

2m11.3442.7

Université de Montréal

Perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale  
en regard de la dimension relationnelle du soin  
dans un contexte d'implantation  
d'une philosophie de caring

par  
Caroline Mathieu

Faculté des sciences infirmières

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

Avril 2006

© Caroline Mathieu, 2006





**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 :

Perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale  
en regard de la dimension relationnelle du soin  
dans un contexte d'implantation  
d'une philosophie de caring

présenté par :  
Caroline Mathieu

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Alain Legault, inf. Ph.D.  
président-rapporteur

Jean-Pierre Bonin, inf. Ph.D.  
directeur de recherche

Johanne Goudreau, inf. Ph.D.  
membre du jury

France Laflamme, M.Sc.inf.  
membre du jury

## Résumé

Dans un système de santé en constant mouvement, une philosophie de soins basée sur l'école de pensée du *caring* favorise la dimension humaine du soin. Dans cette philosophie, les intervenants informent, guident, conseillent, soutiennent et encouragent la personne soignée et ses proches tout au long de leur trajectoire de soins. Ils travaillent en partenariat avec eux et leur reconnaissent un pouvoir décisionnel véritable, respectant ainsi leur choix. Le *caring* met aussi en évidence les connaissances, la manière d'être et le savoir-faire des infirmières. À des compétences scientifiques, les intervenants doivent allier des compétences humaines et relationnelles pour dégager l'essence des soins infirmiers et permettre un renouvellement des pratiques. Il a été démontré que l'implantation d'une philosophie de *caring* augmente la satisfaction des infirmières et des patients (Boykin, Shoenhofer, Smith, St-Jean & Aleman, 2003; Kipp, 2001) en regard des soins dispensés et reçus. Le soin étant un concept large, l'étudiante-chercheure s'est concentrée sur la dimension relationnelle de ce dernier, soit les concepts empathie, intimité et dignité (McNeil, 1995, 2003).

Cette étude qualitative de type descriptif exploratoire, réalisée auprès d'un échantillon de convenance, avait pour but de comprendre et décrire la perception des infirmières oeuvrant en santé mentale en regard de la dimension relationnelle du soin dans un contexte d'implantation d'une philosophie de *caring*. Les résultats obtenus découlent de la tenue de trois groupes de discussions réalisés auprès d'infirmières oeuvrant dans un pavillon psychiatrique d'un hôpital de la région de Montréal. L'analyse des données a été réalisée selon l'approche mixte de Huberman et Miles (1991).

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît qu'il est difficile de définir clairement les concepts liés à la relation thérapeutique. Pour chacun d'eux, une ligne floue sépare l'intervention dite thérapeutique, de celle qui ne l'est pas. À travers la présence de cette ligne, les participantes soulèvent toute la complexité de la dimension relationnelle du soin. Cette ligne revêt plusieurs formes, mais elle joue toujours le même rôle : permettre à l'infirmière d'exercer son rôle en demeurant professionnelles et aidante à l'égard des personnes vivant des expériences de santé difficiles tout en assurant une qualité de soins optimale. Parallèlement, puisque la dimension relationnelle du soin demeure complexe dans la pratique et que la relation est primordiale chez les infirmières en santé mentale, il apparaît nécessaire de se préoccuper de la pratique clinique, de la formation de base et continue des infirmières. Enfin, il semble important de mentionner qu'il existe peu d'études portant sur les concepts d'empathie, d'intimité et de dignité en lien avec un contexte d'implantation d'une philosophie de caring. La présente étude s'est déroulée dans un département de santé mentale faisant partie d'un centre hospitalier de soins généraux, où la dimension relationnelle est au cœur de la pratique. Afin de préciser les perceptions des professionnels en regard de la dimension relationnelle du soin, il serait intéressant de reproduire l'étude auprès de professionnels travaillant avec d'autres types de clientèles, d'autres genres de pratiques. Il serait également souhaitable de procéder à une comparaison entre les soins donnés en milieu hospitalier et le suivi en milieu communautaire.

**Mots clés :** philosophie de caring, dimension relationnelle du soin, relation infirmière-patient, santé mentale, empathie, intimité, dignité, rôle infirmier, groupe de discussion.

## Abstract

Over the past twenty five years, caring has been described in the literature as the essence and the central unifying and dominant domain to characterize nursing. The caring philosophy is based on humanistic values as dignity, respect, compassion and commitment. Based on a synthesis of literature, a caring philosophy seems to be important to meet patient expectations in a complex, ever-changing, health care delivery system. Over the past decade increased appreciation of patient perceptions, expectations of care satisfaction have become important indicators for the measurement of quality care. It has been proved that the implementation of a caring model improved patient and nurse satisfaction (Boykin, Shoenhofer, St-Jean & Aleman, 2003; Kipp, 2001) facing given and received cares. Because the concept of care is large, this research will present findings related to the *relational dimension of care* (empathy, intimacy, dignity).

The purpose of this is qualitative descriptive study was to understand and describe the perceptions of nurses working in a psychiatric department facing the relational dimension of care in a context of a caring philosophy implementation. Three focus group interviews were conducted. The participants were invited to discuss about four concepts: empathy, intimacy, dignity and caring philosophy. For each group, verbatim transcriptions were analysed according to Huberman & Miles approach (1991). Categories were organised across groups and themes derived.

The results showed the complexity of the *relational dimension of care*. For all of them, there is a line which defines the therapeutic relation and the non-therapeutic relation. This line guides the nurse in her daily practice. Since the relational dimension is complex and the relation is primordial in nursing practice, it appears important to give

attention to clinical practice and education of nurses. Further studies are needed in other care settings and with professionals dealing with different type of patients to improve our understanding of this dimension.

**Key words:** caring philosophy, patient-nurse relationship, psychiatry, empathy, intimacy, dignity, focus group, nursing practice.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Remerciements.....	xi
CHAPITRE I : La problématique.....	1
Le but de l'étude.....	7
La question de recherche.....	7
CHAPITRE II : Perspective disciplinaire et recension des écrits.....	8
Contexte de transformation des services en santé mentale.....	9
Le contexte de la pratique infirmière en santé mentale.....	10
La relation entre l'infirmière et le patient.....	13
Les stratégies pour développer une relation infirmière-patient.....	14
Perspective disciplinaire : l'école de pensée du caring.....	16
Dimension relationnelle du soin.....	20
Le concept d'empathie.....	22
Le concept d'intimité.....	28
Le concept de dignité.....	30
CHAPITRE III : La méthode de recherche.....	34
Le groupe de discussion.....	36
Les avantages et les limites du groupe de discussion.....	37
Le milieu.....	38

La population cible.....	39
L'échantillon.....	39
Le déroulement de l'étude.....	40
Le déroulement des groupes.....	40
L'analyse des données.....	41
Considérations éthiques.....	43
Rigueur scientifique.....	44
<b>CHAPITRE IV : La présentation des résultats.....</b>	<b>46</b>
Le contexte de la recherche et le profil des participantes.....	47
Les thèmes émergeant des groupes de discussion.....	48
L'empathie.....	48
L'intimité.....	54
La dignité.....	59
La philosophie de caring.....	64
<b>CHAPITRE V : La discussion des résultats.....</b>	<b>72</b>
L'empathie.....	73
L'intimité.....	78
La dignité.....	80
Perspective disciplinaire.....	81
À la recherche de l'équilibre dans la pratique.....	84
Retombées pour la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières.....	87
Pratique clinique.....	87
Formation.....	89

Recherche.....	90
CONCLUSION.....	92
RÉFÉRENCES.....	95
APPENDICE A : Demande de participation .....	105
APPENDICE B : Renseignements aux participants.....	109
APPENDICE C : Grille de discussion.....	111
APPENDICE D : Certificat d'éthique.....	113

## Remerciements

Les études de deuxième cycle et la rédaction d'un mémoire se comparent à une aventure qui nous révèle à nous-mêmes, qui nous fait aussi prendre conscience de l'importance des gens autour de nous et de la richesse qu'ils constituent. Je tiens à remercier, en premier lieu, les infirmières du Pavillon Albert Prévost sans qui ce mémoire n'existerait pas. Ces personnes ont gentiment accepté de témoigner de leur expérience afin de pousser plus loin ma réflexion sur la dimension relationnelle du soin et la philosophie du caring. Je voudrais aussi adresser des remerciements à deux personnes qui ont grandement contribué à la tenue des groupes de discussion, soit Mesdames France Laflamme et Guylaine Blais. Elles ont pris le temps de m'écouter et de discuter de ce projet malgré des agendas très chargés.

J'aimerais témoigner ma reconnaissance à deux personnes qui partagent avec moi cette passion du soin et la propension à discuter de tout ce qui touche l'aspect disciplinaire : Mesdames Marielle Roy et Joane Boulanger. Deux collègues, deux complices, deux amies qui ont été présentes pendant toute cette aventure. Deux femmes de grande valeur pour qui l'engagement, la passion et le soutien sont indéfectibles. Je suis privilégiée de travailler avec vous au quotidien. Merci d'être là, merci de croire en moi, merci pour tout.

Il y a de ces personnes que l'on rencontre et qui nous marque à jamais. Tu fais partie de celles là Suzanne Martel. Tu m'as appris à être une infirmière communautaire, à soigner en partant de l'autre, à faire une différence dans le quotidien de ces femmes et ces hommes et à croire à l'importance du rôle infirmier. Merci d'être un si beau modèle

d'infirmière et de femme. Merci pour nos longues discussions, ta vivacité, ta grande intelligence, ton regard si vrai sur la vie, ta sagesse et ta folie.

Mon parcours à l'Université a été marqué par ma rencontre avec Jean-Pierre Bonin, comme chargée de cours tout d'abord, comme étudiante par la suite. Par un heureux hasard, Jean Pierre a accepté de superviser mes études de maîtrise. Merci Jean-Pierre pour ta grande patience, ta finesse à cerner mes moments difficiles, ton engagement, ton écoute, ton soutien sans faille et la rapidité avec laquelle tu as corrigé mes textes! Ce fut un bonheur de travailler avec toi.

À mes parents, Nicole et Pierre et à ma soeur Annie... parce que vous m'avez appris à prendre soin. Vous êtes mon port d'attache, ma plus grande force et mon plus grand soutien. À ma famille « élargie » pour tous les soupers, les appels, les encouragements. Vous faites partie de mes souvenirs heureux, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Merci d'être toujours là.

Enfin, à toi Arjan... Bedankt ... Ik hou van jouw.

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

Depuis le début des années 1960, les services en santé mentale ont connu des transformations majeures au Québec. Ces transformations, qui ont donné lieu à quatre grandes vagues de désinstitutionnalisation, étaient guidées par trois objectifs : humaniser les soins, améliorer l'accès aux services dans la communauté, respecter et affirmer les droits des personnes qui ont recours aux services (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Bien que la plupart des gens s'entendent encore en 2005 sur le principe de la désinstitutionnalisation (MSSS, 2005) et que cette dernière demeure une priorité gouvernementale qui s'inscrit dans le cadre du virage ambulatoire, ce mouvement s'est soldé par un succès mitigé (MSSS, 1997; MSSS, 2004). Ainsi, on constate que la clientèle en établissement s'est alourdie, que le fardeau des familles s'est accentué et que les phénomènes de judiciarisation, de l'itinérance et de la porte tournante sont apparus ou se sont aggravés, changeant de façon significative la réalité des personnes atteintes, de leurs familles et du personnel soignant (MSSS, 2002). La migration de la clientèle atteinte de troubles mentaux, de l'hôpital vers la communauté, a eu des répercussions importantes sur le contexte de travail des infirmières modifiant de façon significative leur pratique, leurs rôles et leurs responsabilités. Actuellement, les infirmières prodiguent des soins selon de nouvelles modalités en ambulatoire (hôpital de jour) ou en milieu communautaire (suivi dans la communauté). Or, la complexité des situations de soins, dont plusieurs sont induites par l'abus de substances, une durée de séjour qui diminue sans cesse et un roulement important de la clientèle sont des éléments qui contribuent à augmenter l'intensité de soins et la charge de travail du personnel infirmier. Quelques auteurs (Swanson, 1999; Watson & Foster, 2003) affirment que les infirmières qui pratiquent dans un contexte de surcharge, de pénurie et de réformes se sentent robotisées

et surtout moins motivées. Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill et Hannigan (2000) ont conclu que les infirmières travaillant dans le secteur de la psychiatrie sont celles qui vivent le plus d'épuisement à la suite de l'augmentation de la charge de travail, de la pénurie et des réformes. Les auteurs déplorent également le manque de ressources pouvant soutenir les soutenir. Par ailleurs, Severinsson et Hummelvoll (2001), précisent que les infirmières exerçant en santé mentale sont les professionnelles les plus exposées au stress.

Outre l'insatisfaction exprimée par les infirmières, les patients, acteurs importants du système de soins, vivent également de l'insatisfaction (Summer & Townsend-Rocchiccioli, 2003). Au cours des dernières années, dans la région de Montréal, plusieurs plaintes furent déposées par des patients ayant reçus des soins, ainsi que leurs familles. En 2001-2002, dans la région montréalaise, 18% des plaintes exprimées concernaient l'aspect relationnel du soin, toutes missions confondues. Cependant, ce pourcentage augmente à 33% dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques (RRSS, 2003). En 2002-2003, les statistiques demeurent semblables, soit 15% des plaintes touchant l'aspect relationnel des soins toutes missions confondues et 30 % pour les soins psychiatriques (RRSS, 2004). Les résultats présentés ne semblent pas étonnants dans le contexte actuel. En effet, Crow (2001) mentionne que les organisations privilégient l'efficacité et la technologie au détriment du soin. De plus, Austin, Bergum et Goldberg (2003) affirment que les infirmières, en l'absence de reconnaissance quant à leur travail, se désengagent et effectuent leurs tâches de façon machinale.

Préoccupés par cette déshumanisation du soin, les dirigeants de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal ont décidé, en 2003, d'implanter une philosophie de soins inspirée de

l'école de pensée du *caring* afin d'humaniser les soins, d'augmenter la satisfaction au travail du personnel infirmier ainsi que la qualité des soins dispensés. Cette philosophie, adoptée en 1995 par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, s'appuie sur des valeurs de respect, d'engagement et met l'accent sur l'aspect relationnel et humaniste du soin, favorisant ainsi des pratiques de *caring*. Par ailleurs, Duffy et Hoskins (2002) affirment qu'il y a un lien entre la pratique de *caring* des infirmières et la satisfaction des patients. D'autres auteurs (Boykin, Shoenhoffer, Smith, St-Jean & Aleman, 2003; Kipp, 2001), de leur côté, ont démontré que l'implantation d'une philosophie de *caring* augmentait la satisfaction des infirmières et des patients. Cette philosophie semble donc avoir un impact positif à la fois sur les infirmières et les patients. Enfin, Dingman, Williams, Fosbinder & Warnick (1999) notent que la satisfaction des patients demeure un indicateur clé de la mesure de la qualité des soins.

Dans le cadre d'une recherche élaborée à partir d'entrevues réalisées auprès de la population ayant recours aux services de santé et services sociaux, McNeil (N= 4000; 1995, 2000, 2003) décrit un service de qualité selon trois secteurs d'activités, soit les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel. Le secteur relationnel réfère à l'humanisation des soins et comporte trois dimensions étroitement reliées au comportement de chaque membre du personnel : l'empathie, l'intimité et la dignité. L'empathie est la capacité d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. L'intimité assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Enfin, la dignité correspond au respect et à la considération que mérite une personne (McNeil, 1995, 2000, 2003). Selon cette étude, les dimensions n'ont pas toutes la même importance aux yeux des patients. En effet, les résultats démontrent que quatre des six

attentes les plus importantes, relativement à la qualité des services, touchent les dimensions de dignité, d'intimité et d'empathie. L'auteur conclut donc que le secteur relationnel vient au premier plan, devant les secteurs professionnel et organisationnel. C'est pourquoi la présente étude s'inspire des résultats de recherche de McNeil (1995, 2000, 2003) pour opérationnaliser la dimension relationnelle de la qualité des soins. Enfin, plusieurs auteurs (Peplau, 1991; Repper, Ford & Cooke, 1993; Sullivan, 1998; Austin, Bergum & Goldberg, 2003) s'entendent pour dire que la dimension relationnelle est au cœur de la pratique en santé mentale.

Quelques théoriciennes (Boykin et Schoenhofer, 1990; Leininger, 1988, 1995; Watson, 1979, 1985, 1988, 1999, 2001) discutent, selon une perspective infirmière, de concepts similaires à ceux mentionnés par McNeil (1995, 2000, 2003) en lien avec l'aspect relationnel du soin. Dans sa conception du *human caring*, Watson (1979, 1985, 1988, 1999, 2001) définit le *caring* comme un idéal moral de soins qui nécessite une présence et un engagement de l'infirmière auprès de la personne et de sa famille. Cet engagement ne peut être démontré qu'à l'intérieur de relations transpersonnelles. Pour Watson (1979, 1985, 1988, 1999, 2001), le *caring* a pour but de préserver et respecter la dignité humaine et promouvoir la santé et le développement de la personne. L'auteure propose, à l'intérieur de sa théorie, dix processus de *caritas cliniques* pouvant guider l'infirmière au niveau relationnel. À l'intérieur de ces processus de *caritas cliniques*, le processus 4 (relation de caring authentique, d'aide et de confiance) et le processus 8 (créer un environnement qui favorise la guérison à tous les niveaux afin de promouvoir le confort, le respect et la dignité), portent davantage sur les concepts de dignité, d'empathie et d'intimité. Pour sa part, Leininger (1988, 1995) affirme que le *caring* constitue non

seulement le fondement de l'humanité, mais aussi le concept unificateur des soins infirmiers. Sa conception porte sur le respect de la dignité et le respect des dimensions sociales et culturelles. Enfin, Boykin et Schoenhofer (1990) affirment que la nature de l'être humain est d'être *caring* et que le *caring* est une façon d'être humain. De façon générale, le *caring* s'articule autour d'un système de valeurs altruistes et relationnelles, dont le respect, l'engagement, la liberté de choix, la compétence, la dignité humaine, la réciprocité et l'actualisation (Cara, 2003).

Plusieurs études (Dingman et al, 1999; Duffy et Hoskins, 2003; Tuck et al., 2000) ont intégré l'école de pensée du *caring* à la qualité des soins. D'autres chercheurs, (Donabedian, 1992; Grenier, 1990; Grenier, 1993 cités dans Ménard, 2002) ont étudié la qualité des soins et ont créé de nombreux outils de mesure. Toutefois, aucune étude ne portait sur l'aspect relationnel du soin de façon spécifique. Pourtant, Bischko (1998), mentionne que la relation entre le patient et l'infirmière est la pierre angulaire de la pratique infirmière, notamment en santé mentale. Elle est le seul élément pouvant générer des résultats positifs, donner une satisfaction et un pouvoir à la fois au patient et à l'infirmière. Sullivan (1998), pour sa part, va même jusqu'à affirmer que l'efficience en santé mentale dépend de cette relation. Enfin, toutes les études consultées présentent davantage le point de vue des patients que celui des infirmières, et aucune n'a été réalisée dans un contexte québécois.

Bien que la philosophie du *caring* ne soit pas un élément nouveau dans les écrits disciplinaires, les infirmières québécoises y sont encore peu exposées (Roy & Robinette, 2004). Ainsi, il a semblé pertinent à l'étudiante chercheuse de donner la parole à ces professionnelles de la santé. Cette connaissance de la perception des infirmières oeuvrant

en santé mentale relativement à la qualité des soins dans sa dimension relationnelle à la suite de l'implantation d'une philosophie de *caring*, constitue une recherche pertinente dans la situation actuelle des milieux de soins. En effet, Morse et al. (1997) affirment que la relation établie entre l'infirmière et le patient est cruciale pour comprendre la nature des soins infirmiers. Elles mentionnent qu'il est important et même urgent d'examiner de plus près ce phénomène. De plus, la majorité des études consultées (Granerud & Sevenrisson, 2003; Magnusson & Lutzen, 1999; Timmerman, 1991) déplorent le peu d'études empiriques sur les concepts de dignité et d'intimité. D'ailleurs, ces auteurs mentionnent le besoin de poursuivre les recherches dans ce domaine. La présente étude pourrait permettre d'élaborer de meilleures stratégies relationnelles entre l'infirmière et le patient, permettre une meilleure qualité de soins, mais surtout un plus grand bien-être chez le patient et l'infirmière, un élément primordial en sciences infirmières.

#### Le but de l'étude

Cette recherche qualitative de type descriptif exploratoire a pour but de comprendre et décrire les perceptions des infirmières oeuvrant en santé mentale en regard de la dimension relationnelle du soin (empathie, intimité et dignité) dans un contexte d'implantation d'une philosophie de *caring*.

#### La question de recherche

Quelle est la perception des infirmières oeuvrant en santé mentale regard des concepts d'empathie, d'intimité et de dignité dans un contexte d'implantation d'une philosophie de *caring*?

**CHAPITRE DEUXIÈME**  
**PERSPECTIVE DISCIPLINAIRE**  
**ET RECENSION DES ÉCRITS**

Ce chapitre sur la revue des écrits comprend d'abord une description du contexte de transformation des services en santé mentale et des répercussions sur la pratique des infirmières, suivie d'une analyse des principaux écrits sur la place de la relation en sciences infirmières ainsi que l'implantation d'une philosophie de caring. La dimension relationnelle du soin, définie à partir du modèle de McNeil, soit les concepts d'empathie, d'intimité et de dignité constituera la dernière partie de ce chapitre.

### *Le contexte de transformation des services en santé mentale*

Depuis 1962, nous avons assisté à plusieurs vagues de désinstitutionnalisation. Les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu (1971), de la Commission Rochon et de la *Politique de santé mentale* (1989) sont venus modifier l'offre de services en mettant l'accent sur les modalités ambulatoires et communautaires. Toutefois, l'implantation des services requis n'est pas complète. Malgré tout, la désinstitutionnalisation demeure plus que jamais une priorité gouvernementale. En 1998, le Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale met de l'avant les réseaux intégrés de services au plan local comme modèle de réforme du système (MSSS, 1998) dans un contexte d'augmentation de la demande et de contraintes budgétaires. Enfin, en 2005, le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec cible la santé mentale à titre de priorité nationale et s'engage, dans un Plan d'action de cinq ans (2005-2010), à améliorer l'aide que nous offrons, comme société, aux personnes ayant un trouble mental (MSSS, 2005). Ainsi, le ministère oriente son action vers le développement prioritaire des services de première ligne. En plus de permettre aux personnes atteintes d'un trouble mental d'avoir accès à des services à proximité de leur domicile, cette décision devrait

aussi permettre un désengorgement des services de deuxième ou troisième ligne pour les clientèles qui le requièrent et ainsi d'améliorer les services de santé mentale (MSSS, 2005).

