

2M11.2850.2

Université de Montréal

La modification des pratiques infirmières par la réflexion:
une recherche-action participative à Barcelone

par

Pilar Delgado Hito

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

Septembre, 2000

© Pilar Delgado Hito, 2000

WY
5
058
2001
V.007

2

2

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:
La modification des pratiques infirmières par la réflexion:
une recherche-action participative à Barcelone

présenté par:
Pilar Delgado Hito

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Michel Perreault, président
Louise Gagnon, membre du jury
Denise Gastaldo, directrice du mémoire

Mémoire accepté le 31 octobre 2000

Sommaire

Dans les unités de soins intensifs (USIs), la technologie et les techniques complexes occupent une place de plus en plus importante et marquent profondément les soins infirmiers. Plusieurs auteurs sont d'avis que les soins infirmiers risquent d'être déshumanisés (Marsden, 1991; Torralba, 1999; Watson et Bevis, 1990). Il semble donc nécessaire et important que les infirmières adoptent un autre modèle qui favorise l'humanisation des soins dans ces unités.

Le but de cette étude est de promouvoir la réflexion sur les soins infirmiers à partir d'un processus participatif des intervenants afin d'apporter des changements dans leur pratique infirmière. Cette étude présente un devis de recherche qualitative et l'approche utilisée est la recherche-action participative (PAR). Celle-ci favorise des changements dans les pratiques infirmières par la réflexion sur la pratique, tout en reconnaissant les connaissances et la capacité des praticiens de promouvoir le changement. Le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988) a été choisi afin de guider le processus. Il est composé des étapes suivantes: planification, action, observation et réflexion.

La collecte de données a été réalisée sur une période de 12 mois. On a utilisé l'observation systématique (journal de bord), les réunions de groupe (7 rencontres) et l'analyse de documents (générés par les participantes et l'hôpital) pour la collecte des données. Un total de 8 infirmières a participé aux rencontres. Toutes les rencontres ont été enregistrées sur cassettes et transcrites à l'ordinateur. Le processus d'analyse des données s'est fait de façon continue et circulaire simultanément à la collecte des données. L'analyse s'est faite au niveau du processus (tout le travail ou les activités de groupe à travers le journal de bord) et au niveau de la signification du verbatim. On a réalisé un processus de codification et de catégorisation pour l'analyse des réunions de groupe et pour l'analyse des documents, on a utilisé des fiches de synthèse de documents.

Les résultats obtenus dans la présente étude ont permis, d'un côté, d'explorer le changement de la pratique infirmière et, d'un autre côté, de mettre en évidence que la méthodologie de la réflexion-action peut promouvoir des changements dans la pratique. La nouvelle façon de concevoir l'action infirmière a provoqué une augmentation de la qualité et de l'humanisation des soins. Elle se caractérise par: (a) un meilleur respect envers le patient, pour qu'il soit plus considéré et valorisé comme personne, (b) un soin plus intégral, avec une emphase sur les aspects éthico-psycho-sociaux, (c) un meilleur lien avec la famille qui a un proche à l'USI, afin de lui apporter un meilleur soutien, (d) une meilleure coordination entre les infirmières pour la prestation des soins, et (e) une meilleure auto-affirmation des infirmières comme professionnelles. L'approche de recherche-action, quant à elle, s'est avérée un devis pertinent pour amener des changements dans la pratique infirmière, découlant du processus réflexif. Cette approche a permis le développement de la motivation entre les participantes et une meilleure intégration dans l'équipe infirmière qui a participé.

Enfin, compte-tenu du déroulement et des résultats de l'étude, certaines suggestions pour continuer le processus de changement sont présentées et quelques réflexions sur la méthode sont explicitées. Cette étude a fourni des pistes concrètes pour la pratique, l'éducation et la recherche ainsi que des nouveaux thèmes de recherche.

Table des matières

SOMMAIRE.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
REMERCIEMENTS.....	x
INTRODUCTION.....	1
Du point de départ à la recherche.....	2
CHAPITRE I- LA PROBLÉMATIQUE.....	5
Énoncé du problème.....	6
But et objectifs de l'étude.....	12
CHAPITRE II- RECENSION DES ÉCRITS.....	14
Les soins intensifs.....	15
La démarche du soin en tant que stratégie de réflexion sur la pratique quotidienne dans les USIs.....	18
Le changement participatif.....	21
Assises philosophiques des recherches participatives.....	22
Les types de recherches participatives et les caractéristiques de la recherche-action.....	24
Le changement en sciences infirmières à travers la recherche-action.....	28
Le modèle de Kemmis et McTaggart.....	33
CHAPITRE III- MÉTHODOLOGIE.....	38
Devis de la recherche.....	39
Le milieu et les infirmières.....	39
Le recrutement et les participantes.....	40
Le déroulement des étapes du modèle.....	42
Les rôles: la chercheure et les participantes.....	50
La description de la collecte de données.....	56
L'analyse des données.....	59

Les considérations éthiques.....	64
Limites de l'étude	65
CHAPITRE IV- RÉSULTATS.....	67
PREMIÈRE PARTIE- Être infirmière à l'unité de soins intensifs.....	68
La pratique infirmière <i>a priori</i>	68
La pratique réflexive.....	78
DEUXIÈME PARTIE- De la réflexion au changement.....	100
Suggérer des changements dans la pratique de l'unité de soins intensifs.....	100
TROISIÈME PARTIE- Du changement à la réflexion.....	114
Réfléchir sur les changements.....	114
Réfléchir sur la méthode.....	130
CHAPITRE V- DISCUSSION.....	138
La réflexion comme base pour promouvoir un changement.....	139
Le changement vers une nouvelle façon de concevoir l'action infirmière....	151
Un regard sur la méthode.....	160
CHAPITRE VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	166
RÉFÉRENCES.....	171
APPENDICES:	
Appendice A.....	184
Les stratégies d'empowerment pour les infirmières cliniciennes.....	185
Appendice B.....	187
Les étapes de la recherche-action.....	188
Appendice C.....	189
Guide d'observation pour la reconnaissance du terrain.....	190
Appendice D.....	192
Documentation donnée aux participantes sur le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart et le processus de changement.....	193
Appendice E.....	195
Guide pour réaliser un journal de bord.....	196

