentionné par tous les participants. Ce sous-thème décrit les moments où les patients ont ressenti que les infirmières se préoccupaient d'eux. Les participants ont décodé cette perception lors de certaines attitudes de la part des infirmières ou bien lors d'une réponse très rapide reliée à une alarme quelconque. Gérard l'exprime ainsi : « *...peut-être deux trois fois, le cœur sautait plus que 100 je pense ché pas trop quoi, tout de suite elles venaient t'avais pas besoin de peser sur le piton...* ». Et Pierre le relate de cette façon :

[...] pis que y faisaient attention à moi pareil quant y m'ont réanimé aussi j'ai tout entendu après moi parce que je me suis levé debout quasiment pendant le party je me relevé je me suis comme relevé debout, j'entendais tout comme alentours de moi, « Monsieur X bougez pas bougez pas couchez-vous pis faites attention pis là », c'est là que j'ai vu qu'y prenaient soin de moi...

Ces attentions donnaient l'impression aux participants d'être des personnes uniques. En d'autres mots, ils percevaient que les infirmières personnalisait leurs soins en fonction d'eux en tant que personne.

**Percevoir que l'on veut connaître ce que je vis** a été souligné par quatre des participants. Ce deuxième sous-thème décrit la considération qu'éprouve le patient cardiaque au fait que l'infirmière le questionne sur son état de santé. Jean en témoigne : *« Mais elles voient ton état les infirmières, à certains moments j'étais moins enthousiasme elles s'apercevaient de cela et elles me parlaient, ça me faisait du bien ».*

Pour l'un des participants ce n'était pas seulement d'être questionné mais de ressentir que les infirmières voulaient vraiment savoir ce qu'il vivait. Et Junior raconte : *« Non, non, c'était n'importe quelle infirmière qui rentre mais qui rentre, qui vient à côté de ton lit te demander toujours comment tu vas. Quand c'est le soir et la nuit t'as vraiment l'impression qu'elles veulent vraiment savoir ».*

Ainsi, les participants révèlent qu'il s'avère important de les questionner sur ce qu'ils vivent durant l'hospitalisation. Pour certains, les émotions sont moins présentes mais pour d'autres, c'est une belle façon d'ouvrir la porte à une relation thérapeutique afin de les accompagner dans leur cheminement.

**Percevoir que l'on me répond dans un délai raisonnable** a été exprimé par quatre participants. Ce troisième sous-thème témoigne de l'importance de répondre rapidement aux besoins du patient plus particulièrement au moment de l'évaluation de l'état de santé à l'urgence. Cette réponse rapide confirme la préoccupation de l'infirmière à son égard. Voici le verbatim de Jean :

Pour moi, j'ai été impressionné un petit peu vu que c'est la première fois que ça se passe vite quand j'arrive à l'urgence, même si t'es arrivé par tes propres moyens. Elle m'a dit assoyez-vous, elle m'a mise à l'aise tout de suite, mais lorsqu'elle m'a dit qu'elle croyait que c'était le cœur et qu'elle me transférait directement sur une civière pour des examens, là je me suis mis à pleurer mais j'étais content d'avoir passé rapidement même s'il y avait plein de monde....

Les quatre participants ont conduit leur voiture ou se sont faits conduire par leur conjointe. Rendus au service de l'urgence, ils ont tous passé au triage comme l'ensemble des patients de la salle d'urgence. La surprise fut grande de voir qu'ils passaient, suite à l'évaluation de l'infirmière, directement à l'intérieur pour débiter immédiatement l'investigation. En débutant rapidement l'investigation, les participants ont ressenti que l'on se préoccupait réellement de leur état de santé. Ils ont traduit cette préoccupation comme une marque de considération pour eux en tant que personne.

**Recevoir une réponse à mes besoins immédiats** a été évoqué par quatre participants. Ce dernier sous-thème enrichit l'unicité des patients, laquelle témoigne de la préoccupation de l'infirmière à leur égard. Les participants exprimaient le souhait que l'on réponde à leur besoin spécifique. Par contre, en dépit de l'importance que l'on y reconnaît dans les écrits scientifiques associés au *caring*, ce sous-thème fut vécu davantage comme un manque. D'ailleurs, c'est par la négative que les participants le racontent. Jean l'exprime : *« J'ai été hospitalisé huit jours et l'infirmière n'a jamais voulu que je prenne ma douche, c'est la première chose que j'ai fait en arrivant à la maison »*.

Et Junior en témoigne ainsi

J'ai une infirmière, j'y ai posé une question à un moment donné puis elle m'a répondu que ce n'était pas dans le protocole alors que j'avais vraiment aucune idée de quoi elle parlait. J'ai appris trois jours après, qu'elle référerait à la première journée à ce que tu as le droit de faire mais j'avais aucune idée au moment où j'ai posé la question.

Ainsi, ce second thème : **Percevoir de l'attention à mes préoccupations** s'avère le thème qui unifie ces sous-thèmes; ressentir de l'attention à mon égard, percevoir que l'on veut connaître ce que je vis, percevoir que l'on me répond dans un délai raisonnable et recevoir une réponse à mes besoins immédiats. Il représente 24.64% de l'ensemble des unités de signification de cette recherche. Les participants de l'étude traduisent ce thème en exprimant ce qu'ils ont perçu et ressenti lors de certaines attitudes de la part des infirmières, lors d'une réponse rapide à une alarme du moniteur

cardiaque, lorsqu'on les a questionnés en regard de leur état de santé, lorsqu'on les a incités à parler de leur état surtout psychologique et lorsqu'un des participants a ressenti que l'infirmière voulait vraiment connaître ce qu'il vivait. La réponse rapide de l'évaluation de santé au moment de l'arrivée à la salle d'urgence fut aussi, un événement grandement reconnu comme étant centré sur la personne. L'étudiant chercheur a uni les sous-thèmes ensemble de par l'importance accordée aux mots attention et préoccupation. Le patient cardiaque, souvent ébranlé par l'événement, a besoin que l'on soit attentif à lui, qu'on le reconnaisse comme une personne entière et unique ayant des besoins particuliers et garant d'un avenir.

Ces résultats corroborent ceux de divers écrits. Pour sa part, Higgins (2001), dans son étude de type phénoménologique, a questionné 23 patients de médecine et chirurgie afin de connaître leur vécu lors de leur hospitalisation. Elle amène quatre thèmes dont le premier s'intitule *Caring as affirming or denying personhood*. Elle souligne :

Qu'affirmer le *personhood* signifie d'être unique, très important et très spécial pour l'infirmière. Ce n'est pas être juste un autre patient, c'est comme être l'ami de l'infirmière avec tous les attributs à l'amitié comme la camaraderie, la compréhension et une personne à qui se confier » (traduction libre, p. 117).

Les patients de cette étude ont ressenti le *personhood* par les attitudes des infirmières, les mots qu'elles utilisaient, le type de discussion plus personnelle. Elles donnaient l'impression qu'elles aimaient leur travail et qu'elles étaient intéressées par les patients.

D'ailleurs Boykin et Schoenhofer (1993, 2001), dans leur modèle de soins infirmiers *Nursing as Caring* servant de toile de fond pour cette étude, spécifient que le concept du *personhood* s'avère un bon moyen afin de centrer le soin sur la personne soignée selon la philosophie du *caring*. En d'autres mots, soigner à l'aide du concept du *personhood* amène les infirmières à voir le patient davantage comme une personne unique et complète avec une histoire, des valeurs, des rêves, etc. Ces mêmes auteures expliquent aussi que prendre soin selon le *caring* incite l'infirmière à s'ouvrir à l'autre, à

utiliser tous ses sens afin de bien percevoir le message du patient qui n'arrive pas toujours à mettre un mot. Elles nomment ce moment comme étant l'appel du soin qui signifie d'être à l'écoute avec tous ces sens. C'est comme si l'infirmière était aux aguets. Le patient cardiaque se sent en sécurité dans le milieu hospitalier, il se sent observé en milieu protégé au cas où il lui arriverait quelque chose de grave. Mais le côté psychologique doit s'adapter à cette nouvelle réalité physiologique, il n'est pas surprenant que le patient réclame que l'on soit attentif à lui. Donner des soins à un infarctus dans le 1018 lit 2 ne demande pas de particularité. Par contre, prendre soin de monsieur Tremblay atteint d'infarctus du myocarde peut faire une différence et c'est exactement ce que l'étudiant chercheur a perçu de la part des participants de l'étude. Ces derniers ont affirmé par leur témoignage qu'ils sont toujours des personnes avec des besoins propres à eux et ils aiment que l'on y soit attentif et qu'en plus on s'en préoccupe. Les participants demandent à l'infirmière d'être à l'écoute de leur appel pour le soin. Certains patients souhaitent que les infirmières les invitent à verbaliser à propos de l'expérience qu'il vive présentement.