### *Le contexte de la pratique infirmière en santé mentale*

Depuis quelques années, le contexte général de la pratique infirmière est teinté par la pénurie d'effectifs, la surcharge de travail, l'augmentation de la complexité des soins, une évolution des connaissances scientifiques et pharmacologiques rapide ainsi que l'épuisement professionnel (Harrison, Loiselle, Duquette & Semenic, 2002). Ces observations s'appliquent aussi en santé mentale. Severinsson et Hummelvoll (2001) avancent que les infirmières exerçant en santé mentale sont les professionnelles les plus exposées au stress. En fait, ces auteurs déplorent l'incohérence qui existe entre la philosophie humaniste dans laquelle les infirmières ont été formées, et la demande de productivité et d'efficacité que les employeurs exigent d'elles dans un contexte de soins psychiatriques aigus. Par ailleurs, Sullivan (1998) ainsi qu'Edward et al. (2000) ont conclu que ces infirmières sont celles qui vivent le plus d'épuisement à la suite de l'augmentation de la charge de travail, de la pénurie de ressources, des réformes, ainsi qu'au manque de ressources conseils pouvant les soutenir. Plusieurs éléments contribuent à ces constats. Premièrement, à la suite des avancées pharmacologiques, les personnes hospitalisées présentent des situations de soins complexes et aigues où la toxicomanie est souvent présente. Les durées de séjour sont de plus en plus brèves et le manque de structure de soutien dans la communauté a un impact direct sur la famille. Les infirmières s'adressent donc à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux dont la complexité requiert une expertise demandant une mise à jour constante des

connaissances (MSSS, 2005). Deuxièmement, les personnes qui ont un trouble mental ne forment pas un groupe monolithique aux besoins uniformes. Les organisations doivent alors faire preuve de compétence, de souplesse et de diversité. Troisièmement, dans son *guide pour le développement des compétences en santé mentale*, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux souligne l'importance de l'appropriation du pouvoir par la personne ainsi que le travail en réseau (MSSS, 2004). L'appropriation, par une personne utilisatrice de services en santé mentale, du pouvoir quant à la conduite de sa vie est un processus continu qu'elle a décidé d'entreprendre et qu'elle gère en fonction de la connaissance qu'elle a d'elle-même, de sa situation de santé et en fonction de ses expériences, de ses besoins et de son parcours. Elle peut prendre la parole en toute liberté, exercer ses droits et assumer ses responsabilités librement et de façon éclairée, décider de toutes les facettes de sa vie, tant sur le plan individuel que collectif, et défendre ses droits. Elle a la possibilité d'être en relation avec son milieu et son environnement, à partir de son espace intime et non à partir de normes ou de critères extérieurs à elle, et ce, dans un rapport respectueux et égalitaire (MSSS, 2004). Au regard de cette définition, l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices de services en santé mentale modifie grandement le rôle de l'infirmière et exige des compétences accrues de sa part sur le plan relationnel pour créer l'alliance thérapeutique, et de celle des gestionnaires des réseaux publics et communautaires (MSSS, 2004). Quatrièmement, la plupart du temps, les familles et les proches accompagnent et soutiennent la personne atteinte. Or, ces derniers s'attendent à être accueillis, informés, soutenus et orientés dans le réseau de soins, quel que soit l'intervenant consulté et le type de service réclamé (MSSS, 2005). L'infirmière, par ses connaissances de la maladie mentale et des plans de traitement, ainsi

que par sa proximité et sa présence auprès de la personne et ses proches, occupe une place de choix pour répondre aux attentes de ces derniers. Tous ces éléments modifient son rôle, augmentent sa charge de travail et consomment une grande partie de son temps. Paradoxalement, les organisations ont des préoccupations budgétaires et privilégient l'efficacité au détriment de la dimension relationnelle du soin, ce qui contraste avec les attitudes, comportements et valeurs à partir desquels les infirmières ont été formées (Crow, 2001; Boykin, Schoenhofer, Smith, St-Jean & Aleman, 2003). Pourtant, certains auteurs (Watson & Foster, 2003; Duffy et Hoskins, 2003) soulignent l'importance de la relation en soins infirmiers et déplorent le fait que cet aspect primordial des soins soit invisible alors que son impact est crucial pour le patient. Malheureusement, force est de constater que le contexte actuel des services en santé mentale fragilise cette relation.

En 1998, Sullivan affirme que l'interaction est peu présente dans la pratique infirmière en santé mentale. Il s'appuie sur une étude menée dans 309 unités de soins psychiatriques, laquelle a démontré que dans 25% des unités, soit 78, aucune interaction ne fut observée. Dans plus de 32 % des unités, soit 99, une seule infirmière interagissait avec les patients. Cet auteur mentionne que ce phénomène n'est pas nouveau. En 1996, Robinson reprend une étude menée en 1985 par Cormack et conclut que le personnel passe beaucoup plus de temps au poste qu'aux soins directs aux patients. Les soins directs ne comptent que pour 25 % des activités et un temps considérable est alloué à des activités qui n'impliquent pas les patients. En fait, les activités de l'infirmière semblent davantage orientées vers des tâches administratives. Pourtant, la relation entre l'infirmière et le patient est la pierre angulaire et l'essence de la pratique en santé mentale. Elle est le seul élément pouvant générer des résultats positifs, donner une

satisfaction et un pouvoir à la fois au patient et à l'infirmière (Bischko, 1998). Sullivan (1998) va même jusqu'à affirmer que l'efficience en santé mentale dépend de cette relation.

Certains auteurs (Powell, 1982; Sullivan, 1998; Hem & Heggen, 2003) déplorent l'influence du modèle médical sur l'intervention des infirmières. Ils affirment que mettre l'accent sur un diagnostic plutôt que sur une personne mène à un modèle d'interaction caractérisé par l'incompréhension. De plus, se confiner dans une routine établie et négliger la relation interpersonnelle conduisent à des processus de prise de décision et à des plans de soins qui s'appliquent à un grand nombre de personnes et qui répondent au besoin d'un groupe plutôt qu'à ceux d'un individu. Ces mêmes auteurs nous mettent en garde contre le danger de ne pas reconnaître le rôle de l'infirmière puisque ceci perpétue la culture qui voit la relation thérapeutique comme une question de bon sens sans grande rigueur scientifique. Cette méconnaissance du rôle a comme résultat une pratique où les intervenants éprouvent de la difficulté à distinguer une simple relation quotidienne d'une interaction avec un sens et un but.

#### *La relation entre l'infirmière et le patient*

«Ce qui est central aux soins infirmiers, c'est la relation entre l'infirmière et le patient» (Traduction libre, Duffy & Hoskins, 2003).

«La relation qui se développe entre le patient et l'infirmière est l'assise de la pratique infirmière» (Traduction libre, Fields & al., 2004).

Nombreux sont les auteurs pour qui les aspects techniques de la pratique demeurent en soutien à la fonction primaire du rôle infirmier, soit la relation entre l'infirmière et le patient (Williams, 1989; Morse & al., 1997; Bischko, 1998; Watson & Foster, 2003, Felgen, 2004). Plusieurs sont d'avis que le rôle de l'infirmière n'est pas

simplement une affaire de routine et de procédure, mais plutôt un engagement auprès de l'autre que l'on définit en terme d'attitudes, de comportements, de relation et de compréhension (Sullivan, 1998; Barker, 2001). Pour Porter (1992), l'essence de la relation est un phénomène humaniste qui témoigne du respect entre l'infirmière et le patient, avec une ouverture pour l'autre et ce qu'il dit. Morse et al. (1997) affirment que la relation établie entre l'infirmière et le patient est cruciale pour comprendre la nature des soins infirmiers. Elles mentionnent qu'il est important et même urgent d'examiner de plus près ce phénomène.

#### *Les stratégies pour développer une relation infirmière-patient*

McCann et Baker (2001), dans leur étude menée auprès de patients et d'infirmières en psychiatrie (n=24 infirmières et 9 patients), ont révélé qu'il y a deux éléments majeurs dans l'établissement d'une relation entre l'infirmière et le patient : la compréhension et la confiance. De façon unanime, les patients ont mentionné qu'ils souhaitent que les infirmières comprennent et s'intéressent à ce qu'ils vivent, ce qui nécessite de l'empathie, une attitude non jugeante et une réceptivité à l'autre. Pour Kohnke (1982) ainsi que Benner et Wrubel (1989), ces éléments font référence à la présence, à l'accessibilité et la disponibilité qui font que le patient se sent compris et soutenu. Pour Henderson (2004), être compris est un phénomène universel, mais il est encore plus présent chez les gens vivant avec une maladie chronique. Il y a d'ailleurs un lien positif entre être compris et obtenir de bons résultats de thérapie (Galpert, 1988, Lafferty, 1987, Winfrey, 1988, cités dans Jonas-Simpson, 2001). Henderson (2004) parle également de cette habileté de compréhension invisible qui donne à la pratique infirmière

en santé mentale toute sa valeur. Paradoxalement, c'est aussi ce qui rend la nature de cette pratique difficile à saisir et à reconnaître.

Le deuxième élément déterminant dans l'établissement d'une relation, en l'occurrence la confiance, comporte deux volets. Le premier, très technique, concerne la confidentialité, l'absence de discrimination, l'absence de condescendance envers le patient. L'autre, concerne davantage le fondement même de la relation : croire en l'autre avant de s'engager dans un processus mutuel, croire en son potentiel, en ses capacités à résoudre ses difficultés, lui donner espoir et souligner ses forces. Swanson (1993), dans son modèle de pratique, parle de *croire en l'autre* comme le fondement philosophique de l'intervention auprès du patient. La relation de confiance a un impact sur le patient et affecte ses attitudes, valeurs ainsi que ses attentes en regard des traitements. Koller et Hantikainen (2002) insistent sur l'importance de préserver cette relation de confiance car un bris peut créer beaucoup de dommages et faire régresser le patient. Ces auteurs expliquent qu'il y a des comportements que les patients jugent aidants et qu'ils recherchent chez les infirmières : être considéré comme une personne et non pas comme un ensemble de symptômes et surtout ne pas être traité comme un objet. Par contre, une froideur de la part de l'infirmière, le manque de contact visuel et l'absence d'expression faciale constituent des éléments jugés nuisibles par les patients.

Or, la maladie mentale en raison de ses manifestations cliniques et de la présence de stigmatisation peut devenir un bouleversement très dévastateur et peut mener à l'exclusion sociale de la personne. Comme la maladie mentale altère la pensée, les émotions et le comportement, les gens éprouvent de la difficulté à prendre soin d'eux-mêmes, ce qui peut même les conduire à devenir dangereux pour eux-mêmes ou les

autres. La relation infirmière-patient devient alors une modalité de traitement qui favorise la stabilisation dans une situation de crise, qui permet d'éviter la décompensation et qui offre un soutien émotionnel et psychologique, une connection humain-à-humain, permettant au patient de retrouver sécurité, réconfort et surtout l'espoir de «guérir» (Repper, Ford & Cooke, 1994). La relation thérapeutique demeure la clé pour accompagner une personne ayant une maladie mentale et ainsi promouvoir et soutenir un état de santé mentale optimal lui permettant de vivre en société. Il est difficile de passer sous silence le fait que cette clientèle vulnérable est souvent boudée par le système de santé. La relation infirmière-patient devient également un forum à partir duquel l'infirmière peut défendre les intérêts et choix du patient dont elle prend soin, ce qui cadre parfaitement avec son rôle d'avocate (*advocacy*) de la personne.

Selon une étude de Repper, Ford & Cooke (N=46; 1994), les infirmières travaillant en santé mentale doivent trouver une façon de développer une relation solide avec leurs patients dans le but de leur offrir un accompagnement et ainsi soutenir leur implication dans l'épisode de soins. Pour ces auteurs, ce n'est qu'à travers cet engagement que les infirmières peuvent obtenir une satisfaction dans leur travail.

#### *Perspective disciplinaire : l'école de pensée du caring*

Le *caring* est une approche humaniste et relationnelle mettant en évidence les connaissances, la manière d'être et le savoir-faire des infirmières et des autres intervenants de la santé (Roy & Robinette, 2005). Il a pour rôle central la préservation de la dignité humaine et s'articule autour de valeurs telles que le respect, l'engagement, la liberté de choix, la compétence, la réciprocité et l'actualisation (Cara, 2003). Plusieurs philosophes ont cherché à définir l'essence du phénomène de *caring*. Pour Heidegger

(1927, cité dans Cara, 2003), le *caring* représente le souci de l'autre et exprime le caractère ultime de l'être humain. Buber (1970), affirme que ce n'est qu'à travers une relation avec un autre être humain que l'on devient humain. Bien qu'il n'ait pas défini le *caring*, cet auteur a influencé les infirmières parce qu'elles ont trouvé chez lui la description et l'explication du contexte relationnel dans lequel le *caring* se produit. Selon Mayeroff (1971), le *caring*, c'est aider la personne à croître et à s'actualiser. Pour cet auteur, c'est en étant *caring* pour l'autre qu'une personne peut s'actualiser. De plus, il affirme que le sens de la vie est découvert et créé à travers le *caring*.

Le *caring* a également été étudié à travers la discipline infirmière et plusieurs théoriciennes se sont penchées sur ce concept. Les conceptions de Leininger (1988, 1995), Watson (1979, 1985, 1988, 1999, 2001) et Boykin & Schoenhofer (1993) mettent au premier plan la personne dans ce qu'elle a d'unique et d'universel. Leininger (1988, 1995) affirme que le *caring* constitue non seulement le fondement de l'humanité, mais aussi le concept unificateur des soins infirmiers. Sa conception porte sur les dimensions sociales et culturelles. Pour Watson (1979, 1985, 1988, 1999, 2001), le *caring* constitue un idéal moral et l'essence des soins infirmiers. Les travaux de Carl Rogers ont influencé la vision de Watson d'une relation transpersonnelle empreinte de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine à l'intérieur de laquelle naît le *caring*. Cette relation transpersonnelle de soin est une relation particulière où les deux personnes s'engagent, se respectent et se permettent d'évoluer vers une meilleure compréhension de soi et vers une plus grande harmonie. Elle propose dix processus de *caritas cliniques* pour guider les infirmières dans leur pratique. Pour Watson (1979, 1985, 1988, 1999, 2001), le *caring* est une connexion humain-à-humain où chaque personne perçoit l'autre dans son unicité et

comme un être-dans-le-monde. Enfin Boykin et Schoenhofer (1993) affirment que la nature de l'être humain est d'être *caring* et que le *caring* est une façon d'être humain. De façon générale, Cara (2003) a décrit le *caring* comme une façon d'être humain et d'assister l'autre afin de promouvoir sa santé et son développement à travers une relation interpersonnelle.

Certains auteurs ont exploré le concept de *caring* et développé des modèles de pratique. En 1993, Swanson définit le *caring* comme une façon réconfortante d'interagir avec l'autre et présente le processus de *caring* où elle décrit cinq étapes essentielles afin d'accompagner le patient à travers une expérience de santé, soit croire en l'autre (fondement philosophique humaniste), connaître l'autre (comprendre la signification de ce que vit l'autre), être avec (implique une présence authentique), faire pour (actions thérapeutiques, sans en faire plus que la personne en ferait pour elle-même) et faciliter le bien-être (soutenir la personne à travers les transitions de vie). Dingman (1999) opérationnalise son modèle en proposant cinq comportements permettant d'établir une relation de confiance entre l'infirmière et la personne, et ainsi faciliter l'expérience vécue. Ces comportements permettent d'augmenter la satisfaction de la clientèle. Il s'agit de : 1) se présenter et expliquer son rôle à la personne/famille; 2) appeler la personne par le nom qu'elle préfère; 3) utiliser le toucher de façon appropriée; 4) prendre cinq minutes par quart de travail pour s'asseoir à côté de la personne pour planifier les soins et les résultats visés et 5) intégrer la mission, la vision et les valeurs de l'établissement lors de la planification des soins. Judkins et Eldridge (2001), à travers leur recherche, proposent des moyens de créer une culture de *caring*. La dimension centrale de leurs écrits demeure *l'entraînement à l'empathie*, où des jeux de rôle, de la rétroaction et des enseignements

permettent aux infirmières de développer cette habileté d'empathie nécessaire à l'implantation de cette culture. Pour ces auteures, le *caring* vise l'appropriation du pouvoir par la clientèle, les familles et les infirmières, ce qui cadre parfaitement bien avec les volontés ministérielles actuelles et l'actualisation du rôle de l'infirmière en santé mentale.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus quant à sa définition, les auteurs s'entendent tous pour dire que le *caring* se vit à travers une relation entre deux personnes et qu'il permet l'actualisation de valeurs humanistes et altruistes. Il requiert des habiletés et des compétences qui font appel aux savoirs infirmiers et implique un partage des responsabilités entre l'infirmière et le patient. Morse et al. (1990) en parle en terme de comportements, d'attitudes, d'affect, de relation thérapeutique ou d'idéal de soin (Morse & al., 1990). Chacune de ces dimensions nous aide à mieux comprendre ce qu'est le *caring* et nous permet de dégager les éléments suivants : 1) le *caring* est une façon d'être, il caractérise l'être humain 2) il existe depuis la nuit des temps afin d'assurer la survie de l'espèce 3) il est l'essence des soins infirmiers 4) il renvoie à l'expérience de prendre et de recevoir le soin 5) il se donne et se reçoit 6) il implique de la compassion, du soutien et de la sollicitude et 7) il suppose de la réceptivité, de l'engagement, de l'action et de la réciprocité (Roy & Robinette, 2005). Mais, par-dessus tout, le *caring* permet de faire émerger la partie invisible du soin, cette partie si souvent négligée mais si importante pour la personne et sa famille.

Tuck et al. (2000) mentionnent que la valeur la plus fréquemment citée (56.31%) dans les philosophies de soins de plusieurs établissements de santé américains est le *caring*. Quelques auteurs (Dingman, Williams, Fosbinder, & Warnick, 1999; Kipp, 2001;

Boykin, Schoenhoffer, Smith, St-Jean, & Aleman, 2003; Duffy & Hoskins, 2003) discutent de l'implantation de modèles inspirés de cette école de pensée. Les résultats de toutes ces études démontrent que la satisfaction des patients et des infirmières est augmentée à la suite de l'implantation d'une pratique de *caring*. Les critères de satisfaction cités touchent surtout l'aspect relationnel : l'intérêt porté par l'infirmière à l'expérience de la personne, une communication efficace entre le personnel et la personne, les réponses fournies par l'infirmière pour calmer la détresse et la douleur, la compassion de l'infirmière, les attitudes de l'infirmière face aux demandes de la personne et les attentions portées à ces demandes (Dingman & al., 1999; Boykin & al., 2003). Pour Crow (2001), une pratique de *caring* est le meilleur espoir de poursuivre la mission des soins infirmiers. Judkins et Eldridge (2001) appuient ces études en affirmant qu'une pratique de *caring* et de la compassion de la part des soignants donnent un haut niveau de satisfaction chez les infirmières et les patients. À l'opposé, Boykin et Schoenhofer (2001) constatent qu'un manque d'habileté relationnelle conduit à de l'insatisfaction chez les patients. Finalement, il est important de mentionner que la satisfaction de la clientèle demeure un indicateur-clé de la qualité des soins (Dingman, Williams, Fosbinder & Warnick, 1999; Kipp, 2001).

#### *Dimension relationnelle du soin*

En 1994, la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS) de Montréal Centre (mise à jour en 2000 et réitérée en 2003), adoptait une démarche visant l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des clients du réseau de la santé et des services sociaux sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal. La stratégie visant à doter un organisme d'un concept de service s'effectue en

identifiant les attentes de la clientèle et en tenant compte de la mission de l'établissement. Adopter le concept de service consiste donc à sélectionner des dimensions, parmi toutes celles qui méritent une attention particulière, puis à s'engager auprès des clients à atteindre des standards de qualité. Les dimensions du concept de service ont été précisées à partir des attentes de la population en regard des services de santé et services sociaux et en fonction de leur degré d'importance relative. L'identification des attentes s'est réalisée par l'utilisation de groupes de discussion auprès des principaux publics cibles du réseau ainsi que par un sondage téléphonique effectué auprès d'un échantillon représentatif de 4000 personnes du territoire de la Communauté urbaine de Montréal. La participation des clients a permis de dégager 39 attentes particulièrement significatives. Chacune des attentes a été reliée à l'une des 12 dimensions qui, à leur tour, ont été regroupées en trois secteurs afin de mieux saisir leur contribution et complémentarité en lien avec l'amélioration continue de la qualité. Le premier secteur, le secteur relationnel, concerne la relation avec le patient, c'est-à-dire l'humanisation des soins et la personnalisation du service. Les trois dimensions qui le composent, l'empathie, l'intimité et la dignité, sont fortement dépendantes du comportement des prestataires de service. Le deuxième secteur touche la prestation de services professionnels, c'est-à-dire la façon de livrer l'expertise recherchée. Les quatre dimensions qui le composent regroupent des éléments de compétence et de rigueur, en plus de faire appel à la participation du client et de son entourage. On y retrouve la fiabilité, la responsabilisation, l'apaisement et la solidarisation. Enfin, le troisième secteur concerne l'organisation du service, c'est-à-dire l'environnement dans lequel s'effectue la prestation de service. Il comporte les cinq dimensions suivantes: la facilité, la continuité, l'accessibilité, la rapidité et le confort.

Ainsi, les 12 dimensions reflètent une réalité, celle du concept de service en matière de santé. Un établissement, pour assurer une qualité de soins continue, doit donc s'engager à atteindre des standards de qualité pour chacune de ces 12 dimensions. Il est à noter qu'en terme d'importance, le secteur relationnel vient au premier plan, devant les secteurs professionnels et organisationnels. Les trois dimensions de ce secteur, soit la dignité, l'intimité et l'empathie, définissent la dimension relationnelle de la qualité du soin et constituent un guide pour la présente étude.

### *Le concept d'empathie*

«L'empathie est l'essence de toute relation entre l'infirmière et la personne»  
(Traduction libre, Kalish, 1977; Benner & Wrubel, 1989)

Le concept d'empathie a fasciné les philosophes, les critiques d'art, et les psychologues. Il a été traité sous de multiples angles et par plusieurs auteurs. Cependant, il demeure peu étudié en sciences de la santé car peu d'outils spécifiques au domaine existent pour le mesurer (Fields, Hojat, Gonnella, Mangione, Kane & Magee, 2004). Bien que le concept d'empathie ait pris naissance dans les travaux des psychothérapeutes, il semble avoir un rôle significatif dans la relation entre les infirmières et les patients (La Monica, Wolf, Madea & Oberst, 1987). En effet, Raudonis (1993) affirme que la relation empathique entre une infirmière et son patient a un effet positif sur le bien être physique et émotionnel de ce dernier. Avec l'évolution des théories en sciences infirmières, plusieurs tentatives ont été entreprises pour clarifier, légitimer et incorporer le concept d'empathie dans les soins infirmiers (Forsyth, 1980; LaMonica & Karshmer, 1978; Pluckman, 1978; Rawnsley, 1987; Travelbee, 1972, Triplett, 1969; Zderad, 1970, cités dans Fields et al., 2004), et ainsi modifier les modèles psychologiques d'empathie afin qu'ils conviennent à

la relation entre l'infirmière et le patient (Burgess, 1990; Ehmann, 1971; LaMonica, 1983; MacKay, Hughes & Carver, 1990, cités dans Yates et al., 1998).