Appendice F.....	199
Documentation donnée aux participantes sur l'observation participative.....	200
Appendice G.....	207
Guide pour la réflexion du groupe après l'implantation des stratégies.....	208
Appendice H.....	209
Guide pour la réflexion du groupe sur la méthode.....	210
Appendice I.....	211
Le calendrier des étapes de la recherche.....	212
Appendice J.....	213
La lettre de la directrice de maîtrise de la chercheuse pour les participantes.....	214
Appendice K.....	215
Un exemple du processus de codification et catégorisation.....	216
Appendice L.....	217
La lettre d'autorisation de la directrice de soins infirmiers de l'hôpital.....	218
Appendice M.....	219
La lettre d'autorisation du comité d'éthique de l'hôpital.....	220

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Les étapes de la recherche.....	49
Tableau II Le rôle de la chercheure.....	51
Tableau III Le rôle des participantes.....	53
Tableau IV Les documents analysés.....	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Les spirales de recherche-action du modèle australien.....	43
-----------------	--	----

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à toutes les personnes et les institutions qui, d'une façon ou d'une autre, m'ont appuyée pendant la réalisation de cette étude:

- À Denise Gastaldo, ma directrice de recherche, pour son grand appui, ses remarques et ses demandes de précision.
- À Andrée Maniette et à Émilie Thuillier, pour la traduction et la révision du texte.
- Aux participantes sans lesquelles cette étude n'existerait pas, pour leur collaboration, leur sincérité et leurs remarques pertinentes.
- À mon mari, pour son appui inconditionnel.
- A l'Instituto de Salud Carlos III et le Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), pour les bourses qui m'ont concédé.
- À M^a Teresa Moreno, pour son appui relié aux bourses.

Mis agradecimientos van dirigidos a todas aquellas personas e instituciones que, de una manera o de otra, me han apoyado durante la realización de este estudio:

- A Denise Gastaldo, mi directora de tesina, por su inmenso apoyo, sus observaciones y sus demandas de precisión.
- A Andrée Maniette y Émilie Thuillier, por la traducción y la revisión del texto.
- A las participantes, ya que sin ellas este estudio no existiría, por su colaboración, su sinceridad y sus pertinentes observaciones.
- A mi marido, por su apoyo incondicional.
- Al Instituto de Salud Carlos III y al Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), por las becas que me han otorgado.
- A M^a Teresa Moreno, por su apoyo con relación a las becas.

INTRODUCTION

Du point de départ à la recherche

En 1997, la Faculté¹ des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSIUdM) et l'Instituto de Salud Carlos III du Ministère de la santé et de la consommation d'Espagne, signaient un accord de collaboration ayant comme but de faciliter les échanges académique et professionnel entre les deux institutions. Un des objectifs de cette entente est de canaliser les conseils techniques de la FSIUdM en plusieurs domaines et surtout de les relier avec l'enseignement et la recherche des professionnels infirmiers du Système National de la Santé d'Espagne. Pendant les cinq années de cet accord de collaboration, l'Instituto de Salud Carlos III enverra des infirmières¹ espagnoles à la FSIU de Montréal afin de réaliser des études de D.E.S.S. (Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées en sciences infirmières), de maîtrise ou de doctorat. Étant donné que ces programmes de deuxième et troisième cycle n'existent pas en Espagne, les infirmières voulant poursuivre de telles études doivent le faire à l'extérieur du pays.

C'est dans le cadre de cet accord qu'en septembre 1997, j'ai débuté des études de D.E.S.S. à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. À la fin du premier trimestre, en raison de mes bonnes qualifications et à des fins personnelles, j'ai pu changer de programme et parfaire mes études dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières.

Plusieurs facteurs m'ont amenée à réaliser des études de maîtrise à l'Université de Montréal. D'abord, l'accord de collaboration entre l'Instituto de Salud Carlos III du Ministère de la santé et de la consommation d'Espagne et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, puis mon cheminement professionnel en tant qu'infirmière, et finalement, le contexte favorable de mon milieu de travail.

(1) Tout au long du mémoire le professionnel infirmier sera considéré en féminin.

En ce qui concerne ma carrière professionnelle, il faut mentionner mon intérêt, toujours présent, envers la profession infirmière. Depuis que j'ai terminé mes études en sciences infirmières à l'Université de Barcelone (Espagne) en 1990, j'étais consciente que j'allais toujours devoir parfaire mes connaissances afin de pouvoir fournir des soins de qualité. J'ai commencé à travailler dans mon domaine d'intérêt, les soins critiques, à un hôpital spécialisé de Barcelone. Un an plus tard, je fus transférée de l'unité des soins intensifs de cardiologie à l'unité des soins intensifs généraux du même hôpital. C'est à cette période que j'ai commencé une spécialisation en soins intensifs à l'Université Autonome de Barcelone (1991-1992) et, deux années plus tard, une "maîtrise" en soins infirmiers médico-chirurgicaux à l'Université de Barcelone (1994-1996).

À partir de 1995, j'ai enseigné à temps partiel dans le programme de Spécialisation de soins critiques à une école des Sciences infirmières affilié à l'Université Autonome de Barcelone. C'est grâce à cette expérience à la fois comme infirmière soignante et infirmière enseignante que je me suis intéressée davantage à la qualité des soins, à la démarche de soins et aux modèles infirmiers. J'ai partagé ces intérêts avec mes collègues de l'unité des soins intensifs et nous avons réalisé quelques recherches afin d'approfondir ces aspects.

Le dernier facteur qui a favorisé ma venue à l'Université de Montréal et que je souhaiterais partager avec vous, est le contexte où je travaille. Selon une étude espagnole, Barcelone produit 50,5% des publications traitant des soins intensifs en Espagne (Marin, Gallego, Martin et San Martin, 1994). Or, l'hôpital où je travaille est affilié à l'Université Autonome de Barcelone où sont formés, chaque année, des étudiants se spécialisant dans presque tous les domaines de la santé. La Faculté des sciences infirmières et la Faculté de médecine se situent à l'intérieur des installations de l'hôpital. Cet hôpital s'est toujours préoccupé de favoriser la formation des professionnels qui y travaillent et la recherche dans les différents domaines de la santé grâce à diverses stratégies: implantation de cours gratuits (ex. statistique, soins infirmiers, méthodes de

recherche), aide monétaire pour assister à des congrès ou congé avec traitement pour réaliser des cours à l'extérieur dans un domaine particulier du soin.