Ce thème expose le besoin du patient d'être reconnu comme une personne unique à qui l'on reconnaît des besoins propres. Mais, après l'identification de ses besoins, les participants ont souligné l'importance d'y répondre avec attention. Ainsi, soigner selon la philosophie du *caring* et centrer le soin sur le *personhood* de la personne amènent les infirmières à se préoccuper de la personne et à répondre à leurs besoins réels. Et il est fort probable qu'ils ressentent un soin empreint d'humanisme, nul autre que le troisième thème identifié dans le cadre de cette recherche.

### **Ressentir un soin empreint d'humanisme**

Ce thème qui représente le soin infirmier offert selon l'approche du *caring* se compose de quatre sous-thèmes: 1) Me sentir respecté et considéré; 2) Percevoir un soin humain; 3) Préserver mon intimité et 4) Reconnaître des attitudes chaleureuses.

**Me sentir respecté et considéré** fut mentionné par les cinq participants. Ce sous-thème signifie la perception du respect que la personne soignée ressent par les intervenants soit : Par l'expression de mots polis, par l'utilisation du vouvoiement ou bien par le respect de ce que l'infirmière c'est engagée à faire ou à dire. Franco l'exprime ainsi : *« J'ai été traité comme une personne, je veux dire qu'elles me vouvoyait, j'ai trouvé qu'elles avaient le respect pour tout le monde »*.

Et Pierre raconte :

Je l'avais trouvé gentille mais pour ça j'ai trouvé que j'étais comme peut être un morceau de jambon parce qu'elle avait dit qu'elle était supposée de venir me désinfecter puis elle l'a enlevé l'intraveineuse puis elle est partie puis finalement c'est une autre infirmière qui est arrivée et c'est moi qui lui a dit.

La considération et le respect ont été ressentis par les patients selon certains mots utilisés par les infirmières. Par contre, ce sous-thème fut vécu souvent par la négative. Par exemple, les infirmières promettaient aux participants de revenir pour faire un soin et elles oubliaient. Il est facile de dire que l'on revient dans deux minutes mais si l'on croit que nous ne pouvons respecter ce délai, le fait de vouloir être gentil et de mentionner un délai mesurable, donne l'impression au patient qu'il est un parmi tant d'autres, même si pourtant, dans la tête de l'infirmière il est unique et complet.

**Percevoir un soin humain** a été énoncé par quatre participants. Ce sous-thème évoque le sentiment de se sentir une personne, d'être soigné avec beaucoup d'intérêt et beaucoup de chaleur humaine. Junior le témoigne ainsi : *« Tu as l'impression qu'elle est contente de venir te voir, c'est d'autres choses que toutes un topo à suivre à telle heure la pression, etc »* Et Jean enrichit en disant : *« Un soin non humain c'est juste mécanique ils te piquent n'importe où »*.

Il semble que les participants expriment avec émotions la différence notable entre donner des soins et prendre soins de la personne soignée.

**Préserver mon intimité** a été cité par trois participants. Ce sous-thème réfère aux délicatesses réalisées par les infirmières pour protéger le patient en fermant le rideau lors d'un soin d'hygiène. Aussi, le fait de fermer le rideau le soir permet aux patients de ressentir une impression d'intimité en les isolant un peu. Junior relate : *«Puis tu vois pas là parce que les rideaux sont fermés alors tu vois pas tout le monde passer en courant, donc tu n'es plus dans une gare centrale»*.

L'étudiant chercheur a été surpris de constater de telles répercussions lorsque le rideau est fermé en fin de soirée. Il faut préciser que l'unité coronarienne est construite selon une architecture ouverte avec un poste central. Toutefois, il y a ici une habitude à développer afin de permettre au patient de s'isoler un peu. Ainsi, l'infirmière aura la possibilité de lui rendre visite, communiquer avec lui pour ensuite initier ou maintenir une relation thérapeutique.

**Reconnaître des attitudes chaleureuses** a été souligné par deux participants. Ce sous-thème est nettement relié au savoir-être de l'infirmière. La personnalité et le sourire furent les deux éléments les plus appréciés par les participants. Gérard l'exprime ainsi : *« ... qu'elles soient passionnées par leur métier et qu'elles soient souriantes lorsqu'elles entrent en contact avec les patients »*. Quoique les participants reconnaissent le savoir et savoir faire des infirmières, ils souhaitent aussi, le savoir être qui donne un ton d'humanisation aux soins reçus.

Ainsi le thème, ressentir un soin empreint d'humaniste reflète les propos de l'ensemble des sous-thèmes; me sentir respecté et considéré, percevoir un soin humain, préserver mon intimité et reconnaître des attitudes chaleureuses, tel qu'exprimé par les participants. Il représente 24.64% de l'ensemble des unités de signification de cette recherche. Pour ce thème, la perception d'être respecté et considéré par l'infirmière fut très remarquée par les participants. Les patients affirment avoir grandement apprécié le vouvoiement ainsi que le respect de la parole des infirmières qui se sont engagés à

revenir faire un soin quelconque auprès des participants. De même, les participants ont exprimé leur déception lorsque l'infirmière ne tenait pas sa promesse.

La perception d'un soin humain a aussi été exprimée par les participants lorsque les infirmières sont allées au-delà de la tâche. Les participants ont grandement apprécié l'angle de la relation interpersonnelle. De plus, le message non verbal et les attitudes chaleureuses lors des soins ressortent gagnants afin que les participants ressentent davantage l'aspect humain des soins. Les participants parlaient des tâches des infirmières, comme la prise de sang et les signes vitaux mais au moment où ils commençaient à décrire l'aspect d'humanisation, les patients commençaient à ajouter des éléments comme ses attitudes, ses attentions, sa façon d'entrer en relation ou d'écouter. Les comportements et attitudes des infirmières permettaient aux patients de ressentir une expérience agréable du soin. De par tous ses savoirs, c'est davantage le savoir être de l'infirmière qui changeait la perception des participants, le soin mécanique se transformait en soin personnalisé.

Watson (1988) souligne dans son livre *Nursing : Human Science and Human Care A Theory of Nursing*, « Une infirmière peut performer des soins à un patient sans un sens du devoir ou de l'obligation morale et elle sera une infirmière. Il est peut-être faux de dire qu'elle prend soin du patient. Les valeurs du *caring* impliquent un niveau plus élevé de soi et de la spiritualité » (traduction libre, p. 31). L'approche des soins infirmiers basée sur le *caring* réfère à soin humain. Cette infirmière en plus de maîtriser le savoir relié à la profession, a développé ou découvert des attitudes humaines qu'elle utilise afin de donner un sens aux soins qu'elle prodigue. Watson (1988) décrit le *caring* comme un idéal moral à s'engager à protéger, à rehausser et à préserver la dignité humaine. Boykin et Schoenhofer (1993, 2001) signalent qu'une pratique infirmière basée sur le *caring* n'est pas intéressée par le diagnostic mais par la participation à une relation d'aide avec le désir profond de découvrir la personne soignée. Les mêmes auteurs soulignent que « le *caring* s'avère une caractéristique essentielle et l'expression d'être humain » (traduction libre p.1). Les écrits de Watson, de même que ceux de

Boykin et Schoenhofer corroborent le thème « ressentir un soin empreint d'humanisme » et les participants de cette étude le démontrent bien en exprimant que le simple soin ne suffit pas à donner cette impression, il faut plus. En d'autres mots, ils doivent être capable de reconnaître l'engagement de l'infirmière envers eux et ils doivent ressentir que l'infirmière investit dans la relation interpersonnelle, laquelle se doit d'être satisfaisante pour la personne soignée.