L'empathie peut être vue comme une façon d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent (Jacelon, 2003). Zderad (1970, citée dans Jacelon, 2003) en parle comme d'une attitude de réceptivité et de présence entière à l'autre. Pour McNeil (1995), il s'agit de la capacité à recevoir subjectivement et à partager l'état psychologique ou les sentiments d'une autre personne. Morse (1992) la décrit comme un art qui implique une philosophie humaniste et altruiste de la vie. Baumgartner (1970) abonde également en ce sens parlant de l'empathie comme d'un art qui implique une philosophie humaniste de la vie doublée d'une profonde sagesse humaine. Pour Fields et al. (2004), l'empathie demeure l'élément essentiel de la relation d'aide, élément qui souligne l'aspect humain des soins et qui devrait chapeauter toutes les habiletés des professionnels soignants. Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca Veloski & al. (2002) parlent de l'empathie comme d'un attribut à la fois cognitif et affectif qui implique une compréhension de l'expérience inhérente à la personne, combinée à une capacité à communiquer cette compréhension à la personne. Pour ces auteurs, les éléments *cognition*, *compréhension* et *communication* font partie du construit empathie. Ces éléments réfèrent à la capacité d'entrer en relation et connaître la personne devant nous. En 1969, Carkhuff développe et précise des aspects de la relation d'aide. Il crée ce qui constitue une tentative pour opérationnaliser les conditions de la relation d'aide afin de la rendre mesurable (Brazier, 1996). À cet effet, il a développé des échelles à cinq niveaux pour mesurer, entre autres, l'empathie, la congruence et le respect inconditionnel. Pour Pike (1990), le concept d'empathie demeure insaisissable et mystérieux, bien qu'essentiel. Peut-être est-ce pour cette raison que l'on

parle souvent de l'aspect relationnel comme étant l'aspect invisible du soin. Toutefois, l'importance de la relation thérapeutique infirmière-patient, incluant le concept d'empathie, est enracinée dans la description du rôle de l'infirmière (Fields & al., 2004). D'ailleurs, une étude a permis de constater que les gens du milieu de la santé avaient des résultats plus élevés que les gens du secteur de la technologie quant au niveau d'empathie démontré à l'autre (Hojat, Fields & Gonnella, 2003). Finalement, Patterson et Zderad (1976) ont souligné l'importance d'étudier ce concept pour être en mesure de promouvoir le bien-être de la personne. Swanson (1993) reprend cette idée dans son modèle d'application du caring lorsqu'elle affirme que pour arriver à un état de bien être, la personne a besoin d'être écoutée, comprise et reconnue.

Selon une étude menée par Morse (1990), le concept d'empathie a quatre caractéristiques: morale, affective, cognitive et comportementale. La conviction de Rogers (1962, cité dans Morse, 1990) et de Buber (1970) d'une acceptation inconditionnelle de la différence des autres êtres humains, comme condition préalable à toute relation humaine, pourrait être considérée comme le reflet de la caractéristique morale de l'empathie. La caractéristique affective, pour sa part, désigne la capacité que l'on a à percevoir subjectivement et à partager l'état psychologique ou les sentiments intrinsèques d'une autre personne, ce qui signifie ressentir ce que l'autre ressent (Rogers, 1957, 1962). La caractéristique cognitive comporte la prise de perspective, c'est-à-dire la capacité intellectuelle à comprendre la perspective de l'autre et à prévoir ses pensées (Kalliopuska, 1986; Meyer, Boster & Hecht, 1988, cités dans Morse, 1990). La caractéristique comportementale, c'est-à-dire la capacité à communiquer une compréhension et une préoccupation empathique dépend de ses propres compétences en

techniques de communication. Ces quatre dimensions du concept d'empathie rappellent les éléments rapportés par Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Veloski & al. (2002) lorsqu'ils décrivent le construit empathie. Enfin, toutes ces dimensions reprennent les grandes valeurs de la philosophie du *caring*.

Rogers (1960) et Kalish (1977), cités dans Morse (1990) affirment que la perception qu'un patient a de l'empathie permet à ce dernier de se sentir compris et peut éliminer ses sentiments d'aliénation. Pour Beckman, Markakis & Frankel (1994), l'empathie peut être intrinsèquement thérapeutique et aider le patient à se sentir compris, encouragé, calmé et apaisé. Reid-Ponte (1992) soutient qu'il y a une relation entre les habiletés d'empathie de l'infirmière et l'expérience de détresse des patients: l'empathie des infirmières à l'égard des patients facilite l'expression de douleurs physiques et émotionnelles. Plusieurs auteurs (La Monica et al., 1976; La Monica et al., 1987; Bellet & Maloney, 1991) abondent en ce sens et affirment que l'anxiété, la dépression et la colère diminuent à mesure que le sentiment d'être compris par une infirmière augmente. De fait, la personne qui se sent comprise collabore, adhère aux recommandations, à la médication et retrouve un équilibre plus rapidement. Enfin, il a été mentionné à travers certaines études que l'empathie peut promouvoir la santé et l'estime de soi (Hudson, 1993; Jackson, 1992). Bref, les résultats de la revue de littérature abondent dans le sens des volontés ministérielles (MSSS, 2004) où l'on vise l'appropriation du pouvoir par la personne atteinte d'un trouble de santé mentale.

Une étude menée par Hojat, Fields & Gonela (N= 98; 56 infirmières et 42 femmes médecins; 2003) a comparé la différence entre les médecins et les infirmières dans leurs réponses au Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). Les résultats permettent de

conclure que les femmes infirmières ont le même niveau d'empathie que les femmes pédiatres et que ce taux demeure plus élevé que celui des femmes anesthésistes, pathologistes et radiologistes. De plus, les professionnels oeuvrant en psychiatrie ont des résultats plus élevés que ceux des départements de chirurgie, d'orthopédie ou de gynécologie. D'ailleurs, Ricard, Bonin et Lesage (1997) rapportent que des infirmières oeuvrant en psychiatrie mentionnent l'écoute et la disponibilité à l'autre comme étant des éléments clés de leur pratique. Selon ces infirmières, l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.

Pour plusieurs auteurs, il est possible d'apprendre à être empathique. La Monica, Carew, Winder, Haase et Blanchard (1976) soutiennent que les programmes pour enseigner la façon de manifester de l'empathie envers l'autre fonctionnent. D'autres chercheurs (Feighny, Monaco & Arnold, 1995; Platt & Keller, 1994) appuient ce résultat et affirment que la communication empathique s'apprend. Eldridge & Judkins (2001) affirment également que l'empathie s'enseigne de plusieurs façons à travers une philosophie de *caring*. Cependant, si tous les professionnels peuvent être empathiques, tous ne le sont pas au même niveau.

Aring (1958, cité dans Fields & al., 2004) décrit l'empathie comme une action ou une capacité d'apprécier les sentiments d'une autre personne sans le vivre pour soi-même. La sympathie, quant à elle, est considérée comme l'acte d'entrée pour rejoindre les sentiments de l'autre personne. Pour Brock & Salinski (1993), l'empathie est considérée comme une activité cognitive que l'on distingue de la sympathie qui est plus une réponse affective à la malchance d'une personne. Plusieurs auteurs considèrent qu'une empathie profonde dans les soins peut interférer avec l'objectivité du diagnostic

ou du traitement (Blumgart, 1964; Spiro, 1992). Brûlé et Groulard (1998), pour leur part, déplorent que l'on demande aux professionnels de taire leur état émotionnel, d'en bloquer l'émergence pour conserver une attitude professionnelle et d'appliquer rigoureusement la technique de l'empathie. Ils présentent le concept de *compathie* qu'ils définissent comme étant l'élan naturel et spontané qui fait vibrer le soignant en présence d'un être humain qui souffre. Ce concept permet au soignant de vivre ses émotions en toute simplicité. Pour ces auteurs, l'essentiel de toute relation d'aide est la dimension humaine, à laquelle viennent se greffer les techniques de communication, et non l'inverse. Ils affirment que ce n'est pas parce que le soignant est humain qu'il n'est pas professionnel. Il est à la fois humain et professionnel.

Dans une perspective infirmière, la réciprocité proposée par les auteurs de l'école de pensée du *caring* différencie l'empathie de la sympathie. La réciprocité fait appel à la notion de prendre et de recevoir, elle implique de faire pour la personne sans en faire plus qu'elle ne le ferait pour elle-même dans la situation. De plus, elle remet à la personne le pouvoir qu'elle a sur sa santé. D'ailleurs, Ricard & al. (1997) soulignent l'importance de l'implication de la personne dans ses soins. Ils affirment que les valeurs, les émotions, les idées, les buts et les perspectives de la personne doivent guider la planification des soins dans toutes les phases du processus de soins.

De façon générale, il ressort de ces études que: 1) l'empathie est véritablement l'essence d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne (Forsyth, 1980; Gagan, 1983; La Monica, 1981; Patterson & Zderad, 1976). 2) l'empathie a des effets positifs sur les personnes (Olson, 1995; Olson & Hanchett, 1997); 3) l'empathie donne des résultats importants dans les interactions entre les infirmières et les personnes (Fields

& al, 2004) et 4) l'empathie est réellement une capacité essentielle pour soigner efficacement (Arnolds & Boggs, 1989; Zderad, 1989, cités dans Kunyk & Olson, 2001).

### *Le concept d'intimité*

Bien que Timmerman (1991) spécifie que le concept d'intimité demeure peu présent en sciences infirmières et qu'il est davantage abordé d'un point de vue théorique qu'empirique, quelques auteurs se sont penchés sur sa définition. Pour McNeil (1995, 2000, 2003), l'intimité est ce qui assure à la personne une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Jacelon (2003) parle de l'intimité comme une absence d'intrusion malsaine de la part des autres dans notre espace, notre vie privée. Weiss (1983) mentionne que l'intimité sous-tend un lien privilégié entre deux personnes et qu'elle joue un rôle important dans la promotion du bien être individuel. Il affirme que ce n'est pas un état statique mais un processus dynamique dont le niveau fluctue dans le temps. Bauer (1996) décrit l'intimité comme un territoire, un besoin de protection. Pour Koller & Hantikainen (2002), l'intimité est expérimentée simultanément comme un espace, une instance ou un sentiment de sécurité. Enfin, pour Applegate et Morse (1994, cités dans Jacelon, 2003), le respect de la dignité humaine serait une condition à l'intimité.

Timmerman (1991) propose quatre conditions à l'intimité: la confiance, la proximité, une communication ouverte et une réciprocité dans la relation. La confiance demeure nécessaire puisque l'intimité exige que la personne qui se dévoile se sente reçue et non jugée, un exercice périlleux pour une personne malade. La proximité et la communication permettent à la personne de tisser des liens, d'interagir et d'évoluer. La réciprocité exige un échange mutuel et un partage des responsabilités. Ici, les notions de

réciprocité et de partage dans la relation peuvent être associés au concept de *caring* tel que définis par certaines théoriciennes en sciences infirmières.

Bauer (1996) affirme que la régulation des interactions sociales est gouvernée par l'espace personnel, une zone invisible du territoire personnel qui régit la distance interpersonnelle. Les personnes trouvent stabilité, sécurité et sérénité dans des relations nécessaires pour leur croissance personnelle et leur actualisation. Ces relations se développent dans un environnement de protection et dans leur propre sphère d'intimité. Pour cet auteur, le principal travail de l'infirmière est de créer un environnement favorable et de fournir les conditions permettant de soutenir la personne. Koller et Hantikainen (2002) abondent en ce sens et mentionnent que l'espace personnel est d'importance majeure dans notre culture. Chaque fois que nous permettons à une personne d'entrer dans notre intimité, nous perdons une part de nos défenses, nous révélons certains secrets et nous devenons vulnérables. L'incapacité à défendre un territoire conduit à la détérioration du bien être émotionnel. Bauer (1996) assure qu'un manque d'intimité est toujours causé par une perte de contrôle plus ou moins grande. Timmerman (1991) parle également du contrôle comme un élément important de l'expérience de l'intimité.

Pour Timmerman (1991), l'intimité a une importance particulière en santé mentale puisque: 1) l'intimité a été identifiée comme un élément important dans le développement psychosocial de l'adulte; 2) l'intimité joue un rôle dans la formation de l'identité, à travers une relation permettant à la personne de se sentir comprise et acceptée telle qu'elle est; 3) les recherches indiquent que les couples qui rapportent une diminution ou une absence d'intimité présentent plus de symptômes de maladie émotionnelle non

psychotique; 4) un échec dans le développement de l'intimité dans les relations est un des facteurs les plus souvent mentionnés en cours de psychothérapie et 5) l'intimité a été identifiée comme un élément-clé dans la satisfaction des individus en lien avec les relations établies avec l'entourage.

Magnusson et Lutzen (1999) abordent l'intimité du patient en tant qu'élément majeur en santé mentale. Par le concept d'intimité, ils abordent la notion de confidentialité. D'autres auteurs considèrent aussi la confidentialité comme préalable à l'intimité. Granerud et Severinsson (2003) mentionnent qu'il est primordial de préserver l'intimité de la personne malade en contrôlant l'information que l'on donne à d'autres professionnels ou à sa famille. Toujours selon Granerud et Severinsson (2003), les personnes atteintes de troubles mentaux veulent garder leur état d'âme secret, intime, pour eux-mêmes.

Bauer (1996) ainsi que Schulz & al. (1984, cités dans Granerud et Severinsson, 2003) ont mentionné que l'intimité n'est pas la même pour tous et que le besoin peut changer en cours d'hospitalisation. Le défi est d'ajuster l'intervention en fonction de ce besoin. D'ailleurs, la majorité des études citées dans cette section soulignent le manque de connaissance en lien avec le concept d'intimité et le besoin de poursuivre les recherches dans ce domaine.

#### *Le concept de dignité*

À l'instar du concept d'intimité, le concept de dignité demeure davantage abordé d'un point de vue théorique qu'empirique. Quelques auteurs se sont tout de même intéressés à ce concept.

De façon générale, la dignité de la personne est un droit fondamental, ce qui implique que chaque être humain doit être traité comme une personne ou une fin en soi et non pas comme un objet ou un moyen à prendre pour arriver à une fin. Toute personne a une valeur innée en tant qu'être humain. Cette valeur innée doit être appréciée pour ce qu'elle est, elle n'est ni diminuée, ni augmentée par des différences telles que la culture, l'ethnie, la couleur, la race, la religion, le sexe, la capacité intellectuelle ou physique, statut économique ou tout autre statut, état de santé ou condition. Les droits à l'intimité, à l'autodétermination et à la liberté personnelle sont d'une importance capitale pour la sauvegarde de la dignité humaine. Certaines conditions sont fondamentales à cette sauvegarde. En premier lieu, il est nécessaire de démontrer un respect pour les connaissances, l'expérience et les domaines d'expertise de la personne et éviter de se livrer à des commentaires désobligeants sur les personnes malades. La non-discrimination ou le refus de pratiquer ou d'approuver une quelconque forme de discrimination injuste, en regard du statut ou de l'état de santé de la personne, représente une deuxième condition à la dignité (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1999; Eriksson, 2002; Jacobs, 2001).

La dignité demeure une dimension centrale en sciences infirmières. Pour Jacelon (2003), la dignité représente le respect et la considération que mérite une personne en vertu de sa valeur humaine. Pour Ericksson (2002), la dignité absolue est d'être humain et d'être traité ainsi, ce qui constitue un défi important dans le contexte de soin actuel. La dignité humaine implique une liberté de pensée et d'action, que l'on soit malade ou non (Naden & Eriksson, 2004). Une étude menée par Jacelon (N=24; 2002) auprès de personnes ayant été hospitalisées abonde en ce sens. En effet, les résultats indiquent que

la dignité des patients est préservée lorsque les intervenants démontrent une compréhension envers eux, soutiennent leur autonomie et qu'ils agissent avec respect afin de les accompagner et éviter de faire à leur place. Enfin, plusieurs auteurs (Watson, 1999, 2001; Jacelon, 2002; Jacelon, 2003; Naden & Eriksson, 2004, Milton, 2003; Milton, 2005) soutiennent que le respect et la préoccupation pour l'autre demeurent des conditions essentielles à la préservation de la dignité humaine.

En santé mentale, le traitement équitable, le consentement libre et éclairé, les mesures de protection des personnes vulnérables et la confidentialité demeurent des éléments importants à considérer en regard du maintien de la dignité des personnes. La stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux les prive souvent de leur dignité, ce qui interfère avec leur désir de vivre en société, et les conduit à la disgrâce et à l'exclusion. Ces personnes souhaitent pourtant être vues comme des êtres humains à part entière, avec des forces et des difficultés, mais pas comme des *cas de psychiatrie* (Granerud & Sevenrisson, 2003).

Enfin, il semble que l'intimité et la dignité aient un rôle important à jouer au niveau du contrôle de la personne par rapport à elle-même. Préserver l'intimité et l'intégrité de la personne fait partie intégrante du rôle de l'infirmière. À travers une relation empathique, il lui appartient d'accompagner ces personnes afin de leur permettre d'être soutenues et de devenir des citoyens à part entière, capables d'établir des relations satisfaisantes avec autrui, mais surtout de devenir et demeurer des personnes autonomes et dignes.

Pour comprendre et décrire la perception des infirmières oeuvrant en santé mentale face à ces concepts, l'étudiante chercheuse a eu recours à la tenue de groupes de

discussion et à une analyse de données inspirée de l'approche mixte de Huberman et Miles (1991). Cette méthode sera exposée dans le prochain chapitre.

**CHAPITRE TROISIÈME**  
**LA MÉTHODE DE RECHERCHE**

Ce chapitre présente la méthode retenue pour atteindre les objectifs de cette recherche qualitative, soit la tenue de groupes de discussion et l'analyse de données selon l'approche mixte de Huberman et Miles (1991). Il comporte plusieurs parties portant sur le groupe de discussion, le milieu, l'échantillon, les critères d'inclusion, le déroulement de l'étude, le déroulement des groupes de discussion, l'analyse des données, les considérations éthiques, la rigueur scientifique ainsi que les limites de l'étude.

La présente étude cherche à décrire et comprendre les perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale en regard des concepts d'empathie, d'intimité et de dignité dans un contexte d'implantation d'une philosophie de *caring*. Pour y parvenir, l'étudiante-chercheure a opté pour l'utilisation des groupes de discussion, et ce, pour plusieurs raisons. D'une part, le groupe de discussion permet de rassembler des individus qui partagent des caractéristiques similaires afin qu'ils puissent s'exprimer sur un sujet précis. La dynamique du groupe permet de faire émerger de nouvelles idées et surtout de voir comment un groupe interagit à propos d'éléments ciblés. D'autre part, l'animation d'un groupe de discussion permet à l'étudiante-chercheure de développer des habiletés de communication essentielles au rôle de clinicienne, en plus des apprentissages en lien avec le processus de recherche. Tel que mentionné, le groupe de discussion permet d'explorer les attitudes, les perceptions, les croyances et les opinions des gens. L'information recueillie découle de la discussion tenue entre des personnes crédibles ayant une expérience dans le domaine exploré et suffisamment solides pour donner des indications pour de futures orientations ou de possibles recherches à poursuivre.

### *Le groupe de discussion*

Pour certains auteurs (Dawson, Manderson & Tallo, 1993; Morgan, 1990), les méthodes qualitatives incluant les entrevues, les observations et les groupes de discussion sont valables pour comprendre les idées, les croyances, les valeurs, les pratiques et les comportements. Les groupes de discussion sont souvent utilisés pour évaluer un processus et obtenir des résultats rapidement. Ils ont été utilisés dès les années 1930, mais davantage pour la recherche dans l'industrie du commerce (*marketing*) afin de dégager rapidement les résultats de nouvelles tendances ou de nouveaux produits. De nos jours, le groupe de discussion est utilisé abondamment par des chercheurs de plusieurs disciplines (Dawson, Manderson & Tallo, 1993).

De façon générale, les groupes de discussion sont structurés de façon à rassembler des individus qui partagent des caractéristiques similaires (homogénéité) afin qu'ils puissent s'exprimer sur un sujet précis, dans un temps fixe et selon des règles spécifiques. Le groupe est guidé par un modérateur qui introduit des éléments de discussion qui renvoient aux expériences des participants et qui suscitent une conversation, une interaction et l'échange d'idées (Morgan, 1990). La dynamique de groupe constitue la richesse de cette méthode puisqu'elle permet de faire émerger de nouvelles idées, des constats, des éléments de discordance et une opportunité de voir comment un groupe pense à propos d'un sujet précis. L'échange entre les individus est central à cette méthode car le groupe de discussion n'est surtout pas une entrevue où le modérateur pose une question à chacun des participants et où chaque personne répond de façon individuelle.

### *Comment utiliser un groupe de discussion dans le milieu des sciences de la santé?*

Cette méthode peut être utile pour explorer un sujet que l'on connaît peu et à propos duquel peu de choses ont été écrites. Par exemple, il peut être utilisé pour mettre en place un programme qui demande un changement de comportement, de vision et qui implique une *prise en compte* des valeurs et pratiques traditionnelles en santé (Bash, 1987). Le groupe de discussion permet de donner une première impression de la façon dont la communauté perçoit le changement. Il permet également de voir comment le groupe réagit dans un contexte d'implantation. Il devient alors possible de découvrir ce que la communauté identifie comme sources de difficultés pour assurer le changement, d'une part; mais aussi ce qui facilite le changement, d'autre part. Dans plusieurs milieux américains, le groupe de discussion représente une partie intégrante de la routine d'évaluation des programmes en santé (Dawson, Manderson & Tallo, 1993).

#### *Les avantages et limites du groupe de discussion.*

Comme le groupe de discussion s'inscrit dans un processus itératif, il s'agit d'une excellente source d'information, l'interaction entre les participants étant constante pendant la durée de chacune des séances. Cette information s'obtient rapidement et à peu de coûts. Puisque la grille de discussion utilisée pour l'animation se doit d'être flexible, le groupe de discussion permet de découvrir des éléments qui ne peuvent être révélés par un questionnaire individuel. De plus, le chercheur est au cœur de la méthode, très présent auprès des participants. Finalement, cette méthode est généralement bien acceptée par les participants puisqu'il s'agit d'une forme de discussion qu'ils connaissent et qu'ils apprécient (Dawson, Manderson & Tallo, 1993; Hodges & Videto, 2005). Toutefois le groupe de discussion sous-tend quelques pièges : un modérateur qui guide la discussion

vers la réponse qu'il souhaite obtenir ou encore la présence de certains participants qui se disent d'accord avec les autres pour éviter les conflits. Ces éléments exigent une prudence de la part du chercheur dans la conduite des rencontres. Finalement, le groupe de discussion a une limite dans l'exploration de valeurs profondes, ce qui est mieux abordé par le biais d'une entrevue individuelle.