De plus, le personnel de l'unité des soins intensifs de cet hôpital a maintenu une constante préoccupation afin de mettre à jour les connaissances technologiques, scientifiques et humaines pour l'attention intégrale des patients et de leurs familles. Dès le début de cette unité en 1972, les infirmières ont eu une trajectoire active dans le développement de celle-ci. Elles ont participé aux congrès régionaux, nationaux et internationaux de soins intensifs. En 1980, elles ont créé le cours de spécialisation en soins intensifs reconnu par l'Université Autonome de Barcelone.

Dans ce milieu, il existe entre nous autant de bonnes relations de travail que d'amitié. Dans l'unité, quelques infirmières se sont formés selon un intérêt de soins communs afin d'approfondir et quelques fois réaliser de la recherche. Après quoi, cette information est partagée auprès des autres infirmières lors de sessions cliniques dans l'unité. C'est donc à l'intérieur de ce contexte favorable que je peux réaliser une recherche de type participatif afin d'améliorer les pratiques infirmières.

CHAPITRE I
La problématique

L'énoncé du problème

Dans les unités de soins intensifs (USIs), la technologie et les techniques complexes occupent désormais une place de plus en plus grande et marquent profondément les soins infirmiers (Briggs, 1991; Henderson, 1980). La personne qui est admise à ces unités séjourne dans un environnement considéré souvent comme impersonnel et technologiquement envahissant pour elle (Donahue, 1993; Marsden, 1991; Scullion, 1994).

Plusieurs auteurs soulignent que dans les USIs, il se produit une déshumanisation graduelle des patients² et des soignantes. La technologie et les experts professionnels bouleversent l'intégralité de la personne, ils violent sa dignité et son autonomie, alors les patients sont réduits au statut d'objets (Gadow, 1984, 1989; Marsden, 1991). Dans ce sens, Marsden (1991) affirme que les patients doivent être considérés comme des individus avec leurs valeurs, croyances et droits, mais, malheureusement ce fait est régulièrement négligé par les professionnels qui travaillent dans les USIs.

Bien que l'infirmière qui travaille aux USIs développe les habilités requises afin de bien connaître les éléments technologiques (machines et procédures), ceci n'est pas suffisant pour donner des soins de qualité (Henderson, 1980; Potinkara et Paunonen, 1996; Walters, 1994). Malheureusement, pour plusieurs infirmières, la technologie représente encore le cœur du soin. Dans un tel contexte, plusieurs auteurs sont d'avis que le rôle de l'infirmière doit être bien défini parce qu'il est très important pour l'humanisation des soins (Briggs, 1991; Henderson, 1980; Jackson, 1996). Il semble donc nécessaire et important de conceptualiser le rôle infirmier à partir d'un schème qui favorisera l'humanisation des soins dans les USIs.

(2) Tout au long du mémoire le patient sera considéré en masculin.

Il existe différentes manières de promouvoir l'humanisation (Gafo, 1994), mais dans cette étude on a choisi un processus qui valorise l'expertise des infirmières et dans lequel ces infirmières travaillant dans l'USI vont réaliser un processus de auto-conscience de la réalité de leur pratique. Elles vont elles-mêmes établir des stratégies de changement qu'elles considèrent les plus adéquates pour respecter et considérer le patient dans le but de pouvoir donner des soins plus humains dans un contexte excessivement technique (Schön, 1994). Pour comprendre ce propos, il est nécessaire de présenter le contexte des sciences infirmières en Espagne, mais aussi le contexte particulier de l'étude où on mettra en pratique le processus réflexif.

En Espagne, avant 1978, les infirmières développaient un rôle d'aide au médecin; elles réalisaient tout ce que le médecin ordonnait et elles avaient très peu de pouvoir pour prendre des décisions reliées au patient de façon autonome. Elles s'appelaient ATS (aidante technicienne sanitaire) et leur formation, non universitaire, était majoritairement basée sur la physiopathologie.

En 1978, grâce à la réforme éducative, la profession a changé d'orientation. Les infirmières ont commencé à entreprendre des études universitaires, à être considérées comme professionnelles indépendantes avec un corps de connaissances propres et à approfondir les aspects plus reliés au soin. Malgré la constante préoccupation des infirmières pour mettre à jour leurs connaissances sur la démarche de soins et réaliser différentes initiatives de recherche et d'actualisation, il existe un manque de connexion entre la pratique et les modèles propres à la science infirmière.

Les conceptions de la discipline infirmière permettent une nouvelle façon de dépasser le seul soin technique orienté vers le soin à la personne. En ce sens, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major (1994) affirment qu'il faut avant tout avoir une idée claire du soin à créer et à prodiguer. Ils ajoutent de plus qu'une conception de la discipline infirmière permet une telle clarté. Si on compare la situation actuelle des sciences infirmières en Espagne avec celle du Québec, on constate que dans ce dernier

cas, il existe une loi de l'exercice de la profession et les infirmières utilisent la démarche de soins depuis 20 ans. En Espagne, par contre, la réalité est bien différente. Malheureusement, il reste encore en Espagne plusieurs aspects à développer, comme l'utilisation de modèles infirmiers (malheureusement, le modèle biomédical guide encore la pratique infirmière), la réalisation de la démarche de soins de façon systématique et la reconnaissance du rôle de l'infirmière par la société.

Dans le contexte particulière de cette étude, la chercheuse est infirmière dans un hôpital très spécialisé. Cet hôpital, comme d'autres, est une référence pour les personnes qui habitent à Barcelone (Espagne). La capacité de celui-ci est environ 500 lits. Dans ce milieu, on a constaté que le rôle des infirmières n'est pas suffisamment élaboré. Bien qu'une démarche de soins soit utilisée, celle-ci n'est ni systématique, ni continue. Ce fait peut interférer dans la clarification du rôle, l'évaluation des soins et la relation infirmière-patient (Smith, 1968).