En somme, le thème « ressentir un soin empreint d'humanisme » ne semble pas révéler du nouveau, il appuie les autres recherches sur le phénomène du *caring* qui ont eu lieu durant les dernières vingt années. Ainsi, Baldursdottir et Jonsdottir (2002), Gay (1999), Higgens (2001), Rosenthal (1992), Thorsteinsson (2002) et Wallis (1998) rapportent des résultats similaires où les patients souhaitent des attitudes chaleureuses, de respect, d'attention, d'écoute, etc. Toutefois, le sous-thème - me sentir respecté et considéré - s'avère novateur. Bien que de nombreuses recherches mentionnent le respect, l'expression de se sentir considéré est peu mentionné dans les écrits scientifiques.

Par contre, dans leurs études respectives, les auteurs cités ci-haut discutent de la notion de compétence lorsqu'ils questionnent les patients sur les comportements et attitudes de *caring*. Un seul participant et en un seul moment, durant la présente recherche sur la signification d'être soignée en tant que personne, la compétence est devenue un élément déterminant pour les participants. L'étudiant chercheur croit que le fait d'être soignée en tant que personne fait appel davantage au savoir être de l'infirmière plutôt qu'au savoir faire.

En somme, ressentir un soin empreint d'humanisme permet aux patients de vivre une expérience nettement plus agréable qui leur permettra de grandir intérieurement. Ce soin humain témoignant le respect, des attitudes chaleureuses, de la communication, de l'attention amène le patient à ressentir de la sécurité voici donc le dernier thème de cette recherche d'être soignée en tant que personne.

## Être en sécurité

Le dernier thème de cette étude qui représente un sentiment de bien-être à la fois pour l'âme et l'esprit. Ce thème ne se situe pas le dernier par hasard. Car les participants exprimaient des éléments d'être en sécurité après avoir parler des infirmières et de leurs attitudes. Finalement, c'est après avoir perçu des soins centrés sur sa personne que les patients évoquaient l'aspect sécurité. En somme, c'est de voir le patient sous l'angle du *personhood*. Ce thème a été élaboré à l'aide de trois sous-thèmes : 1) Me sentir en sécurité; 2) Percevoir que l'on me visite sans que je le demande et 3) Me sentir bien soigné.

**Me sentir en sécurité** reflète l'expérience des participants lorsqu'ils ressentaient de la protection ou de la réassurance selon l'intervention de l'infirmière. Deux interventions furent davantage remarquées soit : La discussion de l'infirmière avec le médecin afin de protéger le patient et les moments où les infirmières ont démontré qu'elles connaissaient le contenu du dossier médical du patient. Pierre le raconte ainsi :

Bien je me suis senti sur une chose surtout au 2<sup>e</sup> en bas quand je ne sais pas les vrais termes je sais que c'est docteur Z qui m'a dit, enlève lui ça, il en a plus de besoin, puis l'infirmière lui a répondu mais non docteur, monsieur il prend tel ... puis on dirait qu'il s'est souvenu et il a répondu, laisse lui .. alors je me suis dit en moi-même une chance que l'infirmière était vite d'esprit.

Junior le verbalise de cette façon : « *Puis elle savait tout mon dossier par cœur puis je me sentais vraiment en sécurité avec elle mais elle m'a soigné seulement un soir* ». Il est intéressant de voir que les participants ont ressenti de la sécurité du fait que les infirmières reflétaient une connaissance de leur dossier médical. Par contre, Junior dans sa version, il semble apprécier une connaissance plus globale de sa personne.

**Percevoir que l'on me visite sans que je le demande**, un sous-thème raconté par quatre participants. Ce sous-thème fait ressortir les sentiments de sécurité ressentis par les participants du fait que les infirmières les visitent sans avoir actionné une cloche d'appel. Voici le verbatim de Pierre : « *Bien, j'ai trouvé qu'elles me regardaient*

*souvent, aux soins intensifs elles étaient proches mais même à l'étage elles faisaient comme des tournées dans ma chambre, j'ai trouvé ça réassurant ».*

Ce geste pourtant anodin de la part de l'infirmière qui fait sa tournée comme une geste répétitif tout au long de sa carrière mais vu sous l'angle du patient, tout change. Au moment, de l'analyse du verbatim des participants, l'étudiant chercheur a été stupéfait mais fort agréablement surpris par ce sous-thème. Toutefois considérant ce que peut vivre le patient cardiaque lors du premier infarctus, plus particulièrement l'aspect psychologique, percevoir qu'on le visite sans qu'il le demande ne peut que contribuer à promouvoir son sentiment de sécurité.

**Me sentir bien soigné**, sous-thème raconté par deux participants seulement, s'est avéré répété à plusieurs reprises. Ce sous-thème représente une appréciation globale des soins, tantôt parce que l'investigation à la salle d'urgence a été rapide, tantôt parce qu'on lui a bien expliqué une procédure diagnostique et finalement il n'a pas fait le saut en arrivant, etc. Cependant Pierre en précise les données : *«J'ai été bien soigné par les infirmières, mais c'est surtout dans la salle d'hémodynamie que j'ai trouvé qu'elles me parlaient bien puis qu'elles faisaient attention à moi »*. Et Jean le raconte ainsi : *«Comme je l'ai dit tantôt, moi dans mon cas j'ai été bien soigné puis j'ai pas eu de manque de respect ou quoi que ce soit... »*. Ici Jean rappelle que le respect fait partie d'un soin de qualité.

Ainsi, le thème **être en sécurité** est l'expression retenue pour représenter l'ensemble des sous-thèmes; me sentir en sécurité, percevoir que l'on me visite sans que je le demande et être bien soigné. Il représente 21.74% de l'ensemble des unités de signification de cette recherche. D'ailleurs, suite à un infarctus du myocarde, il n'est pas surprenant de voir ce thème surgir. La fragilité du soi adaptatif (L'Écuyer, 1994) que provoque cette situation de santé ne fait qu'augmenter ce besoin de vouloir retrouver un sentiment de sécurité afin de revenir en équilibre et de reprendre le contrôle sur sa vie (Johnson & Morse, 1990). Le reflet de ce thème se traduit ainsi par les participants. La connaissance du dossier médical a été un aspect fort apprécié des patients, cette connaissance permettait aux participants de l'étude de se sentir réassurés. Une

infirmière a discuté avec le médecin d'une ordonnance qui allait à l'encontre d'un autre traitement et le patient a entendu la conversation. Cette infirmière fut mentionnée comme grandement compétente et protectrice envers lui. Le patient en parlait comme étant son infirmière. La surveillance du monitoring plus particulièrement à l'unité coronarienne fut exprimée par les cinq participants comme étant un élément de sécurité (Benner, 1984; Wallis, 1998). Ils se sentaient suivis surtout du fait que trois des cinq participants ont expérimenté un changement de rythme cardiaque quelconque dont l'infirmière s'est rendue au chevet afin de questionner la symptomatologie du patient. Et finalement, un sentiment de sécurité a été perçu lorsque l'infirmière arrivait au chevet du patient, sans que ce dernier ait actionné la cloche d'appel et sans alarme au moniteur, juste pour lui demander comment il se sentait, s'il avait besoin de quelque chose.