### *Le milieu*

Cette étude s'est déroulée au Pavillon Albert Prévost, département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. C'est à cet endroit que l'implantation de la philosophie de *caring* a débuté. Pour ce faire, une formation (d'une durée de trois heures pour certaines personnes et de sept heures pour d'autres) a été donnée au personnel soignant par l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et l'infirmière monitrice. De plus, un outil intitulé *profil de santé de la personne-famille selon une approche de caring* a été créé et intégré au travail quotidien des infirmières. Deux années se sont écoulées entre le début de l'implantation de la philosophie et le début de la collecte de données. Il apparaît important de préciser que les infirmières interrogées oeuvrent auprès de diverses clientèles (adolescents, adultes personnes âgées) et selon différentes modalités de services (urgence, soins intensifs, hôpital de jour, cliniques externe et suivi intensif dans la communauté). Ceci a des conséquences à plusieurs niveaux : la durée de l'engagement varie selon la modalité de services (quelques heures à l'urgence contre trois ans en suivi dans la communauté) et l'intensité des symptômes également (stables vs aigus).

### *La population cible*

La population cible de cette étude correspond aux infirmières soignantes oeuvrant au Pavillon Albert Prévost, département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal.

### *L'échantillon*

La recherche qualitative utilise un échantillon non probabiliste (Patton, 2002). La présente étude a utilisé un échantillon de convenance constitué des personnes possédant les caractéristiques désirées afin de répondre aux questions de recherche. Trois séances se sont tenues et 18 personnes au total ont participé aux groupes de discussion (trois groupes de six personnes). Si les auteurs qui utilisent le groupe de discussion comme méthode de collecte de données indiquent qu'une séance devrait comporter entre six et 12 personnes (Morgan, 1990; Dawson, Manderson & Tallo, 1993), il est fait mention à plusieurs reprises que le nombre idéal se situe entre six et huit personnes afin de pouvoir approfondir certains éléments et laisser à tous la chance de s'exprimer. Les participants ont été recrutés avec l'aide de l'infirmière monitrice en santé mentale. Cette infirmière a approché les participants des différents départements pour les informer de la tenue des groupes de discussion et elle a su susciter leur participation.

*Les critères d'inclusion.* Pour participer à cette étude, il était essentiel que les participants répondent aux conditions suivantes : 1) Travailler sur une des unités pilotes où l'implantation de la philosophie du *caring* a débuté 2) Occuper un poste à temps complet ou à temps partiel régulier depuis au moins deux ans (date de l'implantation) sur le quart de travail de jour, de soir ou de nuit.

### *Le déroulement de l'étude*

L'étudiante-chercheure a reçu l'autorisation de la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal. Par la suite, l'étudiante-chercheure a contacté le milieu pour expliquer le projet et susciter l'intérêt des participants potentiels. Il apparaît important de préciser que le Pavillon Albert Prévost, bien qu'étant un département de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal, est situé dans un établissement distinct. Le projet, ses implications ainsi que les considérations éthiques ont été expliqués par l'étudiante chercheure à chacun des participants intéressés (Appendice A). Un formulaire de consentement a été signé au moment de la séance (Appendice B). La collecte des données s'est faite à l'aide de groupes de discussion animés par l'étudiante-chercheure. Ces groupes de discussion se sont tenus dans une salle mise à notre disposition à l'hôpital. Seuls les participants et l'étudiante-chercheure étaient présents. Une grille de discussion a été élaborée par l'étudiante-chercheure (Appendice C). Le contenu des groupes de discussion a été enregistré sur des bandes audio. Des notes ont également été prises par l'étudiante-chercheure. Selon les écrits, la saturation est normalement atteinte après trois ou quatre groupes de discussion différents (Calder, 1977; Morgan, 1990). Dans les faits, trois groupes de discussion d'une durée d'une heure trente à deux heures se sont tenus afin d'obtenir cette saturation.

### *Le déroulement des groupes*

Tel que mentionné, trois séances se sont tenues et 18 personnes différentes ont participé aux groupes de discussion (trois groupes de six personnes). La discussion, guidée par l'étudiante-chercheure débutait par des questions ouvertes afin de favoriser un climat propice aux échanges et ainsi établir une dynamique de groupe. Enfin, elle se

terminait par des questions plus structurées pour recueillir l'information souhaitée. L'étudiante-chercheure a utilisé une grille de discussion à la fois flexible et structurée, de façon à permettre l'atteinte du but visé. Un observateur, en l'occurrence l'infirmière monitrice, a participé à la séance. Cette dernière a observé les éléments qui pouvaient influencer l'issue des résultats ou donner des indications sur l'aspect non verbal des participants. Une validation a eu lieu à la suite de chacune des séances en présence de la monitrice pour confirmer les écrits et les impressions de l'étudiante-chercheure. L'infirmière monitrice a également porté à l'attention de l'étudiante chercheure les questions à développer davantage ou celle qui semblaient laisser le groupe perplexe.

#### *L'analyse des données*

L'analyse des données fut inspirée de l'approche mixte de Huberman et Miles (1991) et a comporté cinq étapes :

- 1) *La collecte de données verbales.* Cette étape a été effectuée à l'aide du groupe de discussion décrit précédemment. Après chaque séance, l'étudiante-chercheure a fait une analyse sommaire de ses premières impressions et est retournée auprès de l'infirmière monitrice afin de s'assurer de la compréhension des éléments retenus. Ce premier exercice constituait une validation intermédiaire des données et a permis d'ajuster la séance ultérieure de façon à recueillir les données manquantes ou non abordées. De plus, il a permis une comparaison inter-groupes. Dans un deuxième temps, une transcription minutieuse des bandes sonores a été faite par l'étudiante-chercheure.
- 2) *La lecture des données.* Une fois la transcription réalisée, de multiples lectures ont permis de comprendre et de s'appropriier le langage des participants. Ces lectures

ont aussi fait ressortir les éléments pertinents pour l'analyse du phénomène étudié. Une impression globale s'est dégagée et a permis à l'étudiante-chercheure de mieux comprendre ce que les participants avançaient.

- 3) *Codage*. À la suite des multiples lectures, des descriptions obtenues auprès des participants, l'étudiante-chercheure a procédé au codage. Il s'agissait en fait d'établir des codes permettant de classifier l'information obtenue en lien avec la question de recherche. Il demeure important de produire une structure claire : chaque code doit être défini et relié à un autre de façon logique et cohérente et doit porter un nom se rapprochant du concept étudié de façon à s'y retrouver rapidement. Les phrases partageant la même idée ont été regroupées sous un même code, à l'aide du logiciel *NUDIST*. Ce logiciel a permis de coder des segments de texte qui représentent les perceptions des infirmières. Il a permis de construire un arbre de concepts et d'y rattacher le verbatim approprié. Bien qu'un juge externe ne constitue pas une obligation pour cette méthode, le directeur de mémoire a révisé le processus de l'analyse et un consensus a été obtenu relativement au choix des codes. Une fois le codage terminé, l'étudiante-chercheure a décrit chacun des concepts retenus de façon à faire émerger les thèmes importants de la recherche.
- 4) *L'organisation et l'énonciation des thèmes dans le langage de la discipline*. Une fois les thèmes constitués, l'étudiante-chercheure a pu examiner et décrire ceux-ci de nouveau afin de rendre plus explicite la valeur de chacun d'entre eux en lien avec la discipline et accroître la compréhension du phénomène étudié.

5) *La synthèse des résultats*. Cette partie permet de dégager la structure essentielle du phénomène selon une perspective disciplinaire, en l'occurrence l'école de pensée du *caring*, et représente l'ultime étape de ce processus d'analyse des données. Cette étape permet également de vérifier dans quelle mesure les résultats ont pu répondre à la question de recherche énoncée au chapitre 1.

#### *Considérations éthiques*

L'étude proposée a été soumise au Comité d'Éthique de la recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal qui a émis un certificat d'autorisation pour la durée du projet. Le recrutement s'est effectué avec l'aide de l'infirmière monitrice. Aucune pression n'a été exercée eux par la monitrice ou par toute autre personne ayant un lien hiérarchique sur eux. Chaque participant a été informé, verbalement et par écrit, du but de l'étude ainsi que de son utilisation à des fins scientifiques et académiques (Doucet, 2002). Les participants ont été avisés que l'étudiante chercheuse n'avait accès à aucune donnée de nature confidentielle. De plus, ils ont été informés qu'aucun préjudice ne pouvait être porté à leur dossier d'employé. Une lettre précisant les inconvénients ou les risques associés à une collaboration fut remise aux participants. Au début de chaque séance, ces derniers ont été invités à signer un consentement dans lequel: 1) ils ont reconnu avoir reçu, discuté et compris les renseignements nécessaires au bon déroulement de l'étude (Fortin, 1996; Doucet, 2002); 2) ils ont été avisés que les groupes de discussion étaient enregistrés et que les bandes audio allaient être détruites après conservation en lieu sûr pour une période de cinq ans. Chacun savait que les données brutes allaient être utilisées par l'étudiante et son directeur de recherche seulement. Ce consentement libre leur permettait de se retirer du projet à tout moment. L'étudiante-

chercheure devait apposer sa signature au bas du formulaire afin d'indiquer qu'elle avait fourni aux participants les renseignements nécessaires. Finalement, l'anonymat des participants et la confidentialité ont été respectés tout au long de l'étude et ce, grâce à l'utilisation de numéros attribués à chacun d'entre eux (Fortin, 1996; Doucet, 2002).

### *Rigueur scientifique*

Selon Burns et Grove (1997), les chercheurs accordent beaucoup d'importance à la rigueur scientifique puisqu'ils associent celle-ci à la valeur des résultats de la recherche. Dans une étude quantitative, ces auteures mentionnent que la rigueur est démontrée par la précision et l'objectivité des données, lesquelles peuvent conduire à l'application de théories de même qu'à l'élaboration de tests statistiques spécifiques.

Par contre, dans une étude qualitative, la rigueur scientifique est principalement assurée par l'ouverture d'esprit, le respect de la méthode, la minutie déployée durant la collecte d'informations et l'analyse de l'ensemble des données (Burns & Grove, 1997). Dans le cadre de la présente étude, les critères de scientificité, témoins de la rigueur scientifique ont été respectés tout au long de l'étude.

L'étudiante-chercheure s'est assurée de la crédibilité et de l'authenticité de l'étude à chaque étape (Whittemore et al., 2001). Notamment, elle a procédé à un échantillonnage fait selon des critères d'inclusion précis. Ensuite, la prise de notes, la validation de données à la suite de chaque séance, l'atteinte de la saturation des données, la transcription du contenu des bandes sonores, la codification et la vérification de celle-ci par des experts ainsi qu'une séance de diffusion des résultats auprès des participantes à l'étude ont permis l'atteinte de ces critères. De plus, l'étudiante-chercheure a su

démontrer une attitude critique et une préoccupation face à la validation des interprétations tout au long du processus de recherche.

**CHAPITRE QUATRIÈME**  
**LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre présente d'abord le profil des personnes interrogées au cours des groupes de discussion. À la lumière d'une analyse qualitative, il expose les résultats concernant les perceptions des infirmières oeuvrant en santé mentale en regard de la dimension relationnelle des soins à la suite de l'implantation d'une philosophie de caring.

### *Le contexte de la recherche et le profil des participantes*

L'étudiante-chercheuse a animé trois groupes de discussion d'une durée d'une heure à une heure trente chacun. Une semaine s'est écoulée entre la tenue des deux premiers groupes de discussion. Le troisième groupe a eu lieu six semaines plus tard, et ce, pour plusieurs raisons : manque de disponibilité du personnel infirmier et des locaux ainsi que la tenue de journées de grève par les infirmières. L'infirmière monitrice a participé à chacune des trois séances tenues au Pavillon Albert Prévost. Par la suite, les premières impressions de l'étudiante-chercheuse ont été discutées avec cette dernière afin de s'assurer que la compréhension de l'étudiante correspondait à ce que l'infirmière monitrice avait observé et noté.

Le premier groupe était homogène et composé de six personnes travaillant en santé mentale depuis en moyenne 17 ans au sein de divers programmes clientèle (urgence, hôpital de jour, clinique externe, clientèle psychotique). La plupart des personnes étaient détentrices d'un baccalauréat (formation de base et baccalauréat par cumul de certificats).

Le deuxième groupe de discussion comptait également six personnes et s'est déroulé sur une période d'une heure quinze minutes. Ce groupe était homogène, composé de personnes possédant en moyenne 19 ans d'expérience et travaillant également au sein

de divers programmes clientèle. Toutes les personnes étaient titulaires d'un baccalauréat et certaines d'une maîtrise, dans des domaines autres que les sciences infirmières.

Le troisième groupe de discussion s'est déroulé en présence de six personnes, pour une durée d'une heure dix minutes. Ce groupe était composé d'infirmières dont l'expérience variait de quelques mois à près de vingt-cinq années provenant de divers programmes clientèle. La majorité était détentrice de baccalauréat. Malgré l'hétérogénéité de ce groupe, la discussion a permis de constater qu'au-delà de l'âge ou de l'expérience, les concepts discutés demeurent présents et importants dans la pratique quotidienne de chacune d'entre elles.

#### *Les thèmes émergeant des groupes de discussion*

##### *L'empathie*

Une question importante pour la présente recherche était de comprendre les perceptions des infirmières oeuvrant en santé mentale en regard du concept d'empathie. Ce thème, considéré par certains (Kalish, 1977; Benner & Wrubel, 1989) comme l'essence de toute relation entre l'infirmière et son patient, illustre la capacité d'une personne à exprimer sa compréhension de ce que l'autre ressent. Les participantes partagent des visions de l'empathie qui rejoignent les pensées des auteurs :

*« L'empathie, pour moi, c'est de reconnaître ce que l'autre vit. »*

*« Moi, je dirais que c'est être capable de sentir ce que l'autre exprime et arriver à lui communiquer notre perception de ce qu'il vit. »*

Pour certaines infirmières, être empathique nécessite une préoccupation pour l'humain, un désir d'entrer en relation et d'être authentique envers l'autre. La majorité considère ce concept comme essentiel à la pratique en santé mentale, jugeant que sans empathie, une

relation entre l'infirmière et le patient ne peut être aidante. Certaines affirment même que l'empathie est à la base de toute relation d'aide.

*« L'empathie, c'est se préoccuper. »*

*« Pour moi, c'est l'authenticité, c'est entrer en relation avec la personne. »*

*« Je pense qu'on ne peut être aidant sans être empathique »*

*« La relation d'aide, la base, c'est l'empathie. »*

*Facteurs influençant l'empathie.* Pour une majorité de participantes, l'empathie semble être tributaire de plusieurs éléments : l'harmonie entre l'infirmière et la personne soignée, leur disponibilité à un moment précis, les valeurs et les préjugés de l'infirmière ainsi que l'environnement. Pour les participantes, il est évident que ces facteurs ont une influence sur le niveau d'empathie (à la hausse ou à la baisse) dont elles font preuve.

Ainsi, quelques participantes mentionnent qu'elles sont parfois confortables avec certaines personnes et que le niveau d'empathie est par conséquent plus élevé. De plus, il y aurait certains moments où elles seraient plus disposées à être empathiques.

*« Il y a des gens avec qui on est plus confortable et naturellement on se laisse toucher, je ne suis pas imperméable. »*

*« D'une personne à l'autre, ça va changer l'empathie, pis d'une journée à l'autre. Personnellement, avec la même personne, une journée, tu peux être à un degré d'empathie, pis le lendemain, pour une raison qui peut être personnelle ou l'environnement, tu l'es plus ou tu l'es moins. »*

Par ailleurs, même si elles partagent l'idée de la fluctuation du niveau d'empathie en raison de certains facteurs, quelques participantes affirment de façon claire qu'il y a des gens avec lesquels elles ne seront pas empathiques.

*« Il y a des patients pour qui on n'est vraiment pas empathique. Il y a plein de choses qui entrent en interaction, ce n'est pas évident. On n'est pas toujours dans le même état d'esprit d'une semaine à l'autre. On arrive en tant qu'humain nous aussi. Il y a plein de choses qui entrent en interaction. Ce n'est pas si évident que ça. Puis, il y a nos préjugés. Par exemple, les toxicomanes, ils se droguent, ils peuvent bien avoir des problèmes. »*

*Être empathique : une habileté.* Les participantes réagissent beaucoup à un commentaire souvent entendu dans les milieux de soins à l'effet que les infirmières sont nécessairement empathiques puisque cela fait partie de leur rôle. On croit souvent, à tort, qu'être empathique est simple, facile et ne nécessite pas une expertise de la part de l'infirmière oeuvrant en santé mentale puisqu'elles les sont toutes par définition. Pourtant, les participantes affirment qu'être empathique envers une personne nécessite une capacité de jugement de la part de l'infirmière, que les situations sont parfois plus complexes que l'on pense et que les patients perçoivent les gens qui ne sont pas authentiques.

*« Dans le fond, être empathique, ça demande du jugement, ça va pas toujours de soi, ça semble facile, mais c'est complexe ...Les gens vont souvent nous surveiller et s'assurer qu'on est concordants entre ce qu'on dit et ce qu'on fait »*

*Inné ou acquis.* Pour faire suite à la question de l'empathie comme partie intégrante du rôle, les participantes s'interrogent sur la dimension innée ou acquise de l'empathie Bien que plusieurs personnes affirment que pour exercer comme infirmière, il faut nécessairement être empathique, la plupart des participantes considèrent que cette habileté serait à la fois innée et acquise. Pour elles, la partie innée ferait surtout appel à des valeurs fondamentales et humanistes (se préoccuper de l'autre, avoir le souci de la personne), alors que la partie acquise se peaufinerait avec la pratique.

*« Je pense que la dimension innée, c'est de se baser sur nos valeurs. »*  
*« Je pense qu'il y a une partie qui est innée, mais le reste, ça se développe en fonction des expériences qu'on fait. »*  
*« Plus on a de maturité, plus on vit des expériences, plus on se développe, ce qui fait qu'on devient ferré pour mieux comprendre. »*

Par contre, il semble clair que certaines personnes ne sont pas et ne seront jamais empathiques.

*« D'après moi, ça se travaille, mais je pense qu'il y en a qui ne sont pas empathiques et qui ne le seront jamais. »*

*La capacité de doser l'implication.* À plusieurs reprises, les participantes soulèvent l'importance pour les infirmières de doser leur implication auprès de la personne soignée afin de maintenir une relation thérapeutique. Comme le niveau d'empathie semble fluctuer en fonction de certains facteurs (personne, environnement, moment, expériences de chacun), chaque intervention demande une vigilance de la part de l'infirmière pour demeurer dans la zone thérapeutique face à la relation.

*« Ça prend une capacité de doser si tu veux une relation thérapeutique »*

Au-delà de l'importance de maintenir la zone thérapeutique dans la relation, on rapporte que la capacité de doser son implication dans la relation permet à l'infirmière de se protéger.

*« Il faut être prudent pour ne pas trop prendre de la situation, de la souffrance du patient sur soi. Ce n'est pas facile, mais je pense que ça s'apprend au jour le jour »*

Enfin, le travail permet à l'infirmière de se connaître et d'établir ses limites quant à sa capacité d'être empathique envers l'autre. Tous s'accordent pour dire que cette capacité à doser s'acquiert avec la maturité et l'expérience.

*« ...ça dépend comment on s'investit. Je pense qu'au fur et à mesure, on apprend à doser ce qu'on est capable de donner et puis à quel stade il faut savoir s'arrêter. Le travail nous permet de nous connaître nous et d'apprendre à connaître nos propres limites. »*

*La sympathie.* Inévitablement, lorsque l'on aborde le concept d'empathie, le concept de sympathie fait surface. D'ailleurs, il semble exister un continuum allant de l'empathie à la sympathie, sur lequel une ligne délimite l'intervention thérapeutique (associée à

l'empathie), de l'intervention non thérapeutique (associée à la sympathie). On soulève l'importance de reconnaître et d'établir la limite entre les deux.

*« À tous les jours, à chaque intervention, on se pose la question, est-ce que je suis empathique ou sympathique? C'est très important de mettre la limite entre les deux »*

Les infirmières semblent d'accord pour dire que l'empathie est une façon saine d'intervenir alors que la sympathie doit être évitée à tout prix. Il y aurait des conséquences négatives, autant pour l'infirmière que pour la personne soignée à franchir la barrière qui sépare l'empathie de la sympathie sur le continuum et ainsi devenir sympathique. D'une part, on parle des dangers en terme d'épuisement professionnel. D'autre part, on parle du risque de dépendance dans la relation.

*« Quand on est trop empathique, on peut arriver au burn out »  
« Quand tu es sympathique, tu n'es pas aidante...ça peut amener la dépendance »*

Bien que la sympathie soit vue comme un concept menaçant la relation thérapeutique par une majorité, quelques personnes l'abordent de façon positive, soit comme un sentiment chaleureux et spontané envers une personne, soit sous le thème de l'engagement dont peut faire preuve une infirmière sans pour autant nuire à la personne.

*« On voit les gens dire qu'il faut faire attention à ne pas trop s'engager (en parlant de la sympathie). Résultat : les gens se désengagent, C'est pas parce que les gens sont trop sympathiques que l'on tombe en burn out. »  
« ...la chaleur, la compassion, j'associais plus ça à la sympathie. C'est un contact plus chaleureux que l'empathie. Je sens qu'il y a vraiment une implication, un intérêt »*

*La compathie.* Une personne se dit à l'aise avec le concept de compathie jugeant que ce dernier correspond davantage à sa pratique. Bien que ce concept ne soit pas discuté de façon approfondie par les participantes, il semble représenter le point milieu du

continuum empathie-sympathie. La compathie demande d'être plus qu'être empathique, sans pour autant devenir sympathique à la situation vécue par la personne.

*« Le terme que j'aime beaucoup, c'est la compathie...l'empathie, c'est de se mettre à la place de l'autre, la sympathie, c'est trop, la compathie, ça me rejoint plus. »*

*« On développe quelque chose de spécial, je ne sais pas si on peut parler de compathie, mais c'est plus que l'empathie. »*

*Confusion au niveau des concepts.* Finalement, il existe une certaine confusion au niveau de la compréhension des concepts d'empathie et de sympathie. Certaines participantes donnent aux concepts d'empathie et de sympathie, une définition contraire aux définitions généralement acceptées. En effet, on semble dire que le fait d'être empathique envers un patient qui n'est pas prêt à cheminer dans son expérience de santé peut devenir nocif pour l'infirmière. On suggère plutôt d'être sympathique. Une autre personne voit la sympathie comme une façon de demeurer à l'extérieur de la situation.