La nécessité d'un plus grand développement des modèles de soins peut être mise en évidence à travers d'un exemple concret. La collecte de données reliée à la démarche de soins est traditionnellement basée sur les systèmes organiques, sur les aspects physiques et ces données sont recueillies de façon plutôt intuitive. Si cette collecte est comparée à celle effectuée selon un modèle infirmier, on constate qu'elle est souvent incomplète parce que majoritairement centrée sur des aspects plus techniques du soin comme par exemple les signes vitaux, la localisation des cathéters ou les caractéristiques des blessures ou des pansements. En conséquence, l'identification des besoins de la personne et la planification des interventions laissent à désirer.

Dans les dernières années, dans le contexte de cet hôpital, plusieurs infirmières soignantes et infirmières-chefs de l'hôpital se sont rendues compte qu'elles devaient réévaluer leur pratique. La première étape a donc été d'approfondir les différents modèles conceptuels infirmiers. Celui qui a été considéré est celui le mieux adapté à la manière des infirmières de concevoir les quatre concepts centraux de la profession décrits par Fawcett

(1984): le soin, la personne, la santé et l'environnement. Ainsi donc, le modèle conceptuel de Virginia Henderson (1969) a été choisi pour son approche humaniste. Ce choix avait comme objectif aider à clarifier la notion d'identité professionnelle, le rôle propre de l'infirmière et la nature des soins infirmiers.

En 1996, un comité était formé afin d'analyser la situation et pour approfondir le modèle. Quelques mois plus tard, ce comité présentait la documentation sur le projet d'implantation du modèle à la direction de l'hôpital pour approbation. Au début de 1997, avec l'appui de la direction et la demande des infirmières pour entamer un tel changement, le processus d'implantation du modèle a commencé. Au cours de l'année 1998, l'infirmière-chef et les infirmières de l'unité de soins intensifs ont reçu la formation nécessaire sur le modèle infirmier d'Henderson et elles ont élaboré les instruments pour la démarche de soins.

Cependant, la nouvelle façon de faire exige chez les infirmières: (a) un changement dans la manière de concevoir les soins, (b) une modification ou une transformation de leurs valeurs et croyances et (c) un changement de philosophie qui reconnaisse toutes les dimensions de la personne. Les infirmières doivent aller au-delà des soins physiques, en se rappelant sans cesse que la personne est un tout bio-psycho-socioculturel-spirituel, et qui, selon Virginia Henderson, présente 14 besoins fondamentaux. Mais selon la connaissance et l'expérience de la chercheuse dans l'unité de soins intensifs, le fait que les infirmières reçoivent de la formation, ne peut garantir un changement dans la pratique. On a plusieurs fois introduit de nouveaux instruments pour évaluer différents aspects du patient et, bien qu'elles aient compris leur utilité, elles ne l'utilisent plus à court terme. De ce fait, un autre système est nécessaire pour produire des changements dans la pratique quotidienne.

Dans ce sens, Schön (1996) explique que les changements se produisent à partir de la réflexion en cours d'action parce que la réflexion rend capable de critiquer, de tester et de restructurer la façon de voir. Selon lui, il est possible pour la personne de changer et

de se transformer si on réfléchit à ce qu'on fait. Il affirme qu'il est nécessaire de passer par l'expérience et la réflexion pour arriver à améliorer ou changer les pratiques.

Bien que plusieurs études (Bureau, 1981; Marshall et Feeney, 1972; Richard, 1980) aient déjà démontré l'importance d'effectuer des collectes de données à partir d'un modèle infirmier, la majorité de ces collectes ont été réalisées et implantées par des groupes d'infirmières expertes, et non par les infirmières soignantes. Étant donné que le chercheur est l'expert dans le processus de changement et qu'il guide le cheminement des sujets de la recherche, il est illusoire d'imaginer que les infirmières soignantes puissent s'engager pleinement dans des investigations dont elles ont été tenues à l'écart et confinées à un rôle plutôt passif.

De plus, il arrive souvent qu'on ne valorise pas les connaissances, l'expertise et les opinions des infirmières. Conséquemment, le changement ne représente pas la réalité de leur pratique (Benner, 1995; Finn, 1994; Stringer, 1996; Tandon, 1981). C'est pourquoi l'on peut constater dans les recherches infirmières des dix dernières années une approche différente, plus ouverte, holistique et égalitaire entre chercheurs et praticiens; une approche par laquelle les praticiens sont ceux qui décident et amènent les changements dans leurs pratiques (Degerhammar et Wade, 1991; Kerr, 1996; Nichols, Meyer, Batehup et Waterman, 1997; Stringer, 1996; Turcotte-Belley, 1990; Whyte, 1991).

D'ailleurs, Reason (1994a) souligne que l'on ne peut réellement effectuer des recherches sans que l'on puisse considérer les participants à leur juste valeur, on doit les considérer comme co-chercheurs, pour qu'ils décident ce qui est mieux pour eux. Ces recherches sont appelées par plusieurs auteurs recherches participatives (Abbott, Blair et Duncan, 1993; Finn, 1994; Hall, 1981; Reason, 1994a, 1994b; Tandon, 1981).

Parmi les différents types de recherche participative, la chercheuse a choisi la recherche-action participative parce qu'elle peut être réalisée dans le milieu de travail et, aussi, parce qu'elle a été la plus utilisée par les infirmières afin d'apporter des

changements dans leur pratique. Le fait que les infirmières utilisent davantage ce type de recherche, est relié: (a) à son approche qui valorise les connaissances, l'expérience et les opinions des infirmières, leur donnant ainsi le pouvoir pour changer leurs pratiques (Bellman, 1996; Tichen et Binnie, 1993); (b) à ses qualités humanistes (Morin, 1992) et (c) à sa démarche réflexive au cours de l'action. Schön (1994) ajoute qu'en même temps que le praticien s'efforce d'en tirer un certain sens, il réfléchit aussi sur les évidences implicites dans ses actions, évidences qu'il se remémore, qu'il critique, restructure et incorpore dans ses actions ultérieures.

Le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988) sera utilisé dans cette étude. Les auteurs ont développé un guide qui oriente les chercheurs à l'aide d'indicateurs, de questions et d'exemples concrets pour chacune des étapes. Selon ces auteurs, la recherche-action se concentre sur le changement collectif qui se produit à partir des réflexions individuelles des participants, dans une situation sociale donnée et à travers quatre étapes: la planification, l'action, l'observation et la réflexion. L'étape de la planification consiste à préciser le cheminement à suivre et les stratégies à privilégier; l'étape de l'action consiste à mettre en pratique les décisions prises; dans l'étape de l'observation, le praticien observe ce qui se passe; dans la dernière étape, le groupe réfléchit (analyse, interprète et explique) et cherche de nouvelles solutions ou stratégies.