Ce thème, être en sécurité, ressort comme un résultat fortement novateur. L'étudiant chercheur n'a retrouvé aucun article de recherche se rapportant à ce paramètre. La discussion de ce thème se fera davantage avec l'aspect du lien de confiance qui a été davantage documenté dans les écrits scientifiques de *caring*. Wallis (1998) spécifie que l'infirmière parlant aux patients et voulant le connaître comme une personne commence à établir les fondations pour une communication de *caring*. Sherwood (1997) dit « la confiance qu'il est essentiel dans une connexion de *caring* se construit en connaissant les dimensions physiques, psychologiques et spirituelles » (traduction libre, p.33). Le fait d'être infirmière, la confiance semble déjà être acquise par les patients et elle se solidifiera ou se détériorera selon la perception que le patient aura des habiletés de l'infirmière ( de Raeve, 2002). Évidemment la relation interpersonnelle avec le patient sera un déterminant majeur des habiletés. Par contre, Lowenberg (2003) rappelle qu'il y a trois éléments qui font que les patients conservent la confiance soit : La compétence, la confidentialité et l'absence de jugement. Cependant les participants de l'étude - être soignée en tant que personne - n'ont pas exprimé les éléments de confidentialité et d'absence de jugement.

Ce constat des écrits scientifiques supportent le thème d'être en sécurité. Par contre les participants de cette étude - être soignée en tant que personne - vont plus loin et exprime davantage la notion de ressentir de la sécurité. Toutefois, comme les écrits l'indiquent, ce thème a probablement surgi en lien avec la toile de fond importante de la communication qui relève du premier thème « que l'on prenne le temps de communiquer avec moi ». Être soignée en tant que personne amène les participants à voir le thème d'être en sécurité davantage sous l'angle de la relation que de la protection.

### Essence

Les thèmes ci-haut mentionnés, soient : 1) **Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi**; 2) **Percevoir de l'attention à mes préoccupations**; 3) **Ressentir un soin empreint d'humanisme** et 4) **Être en sécurité**, correspondent à ce que signifie, pour les participants, d'être soignée en tant que personne. Ces thèmes comportent les caractéristiques nécessaires à des soins empreints de *caring*. De plus, en explorant la séquence des thèmes, tout à fait à l'image des écrits scientifiques, il en ressort une gradation importante. Les participants expriment qu'ils veulent d'abord que nous communiquions avec eux. Par la suite, de par la communication, ils livrent leurs besoins et s'attendent que nous les prenions en considération. Ensuite, ils disent souhaiter recevoir des soins personnalisés à leurs besoins pour finalement être en sécurité. Enfin, tout cette progression correspond à l'essence même de ce phénomène soit : pour un patient vivant un premier infarctus du myocarde, la signification d'être soignée en tant que personne, **c'est ressentir que l'on prend soin de moi avec *caring***, durant l'hospitalisation.

L'essence du phénomène d'être soignée en tant que personne amène directement à la philosophie du *caring*. L'étudiant chercheur, de concert avec ses directrices de recherche, en sont arrivés au constat que l'ensemble des participants décrivaient le phénomène par des comportements et des attitudes de *caring* assurés par l'infirmière.

phénoménologique (Benner, 1994). La limite de temps afin de produire le mémoire de maîtrise explique cette certaine redondance.

Cette recherche se vit au masculin dans le sens où les cinq participants et l'étudiant chercheur sont des hommes. De plus, afin d'obtenir une redondance rapidement, le critère de l'âge (moins de 55 ans) a favorisé une certaine homogénéité. Aussi, quatre des participants proviennent de souche québécoise de longues dates et le cinquième provient de souche italienne mais né au Québec et se définit davantage comme un québécois. Finalement les cinq participants de l'étude ont aussi, le même diagnostic et un traitement similaire soit l'angioplastie coronarienne et une certaine médication.

Toutefois, bien que cette étude ne permette pas une généralisation, dans le sens de la recherche quantitative, elle contribue à offrir une compréhension profonde du phénomène d'être soignée en tant que personne pour un patient vivant un premier infarctus du myocarde.

### **Les recommandations pour la pratique des soins infirmiers**

Aussi, en tenant compte du récit des cinq participants, l'étudiant chercheur souhaite transmettre aux infirmières que l'utilisation du concept du *personhood* s'avère un moyen de réaliser un soin humain centré sur la personne (Boykin & Schoenhofer, 1993, 2001), ce survivant coronarien qui ne demande qu'à vivre et à être accompagné dans son expérience de santé.

Cette étude démontre, sans aucun doute, la nécessité pour certaines infirmières de maintenir et pour d'autres de renouveler leurs pratiques de soins auprès de la clientèle cardiaque selon la philosophie du *caring*. Le patient atteint d'un premier infarctus du myocarde, de par son unicité, vivra toutes sortes d'émotions d'intensité variable. Suite à l'annonce du diagnostic, un degré d'anxiété s'installe et fera partie de

En effet, les participants de l'étude ont fait considérablement référence au savoir être de l'infirmière en terme d'attitudes chaleureuses, de comportements humains, d'attentions, de communication, de respect, de considération à leur égard et de sentiments de sécurité. À travers le récit de l'expérience des patients se dégage un engagement considérable de la part des infirmières et surtout un profond respect pour l'humain tel qu'il est avec sa souffrance, son expérience et son besoin de grandir et d'avoir, à nouveau, un regard vers l'avenir. Afin que les participants puissent exprimer de telles observations et sentiments, il ne fait aucun doute de la part de l'étudiant chercheur que les infirmières ont pratiqué leurs soins selon la philosophie du *caring*. Et voici le verbatim de Junior : « *Si a me soigne pas en tant que personne a me soigne – comment? Comme un numéro! Quand vous avez fait un infarctus - ça pas d'allure, je n'ai pas de réponse à ça moi* ».

Ce participant résume bien le phénomène, à savoir que l'absence de *caring* auprès de la clientèle cardiaque, cela n'a aucun sens. Le patient atteint d'un premier infarctus du myocarde n'échappe pas à une certaine remise en question et doit explorer la réalité et mieux comprendre comment s'adapter face à l'avenir. Pour réaliser cet objectif, le patient aura besoin de l'accompagnement de l'infirmière, celle qui exerce selon l'école du *caring*. Boykin et Schoenhofer (1993, 2001) diront que ces infirmières devraient utiliser le concept du *personhood* afin de centrer le soin sur la personne et de voir cette dernière comme complète puisque le *personhood* signifie une vision de la personne la plus globale incluant toutes les dimensions biologique, psychologique, sociale, spirituelle et culturelle.

### **Les limites de l'étude**

Cette étude comporte certaines limites dont il faut tenir compte. Le nombre restreint de participants (cinq), permet d'atteindre une certaine redondance des données plutôt qu'une redondance complète, tel que suggéré par la méthodologie

sa vie pour un certain temps. Ensuite viendra le questionnement, la volonté d'apprendre et surtout le réel besoin de reprendre le contrôle sur sa vie (Johnson & Morse, 1990). Sans aucun doute, des soins empreints de la philosophie de *caring* s'avèrent le choix, par excellence, pour accompagner cette clientèle.

En effet, les résultats de cette recherche révèlent que prendre le temps de communiquer devient un incontournable dans les soins destinés à la clientèle cardiaque. De plus, les travaux de Fredricksson (1999) révèle un intérêt grandement appréciable en précisant les deux différentes communications possibles à utiliser selon la personne à qui l'on prend soin.

De plus, l'étudiant chercheur souhaite rappeler aux infirmières que les participants de cette étude ont démontré une très grande confiance aux infirmières. Et ils ont exprimé qu'ils souhaitent que les infirmières devraient toujours essayer de réaliser ce qu'ils promettent aux patients. Voici le verbatim tel qu'exprimé par Pierre :

Pas oublier ce qu'elles disent parce que quand tu es malade, tu es en crise et te faire dire qu'elle va revenir te désinfecté, puis ne pas le faire, elle aurait été mieux de ne pas me le dire, car j'ai vécu du stress pour rien.