*« Parce que si je demeure empathique quand il n'est pas rendu là, il ne veut pas, c'est là que c'est dangereux de tomber... Si le patient n'est pas rendu là, à l'étape de s'engager, je demeure sympathique au problème de santé. »*

*« La sympathie, c'est la connexion. Quand tu vas au salon funéraire, tu dis mes sympathies. Tu partages la peine, l'expérience, tu n'es pas aidante. Tu te mets en connexion avec l'autre, tu n'es pas aidante. »*

Une personne souligne que l'empathie est une technique qui conduit à une relation plutôt rigide. Pour elle, l'empathie permet d'être professionnelle avec la personne sans être chaleureuse. Elle semble associer le concept d'empathie à la technique du reflet sans plus.

*« Pour moi, l'empathie, c'est quelque chose de plat je trouve, Ça me permet d'être plus stiff, plus rigide. Je vais leur faire du reflet, je vais être professionnelle, mais je ne serai pas chaleureuse. Pour moi, c'est le minimum à offrir. »*

*Les attentes.* Un fait demeure présent chez la population. Les gens ont des attentes envers les infirmières. On exige d'elles qu'elles soient gentilles, patientes et attentives à l'autre, des éléments qui sont souvent associés au concept d'empathie. Cette affirmation laisse croire que l'empathie est vraiment une habileté que l'on acquiert et que l'on utilise dans notre travail plutôt qu'un simple trait de caractère inné permettant à une personne d'être infirmière.

*« Les gens s'attendent à des choses de nous. Quand je vois des amis des fois, ils me trouvent un peu impatiente parce que je ne suis plus infirmière quand je suis avec eux...les problèmes de tout le monde, on a comme une saturation... Je pense qu'il y a des attentes par rapport à ça (en parlant d'être empathique envers les gens à l'extérieur de l'hôpital), mais c'est sûr que moi, je suis nettement plus patiente à l'hôpital qu'à la maison. Les gens me disent « Tu dois pas être comme ça à l'hôpital!!! »*

Le concept d'empathie est vu comme une technique, un élément essentiel de la pratique ou une habileté. On l'oppose au concept de sympathie ou on le compare à la compathie. Pour quelques participantes, être empathique est inné, alors que pour d'autres, l'empathie s'acquiert avec la pratique. Tous s'entendent sur un point : il faut doser son implication pour ne pas devenir sympathique. Un constat se dégage : pour certaines personnes, il existe une confusion entre les concepts d'empathie et de sympathie.

### *L'intimité*

L'intimité étant le deuxième concept permettant d'opérationnaliser la dimension relationnelle des soins (McNeil, 1995, 2000, 2003), il faisait l'objet de la deuxième question adressée aux participantes. Ce concept est peu étudié en sciences infirmières. L'intimité est ce qui assure à la personne une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire (McNeil, 1995, 2000, 2003). Jacelon (2003) parle de l'intimité comme une absence d'intrusion malsaine de la part des autres dans notre espace, notre vie privée. À

la lumière de l'analyse, il se dessine deux catégories au sein du concept intimité, soit l'intimité physique et l'intimité psychologique.

*L'intimité physique.* Cette catégorie, telle que discutée par les participantes, concerne la proximité, l'espace, le territoire de la personne ainsi que son intégrité physique. Lorsque l'on aborde l'intégrité physique, on présente surtout des contre-exemples.

*« Les jaquettes...on a les moyens d'en mettre deux...ça me décourage de voir ça. Parfois, il y a des personnes obèses, ça ne tient pas, c'est trop court...pourquoi on leur enlève tout? Je trouve que l'intimité est attaquée »*  
*« À l'urgence, on installe une personne sur une chaise et on la déshabille devant tout le monde sous prétexte qu'elle est dangereuse...Est-elle si dangereuse que ça? »*

Pour certaines, la personne soignée possède un territoire, une bulle à l'intérieur de laquelle, elle se sent en sécurité. Il semble important pour les infirmières de préserver ce territoire et ne pas y entrer si la personne ne le souhaite pas. De plus, lorsque la préservation du territoire est menacée par la présence d'autres personnes malades (par exemple, à l'urgence), il faut permettre à la personne et à ses proches de se retirer dans un endroit calme.

*« On a rendez-vous chez un patient, on cogne et il ne répond pas. Même si je sais que la personne est là, je ne force pas, c'est ça l'intimité »*  
*« Je pense que c'est important que si la famille manifeste le désir de sortir leur proche dans un local, c'est important de le respecter...L'intimité, c'est ça, voir mes proches sans que tout le monde m'entende, c'est important de préserver ces liens là. »*

*L'intimité psychologique.* Cette catégorie occupe une grande place dans la pratique en santé mentale. Elle fait partie de la préoccupation des intervenants à tout moment dans leurs fonctions quotidiennes. Les limites de l'intimité psychologique semblent plus floues que lorsque l'on aborde la dimension physique, ce qui la rend parfois dérangeante pour certaines. En fait, l'inconfort des participantes semble relié à la pertinence de

l'information recherchée et à la façon de l'obtenir. Le respect des limites de l'intimité psychologique nécessite une capacité de jugement et de réflexion sur son intervention.

*« Jusqu'où on va...l'intimité, ce n'est pas juste physique, c'est psychologique, c'est dans la tête...Jusqu'où on questionne? Jusqu'où on demande aux gens de nous répondre? On doit entrer dans la tête du patient sans le brusquer »*  
*« Quand on questionne les patients, on va chercher beaucoup d'informations. Est-ce pertinent? Je pense que des fois, les limites ne sont pas claires. »*

L'intimité psychologique va au-delà de la recherche d'information, elle concerne le respect de ce qui est présent chez la personne. Il demeure essentiel de ne pas juger ou briser ce qui existe déjà. De plus, il faut accepter que la personne refuse de dévoiler certains aspects qu'elle désire garder secrets.

*« Respecter la personne de façon globale, mais aussi l'espèce de vie intérieure qui a été construite, il ne faut pas juger ou détruire cela »*  
*« ...des fois, ça peut être intrusif...ce n'est pas nécessaire dans certains contextes que ce soit rapporté. Il faut accepter que le patient garde des choses qui lui appartiennent...ses secrets à lui. »*

La recherche d'information est très présente dans la discussion. Au-delà de la capacité de réflexion ou du jugement appliqués dans la pratique quotidienne, la recherche d'information soulève une question d'ordre éthique. Nous pouvons nous interroger sur le droit de l'infirmière à exiger des réponses et à utiliser les données recueillies.

*« L'important, c'est de savoir ce qu'on veut faire avec l'information et à partir de là on peut se dire. »*

Même si chacune est soucieuse de la pertinence de l'information recueillie, on mentionne que l'intimité psychologique demeure tout de même menacée. Dans certaines situations, l'information est soumise à l'interprétation d'un ou de plusieurs intervenants. Cette information peut être interprétée, déformée, jugée et donne lieu à des spéculations sur la meilleure intervention pour la personne malade sans même que cette dernière ait le moindre contrôle sur ce qui se déroule en parallèle.

*« Le pire, c'est qu'ils n'ont plus de pouvoir, de contrôle sur l'information qu'ils nous donnent, c'est soumis à notre interprétation. Nous, on discute d'eux autres autour d'une table, on règle leur sort, on donne notre opinion et on pense que c'est ça le problème...une petite psychanalyse avec ça...on est dans le champ parfois...Pour moi, l'intimité, c'est ça »*

Par ailleurs, on affirme que les gens en sont conscients et que des efforts sont déployés afin de préserver l'intimité psychologique. On tente d'éviter la fausse interprétation en effectuant avec la personne soignée un retour sur ce qu'elle a dit.

*« Il faut éviter le contrôle, la raison est simple : préserver ce qui reste, on y touche, on l'appelle par son nom et surtout il faut toujours faire un retour (sur ce qu'il a dit) pour respecter ce qu'il a dit. »*

La perte de contrôle de la personne sur l'information amène les gens à s'interroger sur la confidentialité, une notion importante en sciences infirmières. Malgré la connaissance des intervenants face à cette notion, ils semblent avoir besoin de discuter des patients et des situations. Comment s'assurer de la confidentialité lorsque les intervenants en discutent entre eux, dans des lieux qui ne garantissent pas la rétention de l'information?

*« La confidentialité... on se parle entre nous des patients au poste. On s'en donne à cœur joie pour raconter certaines situations... on sait que ce n'est pas étanche (le poste). »*

Malgré le fait que certaines discussions mettent en péril le respect de la confidentialité, les participantes sont pleinement conscientes des préjudices pouvant être portés aux personnes malades lorsqu'un bris de confidentialité survient. D'ailleurs, une personne expose une situation où l'absence de confidentialité a eu des conséquences fâcheuses chez un membre de sa famille.

*« Ma sœur a été hospitalisée, elle ne savait pas ce qu'elle avait. Elle était en investigation mais les infirmières parlaient au poste et elle entendait...elle connaissait son numéro de chambre. Elle m'a téléphoné en pleurant parce qu'elle croyait avoir un cancer. Je me suis présentée au poste en expliquant à*

*quel point leur conversation pouvait blesser les gens autour. C'est toujours resté chez moi, je fais très attention à ça. »*

Les infirmières reçoivent plusieurs confidences, entendent plusieurs histoires, recueillent beaucoup d'information. On mentionne à quel point elles ne s'étonnent plus de la nature de l'information reçue. Pourtant, plusieurs insistent sur l'importance d'éviter la banalisation de l'information puisque des répercussions importantes pour la clientèle peuvent en découler. La banalisation de l'information mène-t-elle à la déshumanisation?

*« Si j'étais ici, je ne sais pas comment je me sentirais...épiée, violée de savoir que tout le monde connaît mon histoire. Je trouve ça dérangement parfois de voir à quel point on banalise. C'est quand même une intimité psychologique, on connaît leur histoire. »*

Finalement, on aborde le rôle de l'infirmière en santé mentale face au concept d'intimité. À plusieurs reprises, on fait mention de l'absence apparente de besoin d'intimité chez des patients désinhibés. Il semble que l'infirmière ait un rôle majeur à jouer pour préserver l'intimité physique et psychologique des patients lorsque ces derniers ne peuvent le faire pour eux-mêmes. Préserver leur intimité pour éviter que la maladie ne devienne un spectacle.

*« Tu sais, eux autres, ils n'en ont pas (en parlant du besoin d'intimité). Il faut les arrêter parce que des fois, dans un élan, ils vont raconter, raconter et puis après, ils se sentent mal. »*

*« Et des fois, ils racontent ça devant tout le monde aussi. Donc là, on va discuter ailleurs. Parce qu'on a cette responsabilité là aussi, du point de vue des comportements aberrants. On essaie d'éviter que ça se fasse devant tout le monde, ils ne le savent pas des fois, ne pas les exposer inutilement quand ils ont des comportements aberrants... les préserver...préserver leur intimité... et leur dignité »*

*« (En parlant de l'importance d'intervenir pour préserver l'intimité). Des patients désinhibés qui se déshabillent devant tout le monde, il y a toutes sortes d'exemples mais ils ont des propos tellement farfelus qu'ils deviennent le point de mire de tout le monde, ils parlent fort, ils deviennent un spectacle. »*

À la lumière de l'analyse, l'intimité regroupe deux catégories. L'intimité physique et l'intimité psychologique. S'il semble simple de décrire et respecter l'intimité physique, il en est autrement de l'intimité psychologique. En effet, les limites de l'intimité psychologiques sont plus floues. On aborde le respect de ce qui existe, la confidentialité et le désir de contrôle de la part de certains intervenants.

### *La dignité*

La dignité, à l'instar de l'intimité, est un concept qui est peu étudié en sciences infirmières. Pourtant, c'est le concept qui a suscité le plus d'intervention de la part des participantes, et ce parmi les trois groupes de discussion. Des auteurs comme Naden et Ericksson (2004) affirment que la dignité humaine implique une liberté de pensée et d'action, que l'on soit malade ou non. Les perceptions des infirmières rejoignent celles des auteurs.

*« C'est un sentiment de pouvoir, de maîtrise et c'est être un citoyen à part entière, un membre actif de la communauté. »*

*« C'est voir plus loin que la maladie »*

*Respect.* Dans chacun des groupes de discussion, on note qu'il est difficile pour les participantes de discuter du concept de dignité sans aborder la notion de respect. D'ailleurs, le respect, pour ces infirmières, semble être une condition à la préservation de la dignité. Il revêt plusieurs formes : le respect de la personne soignée, le respect de ses valeurs, de ses choix, de ses droits, de sa liberté et de son expertise.

*« C'est de ne pas dire...Ah, nos bons vieux chroniques, mais plutôt de les considérer comme des êtres humains à part entière »*

*« Pis aussi de reconnaître que la personne a le droit de faire ses choix. »*

*« Il faut aller en fonction des valeurs de la personne, surtout ici, c'est multiculturel donc ce n'est pas parce que moi je voudrais que ma mère soit soignée d'une telle façon que ce client là veut ça. »*

*« Les gens ici sont des personnes et elles des droits et droit au respect surtout »*

*« Moi, dans la dignité, j'inclus la notion de respect parce que c'est vrai, on a tendance, la psychiatrie, à la mettre un peu en marge de la société... et les patients qui ont un problème de santé sont quelque part mis en marge.. »*

*Non-discrimination.* Quelques propos vont au-delà de la notion de respect. Dans le cadre de la pratique en santé mentale, un élément important semble se dégager : la discrimination. En effet, les participantes affirment que peu de gens sont victimes de discrimination comme le sont les personnes atteintes de troubles mentaux. Les infirmières se disent conscientes de la perception de la société face à la santé mentale et se font un point d'honneur d'éviter des comportements pouvant être discriminatoires envers leur clientèle.

*« Bien moi, ce qui me vient là, c'est que par rapport à la société en général, qui met un tabou, une grosse étiquette...c'est d'essayer de travailler avec la personne...justement avec la personne et non pas l'étiquette que la société lui colle. »*

*« Si tu as un problème au cœur, ça va pas être nécessairement écrit dans ton front que tu viens de faire une crise cardiaque...moi j'essaie de me dire que la personne en santé mentale, bien ça se passe dans son cerveau pis c'est comme si ça se passait dans son bras. »*

*La dignité en situation de crise.* Lorsque les personnes soignées sont dans un état dit stable, qu'elles collaborent et participent aux soins, la dignité demeure un concept évident. Cependant, en psychiatrie, il est fréquent de rencontrer des patients dans un état de décompensation, voire même un état psychotique où le contact avec la réalité est absent. Dans certaines de ces situations, lorsque la sécurité est compromise, l'intervention se doit d'être immédiate et il est possible que des mesures de contrôle doivent être utilisées. Lors de telles situations, que représente la dignité? Car si les gens parlent de la dignité comme du respect des droits, des choix, des libertés, il devient clair que la personne n'est plus en mesure d'exercer ce droit de décider pour elle-même et l'usage de contentions la prive nécessairement de cette liberté de choix et d'action. Pour plusieurs

infirmières, contentionner la personne demeure la seule intervention permettant de préserver cette dignité.

*« Parfois, la dignité, c'est aussi de contentionner pour l'empêcher de faire quelque chose de dégradant. »*

*« Quand on contentionne les gens, c'est vraiment un dernier recours et il y a d'autres choses qui ont été faites avant parce que contrairement à ce que les gens peuvent penser, ce n'est pas vrai qu'on contentionne au premier petit non de leur part (lorsque les personnes refusent toute autre intervention). Quand on contentionne la personne, c'est parce qu'elle est dans une situation de crise... à ce moment, on n'a pas le choix, mais tu respectes l'intégrité de la personne et t'es consciente de la valeur qu'elle a puisque tu intervies »*

Elles insistent sur la procédure suivie lors de la mise sous contentions : le contact est maintenu avec le patient, on lui explique, on lui parle, on le considère comme un être humain de valeur.

*« Au moment où on le fait, c'est toujours expliqué. On lui dit pourquoi on fait ça, comment on le perçoit, combien de temps il va rester, qu'on va être là, qu'on le rassure puis c'est quelque chose qui est repris quand le patient est mieux. Ce n'est pas un acte de barbarie où on le considère comme du vulgaire bétail et où on l'attache vulgairement. »*

Toutefois, même lorsque les infirmières sont convaincues du bien fondé de leur décision et que la façon de faire est respectueuse à l'égard de la personne soignée, la décision d'appliquer des mesures de contentions n'est jamais facile à prendre et elle demeure dérangeante pour la plupart. Elles affirment que le questionnement persiste toujours et qu'il y a toujours une inquiétude face à la coercition dont peut faire preuve un intervenant ayant de mauvaises intentions.

*« Il m'arrive souvent d'aborder la question : Est-ce que c'est justifié? Est-ce que c'est raisonnable? Est-ce que c'est vraiment le dernier recours? Oui, mais même quand tu le sais, même si t'as des motifs raisonnables de le faire, tu te sens mal, tu te mets à la place de la personne... »*

*« ... je poursuis, on peut avoir un rapport différent, un rapport punitif, on va montrer qui mène ici... Ici, ça ne fonctionne pas comme ça, mais il suffit d'un seul intervenant... »*

*L'exclusion de la folie.* La discussion sur la dignité amène la réflexion sur l'exclusion de la folie dans notre société. À plusieurs reprises, les participantes soulèvent la dichotomie entre la perception de la société face aux personnes traitées pour un problème d'ordre physique par opposition aux personnes soignées pour des troubles mentaux. Les gens sont sensibles aux personnes souffrant d'un cancer. Par contre, ils traversent la rue en présence d'une personne souffrant d'une maladie mentale. Un fait demeure : les gens atteints de troubles mentaux sont victimes de préjugés et sont parfois traités comme des citoyens de second ordre parce qu'ils sont différents. Les infirmières expliquent cette situation par le fait que les gens ne comprennent pas, ne s'identifient pas aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les considèrent étrangers aux personnes dites normales, ont peur et s'éloignent. Ce fait préoccupant et même bouleversant peut entraîner une atteinte à la dignité, voire la déshumanisation des soins. La société ne veut pas voir la maladie mentale. Pour soutenir cet argument, certaines avancent que les centres psychiatriques ont toujours été placés en périphérie.

*« C'est comme si des fois, on traite les personnes en psychiatrie comme des personnes, comme des humains de deuxième ordre...ça s'installe et c'est catastrophique, dramatique. Je suis certaine que les gens peuvent penser que les patients sont des gens avec moins de valeur. Ils sont considérés comme étrangers à nous-mêmes alors qu'ils sont comme nous. Inconsciemment, on se dit qu'ils ne sont pas comme nous parce qu'ils n'ont pas des comportements normaux d'une personne normale donc ce n'est pas tout à fait une personne. Ça, c'est présent et ça touche la dignité. »*

*« Quelqu'un qui a des comportements aberrants, qui a des comportements différents, qui vit différemment, qui est plus marginal, on dirait qu'on a tendance à le déshumaniser, à lui reconnaître moins de droits, moins de reconnaissance. »*

*« C'est facile, je trouve, de faire un dérapage, tu sais d'exclusion et de déshumanisation...les gens ne sont pas de mauvaise foi, mais c'est tellement fort cette idée d'exclusion de la folie. »*

Pour une personne, l'exclusion de la folie s'explique en partie par la peur, peur de la folie, peur d'avoir des comportements aberrants, mais aussi peur de la perte de contrôle sur soi. On préfère mettre ces éléments de côté et vivre comme si cela n'existait pas.

*« C'est très profond la peur de ne pas être comme ceux du groupe, d'avoir des comportements, la perte aussi du contrôle sur soi. C'est quelque chose qui fait peur beaucoup. Ce n'est pas pour rien que les hôpitaux psychiatriques étaient toujours en périphérie de la vraie société. J'ai déjà vu des familles appeler et dire : Enfermez-le. Il est fou. Ce que ça disait c'est, il y a des centres, embarrez-les, on ne veut plus les voir, parce que ces gens-là, ils ne doivent pas faire partie de notre communauté, ils sont différents de nous. On ne se reconnaît pas dans la maladie mentale alors que ça fait partie de l'humain, ça fait partie de ce que l'on est. Il y a une exclusion parce qu'on n'aime pas ça voir ça, ça nous reflète des choses qui nous laissent inconfortables...pis ça va jusqu'à leur nier une humanité...ce qui est très grave. »*

*Le rôle de l'infirmière.* À plusieurs occasions, on considère l'importance de l'autonomie pour préserver la dignité de la personne. Il fait partie du rôle de l'infirmière d'accompagner le patient dans le recouvrement ou le maintien de l'autonomie. De plus, il est primordial de respecter le rythme et l'évolution de chacun dans le cheminement qu'il a à faire.

*« La dignité, c'est la compétence, c'est le rendre capable de faire des choses »*  
*« J'ajuste ma façon de faire pour que la personne garde le contrôle sur son autonomie, c'est de l'accompagnement. L'autonomie, ça a été de mettre un timbre sur une enveloppe, maintenant il prend lui-même ses rendez-vous... (En parlant d'un patient qui était incapable de poster son courrier et d'avoir des contacts extérieurs). »*  
*« Si je ne focusse pas sur son autonomie, je suis dans le champ. Si je le rend dépendant, je suis à côté »*  
*« Le travail qu'on a à faire, c'est d'abord pour le patient et c'est à lui à faire son travail. Au début, on pense que ...on leur donne, on passe une heure et plus, de la thérapie...pour se rendre compte qu'ils n'iront pas plus vite. Ils ont leur propre démarche, leur propre évolution à faire et ça, il faut qu'on l'accepte aussi. »*

En abordant le concept de dignité, plusieurs éléments font surface : le respect sous plusieurs formes, l'utilisation des mesures de contrôle et le maintien de l'autonomie comme but de l'intervention infirmière. Un des éléments émergeant des groupes de discussion concerne l'exclusion de la folie.

### *La philosophie du caring*

La philosophie du *caring* est une approche humaniste et relationnelle mettant en évidence les connaissances, la manière d'être et le savoir faire des infirmières et des autres intervenants de la santé (Roy & Robinette, 2005). La relation entre le soignant et le soigné étant au cœur de la pratique en santé mentale, il était important de recueillir les perceptions des infirmières à la suite de l'implantation d'une philosophie de *caring* dans leur milieu de travail. Plusieurs infirmières répondent à la question en soulevant les fondements humanistes de la théorie. Les infirmières se disent favorables à l'implantation en raison de ces fondements qui les rejoignent et qui mettent des mots ce qu'elles font déjà depuis des années.

*« Les aspects fondamentaux comme le respect de la dignité et les soins humanistes me rejoignent. Ce sont des principes très humanistes à la base. »*

*« C'est une façon de dire les choses qui revient à ce que je fais et que j'ai toujours fait. Je considère la personne, je m'assure qu'elle est bien. »*

*« Je pense que ce sont vraiment des gens qui fondamentalement sont plus de cœur que de tête, des gens qui sont plus dans le ressenti. C'est des gens qui vont faire appel au cœur (En parlant des gens qui utilisent la philosophie de caring). »*

*La conscience.* Une personne va plus loin dans sa réflexion en affirmant que l'être humain a traversé le temps, transportant avec lui un bagage, ce qu'elle appelle la conscience. Au-delà d'une philosophie de soins, ce serait ce bagage qui aurait un impact sur le choix de carrière et sur la façon de pratiquer.