La recherche-action participative sera utilisée dans cette étude pour promouvoir la réflexion sur les soins infirmiers afin de produire des changements dans la pratique infirmière. Ce processus de réflexion sur l'action sera mis en oeuvre par les infirmières soignantes lors de leur pratique quotidienne. La volonté des infirmières de l'unité de soins intensifs d'améliorer leur pratique professionnelle et la connaissance que la chercheuse a du milieu de travail et des infirmières, créent un contexte favorable à ce type de recherche participative.

Finalement, si l'on veut promouvoir un changement dans la façon de concevoir les soins qui valorise la personne et qui croit en ses capacités et ses connaissances, on doit

utiliser un processus pour le changement qui valorise ces mêmes aspects pour les professionnels et les situe comme acteurs dans le processus, soit la recherche-action participative.

Le but de cette recherche est de promouvoir la réflexion sur les soins infirmiers à partir d'un processus participatif des intervenants afin d'apporter des changements dans leur pratique infirmière.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont:

- comprendre comment le processus de réflexion pourrait amener à l'élaboration de stratégies de changement de la pratique infirmière;
- examiner l'incorporation d'une nouvelle façon de concevoir l'action infirmière à travers un groupe de réflexion-action.

Cette étude paraît justifiée à la chercheuse dans le contexte des sciences infirmières en Espagne et de son milieu pour trois raisons. Tout d'abord, il est nécessaire d'utiliser une approche différente pour provoquer des changements dans les pratiques infirmières. Pour que ceux-ci soient réels et représentent la réalité des infirmières soignantes, ils ne doivent découler ni de l'imposition de l'autorité ni d'un groupe d'experts. En effet, la participation, l'*empowerment*, la valorisation des connaissances et de l'expertise, le consensus, la réflexion et l'action, sont les composantes de cette nouvelle façon de réaliser des changements tout en faisant de la recherche.

Ensuite, l'utilisation de cette approche favorise l'étude systématique de la réflexion, c'est-à-dire comment les infirmières en arrivent au changement à travers un processus réflexif. Il sert donc d'exemple pour les autres unités d'hospitalisation de l'hôpital. Finalement, la dernière raison est reliée aux effets du changement à l'unité de soins intensifs (USI) comme: la promotion de soins plus holistiques; l'amélioration des connaissances des infirmières sur leurs pratiques par la réflexion; le surgissement d'un

débat sur l'importance d'un modèle conceptuel pour les soins et pour structurer la collecte des données infirmière.

CHAPITRE II
Recension des écrits

Cette recension des écrits porte sur les thèmes suivants: les soins intensifs, la démarche de soin en tant que stratégie de réflexion sur la pratique quotidienne dans les unités de soins intensifs et le changement participatif.

Les soins intensifs

Dans les unités de soins intensifs (USIs), la technologie et les techniques complexes occupent désormais une place de plus en plus grande et marquent profondément les soins infirmiers (Briggs, 1991; Henderson, 1980). Une personne est admise à ces unités lorsque son état de santé est sérieux. Le patient séjourne dans un environnement considéré souvent comme impersonnel et technologiquement envahissant pour lui (Donahue, 1993; Marsden, 1991; Scullion, 1994).

Watson et Bevis (1990) précisent que les soins risquent d'être déshumanisés dans les USIs. En ce sens, Marsden (1991) ajoute que, dans ces unités, il se produit une déshumanisation graduelle des patients et des soignantes. Il affirme que les patients doivent être considérés comme des individus avec leurs valeurs, croyances et droits. Ce dernier aspect est très développé dans les écrits. Plusieurs auteurs sont d'avis que dans les USIs, les patients sont souvent peu considérés.

En réalisant une révision d'un graphique d'observation d'une USI anglophone, Henderson (1994) constate que toutes les données recueillies sont objectives à l'exception de celles reliées à la conscience et à l'état émotionnel du patient, considérées comme peu prioritaires. Elle affirme que le corps est traité de façon objective et on le divise en composantes physiques dans le but de pouvoir les mesurer.

Dans le même sens, Gadow (1984, 1989) souligne que dans les USIs, la technologie et les experts professionnels bouleversent l'intégralité de la personne, ils violent sa dignité et son autonomie, alors les patients sont réduits au statut d'objets.

Selon cette auteure, les infirmières des USIs soignent selon un paradigme scientifique, où l'on considère le corps comme une machine à contrôler ou comme un objet. Mais elle affirme qu'il y a aussi une autre manière de soigner selon laquelle on retrouve le paradigme emphatique, où le corps est considéré comme un sujet, c'est-à-dire comme une personne avec sa subjectivité où les symboles sont plus importants que les symptômes.

De plus, plusieurs auteurs mentionnent que l'infirmière développe les habilités requises afin de bien connaître les éléments technologiques (machines et procédures). Mais tout ça n'est pas suffisant pour donner des soins de qualité (Henderson, 1980; Potinkara et Paunonen, 1996; Walters, 1994). Malheureusement, pour plusieurs infirmières, la technologie représente encore le cœur du soin.

La pratique infirmière est beaucoup plus que l'accomplissement de multiples tâches (Adam, 1991; Kérouac et coll., 1994) et, si l'infirmière n'accomplit que des soins relatifs à la prescription médicale, plusieurs besoins de la personne peuvent demeurer non identifiés et non satisfaits (Adam, 1991). Au-delà des tâches accomplies et de la manière de les accomplir, résident la signification du soi, l'intention et le but. Malheureusement, ces derniers aspects, qui correspondent à notre rôle propre, sont moins développés dans les écrits et quelquefois, ce rôle autonome n'est pas clair (Farrell, 1989; Jackson, 1996; Potinkara et Paunonen, 1996; Scullion, 1994).