Finalement, voici les recommandations pour la pratique des soins infirmiers qui émergent de cette étude :

- Utiliser le concept du *personhood* afin de centrer le soin sur la personne
- Prendre soin des patients cardiaques selon la philosophie du *caring*
- Utiliser le modèle de communication de *Fredricksson* afin de bien évaluer la communication la plus appropriée selon la personne soignée
- Respecter la promesse faite au patient
- 

### **Les recommandations pour la gestion des soins infirmiers**

La gestion a un rôle primordial à jouer afin que les infirmières offrent un soin humain, empreint d'une philosophie de *caring*, qu'elles prennent soin du survivant

coronarien, au lieu d'une simple exécution de tâches infirmières, médicales et bureaucratiques. La grande recommandation aux gestionnaires de soins et aux décideurs dans le domaine de la santé s'avère de reconnaître le *caring* comme étant la façon, par excellence, de rendre les hôpitaux plus humanisant et de permettre de convertir l'expérience de santé comme une opportunité d'émancipation pour la personne soignée ainsi que pour la personne soignante. Pour ce faire, le *caring* devra avoir préséance sur les restrictions budgétaires (Cara, 1999; Felgan, 2003). Les participants de cette étude - être soigné en tant que personne - ont exprimé leur besoin de communiquer, de percevoir de l'attention à leurs besoins, de ressentir un soin empreint de *caring* et de se sentir en sécurité. Afin de réaliser les besoins de ces patients cardiaques, il faut du temps à l'infirmière et ces derniers ne pourront qu'en bénéficier. D'ailleurs, la qualité des soins et la satisfaction à la clientèle en témoigneront avec des résultats à la hausse (Boykin, Schoenhofer, Smith, St-Jean, & Aleman, 2002 ; Burney, Purden, & McVey, 2002).

De plus, Boykin et Shoenhofer (1993, 2001) relatent dans leur modèle *Nursing as Caring* que les administrateurs en soins infirmiers doivent intégrer la pratique infirmière à travers leurs décisions administratives. Et que la pratique d'un soin humain demande du temps afin de remplir notre rôle de soignant.

Finalement, voici les recommandations pour la gestion en soins infirmiers qui émergent de cette étude :

- Reconnaître la pratique du *caring* comme philosophie de soins infirmiers essentielle afin de rendre nos hôpitaux humanisants
- Intégrer les besoins de la pratique des soins infirmiers à travers les décisions administratives qui concernent les soins aux patients.

## Les recommandations pour l'enseignement des soins infirmiers

Les résultats concernant le phénomène d'être soignée en tant que personne révèlent que le *caring* s'avère la façon par excellence de soigner si nous voulons faire sentir aux patients qu'ils sont avant tout des personnes complètes et uniques. Par contre, le *caring* n'est pas un soin qui ne s'apprend que dans les livres (Cara, 2001). Afin de bien comprendre cette philosophie de soin, l'étudiant doit vivre, par l'entremise des ces professeurs, des situations de *caring*. Chaque étudiant est unique avec des besoins particuliers, donc le professeur en soins infirmiers, tout comme l'infirmière, doivent reconnaître ce fait et centrer l'enseignement des soins infirmiers sur les étudiants, en tant que personnes uniques en apprentissage. Le professeur, comme modèle de rôle, doit donc faire ressentir à ses étudiants son engagement pour l'enseignement des soins infirmiers, dans le but ultime qu'ils puissent, à leur tour, offrir des soins infirmiers empreints de *caring* à la personne soignée. En d'autres mots, l'étudiant qui expérimente le *caring* par l'engagement de son professeur comprendra davantage cette école de pensée et se servira de cette expérience pour humaniser les soins qu'il offrira à sa clientèle. D'ailleurs, Boykin et Shoenhofer ont intégré le *caring* dans la pratique de l'enseignement des soins infirmiers à la faculté des sciences infirmières du *Florida Atlantic University*.

L'étudiant formé selon l'approche du *caring* pourra davantage transposer cette formation dans le milieu clinique dans lequel il évoluera. Ainsi, cet étudiant verra le patient cardiaque spontanément comme une personne et elle comprendra le besoin d'aller plus loin que le soin physique. Alors, au lieu de miser son enseignement sur les facteurs de risque de la maladie cardiaque, il permettra à son patient de réaliser ce qu'il vit, de communiquer et de décider avec lui le sujet dont il veut entendre parler. Les sujets pourraient être aussi variés que : La physiopathologie cardiaque, les facteurs de risque, l'exercice, l'alimentation, l'effet psychologique de la maladie cardiaque, la reprise du contrôle, l'espoir, la signification de la santé. De plus l'étudiant qui pratique selon l'école du *caring* devrait prendre le temps de communiquer avec le patient, lui

faire sentir qu'il porte attention à ses préoccupations, de lui faire ressentir un soin empreint d'humanisation afin de promouvoir un sentiment de sécurité.

Finalement, voici les recommandations quant à l'enseignement des soins infirmiers qui se dégagent de cette étude :

- Intégrer la pratique du *caring* à travers la formation de l'étudiant en soins infirmiers
- Permettre à l'étudiant des soins infirmiers de vivre, à travers ses expériences d'apprentissage, des situations de *caring*

### **Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers**

Le plus grand désir de l'étudiant chercheur c'est que cette étude se répète pour d'autres clientèles afin de mieux comprendre ce phénomène. En effet, il s'avère pertinent d'explorer, en utilisant la méthodologie phénoménologique, ce phénomène auprès de la population féminine et une population de d'autres cultures.

De plus, comme le thème majeur de cette étude s'avère de «prendre le temps de communiquer avec moi », l'étudiant chercheur croit qu'il serait opportun d'en savoir plus sur les deux types de communication tel que décrit par Fredricksson (1999) en lien avec la clientèle cardiaque. L'étude pourrait être de type phénoménologique en prenant soin de diviser le recrutement en deux groupes selon les deux type de communication et de mieux comprendre les besoins de chacun des groupes

Finalement, voici les recommandations pour la recherche en soins infirmiers qui ressortent de cette étude :

- Refaire l'étude d'être soignée en tant que personne mais avec un groupe de femmes et avec un groupe multiethnique pour la clientèle cardiaque
- Refaire l'étude d'être soignée en tant que personne pour un autre groupe de clientèle (ex : patient atteint de néoplasie, ou la jeune mère qui vient d'accoucher)
- Faire un étude sur les deux types de communication versus la clientèle cardiaque

---



## **LA CONCLUSION**

L'infarctus du myocarde, en plus de sévir au niveau physique, laisse des traces au niveau psychologique. L'intensité du choc psychologique s'avère très variable d'une personne à l'autre. Par contre le seul moyen qui s'offre à l'infirmière afin d'assurer une bonne évaluation de l'état du patient et de lui offrir l'accompagnement nécessaire, se situe dans la communication avec ce dernier. Le constat post événement ne peut se concrétiser que par la volonté de la personne soignée elle-même de vouloir en parler.

Afin d'accéder à la gamme des émotions des patients, l'étudiant chercheur a voulu connaître le phénomène d'être soigné en tant que personne pour le patient vivant un premier infarctus du myocarde. Inspiré du modèle *Nursing as Caring* de Boykin et Schoenhofer (1993, 2001) comme toile de fond, cette étude qualitative de type phénoménologique a été menée auprès de cinq hommes ayant subi un premier infarctus du myocarde. Suite à l'analyse réalisée selon les étapes de Giorgi (1997), le récit de l'ensemble des participants a permis de dégager quatre thèmes : 1) Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi, 2) Percevoir de l'attention à mes préoccupations, 3) Ressentir un soin empreint d'humanisme et 4) Être en sécurité.

Les participants expriment qu'ils veulent d'abord que nous communiquions avec eux. Par la suite, de par sa communication, ils livrent leurs besoins et s'attendent que nous les prenions en considération. Ensuite, ils disent souhaiter recevoir des soins personnalisés à leurs besoins pour finalement se sentir en sécurité. Enfin, tout cette progression correspond à l'essence même de ce phénomène soit : La signification d'être soignée en tant que personne, durant l'hospitalisation, pour un patient vivant un premier infarctus du myocarde **c'est ressentir que l'on prend soin de moi avec *caring*.**

Il serait pertinent pour les infirmières qui œuvrent auprès de la clientèle cardiaque de teinter leurs soins de la philosophie du *caring*, d'intégrer le concept du *personhood* afin de centrer leur pratique sur la personne soignée. En effet, les participants de l'étude ont fait considérablement référence au savoir être de l'infirmière en terme d'attitudes chaleureuses, de comportements humains, d'attentions, de

communication, de respect, de considération à leur égard et de sentiments de sécurité. À travers le récit de l'expérience des patients se dégage un engagement considérable de la part des infirmières et surtout un profond respect pour l'humain tel qu'il est avec sa souffrance, son expérience et son besoin de grandir et d'avoir, à nouveau, un regard vers l'avenir.