*« Moi, je pense que c'est la base d'une conscience de la valeur de ce que l'on est comme être humain, conscience de la valeur, de la fragilité de la vie et de la santé. (Une autre personne mentionne : Pourquoi toi tu penses ça et l'autre s'en sacre?) C'est parce qu'elle n'a pas cette conscience là. C'est la préoccupation. On est humain, on a faillit disparaître à plusieurs reprises, mais on a toujours été conscients de la fragilité de la vie. Tu ne peux pas comme humanité avoir passé à côté de disparaître je ne sais pas combien de fois sans que ça laisse des traces, des empreintes. Dans ce groupe d'humains là, il y en avait qui étaient préoccupés par les autres. C'est plus transcendant que les concepts. Comment*

*se fait-il que certains humains se préoccupent davantage des autres, c'est la conscience. »*

*Réciprocité.* Certaines affirment qu'il y a eu un changement dans leur pratique quotidienne. Le plus grand changement semble associé à la réciprocité prônée par la philosophie du *caring*. Dans un contexte de soins où les situations sont de plus en plus complexes, la pénurie de personnel omniprésente et où la rapidité devient le mot d'ordre, les participantes accueillent favorablement le partage de pouvoir et de responsabilité entre l'infirmière et la personne soignée. Elles se disent soulagées de voir que tout ne repose pas sur leurs épaules et qu'elles passent d'un statut d'expert à celui de partenaire.

*« Le caring, c'est de croire à la personne, de travailler avec elle, ce n'est pas juste nous qui sommes responsables. »*

*« Moi, ça a changé quelque chose la philosophie du caring, j'ai compris que c'était une responsabilité partagée. »*

*« (En parlant des mois qui ont suivis l'implantation)... j'étais capable de me centrer sur la personne. C'est vraiment un partenariat »*

*« C'est un peu le principe des vases communicant, le patient te transmet, toi tu lui transmets des choses. »*

*« Le caring, c'est prendre soin de soi en tant que personne pour prendre soin des autres. »*

*Croire à la personne et considérer la signification de son expérience de santé.* Si on parle de la philosophie en terme de valeurs telles le respect de la personne, la compétence et la liberté de choix, les infirmières abordent deux éléments fondamentaux à cette philosophie : croire au potentiel de la personne (croire qu'elle est capable d'identifier ses priorités et qu'elle est en mesure d'atteindre le but fixé) et considérer la signification accordée par la personne à son expérience de santé comme point de départ du soin. Pour ces infirmières, il demeure essentiel de croire à la personne, de comprendre sa situation et de l'accompagner tout au long de l'épisode de soins.

*« C'est respecter la personne, c'est voir la personne avec un potentiel, le potentiel étant dans la guérison, dans l'émancipation. »*

*« (En parlant d'une situation où l'infirmière avait ciblé la motivation de la dame, ce qu'elle souhaitait travailler)... À partir du moment où on sait ce que le patient veut travailler, tout le reste est plus difficile à motiver. Ce qui découle, c'est de travailler sur ce qu'elle veut travailler. C'est elle qui a le contrôle, tu pars d'elle. »*

*« C'est de partir d'elle, de là où elle est rendue, c'est là qu'elle est. De part et d'autre, il y a des échanges. »*

*Compétence.* Certaines personnes pensent souvent, à tort, que la philosophie du *caring* est plutôt simple et que ce n'est pas vraiment une conception. Pour plusieurs personnes, une infirmière qui adhère à cette philosophie est une infirmière qui est gentille. Jamais, il n'est fait mention de la compétence. En fait, pour plusieurs, il n'est pas nécessaire d'être compétente pour « être *caring* ». Un phénomène comparable sévit chez les infirmières en santé mentale. Pour plusieurs personnes, elles ne sont pas de vraies infirmières puisqu'elles n'effectuent pas ou très peu de techniques. En fait, on croit parfois que pour pratiquer en santé mentale, les gens n'ont pas besoin d'expertise, il suffit de s'asseoir et de parler. Pourtant, certaines démentent ces affirmations alors que d'autres insistent sur la présence du savoir être pour prétendre à la compétence.

*« C'est pas juste être gentille la santé mentale, c'est aller chercher la capacité de l'autre et l'accompagner sans jugement »*

*« L'aspect affect... t'es avec quelqu'un... (En parlant des infirmières en soins physiques qui jugent les infirmières en santé mentale) : elles sont pas dans la complexité d'une relation avec un patient où on parle pour étoffer le lien, l'alliance »*

*« J'ai compris que c'est bien beau le savoir faire, mais le savoir être aussi c'est important. »*

*« Je pense que la compétence, c'est le savoir, le savoir être, le savoir faire. On oublie beaucoup le savoir être dans notre formation, dans notre évaluation. Combien de fois on entend : il est bête, mais il connaît ses médicaments... »*

*L'opposition de modèles conceptuels.* Un fait intéressant s'est présenté à l'étudiante chercheuse. Afin de répondre à la question concernant la philosophie du *caring*, les infirmières opposent des éléments appartenant à différents modèles conceptuels afin

d'exprimer leur pensée quant à la dernière question. On oppose la philosophie du *caring* à la conception de Virginia Henderson ou de Dorothy Orem. La plupart affirme que la philosophie du *caring* correspond davantage à la vision qu'elles ont de la pratique alors que la conception d'Henderson est vue comme une conception très catégorique et moins humaniste.

*« Henderson, c'était une pionnière, mais elle était trop catégorique. Là, il me semble qu'on évolue, c'est (en parlant de la philosophie du caring) plus adapté aux problèmes de soins. »*

*« Moi, j'ai trouvé ça nettement mieux (le caring) parce que j'ai trouvé que c'était un peu déshumanisé Virginia Henderson parce que c'était mettre les besoins des personnes dans des cases. Une personne, elle n'est pas compartimentée, une personne, c'est dans sa globalité. Le caring, c'est beaucoup plus humaniste, c'est tenir compte de la personne dans toutes ses composantes, tenir compte de ses valeurs, tenir compte de soi, ce qui n'existait pas dans Henderson. »*

*« Je trouvais que ça me collait plus à la peau que Virginia Henderson qui fonctionnait dans le domaine physique beaucoup mieux. »*

*« J'ai connu Orem... il y a des éléments qui sont tout à fait absents de cette catégorisation là. Il y a des éléments qui étaient oubliés...agir selon ses valeurs et ses croyances (ces éléments étaient oubliés selon cette personne)... c'est important les valeurs et les croyances et c'est des choses qu'on oublie alors que dans le caring, ce sont des choses qu'on met en avant...c'est ça qui est bien et qui me plaît. »*

*Le plan thérapeutique.* Dans les trois groupes de discussion, le même phénomène s'est produit : lorsque l'on parle d'une conception infirmière, on parle inévitablement du plan thérapeutique. Pour les participantes, il ne semble pas y avoir de différence entre une conception infirmière et un plan thérapeutique. Pour elles, les diagnostics infirmiers sont associés à la conception d'Henderson ou Orem alors que les hypothèses infirmières découlent de la philosophie du *caring*. Toutes s'accordent pour dire que l'utilisation de la philosophie de *caring* a facilité l'élaboration du plan thérapeutique.

*« (En parlant de l'implantation d'une philosophie de caring). Contrairement aux autres modèles, tu n'as pas les limites du diagnostic. On part du patient. La liberté est plus grande qu'avec des diagnostics. »*

*« Je dois dire que j'ai étudié avec des modèles multiples, ici quand je suis arrivée, c'était Virginia Henderson. Le caring, ce que ça m'a apporté, c'est de partir de la personne. J'arrive probablement aux mêmes interventions mais c'est beaucoup plus simple, le parcours est différent, plus naturel. C'est une conception plus facile intellectuellement. »*

*« On demandait une telle perfection dans tes écrits (en parlant du modèle d'Henderson ou d'Orem). Or, ça n'existe pas la perfection. »*

*« (En parlant des diagnostics infirmiers dans le plan de soins). Moi, ce qui me dérangeait, c'est l'impression que c'était immuable. Tu posais quelque chose et puis...alors que c'est toujours en mouvement. T'es toujours en train de réévaluer. »*

*« (En parlant de la façon d'établir le plan thérapeutique avant la philosophie du caring). Souvent, ça ne part pas d'eux, on regarde dans un livre et on dit, ça doit être ça, c'est le diagnostic. »*

*Réticences.* Les perceptions des infirmières à la suite de l'implantation de la philosophie du *caring* semblent positives de façon générale. Cependant, bien que la majorité semble adhérer à cette philosophie, certaines personnes expriment leurs réticences.

*« Il me semble que tous les modèles sont comme ça. Qu'est-ce que le caring a de différent? »*

*« On parle du caring, mais c'est pas nouveau...c'est beaucoup plus exigeant maintenant. »*

Pour certaines, le *caring* n'est pas si facile à utiliser, pour d'autres, il s'agit d'un élément inconnu. Finalement, il est mentionné que le *caring* n'a aucun impact, la pratique serait davantage influencée par les discussions avec des collègues et l'environnement dans lequel les infirmières évoluent.

*« Je me suis toujours demandé pourquoi on avait des modèles conceptuels quand j'étais étudiante, je trouvais ça con. Le fait est que l'établissement dans lequel tu travailles, les courants médicaux et sociaux influencent beaucoup ta pratique. Ton modèle conceptuel va être influencé, va concorder avec là où on est rendu socialement. »*

*« L'environnement de travail, plus ça que le caring a modifié mes comportements. Je connais pas ça le caring. »*

*La part mystérieuse de l'intervention.* Un des éléments intéressant et inattendu des discussions concerne l'intervention et le mystère qui l'entoure. Plusieurs personnes

avouent ne pas savoir à quoi attribuer le succès de leur intervention. Pour certaines, ce succès est en lien avec la philosophie. Pour d'autres, il serait attribuable à la personne soignée, au moment où l'intervention a eu lieu, à l'environnement. Bref, une foule d'éléments peuvent contribuer au succès. Cependant, toutes s'accordent pour dire que malgré la présence absolue de tous les facteurs facilitant, l'intervention peut s'avérer être plus difficile, voire même inefficace. Il faut donc accepter de pratiquer sans avoir de certitude quant aux résultats puisque les résultats appartiennent à la personne. C'est elle l'experte de sa santé. Et ici, les gens établissent une différence entre les soins destinés à une clientèle atteinte d'une maladie d'ordre physique ou d'ordre mental. Lorsque l'on soigne une plaie, les résultats sont prévisibles la plupart du temps. Lorsque l'on soigne une personne atteinte d'un trouble mental, les résultats sont, dans une certaine mesure, imprévisibles.

*« Les rencontres qu'on a des fois...il suffit d'une rencontre de quelqu'un d'inusité ou de plus coloré ou de plus encadrant puis à un moment donné... et ça fait la différence dans sa démarche... »*

*« ... Pis des fois, c'est malgré nous. Des patients viennent nous dire : bien vous avez dit telle chose...toi tu ne t'en souviens pas...Ça m'a fait beaucoup de bien...Merci! Non, mais on ne sais pas ce que l'on envoie. »*

*« Des fois, c'est comme envoyer une bouteille à la mer ou un message dans l'espace. Tu ne sais pas comment ça va être reçu, quel impact ça va avoir. On ne peut pas mesurer ça... »*

*« Donc, c'est comme s'il y a une part aussi un peu mystérieuse où tu ne sais pas ça va être quoi la suite, la répercussion de ton intervention...c'est vrai que ça arrive souvent. »*

L'implantation d'une philosophie de *caring* semble bien accueillie par une majorité de participantes. Elles semblent apprécier la réciprocité, la compétence et la liberté de choix que met de l'avant cette philosophie. On remarque que les participantes opposent les modèles conceptuels et les plans thérapeutiques qui en découlent. Malgré l'accueil favorable réservé à la philosophie, pour quelques unes, ce serait l'environnement qui

serait responsable des succès obtenus, alors que pour d'autres, il s'agit de la part mystérieuse de l'intervention.

La dimension relationnelle du soin s'articule autour de trois concepts : l'empathie, l'intimité et la dignité. Pour les participantes, l'empathie est vue comme une habileté influencée par plusieurs facteurs (valeurs, préjugés, disponibilité qui varie selon les périodes). Toutes s'accordent pour dire que l'expérience aide l'infirmière à doser l'empathie démontrée envers une personne malade. Nécessairement, les participantes abordent le concept de sympathie qui est vu comme l'opposé du concept d'empathie. Au-delà des définitions, le constat qui se dégage concerne la confusion importante qui règne au sujet de ces deux concepts. L'intimité, pour les participantes, comporte deux dimensions, soit l'intimité physique et l'intimité psychologique. Elles abordent aussi la notion de confidentialité et les risques de voir les gens malades devenir un spectacle lorsqu'ils ne plus capables de préserver eux-mêmes leur intimité. Enfin, en regard du concept de dignité, les notions de respect, d'autonomie et d'exclusion de la folie ont été discutées. Une constatation qui découle des résultats présentés concerne la complexité de la dimension relationnelle du soin et l'importance de l'équilibre dans l'intervention des infirmières. Comment accompagner, comprendre, respecter, soigner l'autre afin d'obtenir des résultats guidés par ses préoccupations, ses choix, ses valeurs? Comment être avec l'autre tout en se préservant, en évitant de faire plus que l'autre ferait pour lui-même? Comment encadrer, rassurer et guider l'autre en respectant ses jardins secrets, sa dignité tout en ayant parfois recours à des mesures de contrôle?

Les participantes abordent la philosophie de *caring* en évoquant la conscience, les valeurs humanistes, l'importance de croire en l'autre, la réciprocité et la compétence. Ces

éléments viennent forcément teinter la façon dont les infirmières voient et jouent leur rôle. Elles opposent certains modèles conceptuels pour discuter de l'apport d'une philosophie de caring. Cependant, elles dépeignent un passage important dans la pratique : celui de l'école des besoins à une école où la signification donnée par la personne à son expérience de santé est centrale. D'ailleurs, par les résultats présentés, ce passage semble bien intégré pour plusieurs participantes. Enfin, la façon dont plusieurs infirmières discutent des concepts personne, environnement, santé et soin témoignent de l'intégration de la philosophie de caring et de la cohérence avec le paradigme de la transformation dans lequel elle s'inscrit.

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

Ce dernier chapitre aborde la discussion des principaux résultats de la présente recherche. Il discute successivement des éléments exposés au quatrième chapitre en lien avec les écrits scientifiques reliés à la dimension relationnelle du soin et à l'école de pensée du *caring*. Enfin, ce chapitre propose des implications et des recommandations pour la pratique clinique, la formation et la recherche en sciences infirmières.

### *L'empathie*

Lors des discussions, les participantes abordent ce concept en traçant un continuum où l'empathie figure comme un élément sain et essentiel de la relation d'aide par opposition à la sympathie qui est vue généralement comme un élément malsain et non thérapeutique. Selon Rogers (1970) et Egan (1982), la sympathie joue un rôle manifeste et profond dans les rapports humains. Pourtant, ils rappellent, au risque de paraître inhumain, que son utilisation est limitée dans la relation d'aide. Elle ne saurait remplacer l'empathie puisque devenir sympathique présente une menace à la relation thérapeutique. Ceci correspond probablement au continuum tant dépeint lors des discussions où l'empathie conduit à une relation thérapeutique alors que la sympathie, à l'opposé, mène à une relation non-thérapeutique. Plusieurs infirmières ont été formées dans cette vision et elle rejoint la plupart d'entre nous.

D'autre part, quelques participantes associent l'empathie à quelque chose de froid et de distant. Selon eux, l'empathie n'est rien de plus qu'une technique qui ne nécessite aucune implication de la part de l'intervenant, alors que la sympathie est davantage associée à la chaleur et à la compassion. Plusieurs verbatims expriment d'ailleurs cette confusion. D'où vient cette confusion entre l'empathie et la sympathie?

Selon Aring (1958, cité dans Fields & al., 2004), l'empathie se définit comme une action ou une capacité d'apprécier les sentiments de l'autre personne sans le vivre pour elle alors que la sympathie se définit comme un moyen de rejoindre les sentiments de l'autre. Pour Brock & Salinski (1993), l'empathie est considérée comme une activité cognitive distincte de la sympathie qui est décrite comme une réponse affective à la malchance d'une autre personne. Du point de vue de ces auteurs, l'empathie relève de l'aspect cognitif alors que la sympathie relève de l'aspect émotif. Ceci explique peut-être les réponses des participantes lorsqu'elles associent l'empathie à quelque chose de froid alors que la sympathie serait davantage en lien avec la chaleur et la compassion. Pourtant, d'autres auteurs (Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca, Veloski & al., 2002) parlent de l'empathie comme étant un attribut à la fois cognitif et affectif qui implique une compréhension de l'expérience inhérente à la personne, combinée à une capacité de communiquer cette compréhension à la personne. Pour ces auteurs, il semble clair que les éléments de cognition, de compréhension et de communication font partie du construit empathie.

Une autre piste d'explications à la vision de certaines participantes réside peut-être dans les affirmations de Rogers (1970) et d'Egan (1982), à l'effet que plusieurs personnes utilisent indifféremment les termes empathie, reflet et reformulation, ce qui contribue à la confusion entourant le concept d'empathie. Bien que la reformulation diffère de la répétition mécanique, ces auteurs font une distinction entre celle-ci et l'empathie. Quand il écoute son patient et pose une question, l'aidant s'engage dans un processus qui dépasse le simple reflet. Quand il fait preuve d'empathie, il partage une partie de lui-

même, c'est-à-dire sa compréhension de l'autre. Pour eux, il semble clair que l'empathie est beaucoup plus qu'une simple technique de communication.

*Confusion entre les concepts.* Pour tenter de comprendre la confusion entre les termes, il est intéressant de se pencher sur l'histoire de la psychiatrie. Beaucoup de chemin a été parcouru depuis les premiers asiles du Moyen Âge. Plusieurs formes de psychothérapies sont apparues, de la psychanalyse aux thérapies humanistes en passant par les thérapies comportementales et cognitives. Malgré des différences d'ordre technique, le fondement de chacune de ces méthodes réside dans l'établissement d'une alliance thérapeutique entre deux personnes : le soignant et le soigné. L'empathie a été définie de plusieurs façons et à plusieurs époques. En 1962, Blumgart affirme qu'une profonde empathie dans les soins peut interférer avec l'objectivité du diagnostic ou du traitement. En 1969, Carkhuff qui travaillait avec Rogers, développe et précise des aspects de la relation d'aide préconisés par ce dernier. Il crée ce qui constitue une tentative pour opérationnaliser les conditions de la relation d'aide afin de la rendre mesurable (Brazier, 1996). À cet effet, il avait développé des échelles à cinq niveaux pour mesurer, par exemple, l'empathie, la congruence et le respect inconditionnel. Rogers (1970) est d'avis que les qualités les plus importantes d'un bon thérapeute sont l'empathie, la chaleur humaine et la sincérité. L'empathie, pour Rogers (1970) réfère à la capacité de comprendre les sentiments que le client tente d'exprimer et la capacité de communiquer cette compréhension au client. La compréhension empathique est la capacité du soignant à saisir ce que le client éprouve dans son monde intérieur, comme il le voit et il le sent, sans que sa propre identité se dissolve dans le processus. Depuis, Watson, qui s'est inspirée des travaux de Rogers, mentionne qu'une communication efficace ne comprend pas seulement des réponses

verbales cognitives, mais également un comportement non verbal et des réponses affectives et émotionnelles. Selon elle, les êtres humains émettent et reçoivent des messages par trois processus différents : cognitif, affectif et comportemental. C'est à travers ces trois processus que les gens se relient les uns aux autres. Souvent la communication affective et/ou non-verbale est la plus subtile, et c'est celle qui demande le plus de compétence de la part de l'infirmière. Réagir aux sentiments de quelqu'un demande connaissances, perspicacité et sensibilité. En plus d'être le fondement de l'empathie, la capacité de se centrer sur les émotions permet à l'infirmière d'obtenir des données précises, objectives, mais surtout subjectives auprès de l'autre personne.

Il appert donc que ces auteurs décrivent une évolution des paradigmes, celle de l'objectivité vers la subjectivité, de la totalité vers la simultanéité, du réductionnisme vers l'holisme, de la catégorisation vers la transformation. Les gens, les professionnels, les disciplines, le monde, tous sont influencés par les grands courants sociaux. D'un point de vue disciplinaire, le paradigme de la catégorisation caractérise les premières définitions de l'empathie, entre autre dans l'esprit des travaux de Carkhuff (1969). Dans un contexte où l'importance est accordée à la précision et à l'exactitude, il devient clair que la notion d'objectivité occupe toute la place. À l'intérieur de ce paradigme, on tente de décrire les phénomènes de façon rationnelle puisque ce qui importe, c'est ce qui peut être observé, expliqué et mesuré. Il est important de comprendre que les premiers auteurs cités ont défini l'empathie dans un contexte où la psychologie souhaitait se définir comme une science exacte. C'est probablement pour cette raison que le soignant, dans un tel paradigme, se doit de comprendre ce que l'autre vit, sans s'impliquer personnellement et s'en tenir aux faits sans tenir compte des émotions puisque l'émotion ne relève pas de

l'aspect rationnel. Les premières définitions de Rogers (1970) sont à mettre en lien avec le paradigme de l'intégration où l'on considère la personne comme un être ayant des besoins de communication. Rogers va plus loin en amenant plusieurs éléments touchant à la dimension relationnelle, dont la sincérité et la chaleur humaine. Dans un tel contexte, même si la communication tient une place importante, l'objectivité demeure présente. Bien que tous les ingrédients décrits par Rogers soient présents au moment de la relation, ils sont vus comme indépendants les uns des autres et ayant un rôle ponctuel dans la relation d'aide. La philosophie de Watson (1985, 1988, 1999, 2001) se situe dans le paradigme de la transformation où la personne est vue comme un tout indissociable et où tout se déroule en simultanéité. Watson (1999, 2001) parle du soin comme d'un processus intersubjectif, occultant la notion d'objectivité. Pourtant en y regardant de plus près, on constate que les éléments mis de l'avant dans sa théorie sont déjà, en partie, présents dans celle de Rogers (1970). D'où vient donc cette confusion puisque certains auteurs semblent dire la même chose? Pour l'étudiante-chercheure, une explication possible réside dans la position paradigmatique. Dépendamment du paradigme dans lequel on se trouve, l'empathie ne représente pas la même chose. Elle peut être vue en terme de comportement, lorsque l'on en parle en terme de technique. Elle peut être vue en terme d'attitude, lorsque l'on est sensible à l'autre, ou en terme de relation, lorsque l'on voit l'empathie comme la relation entre deux personnes, dans tout ce qu'elles sont. Les participantes répondent en fonction du paradigme auquel elles adhèrent. Si l'enseignement reçu et leur façon de voir se situent dans le paradigme de la catégorisation ou dans celui de l'intégration, les participants répondent en mentionnant des éléments d'objectivité, en parlant d'un continuum et en opposant l'empathie à la sympathie. Si les

participants adhèrent au paradigme de la transformation, où tout se déroule en simultané et où la notion d'objectivité existe peu, le doute s'installe puisqu'il y a forcément un décalage entre l'enseignement reçu, les propos des gens ayant une vision paradigmatique différente de la leur et l'école de pensée utilisée dans la pratique. L'incohérence entre toutes les définitions avancées semble donc découler, en grande partie, de la position de la personne interrogée par rapport aux paradigmes. D'autres explications sont également possibles : l'intégration par les infirmières d'habiletés de communication, la maturité affective, la capacité d'introspection.