Dans un même esprit, Hickey & Lewandowski (1988) affirment qu'il y a des interactions qui exigent peu d'engagement émotionnel pour les infirmières. Fournir des explications sur l'équipement et les procédures est plus facile pour les infirmières que de participer à des interactions exigeant un plus grand engagement émotionnel, comme par exemple le fait de discuter avec le patient de sa façon de composer avec la situation.

De plus, Forrester, Murphy, Price et Monaghan (1990) rapportent qu'on s'attend des infirmières travaillant aux soins intensifs qu'elles partagent leur énergie sur différents

plans. Entre autres, procurer des soins de qualité aux patients, surveiller continuellement leur condition physique et psychologique, gérer une grande variété d'équipements technologiques et sophistiqués et assister les membres des familles dans la satisfaction de leurs besoins.

Dans un tel contexte, il est fort important que les infirmières en soins intensifs utilisent une approche bio-psycho-socioculturelle-spirituelle afin de s'assurer que le patient reçoive les meilleurs soins possibles par des interventions variées reflétant une évaluation juste et constante des besoins individuels. Les conceptions de la discipline infirmière permettent une nouvelle façon de dépasser le seul soin médical orienté vers le soin à la personne. En ce sens, Kérouac et coll. (1994) affirment qu'il faut avant tout avoir une idée claire du soin à créer et à prodiguer. Ils ajoutent de plus qu'une conception de la discipline infirmière permet une telle clarté.

Les soins infirmiers sont un service rendu à la population par les infirmières. Comme Henderson (1969) le signale, ils sont d'une contribution spécifique, unique et irremplaçable. Les soins infirmiers sont nécessaires afin de maintenir l'état de bien-être et de fonctionnement maximal dans les situations de santé ou de maladie. De plus, les infirmières occupent une position idéale pour identifier et coordonner les soins afin de répondre aux besoins de la personne de manière intégrale. Elles sont présentes au chevet des patients 24 heures par jour, et ce, sept jours par semaine.

Ashworth (1982) affirme que la personne qui est hospitalisée à l'unité de soins intensifs a besoin que l'infirmière la soigne en considérant toutes ses dimensions. En effet, l'infirmière qui considère la personne dans toutes ses dimensions se préoccupe de l'expérience vécue de la personne et l'aide dans son cheminement, s'assure que celle-ci soit vraiment considérée et respectée. L'infirmière doit aussi s'assurer d'encourager et de soutenir la famille parce qu'on reconnaît son importance dans les soins et la guérison des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs. Conséquemment, malgré un

environnement hostile, l'infirmière qui travaille à l'USI peut humaniser les soins qu'elle offre aux patients.

En conclusion, on voit ainsi la nécessité pour les infirmières de soins intensifs d'adopter une approche de soins infirmiers qui valorise tous les aspects de la personne et de leur famille afin de pouvoir donner des soins de qualité et par conséquent, de permettre l'humanisation des soins dans les USIs. L'approche de soins infirmiers basée sur le modèle infirmier de Virginia Henderson s'inscrit dans le contexte pratique où l'étude sera réalisé.

Cependant, le modèle n'est qu'un ensemble de concepts généraux et abstraits, un groupement de prépositions qui intègrent ces concepts dans une configuration significative (Fawcett, 1995). En effet, le modèle est un ensemble de concepts et de prépositions qui réside dans *notre tête*, une image mentale que nous avons de la profession, mais nous avons besoin de la concrétiser dans la réalité. Il y a un consensus international des infirmières face à l'utilisation de la démarche de soin ou démarche clinique comme moyen pour concrétiser le modèle conceptuel à la réalité.

La démarche de soin en tant que stratégie de réflexion sur la pratique quotidienne dans les USIs

La démarche de soin est une méthode systématique de travail utilisée par l'infirmière pour solutionner les problèmes de soins infirmiers. Elle est centrée sur le client, la famille ou la communauté. Aujourd'hui, bien que les termes puissent différer selon les auteurs, il est généralement admis que la démarche de soin comporte cinq étapes consécutives: la collecte de données, l'interprétation des données, la planification de l'intervention, l'exécution de l'intervention et l'évaluation (Adam, 1991).

La démarche de soin présente un caractère cyclique. Conséquemment, aussitôt la cinquième étape franchie, l'infirmière revient à la première, car de nouvelles données appellent une autre interprétation. Le processus se termine lors de la rupture définitive de la relation client-infirmière.

Il est très important que l'infirmière intériorise le modèle parce que celui-ci est le guide avec lequel est élaborée la collecte de données infirmière. C'est-à-dire que l'infirmière recueille les informations selon celles que le modèle conceptuel lui indique comme étant essentielles. En ce sens, l'infirmière doit recueillir systématiquement et continuellement des données en se référant à la conception de la personne perçue comme un tout qui présente 14 besoins fondamentaux si son modèle conceptuel est celui de Virginia Henderson. L'interaction entre les besoins permet à l'infirmière d'avoir une vision globale de la personne.

Les informations de la collecte de données proviennent du client lui-même, mais si celui-ci est dans l'impossibilité de les fournir (ce qui est courant dans les USIs), l'infirmière peut se renseigner auprès de la famille du patient (Adam, 1991; Phaneuf, 1986; Riopelle et Leduc-Ladonde, 1982).

L'importance de l'instrument de collecte de données a été étudiée par plusieurs auteurs. Smith (1968) affirme que l'utilisation de l'instrument aide à clarifier le rôle de l'infirmière, à évaluer les soins, à établir et à structurer la relation infirmière-client et celui-ci l'aide également à rendre plus efficace ses interventions auprès du patient.

Dans un mémoire de maîtrise non publié, Bureau (1981) compare deux instruments de collecte de données, l'un structuré et l'autre non. Elle démontre qu'il y a deux fois plus d'informations et de besoins spécifiques dans la collecte structurée et que statistiquement, il n'y a pas de différences significatives quant au temps requis pour faire ces deux types de collectes.

En constatant leurs résultats, Marshall et Feeney (1972) indiquent que l'instrument structuré permet d'obtenir deux fois plus d'informations en ne prenant qu'approximativement la moitié du temps de l'entrevue intuitive.