## **LES RÉFÉRENCES**

Aucoin, G. (1987). Phénoménologie du stress de celui qui a subi un infarctus du myocarde et de sa conjointe : perspective infirmière. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.

Bahr, R.T. (1992). Personhood : A theory for gerontological nursing. Holistic nursing practice, 7(1), 1 - 6.

Beck, C.T. (1994). Phenomenology : its use in nursing research. International Journal of Nursing Studies, 31(6), 499 - 510.

Belzile, J. (2001). Signification des changements relationnels et mode de relation créés chez des conjoints(es). Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.

Bennett, S.A. (1992). Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. Heart & Lung, 21(4), 322 - 326.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). Nursing as Caring A Model for transforming Practice. New York : National League for Nursing.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1997). Reframing outcomes; enhancing personhood. Advances Practice Nursing Quaterly, 3(1), 60 - 65.

Boykin, A., Schoenhofer, S.O., Smith, N., St-Jean, J., & Aleman, D. (2003). Transforming Practice Using a Caring-based Nursing Model. Nursing Administration Quaterly, 27(3), 223 - 230.

Buselli, E.F., & Stuart, E.M. (1999). Influence of psychosocial factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, 13(3), 60 - 72.

Buzzell, M., & Gibbon, M. (1991). Personhood : What's the point on long-term care if the person doesn't feel for? The canadian nurse, 87(6), 32 - 33.

Cara, C. (1999). La méthodologie phénoménologique, une approche à découvrir. Document non publié, notes du cours : méthodologie de la recherche. Université de Montréal.

Cohen, M.Z. (1987). A historical overview of the phenomenologic movement. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 19(1), 31 - 34.

Coker, F. (1998). Does your care plan tell my story? Documenting aspects of personhood in long-term care. Journal of Holistic Nursing, 16(4), 435 - 452.

Cronin, S.N., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. Heart & Lung, 17(4), 374 - 380.

Crowe, J.M., Runions, J., Ebbesen, L.S., Oldridge, N.B., & Streiner, D.L. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. Heart & Lung, 25(2), 98 - 107

Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P.M. (1999). The experience of hope for survivors of acute myocardial infarction (AMI) : A qualitative research study. Australian Journal of Advanced Nursing, 16(3), 38 - 44.

Dempsey, S.J., Dracup, K., & Moser, D.K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. Heart & Lung, 24(6), 444 - 456.

Desjean, G., et Doucet, T., (1989). La maladie chronique, le handicap physique permanent, la dissonance cognitive et les soins infirmiers : Rapport de recherche. Université de Montréal, faculté des sciences infirmières

Egan, F. (1999). Cardiac rehabilitation into the new millennium. Intensive and Critical Nursing, 15(3), 163 - 168.

Erikson, E.H. (1982). The Life Cycle Completed. New York : W.W. Norton & Company.

Ford, J.S. (1989). Living with a history of a heart attack : a human science investigation. Journal of Advanced Nursing, 14(3), 173 - 179.

Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche de la conception à la réalisation. Montréal : Décarie Éditeur Inc.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M.D. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. Circulation, 101(6), 1919 - 1924.

Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. Journal of Advanced Nursing, 30(5), 1167 - 1176.

Friedman, S. (2000). Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. The America Journal of Cardiology, 86(2A), 46F - 50F.

Gagné, L. (1998). L'expérience de dyspnée de couples dont un des conjoints est atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.

Gagon, L. (1999). Signification pour les aînées inuites du soin offert par leurs proches. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.

Garcia Esteve, L., Valdès, M., Riesco, N., Jodar, I., & de Flores, T. (1992). Denial mechanisms in myocardial infarction : Their relations with psychological variables and short-term outcome. Journal of Psychosomatic Research, 36(5), 491 - 496.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans Poupart et coll., La recherche qualitative enjeux épistémologiques (p. 341-364). Montréal : Gaétan Morin éditeur.

Grégoire, J. (1995). Soins infirmiers expérientiels facilitant l'ajustement psychosocial chez la personne qui a subi un infarctus du myocarde et ses proches. Rapport de stage de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Grégoire, J., et Gamache, A. (1999). Intervenir auprès d'un client qui présente une douleur résternale. L'infirmière du Québec, 6(4), 12 - 16.

Gouvernement du Canada, Santé Canada. (1999). The changing face or heart disease and stroke in Canada 2000. Ottawa : Heart and Stroke Foundation of Canada.

Gouvernement du Canada, Santé Canada. (2003). Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux, 2003. Ottawa : Heart and Stroke Foundation of Canada.

Havik, O.E., & Maeland, J.G. (1990). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 34(3), 271 - 285.

Henry, C., & Tuxill, A.C. (1987). Concept of the person : introduction to the health professionals' curriculum. Journal of Advanced Nursing, 12(2), 245 - 249.

Héroux, L. (1983). Le développement du concept de soi chez les enfants de 5 à 8 ans. Trois-Rivières : Presses de l'université du Québec à Trois-Rivières.

Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquette, M., Cairns, J., Connolly, S., Roberts, R., Gent, M., & Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction : testing for the confounding effects of fatigue. Psychomatic Medecine, 61(6), 729 - 737.

Jacobsen, B.S., Lowery, B.J., & McCauley, K. (1992). Why Me? Causal thinking, affect, and expectations in myocardial infarction patients. Journal of Cardiovascular Nursing, 6(2), 57 - 65.

Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. Journal of Advances Nursing, 21(1), 21 - 27.

Jenks, J.M. (1993). The pattern of personal knowing in nurse clinical decision making. Journal of nursing education, 32(9), 399 - 405.

Johnson, J.L., & Morse, J.M. (1990). Regaining control : The process of adjustment after myocardial infarction. Heart & Lung, 19(2), 126 - 135.

Karlik, B.A., & Yarchiski, A. (1987). Learning needs of cardiac patients : a partial replication study. Heart & Lung, 16(5), 544 - 551.

Katz, D.L. (2003). Polar bears in the desert: North American childhood obesity linked to toxic nutritional environment, <http://www.theheart.org/viewEntityDispatcherAction.do?primaryKey=454255>

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval : Éditions Études Vivantes.

King, K.M., & Jensen, L. (1994). Preserving the self : Women having cardiac surgery, Heart & Lung, 23(2), 99 - 105.

Lauzier, M. (1999). La signification de l'expérience d'être aidante de son conjoint atteint de démence lorsque celui-ci vit en hébergement. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Canada.

L'Écuyer, R. (1994). Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Liehr, P., & Smith, M.J. (2000). Using story theory to guide nursing practice, International Journal of Human Caring, 4(2), 13 - 18.

Malan, S.S. (1992). Psychosocial adjustment following MI : Current views and nursing implications. Journal of Cardiovascular Nursing, 6(4), 57 - 70.

Morse, J.M. (1997). Responding to threats to integrity of self. Advances in Nursing Sciences, 19(4), 21 - 36.

Moser, D.K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : the influence of perceived control. Heart & Lung, 24(4), 273 - 280.

Newman, M.A. (1997). Experiencing the whole. Advances in Nursing Science, 20(1), 34 - 39.

O'Malley, P.A., & Menke, E. (1988). Relationship of hope and stress after myocardial infarction. Heart & Lung, 17(2), 184 - 190.

Owen, P.M. (1987). Recovery from myocardial infarction : A review of psychosocial determinants. Journal of Cardiovascular Nursing, 2(1), 75 - 85.

Perron, R. (1991). Les représentations de soi. Toulouse : Éditions Privat.

Philip, A.E., Cay, E.L., Vetter, N.J., & Stuckley, N.A. (1979) Journal of Psychosomatic Research, 23(2), 277 - 280.

Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (1997). La recherche qualitative enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaétan Morin éditeur.