### *L'intimité*

Le concept d'intimité soulève beaucoup de passion au sein des groupes de discussion. Les participantes sont préoccupées par l'aspect de la confidentialité, une notion importante en sciences infirmières. Mais au-delà de la confidentialité, les personnes interrogées soulèvent un aspect d'importance majeure : l'éthique dans la pratique des soins infirmiers. Jusqu'où doit-on questionner? Jusqu'où doit-on aller dans notre recherche d'information? Dans quelle mesure la personne peut-elle refuser cette intrusion dans son univers? Comment s'assurer d'obtenir l'information nécessaire à la dispensation des soins sans devenir intrusif?

Dans la discipline infirmière, Carper (1978) a défini quatre modes de connaissance : les modes empirique, personnel, esthétique et éthique. C'est ce dernier qui nous préoccupe dans la présente recherche. Si ce mode comprend le code de déontologie qui régit la profession, il va au-delà de ces règles prescriptives. Il réfère au respect, au respect des droits des personnes, aux choix moraux et surtout au rôle d'*advocacy* de l'infirmière. L'infirmière qui pratique en santé mentale se doit d'être vigilante face à la vulnérabilité

de la personne. Les participants ont un grand souci de préserver la personne atteinte de troubles mentaux et sa vie intérieure. On mentionne dans les écrits (Timmermans, 1991) qu'à chaque fois que nous permettons à une personne d'entrer dans notre intimité, nous perdons une part de nos défenses, nous révélons certains secrets et nous devenons vulnérables. Les participantes insistent pour dire que les personnes atteintes de troubles mentaux ont des secrets et les professionnels de la santé se doivent de les respecter, de ne pas forcer la personne malade à les divulguer et surtout ne pas diffuser ce que la personne confie. Il demeure important de bien mesurer l'importance de ces confidences pour la personne. La moindre recherche d'information sans raison professionnelle, la divulgation sans but précis ou pire, la banalisation de l'information reçue, mènent toutes à la déshumanisation des soins et à une atteinte grave à l'intimité.

Weiss (1983) rappelle que l'intimité sous tend un lien privilégié entre deux personnes et qu'elle joue un rôle important dans la promotion du bien être individuel. Timmerman (1991) propose quatre conditions à l'intimité, dont la confiance et la réciprocité dans la relation. C'est grâce à ce lien privilégié que l'infirmière peut connaître, accompagner, guider et aussi protéger la personne atteinte de troubles mentaux. Parce que lorsque le besoin d'intimité des personnes malades fluctue, qu'il devient très présent ou totalement absent, c'est cette connaissance de l'autre qui permet de préserver le territoire, l'espace et qui permet surtout d'éviter de les exposer inutilement au regard des autres. Les infirmières insistent vivement sur ce point; l'importance d'éviter que la maladie ne devienne un spectacle. C'est à travers ce mode éthique que l'infirmière joue son rôle de porte parole, de représentante, d'avocate de la personne et qu'elle établit des frontières à ne pas franchir pour préserver la personne malade.

### *Dignité*

Le concept de dignité est bien présent dans la pratique quotidienne des participantes, guidant leurs interventions dans des situations de soins bien réelles et tangibles. Si, pour elles, la dignité s'accompagne des notions de respect et de non discrimination, notions documentées dans les écrits présentés au chapitre deuxième, ce qui retient l'attention et qui sera abordé ici concerne l'exclusion de la folie. En effet, l'exclusion dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux demeure bouleversante et préoccupante pour les infirmières interrogées.

Les tabous et les préjugés persistent encore aujourd'hui malgré l'évolution des connaissances. Le temps des asiles n'est pas si loin de notre réalité. Le mot folie exclue toujours la raison et demeure dangereux, mystérieux et insécurisant. Pour plusieurs, être atteint d'un problème de santé mentale équivaut à être *fou* ou même *aliéné*. Dans la pratique, si une personne atteinte d'un problème de santé mentale se présente dans un centre hospitalier de soins généraux pour un problème d'ordre physique, nous observons qu'elle sera transférée rapidement au département psychiatrique. Jusqu'à récemment et encore aujourd'hui, dans les documents ou le langage, il est souvent question de « prise en charge » de la personne atteinte. Or, accompagner une personne atteinte d'un trouble mental, dans une philosophie de *caring*, demande un changement dans la façon de voir cette personne (d'une personne passive à une personne active qui s'approprie le pouvoir sur sa santé) et un changement dans la perception du rôle de l'infirmière (de faire pour à être avec; d'expert à partenaire dans le soin). Encore aujourd'hui, il semble que pour plusieurs, avoir des problèmes de santé mentale ne peut être vu comme la présence

d'épisodes difficiles sans pour autant être totalement désorganisé. La stigmatisation dont sont victimes ces personnes porte atteinte à leur dignité.

Depuis le début des années 1970, nous avons assisté à plusieurs vagues de désinstitutionnalisation, mais également à l'évolution de la recherche, des connaissances scientifiques et pharmacologiques, à l'évolution des droits de la personne et au raffinement des modes d'intervention. Récemment, le plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) met en évidence la reconnaissance du potentiel des personnes ayant un trouble mental de faire des choix et de participer aux décisions qui les concernent. Ce plan d'action se base sur certains principes, dont l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services. Pour ce faire, les frontières qui balisent les interventions devront être assouplies, des mécanismes d'accès permettant une fluidité dans la dispensation des services devront être mis en place et le partenariat entre les personnes utilisatrices de services, leurs proches et les professionnels de la santé devra être établi. Le respect de ces grands principes contribue à l'appropriation du pouvoir par les personnes atteintes et à la dignité de ces dernières.

#### *Perspective disciplinaire*

D'une part, l'adoption d'une philosophie de *caring* est cohérente avec les valeurs et principes directeurs du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005). De plus, la façon de voir le centre d'intérêt de la discipline infirmière (les concepts personne, soin, santé et environnement) mène nécessairement à un changement dans la perception que l'on a des gens atteints de troubles mentaux.

D'autre part, l'adoption d'une philosophie de *caring* par un milieu clinique implique des changements afin d'assurer une pratique infirmière cohérente. L'école de

pensée du *caring* voit la personne comme un tout indissociable en constante interaction avec l'environnement. Elle a un potentiel d'apprentissage, est en mesure de faire ses choix et détient l'autorité sur sa santé. Dans un souci de cohérence, les infirmières pratiquant avec cette école de pensée considèrent la personne comme un être ayant la capacité de s'ajuster, s'adapter, avancer et croître à travers son expérience de santé et de donner un sens à son avenir. Ils conçoivent la personne dans toutes ses dimensions, ses forces et son potentiel et non comme une liste de maladies. La relation thérapeutique est basée sur l'alliance avec la personne à partir de ses préoccupations. Dans l'élaboration d'un plan thérapeutique, les résultats visés se doivent d'être définis en fonction des préoccupations et des priorités de soins de la personne afin de guider le processus de soins. De plus, les membres de la famille sont intégrés au processus de soins. Pour les auteurs de cette école de pensée, le soin est un processus d'humain à humain empreint d'attitudes essentielles au *caring*. Il faut donc favoriser une approche humaniste et relationnelle, éliminer les approches centrées sur la maladie et le problème, parler d'une personne plutôt que d'un cas, être avec la personne plutôt que faire à sa place et privilégier le partenariat et les relations d'égal à égal. Enfin, le *caring* reconnaît la personne dans son unicité, ce qui demande aux soignants de reconnaître et accepter les différences, laisser la personne être elle-même et surtout rechercher la signification que la personne donne à son expérience de santé (Roy & Robinette, 2005). Dans les faits, l'implantation d'une philosophie de *caring* demeure complexe puisqu'elle implique la modification des perceptions des infirmières en regard de plusieurs éléments. Il va sans dire que la décision d'implanter une philosophie de *caring* ne peut se faire sans encadrement de la part du personnel conseil et cadre afin d'accompagner les infirmières

soignantes dans une pratique réflexive par le biais de séances de formation et de « *coaching* ».

Lors de la discussion sur la philosophie de soins, un élément revenait invariablement : les modèles conceptuels que l'on associe au plan thérapeutique. Dans le discours des personnes interrogées, soit on compare des modèles conceptuels, soit on parle du modèle sans le dissocier du plan thérapeutique qui en découle. Il y a certes une incompréhension partagée par les participantes et une clarification à apporter à ce niveau. Cette incompréhension vient probablement d'une méconnaissance des modèles conceptuels, des théories et des paradigmes. Peu importe le modèle conceptuel ou la philosophie de soins utilisé dans sa pratique clinique, le plan thérapeutique fait partie intégrante du processus de soins et du rôle de l'infirmière. Il découle en fait de l'évaluation, assise de la profession. Cependant, la conception infirmière choisie et le paradigme dans lequel elle se situe teintent forcément la façon dont l'infirmière perçoit son rôle et celui de la personne atteinte d'un trouble mental. Encore une fois, la confusion entre les participants et les oppositions relevées et avancées sont probablement reliées au fait que la conception de la pratique par les infirmières se situe actuellement entre deux paradigmes

Enfin, la philosophie du *caring* est présente partout dans le discours des participantes. Certains affirment que l'environnement et les courants de pensées influencent la pratique davantage que la philosophie elle-même. Pourtant, dans le contexte de pratique clinique des participantes, l'environnement, soit le milieu de soins, utilise la philosophie de *caring* qui s'inscrit dans le courant actuel du paradigme de la transformation. À la lumière des résultats obtenus, cette philosophie de soins est probablement mieux intégrée que ne le pensent les participants. En effet, les infirmières se reconnaissent et la philosophie vient

mettre des mots sur ce que les infirmières font et vivent depuis plusieurs années. Le *caring* vient légitimer l'expérience des infirmières qui vivent au quotidien la souffrance de ces patients. Cette philosophie met en évidence la compassion, l'empathie, la préoccupation de l'autre et l'engagement dont elles font preuve. Elle vient aussi mettre en lumière la compétence nécessaire et surtout le partenariat à établir entre le soignant et le soigné. Cette notion de réciprocité semble être appréciée par les participants puisque cette perception implique un partage de la responsabilité et leur donne l'impression que les résultats ne reposent plus uniquement sur leurs épaules.

#### *À la recherche de l'équilibre dans la pratique*

Un élément rejoint chacun des concepts présentés : la difficulté à définir clairement les concepts liés à la relation thérapeutique. Pour chacun des concepts, une ligne floue sépare l'intervention dite thérapeutique, de celle qui ne l'est pas. À travers la présence de cette ligne, les participantes soulèvent toute la complexité de la relation thérapeutique. Cette ligne revêt plusieurs formes, mais elle joue toujours le même rôle : permettre à l'infirmière d'exercer son rôle en demeurant professionnelle et aidante à l'égard des personnes vivant des expériences de santé difficiles tout en assurant une qualité de soins optimale. Elle est présente dans le discours des participants qui discutent du concept d'empathie comme d'un continuum empathie-sympathie où une ligne indique l'endroit où l'empathie devient sympathie et où nous devons nous arrêter. Une mince ligne apparaît même pour ceux qui abordent l'empathie sous l'angle du paradigme de la transformation et de la philosophie du *caring*. En effet, la philosophie du *caring* parle d'accompagner et de faire pour l'autre dans la mesure où l'on ne fait pas plus que la personne ferait pour elle-même. Il y a donc une limite à tracer, non pas entre soi et

l'autre, mais plutôt par rapport à soi, à son rôle et à la certitude de demeurer aidant pour l'autre. La ligne est plus floue dans le cas de la dignité et de l'intimité. Jusqu'où laisse-t-on aller une personne dans le délire, dans l'action? Jusqu'où la liberté de choix, prémisses à la dignité, doit-elle être respectée sans mener la personne à poser un geste dégradant pour elle-même? Jusqu'où questionne-t-on sans porter atteinte à l'intimité? Comment préserver la vie intérieure, le besoin d'intimité, le territoire tout en connaissant suffisamment pour intervenir adéquatement? Il y a bien une ligne à ne pas franchir afin de préserver empathie, dignité et intimité, mais elle n'est pas claire et l'exercice demeure exigeant pour les professionnelles. Chaque intervention, chaque situation, chaque personne fait appel à la connaissance, à la capacité de jugement, à la compétence, à la compassion, au respect et à l'engagement de l'infirmière face aux personnes vulnérables. Un constat majeur se dégage : la qualité des soins dans sa dimension relationnelle demeure une question d'équilibre; un équilibre à maintenir entre l'empathie et la sympathie, entre la liberté de choix, prémisses à la dignité et le contrôle des manifestations de la maladie, entre la connaissance de la personne et l'intrusion malsaine. Tous les jours, les intervenants se font équilibristes, sur un mince fil...le fil de la vie, de la joie, du bonheur, de la détresse, de l'incompréhension et de la souffrance. Lorsqu'ils arrivent au rétablissement de la personne, il s'agit d'un succès partagé par la personne et par eux-mêmes. Lorsqu'ils n'y parviennent pas, c'est une atteinte à la qualité des soins certes, mais c'est surtout une atteinte à l'intimité et à la dignité de la personne. Il est important de mentionner que les participants, de même que les écrits consultés s'entendent tous sur un point : l'équilibre s'apprend et s'acquiert avec l'expérience et la pratique clinique.

Selon Mc Neil (1994, 2000, 2003), la dimension relationnelle de la qualité des soins est tributaire des concepts d'empathie, d'intimité et de dignité. À la lumière des propos tenus par les participantes, il existe une certaine confusion au niveau des concepts d'empathie et de sympathie. Par contre, les concepts d'intimité et de dignité semblent très présents au cœur de la pratique clinique de ces infirmières. De plus, elles démontrent une forte préoccupation pour le respect des personnes atteintes d'un trouble mental.

Nous pouvons donc conclure que les infirmières sont préoccupées par la dimension relationnelle du soin et l'établissement d'une relation thérapeutique, la dimension la plus importante pour les personnes nécessitant des soins (Mc Neil, 2000, 2003). Toutefois, il demeure important de donner une formation plus poussée sur la dimension relationnelle du *caring* aux infirmières oeuvrant en santé mentale, de consolider les habiletés relationnelles déjà acquises afin qu'elles puissent accompagner des personnes vivant des situations de plus en plus complexes, dans un contexte où les connaissances évoluent de plus en plus rapidement.

### *Retombées pour la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières*

Dans un contexte de changement où l'évolution des connaissances est omniprésente et où les clientèles nécessitent des soins de plus en plus complexes, une réflexion sur la pratique infirmière se doit d'être amorcée. Les standards de qualité, les modèles de pratique et les rôles de l'infirmière et de la personne atteinte doivent s'adapter au contexte de soins actuel. Afin d'aider les infirmières soignantes, les enseignantes et les gestionnaires à s'intéresser à cette situation, il apparaît d'abord important de se préoccuper davantage de la vision paradigmatique puisque son impact est majeur sur la pratique clinique des infirmières. La connaissance de cette vision paradigmatique demeure primordiale afin de faciliter l'implantation et le développement de nouvelles pratiques cliniques. À la suite de l'analyse, il semble clair que le paradigme dans lequel une personne se situe influence de façon importante la conception de la personne atteinte et de son rôle professionnel.

### *Pratique clinique*

Dans un milieu de soins où les dirigeants envisagent d'adopter l'école de pensée du *caring* comme philosophie de soins, plusieurs étapes doivent être réalisées avant, pendant et après l'implantation. Il faut tout d'abord connaître les gens qui pratiquent, où en sont-ils? Comment voient-ils les éléments et surtout, comment conçoivent-ils leur rôle? C'est à partir de cette connaissance que les dirigeants pourront les accompagner tout au long du processus d'implantation et s'assurer que la vision est claire pour tous.

Si les dirigeants veulent que les infirmières jouent leur rôle dans une école de pensée de *caring*, ils doivent forcément les faire cheminer à travers les paradigmes puisque bien que le rôle soit bien campé dans la loi, la façon dont l'infirmière articule son

plan thérapeutique et ses interventions découle de la vision paradigmatique. Parce que si les infirmières soignent sans égard à une conception de soins, soignent-elles comme l'on devrait soigner en 2006? Encore aujourd'hui, plusieurs infirmières pratiquent selon le modèle bio-médical. D'ailleurs, ce modèle est encore très présent dans certains milieux de pratique. Pour parvenir à soigner selon une école de pensée de *caring*, il y a un cheminement à faire, de l'école des besoins où l'infirmière comblait tous les besoins de la personne à une école de pensée où le point de départ du soin demeure la signification que la personne donne à son expérience de santé. Le paradigme de la transformation s'inscrit dans le contexte actuel où l'on exprime plusieurs éléments en lien avec les orientations du plan ministériel et de ce que l'on souhaite implanter, soit des soins plus humain. Ce qui apparaît si simple sur papier devient extrêmement complexe dans la pratique sur le terrain, au quotidien. Comment faire cheminer ces personnes?

Il y a un parallèle à faire avec le processus de *caring* de Swanson (1999). Il faut que les dirigeants croient au potentiel, connaissent leurs employés, soient avec eux, les accompagnent à travers cette démarche en s'assurant que tous s'engagent dans une même vision commune dans le but de donner les meilleurs soins possibles. De façon concrète, une formation plus poussée sur la dimension relationnelle du *caring* doit être donnée aux infirmières. Toutefois, la mise en place d'une pratique réflexive, de récits de pratique et d'un encadrement soutenu et continue de la part du personnel cadre et conseil demeure des éléments essentiels à l'implantation.

### *Formation*

Il apparaît aussi important de se préoccuper de la formation aux futures infirmières. Comment enseigner dans une école de pensée de *caring*? Comment peut-on s'assurer de la cohérence entre cette école de pensée, les programmes d'enseignement et l'évaluation des étudiantes? Il semble clair que la relation est au cœur de la pratique en sciences infirmières. Une place importante doit donc être consacrée à l'apprentissage de la communication, de la relation d'aide et de l'équilibre tant mentionné au cours des discussions. Comment enseigner à écouter, rassurer, appuyer, accompagner, sans en faire plus que la personne ne ferait pour elle-même sans nécessairement parler de barrière ou de limite, mais plutôt de se centrer sur la personne et s'assurer que l'on demeure thérapeutique? Ici encore, il semble important de clarifier la notion de paradigme puisque cette dernière est à la base de la confusion présente au sein des groupes de discussion.

Les futures infirmières adhèrent rapidement à la philosophie enseignée à l'université puisqu'elles ne sont pas contaminées par le monde du travail. Pourtant, dès le premier stage, elles sont ébranlées par la dichotomie entre la théorie et la pratique. Comment atténuer ce choc? Une solution réside probablement dans la multiplication de modèles de rôle dans les milieux de pratique. Pour y arriver, il semble impératif que les milieux de soins optent pour la même conception que les milieux de formation et en fassent la promotion. La formation demeure un continuum entre le milieu d'enseignement et le milieu de pratique : les futures infirmières seraient probablement plus imprégnées d'une conception propre à la discipline s'il y avait plus de personnes partageant la même vision et ayant le même langage.

### *Recherche*

Afin de situer les résultats dans le contexte des connaissances actuelles, il semble important de mentionner qu'il existe très peu d'études portant sur les concepts d'empathie, d'intimité et de dignité en lien avec l'implantation d'une philosophie de *caring*. Les résultats démontrent, à travers le discours des participants, une intégration de la philosophie de *caring* dans leur pratique. Il existe une certaine confusion au sein des concepts d'empathie et sympathie. Les concepts intimité et dignité, pour leur part, semblent être au centre des préoccupations des personnes interrogées. Il semble important de rappeler que l'étude s'est déroulée dans un département de santé mentale faisant partie d'un centre hospitalier de soins généraux, où la dimension relationnelle est au cœur de la pratique. Il serait intéressant de reproduire l'étude auprès de professionnels travaillant avec d'autres types de clientèles. De plus, il y aurait possiblement des différences au niveau des résultats, dépendamment du genre de pratique, soit la première, deuxième ou troisième ligne ou encore si une comparaison s'effectuait entre les soins donnés en milieu hospitalier et le suivi en milieu communautaire.

Du point de vue de la recherche, l'utilisation des groupes de discussion demeure une méthode intéressante qui permet de mettre en évidence des résultats importants et pertinents. Les groupes de discussion demandent des habiletés relationnelles et de communication essentielles au rôle de clinicienne. Dans le cadre d'un projet de maîtrise, cette méthode peut s'avérer intéressante dans un contexte où les résultats doivent être obtenus rapidement et où les milieux de soins ont peu de ressources et de temps à consacrer. Les participants interrogés ont semblé apprécier ces moments où une personne s'intéressait à leurs perceptions à titre « d'experts ». Il y a un sentiment de fierté à

participer à l'avancement de la recherche. De plus, ces heures ont permis le ressourcement et ont suscité la réflexion, le désir de poursuivre le développement de la pratique et l'humanisation des soins, le fondement même de la pratique infirmière.

Enfin, puisque la dimension relationnelle du soin demeure complexe dans la pratique et que la relation est primordiale chez les infirmières oeuvrant en santé mentale, il apparaît nécessaire de se préoccuper de la formation de base et continue donnée aux infirmières. Dans la présente étude, elles avaient reçu près de sept heures de formation, ce qui semble trop peu puisque la confusion règne lorsque certains concepts sont abordés et que la philosophie du caring est surtout abordée par le biais des modèles conceptuels.

## CONCLUSION

Nous avons vu que l'application dans la pratique des concepts empathie et sympathie ont fait naître une certaine confusion chez les participantes. Les concepts intimité et dignité ont été largement discutés. Ils représentent une préoccupation de tous les instants pour les infirmières oeuvrant en santé mentale. Toutes sont conscientes de la complexité de l'intervention thérapeutique. La qualité des soins dans sa dimension relationnelle pour les infirmières oeuvrant en santé mentale apparaît, à la lumière des propos analysés, comme une constante recherche d'équilibre.

Le plan d'action en santé mentale (2005-2008) se propose de rendre les services de première ligne plus accessibles pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Ceci implique que progressivement, les personnes seront suivies par des infirmières oeuvrant dans des milieux de soins généraux. Comment les infirmières de ces milieux, vont-elles assurer le transfert des connaissances et vers la population? Comment développer les habiletés nécessaires à l'accompagnement d'une personne atteinte d'un trouble mental dans un milieu communautaire? Comment les infirmières parviendront-elles à prendre leur place au sein d'équipes interdisciplinaires? Quel est leur apport spécifique?