À partir des résultats de ces études, on ne peut que constater l'importance de la première étape de la démarche de soin qui identifie les problèmes du client, ce qui relève de la compétence spécifique de l'infirmière. Étant donné que l'instrument de collecte de données d'Henderson a forcément 14 parties correspondant aux 14 besoins fondamentaux (Adam, 1991), comportant chacun les dimensions biophysiological, psychologiques, socioculturelles et spirituelles, la collecte de données des infirmières aidera à obtenir une vision plus globale de la personne et à satisfaire tous ses besoins dans toutes ses dimensions. Conséquemment, on pourrait arriver à humaniser le soin.

De toute façon, l'humanisation des soins ne se voit pas seulement favorisée par une collecte de données qui tienne compte de tous les aspects de la personne, mais aussi par une démarche réflexive, soit la démarche de soins. En effet, comme Lauri (1982) nous le rappelle, la démarche de soins est une stratégie de réflexion. L'infirmière recueille, analyse et interprète les données recueillies auprès du patient pour identifier la nature exacte du problème. Ensuite, elle élabore le plan à suivre avec le patient, l'exécute et finalement, l'évalue. Elle réfléchit sur les résultats pouvant arriver à modifier, à approfondir ou à changer différents aspects du processus.

Cependant, l'utilisation d'une démarche de soins systématique selon un modèle infirmier, entraîne chez les infirmières un changement dans leur façon traditionnelle de concevoir les soins; ce qui implique une modification, une transformation progressive de leurs valeurs et croyances en requérant un effort collectif. Le changement participatif peut nous aider à réussir grâce à sa philosophie et ses caractéristiques.

Le changement participatif

Le changement peut être amené de différentes façons. Benne et Chin (1984) décrivent trois groupes de stratégies pour implanter un changement: les stratégies empirico-rationnelles, les stratégies coercitives et les stratégies normatives-rééducatives.

Les stratégies empirico-rationnelles supposent que la personne est guidée par la raison; elle agit dans son propre intérêt et adopte le changement s'il est rationnellement justifié et si elle en perçoit des avantages. Collerette et Delisle (1982) soulignent que le but de ces stratégies est de convaincre les personnes concernées par le changement. Ces auteurs identifient les contraintes suivantes à ces stratégies: elles ne rejoignent pas les attitudes des acteurs du changement et l'information ne circule qu'unilatéralement, par conséquent, les acteurs ne communiquent donc pas de *feed-back* avec le chercheur ou agent de changement.

Les stratégies coercitives mettent l'accent sur les sanctions politiques, administratives, économiques et morales pour introduire un changement, en punissant toutes les personnes qui s'en écartent et en récompensant celles qui y adhèrent. Elles utilisent le pouvoir légitime comme un moyen de procéder par la voie de règlements ou de lois, tout en essayant d'introduire la culpabilité et la honte chez les personnes qui ne s'engagent pas dans le processus. Pour Collerette et Delisle (1982), ces stratégies risquent de modeler des rapports sociaux sur une trame de tension, d'affrontement et de rapports de force qui provoqueront le chaos dans le fonctionnement du système.

Les stratégies normatives-rééducatives sont basées sur la clarification et la reconstruction des valeurs des personnes concernées par le changement. Selon Benne et Chin (1984), ces stratégies mettent l'accent fondamentalement sur l'apprentissage expérientiel qui a comme but un changement durable dans les systèmes humains. Ces auteurs déclarent que les gens doivent apprendre à partir de leurs expériences, étant donné que ce type d'apprentissage est un objectif majeur des approches du changement.

En plus, ces stratégies amènent les personnes concernées par le changement à une implication personnelle, afin d'adopter de nouvelles attitudes et de nouvelles valeurs.

Parmi ces trois groupes de stratégies, Benne et Chin (1984) sont d'avis que les stratégies normatives-rééducatives constituent l'unique modalité participative, étant donné que les personnes en cause collaborent à l'identification des problèmes, choisissent les solutions et implantent elles-mêmes le changement.

Étant donné que les stratégies normatives-rééducatives sont les plus efficaces pour amener un changement, la chercheuse a choisi un devis de recherche où ces stratégies sont présentes, soit la recherche participative.

Dans ce sens, Bunning (1995) a constaté que les recherches participatives sont plus efficaces parce qu'elles mettent l'accent sur de multiples réalités qui sont exposées de façon critique, en produisant le développement personnel et professionnel du praticien. Dans cette étude, la méthode participative sera utilisée afin que les praticiens produisent eux-mêmes des changements à leur pratique quotidienne. Dans la section suivante, on va développer les assises philosophiques des recherches participatives.

Assises philosophiques des recherches participatives

Kurt Lewin fut le premier à transformer la notion même de la recherche appliquée expérimentale en incluant la participation des intéressés à la production du changement (Morin, 1992) surtout dans le domaine de la psychologie et de l'éducation (Kemmis, 1993).

L'idée originale de Lewin de faire participer des personnes aux recherches a subi des modifications. Selon Elden et Chisholm (1993), dans la recherche-action classique, le chercheur monopolise la génération des connaissances bien qu'il n'exclut pas ceux qui facilitent l'information, les laissant participer à certaines phases du processus de

recherche. Maintenant, le concept de participation requiert le partage, la participation réelle à toutes les étapes du processus, l'engagement personnel, l'ouverture à l'activité humaine et la responsabilité (Hall, 1981; Kemmis, 1988; Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1991, 1997; Morin, 1992; Stringer, 1996; Tandon, 1981; Webb, 1989; Whyte, 1991).

Selon Abbot et coll. (1993), la recherche participative s'est développée par la croyance à l'effet que les personnes sont capables d'apprendre, de changer et de transformer leur monde, contrairement aux recherches traditionnelles ou positivistes où les personnes sont des objets de recherche.

Ces types de recherche participative sont basées sur le paradigme constructiviste (Guba et Lincoln, 1989). Ce paradigme reconnaît qu'il y a plusieurs réalités socialement construites. Les connaissances sont conséquemment des constructions collectives. Ce même paradigme rend possible la formation graduelle de consensus par un "cercle herméneutique" (interprétatif) composé de discussions, de critiques, de négociations et de réévaluations (Lehoux, Levy et Rodrigue, 1995).

Dans le même ordre d'idées, Levy (1994) affirme que le champ méthodologique du paradigme constructiviste prend sa source à l'intérieur des formes de pratiques phénoménologico-herméneutiques qui sont axées sur les processus de conjonction, d'associations et de relations entre les sujets, les objets et les projets.