Powers, B.A., & Knapp, T.R. (1990). A Dictionary of Nursing Theory and Research. Newbury Park, CA : Sage Publications Inc.

Proulx, R., Guidetti, K., Bagg, A., & Marchette, L. (1992). Detection of right ventricular myocardial infarction. Critical Care Nurse, 12(5), 50 - 59.

Radwin, L.E. (1995). Knowing the patient : a process model for individualized interventions. Nursing Research, 44(6), 364 - 370.

Ramsden, E. (1999). The person as patient : psychosocial perspectives for the health care professional. Toronto : Saunders

Reeder, F. (1987). The phenomenological movement. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 19(3), 150 - 152.

Roberts, K.T., & Whall, A. (1996). Serenity as a goal for nursing practice. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 28 (4), 359 - 364.

Rosenfeld, A.G., & Gilkeson, J. (2000). Meaning of illness for women with coronary heart disease. Heart & Lung, 29(2), 105 - 112.

Rosenthal, K.A. (1992). Coronary care patients' perceptions of important nurse caring behaviors. Heart & Lung, 21(6), 536 - 539.

Sherwood, G. (1997). Patterns of caring : the healing connection of interpersonal harmony. International Journal for Human Caring, 1(1), 30 - 38.

Shively, M., Verderber, A., & Fitzsimmons, L. (1992). Depression in the post-MI patient. Journal of Cardiovascular Nursing, 6(4), 84 - 86.

Siomko, A.J. (2000). Demystifying cardiac markers. American Journal of Nursing, 100(1), 36 - 40.

Spiegelberg, H. (1976). The phenomenological movement (2 éd). The Hague : Martinus Nijhoff.

Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. Intensive and Critical Care Nursing, 15(1), 34 - 43.

Tanner, C.A., Benner, C.C., & Gordon, D.R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 25(4), 273 - 280.

Tilley, J.D., Gregor, F.M., & Thiessen, V. (1987). The nurse's role in patient education : incongruent perceptions among nurses and patients. Journal of Advanced Nursing, 12(3), 291 - 301.

Travelbee, J. (1971). Interpersonal aspects of nursing (2 ed). Philadelphia : David.

Trojan, L., & Yonge, O. (1993). Developing trusting, caring relationships : home care nurses and elderly clients. Journal of Advances Nursing, 18(2), 1903 - 1910.

Wallis, M.C. (1998). Responding to suffering the experience of professional nurse caring in the coronary care unit. International for Human Caring, 2(2), 35 -44.

Walters, A.J. (1995). The phenomenological movement : implications for nursing research. Journal of Advanced Nursing, 22(4), 791 -799.

Walton, J. (1999). Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction. Journal on Holistic Nursing, 17(1), 34 - 53.

Watson, J. (1979). Nursing the Philosophy and Science of Caring. Boston : Little, Brown Company.

Watson, J. (1988). Nursing : Human Science and Human Care A Theory of Nursing. New York : National League for Nursing.

Watson, J. (1999). Postmodern Nursing and Beyond. New York : Churchill Livingstone.

Welin, C., Lappas, G., & Whihelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. Journal of Internal Medicine, 247, 629 - 639.

Wishnie, H.A., Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1971). Psychological hazards of convalescences following myocardial infarction. JAMA, 215(8), 1292 - 1296.

Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A., Stevens, S.S., Romanelli, J., Richter, D.P., & Bush, D.E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. Archives Internal Medicine, 16, (June 26), 1818 - 1823.

**ANNEXE A**  
**CONSENTEMENT**

**Formulaire de consentement pour participation à un projet de recherche****( La signification d'être soignée en tant que personne :****Perspective des patients vivant un premier infarctus du myocarde )**

Je suis infirmier et étudiant à la maîtrise en sciences infirmières. Dans le cadre de mon programme d'études, je dois réaliser une recherche qui aidera à améliorer les connaissances des infirmières.

**Titre de l'étude:**

La signification d'être soignée en tant que personne, durant l'hospitalisation :  
Perspective des patients vivants un premier infarctus du myocarde

**Responsables :**

Monsieur Louis Bolduc, étudiant à la maîtrise en sciences infirmières (514) xxx-xxxx  
Madame Mary Reidy, directrice de recherche, professeure titulaire (514)343-7088  
Madame Chantal Cara, co-directrice de recherche, professeure adjointe (514)343-7414  
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

**But de l'étude :**

Le but de cette recherche consiste à décrire et comprendre la signification d'être soignée en tant que personne, durant l'hospitalisation, pour des patients vivants un premier infarctus du myocarde. Les critères d'inclusion des participants à l'étude sont : d'être hospitalisé pour un premier infarctus, de comprendre et parler le français, d'être intéressé à partager son expérience et d'être âgé de moins de 55 ans.

**Nature de votre participation :**

Nous sollicitons votre participation pour décrire votre expérience d'être soignée en tant que personne, durant l'hospitalisation, lors de votre infarctus du myocarde. Votre collaboration, en tant qu'expert du vécu de l'infarctus du myocarde, consiste à décrire

ce que vous avez vécu durant votre hospitalisation et ce que vous identifiez comme étant des moments où vous avez ressenti que l'on vous soignait en tant que personne humaine. Ces rencontres auront lieu à l'endroit et au moment de votre choix.

L'entrevue enregistrée aura lieu entre la troisième et la quatrième semaine suivant votre départ du centre hospitalier. À cette rencontre je vous demanderai de me raconter votre expérience. La conversation sera enregistrée sur cassette audio afin de permettre un recueil fidèle de vos propos. Une discussion ultérieure aura pour objet de valider l'analyse du premier entretien enregistré et écrit en verbatim. La rencontre et la discussion seront d'environ une heure chacune.

**Avantages personnels pouvant découler de votre participation :**

Cette recherche a pour particularité de porter sur la signification d'être soigné en tant que personne à partir de votre perspective. Votre participation vous permettra de parler de votre expérience comme vous l'entendez et d'exprimer vos émotions. De plus, votre récit aidera à bonifier les connaissances en soins infirmiers et par le fait, aider d'autres bénéficiaires qui vivront la même expérience de santé que vous. Aussi, l'étudiant-chercheur tentera de répondre à toutes vos questions concernant votre maladie sans que celles-ci soient enregistrées.

**Inconvénients :**

Votre participation à cette recherche peut vous apporter certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, vous aurez à consacrer environ deux heures de votre temps pour la participation à cette étude.

**Risque :**

Votre participation à cette recherche ne vous fait courir aucun risque sur le plan médical et n'entrave en rien les soins et les services auxquels vous avez besoin.

**Retrait de votre participation :**

Il est entendu que votre participation à cette étude est tout à fait libre. Vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans affecter les soins et services que vous necessitez. Si vous mettez fin à votre participation, les bandes sonores seront immédiatement détruites. Par conséquent, il est entendu que vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux en collaborant à l'étude.

**Confidentialité :**

Votre nom n'apparaîtra sur aucun document, ce qui signifie que les résultats publiés ne permettront en aucune manière de vous identifier. De plus, un nom fictif sera utilisé. Seul l'étudiant-chercheur, le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et les directrices de la maîtrise auront accès aux bandes sonores. Les bandes seront conservées sous clefs au domicile du chercheur et elles seront détruites six mois après le dépôt de l'article de recherche. Les données écrites ne contiendront aucun nom autre que le nom fictif. Les responsables de l'établissement et les membres du personnel n'auront en aucun temps accès aux enregistrements ou à la transcription de ces enregistrements. À la fin de l'étude, le mémoire sera accessible via la bibliothèque paramédicale de l'université de Montréal. De plus, les résultats pourront être fournis sur demande.

**Questions :**

Pour des questions relatives à vos droits, vous pouvez contacter :

Dr Yvette Bonny, Présidente du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (514) 252-3822

Je soussigné, \_\_\_\_\_, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant les conditions décrites ci-dessus.

Chaque participant à la recherche reçoit un formulaire de consentement signé.