L'adoption d'une philosophie de *caring*, qui s'inscrit dans le paradigme de transformation, un pendant du constructivisme semble être une piste intéressante puisqu'elle rejoint plusieurs éléments. Il existe plusieurs théories sur le *caring*, mais une façon simple de l'intégrer à sa pratique quotidienne demeure le processus de *caring* de Swanson (1999). Cette auteure parle de cinq éléments : croire, connaître, être avec, accompagner, atteindre un mieux être. L'infirmière qui pratique avec ce modèle croit au potentiel de la clientèle atteinte de troubles mentaux. Elle croit que ces personnes sont en

mesure de faire des choix, cibler des priorités et surtout, ont un potentiel de guérison ou d'émancipation. Cette infirmière apprend à connaître ces personnes, connaître leurs choix, leurs priorités et surtout la signification qu'elles donnent à leur expérience de santé, point de départ du soin. Connaître une personne implique d'entrer en relation avec elle, la relation étant la pierre angulaire de la pratique en santé mentale. Enfin, l'infirmière accompagne les personnes atteintes de troubles mentaux tout au long des transitions vécues au cours de la trajectoire de soins de façon à arriver à un mieux être.

La philosophie de soins ou la conception utilisée dans la pratique vient modeler la façon dont l'infirmière joue son rôle. C'est par cette façon particulière de percevoir la personne, les soins et son rôle que l'infirmière aura un apport spécifique à l'équipe interdisciplinaire, en plus de ses connaissances et de son expertise clinique en santé physique et/ou mentale. L'infirmière accompagne la personne au quotidien, la connaît, devient son porte parole lorsque cette dernière ne peut le faire. Elle a donc un rôle d'*advocacy* à tenir auprès de l'équipe interdisciplinaire.

La philosophie de *caring* met au premier plan un ensemble de valeurs humanistes, elle insiste sur la relation dans le soin puisque le soin, peu importe la clientèle, ce sera toujours la relation entre deux personnes, dans tout ce qu'elles sont. Puisque cette philosophie s'articule autour de valeurs telles la dignité, le respect et la liberté de choix, de même que des valeurs de compétence, elle constitue un moyen d'arriver à voir les soins infirmiers à la fois comme un art et une science.

## RÉFÉRENCES

Association des CLSC et CHSLD du Québec (1999). Mémoire pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Document récupéré le 30 mai 2005 sur le site [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org).

Austin, W., Bergum, V. & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses's experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10, 177-183.

Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing a Person-Centered approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79-87.

Bauer, L. (1996). Participant observation in a secure unit: care, contact and control. *Nursing Times Research*, 6, 431-441.

Beckman, H. B., Markakis, k. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. (1994). The doctor patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1365-1370.

Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Journal of American Medical Association*, 266, 1831-1832.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. Menlo Park CA: Addison-Wesley.

Bischko, D. (1998). The Art of Nursing: The Client-Nurse Relationship as a Therapeutical Tool. *Nursing Case Management*, 3(4), 148-150.

Blumgart, H. L. (1964). Caring for patient. *New England Journal of Medicine*, 270, 449-456.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York: National League for Nursing.

Boykin, A. & Schoenhofer, S. (1998). Discovering the value of nursing in High Technology Environment : Outcome Revisited. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 31-39.

Boykin, A. & Schoenhofer, S. (2001). The Role of Nursing Leadership in Creating Caring Environments in Health Care Delivery Systems. *Nursing Administration Quaterly*, 25(3), 1-7

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

Brock, C. D., & Salinsky, J. V. (1993). Empathy: An essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Family Medicine*, 25, 245-248.

Brulé, M., & Groulard, I. (1998). De l'empathie à la compathie. *L'infirmière du Québec*, 5, 37-39.

Buber, M. (1970). *Land Thou*. New York: Scribners.

Burns, N. & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. Pennsylvania: W.B. Saunders Company

Cara, C. (2003). *Les écoles de pensée: recueil de notes de cours*. Montréal : Université de Montréal.

Comité de la santé mentale du Québec. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

Crow, G. (2001). Caring and professional practice settings : the impact of technology, change, and efficiency. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 15-23.

Dawson, S., Manderson, L., & Tallo, V. L. (1993). *A Manual for the Use of Focus Group*. Boston: International Foundation for Developing Countries (INFDC).

Dingman, S. K., Williams, M., Fosbinder, D., Warnick, M. (1999). Implementing a caring Model to improve patient satisfaction. *JONA*, 29(12), 30-37.

Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche: un guide pour les chercheurs en sciences de la santé*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model blending dual paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7, 7-14.

Egan, G. (1987). *Communication dans la relation d'aide*. Montréal: Les Éditions HRW

Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15, 61-65.

Felgen, J. (2004). A Caring and Healing environment. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 288-301.

Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., & Kane, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & the Health Professions, 27*(1), 80-94.

Feighny, K. M., Monaco, M., & Arnold, L. (1995). Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Academic Medicine, 70*, 435-436.

Forsyth, G. C. (1980). Analysis of the concept of empathy: illustration of one approach. *ANS, 2*(2), 33-42.

Fortin, F. (1996). *Le processus de la recherche. De la conception à la réalisation*. Montréal: Décarie.

Gagan, J. M. (1983). Methodological notes on empathy. *Advances in Nursing Science, 5*, 65-72.

Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Éditions de minuit.

Granerud, A. & Severinsson, E. (2003). Preserving Integrity: Experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood. *Nursing Ethics, 10*(6), 602-613.

Harrison, M., Loiselle, C., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nurses assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing, 38*(6), 584-591.

Hem, M. H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing, 43*(1), 101-108.

Henderson, J. (2004). The challenge of relationship boundaries in mental health. *Nursing Management, 11*(6), 28-32.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J. & Erdmann, J. B. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education, 36*, 522-527.

Hojat, M., Fields, S. K., & Gonella, J. S. (2003). Empathy: An NP/MD comparison. *The Nurse Practitioner, 28*, 45-47.

Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.

- Hudson, G. R. (1993). Empathy and technology in the coronary care unit. *Intensive & Critical Care Nurse, 9*, 55-61.
- Jacelon, C. S. (2002). Attitudes and Behaviors of Hospital Staff Toward Elders in an Acute Care Setting. *Applied Nursing Research, 15*(4), 227-234.
- Jacelon, C. S. (2003). The Dignity of Elders in an Acute Care Hospital. *Qualitative Health Research, 3*(4), 543-556.
- Jackson, S. W. (1992). The listening healer in the history of psychological healing. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1623-1632.
- Jacobs, B. B. (2001). Respect for Human Dignity: A Central Phenomenon to Philosophically Unite Nursing Theory and Practice through Consilience of Knowledge. *Advances in Nursing Science, 24*(1), 17-35.
- Jonas-Simpson, C. M. (2001). Feeling Understood: A Melody of Human Becoming. *Nursing Science Quarterly, 14*(3), 222-230.
- Judkins, S., & Eldridge, C. (2001). Let's put caring back into healthcare. *JONA, 31*(11), 509-511.
- Kalisch, B. J. (1977). An experiment in the development of empathy in nursing students. *Nursing Research, 20*, 202-211.
- Kipp, K. M. (2001). Implementing nursing caring standards in the emergency department. *JONA, 31*(2), 85-90.
- Koller, K., & Hantikainen, V. (2002). Privacy of patients in the forensic department of a psychiatric clinic: A phenomenological study. *Nursing ethics, 9*(4), 347-360.
- Kohnke, M. F. (1982). The nurse as advocate. Dans E. C., Hein & M. J., & Nicholson (Eds). *Contemporary Leadership Behavior: Selected readings*. (pp. 145-148). Little Brown: MA.
- Kunyk, D. & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing, 35*(3), 317-325.
- La Monica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M. B., & Blanchard, K. H. (1976). Empathy training as the major thrusts of a staff development program. *Nursing Research, 25*, 447-450.
- La Monica, E. L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health, 4*, 389-400.

LaMonica, E.L., Wolf, R. M., Madea, A. R., & Oberst, M. T. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 3, 197-213.

Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing : Cultural care diversity and universality. *Nursing Sciences Quaterly*, 1(4), 152-160.

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing : Concepts, theories, research and practice* (2<sup>nd</sup> ed.). New York : McGraw Hill.

Magnusson, A. & Lützen, K. (1999). Intrusion into patient privacy: A moral concern in the home care of persons with chronic mental illness. *Nursing Ethics*, 6(5), 399-410.

Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper Perrenial.

McCann, T. V., & Baker, H. (2001). Mutual relating: developing relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 530-537.

McNeil, R. (1995). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.

McNeil, R. (2000). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.

McNeil, R. (2003). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.

Ménard, G. (2002). *Élaboration et validation de normes et d'indicateurs de la qualité des soins dans l'application des mesures de contention et d'isolement*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Milton, C. L. (2003). The American Nurses Association Code of Ethics : A Reflection on the Ethics of Respect and Human Dignity With Nurse as Expert. *Nursing Science Quarterly*, 16(4), 301-304.

Milton, C. L. (2005). The Ethics of Respect in Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 20-23.

Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux (2004). *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale*. Québec : La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Morgan, D. (1990). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park: Sage publications.

Morse, J. M., Soldberg, S. M., Neander, W.L., Bottorf, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science*, 13(1), 1-14.

Morse, J. M., Anderson, G., & Bottorff, J. (1990). Analyse de l'empathie: Est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers? *Recherche en soins infirmiers*, 58, 55-63.

Morse, J. M. (1992) Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, 1, 91-113.

Morse, J. M., DeLuca-Havens, G. A., & Wilson, S. (1997). The Comforting Interaction: Developing a Model of Nurse-Patient Relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(4), 321-343.

Naden, D., & Eriksson, K. (2004). Understanding the Importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86-91.

Olson, J. K. (1995). Relationship between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27, 317-322.

Olson, J. K., & Hanchett, E. (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, 73-76.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999). Pénurie d'infirmières. Qui soignera les *baby-boomers* en 2005? *L'infirmière du Québec*, 6(3), 4-5.

Patterson, J. G. & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic Nursing*. New York: John Wiley & Sons.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3<sup>rd</sup> Ed.). Thousand Oaks: Sage.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relation in nursing: A conceptual frame for psychodynamic nursing*. New York: Springer.

Pike, A. W. (1990). On the nature and place of empathy in clinical nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 6, 235-240.

Platt, F. W., & Keller, V. F. (1994). Empathic communication: A teachable and learnable skill. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 222-226.

Porter, S. (1992). Institutional restraints upon education reform case of mental health nursing. *Nurse Education Today*, 12, 452-459.

Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologique et méthodologique*. Montréal: Gaétan Morin éditeur.

Powell, D. (1982). *Learning to relate*. London: RCN

Raudonis, B. M. (1993). The meaning and impact of empathic relationships in hospice nursing. *Cancer nursing*, 16, 304-309.

Reid-Ponte, P. (1992). Distress in cancer patients and primary nurse's empathy skills. *Cancer Nursing*, 15(4), 283-292.

Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal (2003). *Tome 1 Rapport annuel de l'examen des plaintes par la Régie régionale*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.

Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal (2004). *Rapport annuel de l'examen des plaintes par la Régie régionale*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.

Repper, J., Ford, R., Cooke, A. (1994). How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long term mental health problem? Experience of case managers and their clients. *Journal of advanced Nursing*, 19, 1096-1104.

Ricard, N., Bonin, J. P., Lesage, A., & collaborateurs. (1997). *La réadaptation: concepts et pratiques à l'Hôpital Louis-H Lafontaine. Une recherche au centre de l'action dans les unités de soins de longue durée*. Montréal : Centre de recherche Fernand-Séguin.

Robinson, D. (1996). Observing and describing nursing interactions. *Nursing Standard*, 13(8), 34-38.

Roy, M. & Robinette, L. (2005) *Le caring. Démarche d'actualisation en milieu de travail*. Document inédit, Hôpital du Sacré Cœur de Montréal.

Severinsson, E. & Hummelvoll, J. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences*, 3, 81-90.

Spiro, H. (1992). What is empathy and can it be taught? *Annals of International Medicine*, 116, 844-846.

Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.

Swanson, K. (1999). What is known about caring in nursing science. Dans A. S. Hinshaw, S. L. Feetham & J. L. F. Shaver (Eds), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks: Sage

Sullivan, P. (1998). Therapeutic interaction and mental health nursing. *Nursing Standard*, 12(45), 39-42.

Summer, J., & Townsend-Rocchiccioli, J. (2003) Why are nurses leaving nursing? *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 164-171.

Timmerman, G. M. (1991). A concept analysis of intimacy. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 19-30.

Tuck, I., Hines, O., Harris, L., & Baliko, B. (2000). Values expressed in philosophies of nursing services. *JONA*, 30(4), 180-184.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston, M.A.: Little Brown.

Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, Co: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Toronto: Churchill Livingstone.

Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of Human Caring. Dans M. E. Parker (Ed). *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: Davis

Watson, J. & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Caring Nursing*, 12, 360-365.

Weiss, L. J. (1983). *Intimacy and adaptation*. New York: Academic Press

Williams, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, 12, 169-178.

Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.

Yates, P., Hart, G., Clinton, M., McGrath, P., & Gartry, D. (1998). Exploring empathy as a variable in the evaluation of professional development programs for palliative care nurses. *Cancer Nursing*, 21(6), 402-410.

**APPENDICE A**  
**DEMANDE DE PARTICIPATION**

## **RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

### **TITRE DE L'ÉTUDE :**

Perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale dans un contexte d'implantation d'une philosophie de caring en regard de la dimension relationnelle du soin.

### **ÉTUDIANTE-CERCHEURE :**

[REDACTED]  
[REDACTED]

### **DIRECTEUR DE RECHERCHE :**

Jean-Pierre Bonin, Inf, Ph.D  
(514) 343-7403

### **INTRODUCTION :**

Dans un système de santé en mutation constante, une philosophie basée sur l'école de pensée du caring est privilégiée afin de préserver la dimension humaine du soin. Dans cette philosophie, les intervenants informent, guident, conseillent, soutiennent et encouragent la personne soignée et ses proches tout au long de leur trajectoire de soins. Ils travaillent en partenariat avec eux et leur reconnaissent un pouvoir décisionnel véritable, respectant ainsi leur choix et ceux de leur famille (Roy & Robinette, 2005). Le caring met aussi en évidence les connaissances, la manière d'être et le savoir-faire des infirmières et des autres intervenants de la santé. À des compétences scientifiques et technologiques, les intervenants doivent allier des compétences humaines et relationnelles pour dégager l'essence des soins infirmiers et permettre un renouvellement des pratiques. Il est prouvé que l'implantation d'une philosophie de caring augmente la satisfaction des infirmières et des patients (Kipp, 2001; Boykin, Shoenhoffer, Smith, St-Jean & Aleman, 2003). De plus, la satisfaction demeure un indicateur de la qualité des soins dispensés (Dingman, Williams, Fosbinder & Warnick, 1999). La qualité des soins étant un concept large, l'étudiante chercheure se concentrera sur la dimension relationnelle de la qualité des soins, soit les concepts dignité, intimité et empathie (Mc Neil, 1995, 2003).

L'utilisation d'une approche descriptive permettra d'identifier les perceptions des infirmières oeuvrant en santé mentale quant à la dimension relationnelle de la qualité des soins, soit les concepts dignité, intimité et empathie. Une telle étude qualitative donnera aux infirmières l'occasion de se prononcer suite à l'implantation d'une philosophie de caring. Aucune recherche de ce genre n'a été réalisée dans un contexte québécois, ce qui constitue l'un des éléments novateurs de la présente étude.

### **BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières, ce projet de recherche vise à décrire et comprendre les perceptions des infirmières d'un département psychiatrique dans un contexte d'implantation d'une philosophie de caring en regard de la dimension relationnelle du soin (dignité, intimité et empathie).

L'étudiante chercheuse souhaite aller explorer la perspective des infirmières oeuvrant en psychiatrie quant à l'utilisation d'une philosophie de caring en regard des concepts dignité, empathie et intimité suite à son implantation?

### **MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

Des groupes de discussion de 6 à 8 personnes seront menés par l'étudiante-chercheuse. Dans le cadre de cette étude de maîtrise, trois groupes de discussion seront tenus. L'implication de chaque participant représente une présence d'environ 90 minutes à l'une ou l'autre des trois séances. On vous demandera de décrire votre perception de l'empathie, de la dignité et de l'intimité dans le cadre de votre travail. Les groupes de discussion se tiendront en dehors de vos quarts de travail. Si vous êtes intéressé(e) par ce projet, vous devrez signer un formulaire de consentement et compléter par la suite un questionnaire socio-démographique. Vous devrez aussi accepter d'être enregistré(e) sur bande audio lors de l'entrevue. Celle-ci se déroulera à l'hôpital, dans une salle réservée à cet effet, à une période déterminée et connue à l'avance en compagnie de collègues et de l'étudiante chercheuse.

### **CRITÈRES D'INCLUSION**

Pour participer à cette étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes : 1) Vous devez travailler sur une des unités pilotes où l'implantation de la philosophie a débuté 2) Vous devez avoir reçu la formation donnée par l'infirmière clinicienne 3) Vous devez occuper un poste à temps complet ou à temps partiel régulier depuis au moins deux ans (date de l'implantation) sur le quart de travail de jour, de soir ou de nuit.

### **AVANTAGES À PARTICIPER**

En participant à la recherche, vous contribuerez à l'avancement des soins infirmiers, en nous indiquant votre perception du phénomène étudié. Ceci nous permettra de faire le portrait actuel de la situation et d'aider à développer des stratégies relationnelles afin de mieux accompagner la personne vivant avec un problème de santé mentale. Le fait de participer à la recherche pourra aussi vous permettre de faire le point sur votre perception actuelle des concepts reliés à la dimension relationnelle des soins.

### **RISQUES OU INCONVÉNIENTS**

Il n'existe aucun risque connu à participer à cette recherche. Le seul inconvénient peut être relié au fait que vous devrez prendre du temps pour compléter le questionnaire socio-démographique ainsi que pour participer à un groupe de discussion, d'une durée d'environ 90 minutes. Si le fait de participer à cette étude provoquait quelque désagrément que ce soit, il vous sera possible d'obtenir le soutien de l'étudiante-chercheuse ou du directeur de recherche.

### **LIBERTÉ DE PARTICIPATION**

La sélection des participants s'effectuera sur une base volontaire. Vous êtes libre de vous retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice, ni conséquence sur votre pratique professionnelle ou votre dossier d'employé. Pour ce faire, vous pourrez aviser verbalement l'étudiante-chercheuse au numéro de téléphone inscrit sur ce document.

Vous serez avisés de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation à l'étude.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Pour assurer votre confidentialité, un pseudonyme sera utilisé pour toute la durée du projet de recherche. Lors de publications ou de conférences concernant ce projet, les données seront écrites de façon à ce que l'on ne puisse reconnaître les participants ayant tenu les propos cités. Tous les renseignements obtenus au moyen d'une bande magnétique seront tenus strictement confidentiels et détruits après une période de cinq ans. Seuls l'étudiante chercheuse et son directeur de mémoire auront accès à ces bandes lors de l'analyse des données. De plus, aucune donnée confidentielle quant à votre dossier ne sera connue par l'étudiante chercheuse. Enfin, aucun préjudice ne pourra être porté à votre dossier d'employé.

### **QUESTIONS SUR L'ÉTUDE**

Si vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez contacter en tout temps l'étudiante-chercheuse ou son directeur aux numéros indiqués dans le présent document.

### **ÉTHIQUE**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se dérouleront votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président intérimaire du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal, M. Michel Bergeron (Téléphone (514) 343-6111 poste 5520). Suite à cet entretien, si vous avez des raisons de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

**APPENDICE B**  
**RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT****SIGNATURES****TITRE DE L'ÉTUDE :**

Perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale suite à l'implantation d'une philosophie de caring en regard de la dimension relationnelle de la qualité des soins.

**ÉTUDIANTE-CHERCHEURE :**

████████████████████

██████████

**DIRECTEUR DE RECHERCHE :**

Jean-Pierre Bonin, Inf, Ph.D

(514) 343-7403

Je (nom en lettres moulées du participant).....  
 déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu une copie, en avoir discuté avec (nom de l'instigatrice en lettre moulées)..... et  
 comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant.....Date.....

Je (nom en lettres moulées de l'instigateur).....déclare  
 avoir expliqué le but, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du sujet)..... Signature  
 de l'instigateur.....Date.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet :

(nom en lettres moulées).....

Signature du témoin.....Date.....

**APPENDICE C**  
**GRILLE DE DISCUSSION**

## **GUIDE D'ENTREVUE**

1. L'empathie, l'intimité et la dignité représentent trois concepts qui opérationnalise la dimension relationnelle de la qualité des soins selon Mc Neil (1995, 2000, 2003).
  - a. Qu'est-ce que l'empathie pour vous?
  - b. Qu'est-ce que l'intimité et comment l'assurez-vous?
  - c. Qu'est-ce que la dignité pour vous? Qu'est-ce que cela représente en santé mentale?
  
2. Selon vous, comment une philosophie de caring guide votre pratique, de façon générale? Quels liens faites-vous entre cette philosophie et les concepts discutés plus haut?
  
3. Avez-vous d'autres informations à ajouter concernant ce projet de recherche?

**APPENDICE D**  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Le 16 septembre 2005

Monsieur Jean-Pierre Bonin  
Faculté des sciences infirmières  
Pavillon Marguerite-d'Youville et Liliane de Stewart

**OBJET : Certificat d'Éthique**

Monsieur,

Caroline Mathieu, étudiante à la maîtrise, a soumis le projet intitulé « Perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale suite à l'implantation d'une philosophie de caring en regard de la dimension relationnelle de la qualité des soins » pour évaluation par le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé.

Le Comité ayant jugé le projet conforme aux normes déontologiques, un certificat d'éthique a été émis et vous est envoyé.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.



Michel Bergeron  
Président intérimaire  
Comité d'éthique de la recherche  
des sciences de la santé  
5160, boul. Décarie, suite 700  
Tél.: (514) 343-6111, poste 5520

p.j.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** Perceptions d'infirmières oeuvrant en santé mentale suite à l'implantation d'une philosophie de caring en regard de la dimension relationnelle de la qualité des soins

**Sous la direction de :** Jean-Pierre Bonin

---

À la réunion du 29 août 2005, 7 membres du CERSS étaient présents. Ce sont : le président intérimaire, deux personnes provenant de la collectivité, la représentante étudiante, le représentant de la Faculté de pharmacie, l'experte en éthique et la représentante de l'École d'optométrie. L'experte en droit a fait parvenir ses commentaires par écrit.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du : 16 septembre 2005 au 15 septembre 2006

Le 16 septembre 2005

  
Michel Bergeron

Président intérimaire CERSS

Direction générale de la recherche, Développement et Valorisation

5160, boul. Décarie, suite 700

Tél. : (514) 343-6111, poste 5520 / Fax : (514) 343-2326  