Je déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant                      Signature du participant                      Date

\_\_\_\_\_  
Nom de l'étudiant-chercheur                      Signature de l'étudiant-chercheur                      Date

Par la présente, l'étudiant-chercheur et les directrices de recherche, s'engagent à respecter la plus grande confidentialité et à respecter toutes les règles inscrites à ce formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant-chercheur                      Date

**Merci de votre précieuse collaboration.**

**ANNEXE B**

**PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE**

**Profil socio-démographique****Critères d'inclusion**

Diagnostic: \_\_\_\_\_

-

Enzymes cardiaques: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_

**Renseignements socio-démographiques**

Nom fictif: \_\_\_\_\_

Dernière année de scolarité complétée: \_\_\_\_\_

État civil: \_\_\_\_\_

Nombres d'enfants: \_\_\_\_\_

Occupation actuelle: \_\_\_\_\_ Retour au travail: \_\_\_\_\_

Date d'arrivée au centre hospitalier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de départ du centre hospitalier: \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue: \_\_\_\_\_

Circonstances entourant l'infarctus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-

**ANNEXE C**  
**GUIDE D'ENTREVUE**

## GUIDE D'ENTREVUE

---

### Questions

- Racontez-moi, un événement vécu, durant votre hospitalisation pour votre infarctus, où vous avez ressenti que l'infirmière vous soignait en tant que personne.
- Dites-moi ce que vous ressentez quand une infirmière vous soigne en tant que personne.
- Racontez-moi, un événement vécu, au cours duquel vous avez ressenti que l'infirmière n'avait aucun respect pour vous en tant que personne.
- Dites-moi ce que cela représente pour vous d'être soigné en tant que personne par une infirmière.
- Que recommanderiez-vous aux infirmières, afin qu'elles vous soignent comme personne?

**ANNEXE D**  
***BRACKETING***

### Bracketing de l'étudiant chercheur en lien avec le phénomène étudié

L'étudiant chercheur oeuvre, depuis 24 ans, dans le secteur des soins intensifs et soins coronariens soit à titre d'infirmier soignant ou comme gestionnaire de soins infirmiers. Quelle que soit la raison de l'échange avec une autre personne, l'étudiant chercheur croit qu'il est extrêmement important d'apprécier la personne dans son ensemble, que derrière le titre ou la profession, il existe un homme ou une femme entière qui mérite de la considération. Cette croyance s'avère aussi importante pour l'infirmier que le gestionnaire.

Quant au patient cardiaque atteint d'infarctus du myocarde, l'étudiant chercheur doit avouer qu'il a longtemps perçu cette personne soignée comme une personne qui se remet en question de façon importante et ce fut une grande motivation à la réalisation de ce mémoire. Suite aux lectures en cardiologie il a du changé son idée et voir que 43% des patients atteints d'infarctus se questionnent à propos de cet élément (Jacobsen, B.S., Lowery, B.J., et McCauley, K. (1992). Les autres veulent connaître la cause mais n'ont pas de remise en question (Fredricksson, 1999). L'étudiant chercheur a souvent utilisé la caricature suivante « une personne avec l'âme fracturée » afin de décrire l'impact de ce diagnostic sur la personne atteinte. Cette partie du bracketing a été un élément important de rappel à la conscience au moment des entrevues et lors de l'analyse des verbatim.

L'étudiant chercheur a l'impression que le *caring* fait partie de sa vie depuis toujours. Ce comportement fait partie intégrante de sa personnalité en tant qu'homme et en tant qu'infirmier. Par contre la théorie du *caring* est arrivé dans sa vie lors du cours, métaparadigme, au début de la maîtrise. Ce fut une bouffée d'air frais que de réaliser que de grandes théoriciennes des soins infirmiers pensaient comme lui, l'humble infirmier du Québec. Suite à cette découverte, le *caring* est devenu le mot important, il était partout mais surtout par le toucher et les paroles réconfortantes. Depuis, à l'aide de nombreuses lectures et de discussions, le *caring* apparaît davantage comme un

engagement dans le soin que l'on offre, de l'écoute envers le patient, de prendre le temps de connaître son rythme, de le suivre et de l'accompagner, d'être honnête avec l'autre, de le voir sous l'angle du *personhood* et de voir en lui le potentiel qui le caractérise. Encore une fois, cette partie du bracketing a été un élément important de rappel à la conscience au moment des entrevues et lors de l'analyse des verbatim.

**ANNEXE E**

**LETTRE AUX PARTICIPANTS**

Monsieur, Madame

Je suis infirmier et étudiant à la maîtrise en sciences infirmières. Dans le cadre de mon programme d'études, je dois réaliser une recherche qui aidera à améliorer les connaissances des infirmières.

Le but de ma recherche consiste à décrire et à comprendre la signification d'être soignée en tant que personne, durant l'hospitalisation, pour un individu qui expérimente un premier infarctus du myocarde. Les critères d'inclusion des participants à l'étude sont : d'être hospitalisé pour un premier infarctus, de comprendre et parler le français, d'être intéressé à partager son expérience et d'être âgé de moins de 55 ans.

La recherche nécessitera deux rencontres d'environ une heure chacune. De plus, votre récit aidera à bonifier les connaissances en soins infirmiers et par le fait même, d'aider d'autres bénéficiaires qui vivront la même expérience de santé que vous.

Je vous remercie d'avoir lu cette lettre et si vous décidez de participer à l'étude, j'apprécierais que vous avisiez votre infirmière. Elle communiquera avec moi et je viendrai vous rencontrer afin de me présenter et de répondre à toutes vos questions.

Louis Bolduc, infirmier

Étudiant à la maîtrise en sciences infirmières

**ANNEXE F**  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Le 14 novembre 2002

**CHERCHEUR:** Monsieur Louis Bolduc

**PROTOCOLE:** La signification d'être soignée en tant que personne durant l'hospitalisation: Perspective de patients vivants un premier infarctus du myocarde.

**OBJET:** Correspondance du 09 octobre 2002 au sujet de la réapprobation annuelle de l'étude

**RÉSOLUTION:**

En assemblée du Sous-comité de la correspondance du Comité d'éthique de la recherche tenue le 13 novembre 2002, les membres réapprouvent cette étude pour 1 an.



Joelyne Tessier, M.D.  
Présidente du comité d'éthique de la recherche

**ANNEXE G**  
**TABLEAU DES FRÉQUENCES**

Tableau des fréquences

| Nbre de participants | Nbre d'unités de signification | Sous-thèmes  | %   | Thèmes et le pourcentage  |
|----------------------|--------------------------------|--|-----|---|
| 5                    | 17                             | Communiquer avec moi                                   | 12% | <b>Sentir que l'on prenne le temps de communiquer avec moi</b><br><br><b>28.99%</b> |
| 4                    | 15                             | M'enseigner à propos de ma situation de santé          | 11% |   |
| 4                    | 8                              | Prendre le temps d'être avec moi                       | 6%  |   |
| 5                    | 9                              | Ressentir de l'attention à mon égard                   | 7%  | <b>Percevoir de l'attention à mes préoccupations</b><br><br><b>24.64%</b>           |
| 4                    | 11                             | Percevoir que l'on veut connaître ce que je vie        | 8%  |   |
| 4                    | 9                              | Percevoir que l'on me répond dans un délai raisonnable | 7%  |   |
| 4                    | 5                              | Recevoir une réponse à mes besoins immédiats           | 4%  |   |
| 5                    | 13                             | Me sentir respecté et considéré                        | 9%  | <b>Ressentir un soin empreint d'humanisme</b><br><br><b>24.64%</b>                  |
| 4                    | 11                             | Percevoir un soin humain                               | 8%  |   |
| 3                    | 5                              | Préserver mon intimité                                 | 4%  |   |
| 2                    | 5                              | Reconnaître des attitudes chaleureuses                 | 4%  |   |
| 5                    | 17                             | Me sentir en sécurité                                  | 12% | <b>Être en sécurité</b><br><br><b>21.74%</b>  |
| 4                    | 4                              | Percevoir que l'on me visite sans que je le demande    | 3%  |   |
| 2                    | 9                              | Me sentir bien soigné                                  | 7%  |   |