L'objectif principal de ce paradigme est de construire des représentations de perceptions du monde vécu et, ainsi, de chercher à diverger vers des conceptions multiples et émergentes de l'expérience et des phénomènes. Cette approche vise aussi la recherche de significations du monde vécu et la négociation avec tous les acteurs, d'une stratégie menant à la collaboration et à la co-responsabilité.

Enfin, une des croyances du constructivisme est l'importance du doute permanent. Elle cherche à reconfigurer les représentations homomorphiques du monde vécu empreint de perpétuels changements. Levy (1994) mentionne que le constructivisme est un processus créatif. Les participants créent leur monde vécu et négocient, à travers ce processus de construction, ce qu'ils croient être la meilleure façon de vivre. Ils créent une connaissance légitimée parce qu'elle est construite pour ceux-là qui doivent l'utiliser. Dans la section suivante, la chercheuse va développer les types de recherches participatives et, plus en profondeur, les caractéristiques de la recherche-action.

Les types de recherches participatives et les caractéristiques de la recherche-action

Dans les écrits, il existe autant de définitions de recherche participative que d'auteurs s'y étant intéressés. Cependant, la majorité de ces auteurs sont d'avis que ce type de recherche est caractérisé par des mots clés: personnes, pouvoir (*empowerment*), *praxis* (action-réflexion) et connaissances pratiques ou populaires. On considère *l'empowerment* comme un processus de sociale-action qui favorise la participation des personnes, des organisations et des communautés avec le but d'augmenter le contrôle individuel et communautaire, l'efficacité des politiques, la qualité de vie de la communauté et la justice sociale (Wallerstein, 1992, p. 198). Dans ce sens, Sarri et Sarri (1992) affirment qu'en donnant le pouvoir aux personnes, celles-ci réfléchissent sur ces pratiques et les modifient. Ce fait provoque que leur résistance au changement diminue et que les changements soient alors plus nombreux. Webb (1989) ajoute à cette affirmation que la motivation et l'engagement des praticiens augmentent avec l'utilisation de ce type de recherche.

Reason (1994b) classe les recherches participatives selon trois types: la recherche coopérative, la recherche-action participative et la science-action. La recherche coopérative provient du champ de la psychologie humaniste. Elle défend que les personnes peuvent, avec de l'aide, choisir de quelle façon elles veulent vivre leur vie, libres du stress du conditionnement et des coutumes sociales restrictives. Les normes

ouvertes et la communication authentique sont la base de ce type de recherche. Selon Reason (1994b), John Heron (1981) fut le premier à entreprendre ce type de recherche.

Selon Reason (1994b), le second type de recherche participative est la recherche-action participative (dénommée aussi recherche-action). Ce type de recherche a comme but: (a) la production de connaissances et d'action d'un groupe de personnes et (b) l'*empowerment* des personnes pour construire et pour utiliser leurs propres connaissances. Ce type de recherche met beaucoup d'emphasis sur les aspects politiques de la production de connaissances. Elle est basée sur la critique réflexive. Selon Reason (1994b), Tandon (1981) et McTaggart (1991, 1997) sont, entre autres, défenseurs de ce type de recherche.

La science-action est le troisième type de recherche participative décrit par Reason (1994b). Il a été très développée par Argyris et Schön (1974, 1978). Ce type de recherche s'intéresse au développement d'une action effective qui pourrait contribuer à la transformation des organisations et des communautés. Sa perspective centrale est l'identification de théories que les acteurs utilisent pour guider leurs actions.

Selon Reason (1994b), ces trois types de recherches participatives ont des caractéristiques communes, comme par exemple, le changement dans l'action, l'*empowerment* des participants, la valorisation des connaissances acquises par l'expérience et la croyance que les personnes peuvent apprendre à critiquer leur propre monde. Cependant, selon Reason (1994b), il est très difficile de définir les différences entre ces trois types de recherche participative. Il affirme que celles-ci ne sont pas très claires et il conclut en disant que ces trois types de recherche participative sont en lien avec la population qu'elles touchent, soit le groupe pour la recherche coopérative, la communauté ou le lieu de travail pour la recherche-action participative et l'individu pour la science-action.

Parmi ces types de recherches participatives, la chercheuse va développer la recherche-action participative. Dans cette étude, la recherche-action participative et la recherche-action sont considérées comme synonymes. Ce type de recherche a été choisi pour plusieurs raisons. Tout d'abord et comme le signale Reason (1994b), elle est plus dirigée vers la communauté ou le lieu de travail, ce qui justifie son utilisation dans cette étude.

La deuxième raison est liée au nombre d'infirmières (environ une centaine) qui ont utilisé ce type de recherche pour amener des changements dans la pratique. En effet, en consultant le *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*, on constate que le but des infirmières qui utilisent la recherche-action participative est de produire des modifications dans la pratique.

La dernière raison pour laquelle la chercheuse a choisi la recherche-action participative est qu'elle possède un processus semblable à la démarche de soins (Lauri, 1982; Waterman, Webb et Williams, 1995) dans laquelle s'inscrit l'étude. La collecte de données, le diagnostic (détection d'un problème ou malaise), la planification et l'exécution des activités et l'évaluation (observation) sont les étapes de la démarche de soins qui ont des similitudes avec les étapes de la recherche-action (planification, action, observation et réflexion). Étant donné cette analogie, il y aura un double apprentissage, soit dans le domaine de la méthodologie de la recherche et dans celui de la démarche de soins.

La recherche-action a une dimension sociale qui est utilisée au sens de collaboration, de travail collectif et d'engagement social (Kemmis, 1993; Lavoie, Marquis et Laurin, 1996; Morin, 1992). Elle nous aide à résoudre des problèmes (Goyette et Lessard-Hébert, 1987), c'est une recherche de terrain (McKernan, 1988) et aussi une recherche dans l'action qui évolue dans un contexte dynamique (Desroches, 1982).

La recherche-action est fondée sur la conviction que la recherche et l'action peuvent être réunies (Carr et Kemmis, 1986). En ce sens, Gauthier (1984) affirme que la recherche-action permet de faire le lien entre la recherche du savoir et l'action transformatrice.

Pour Lavoie et coll. (1996), la recherche-action doit présenter six propriétés critiques: avoir comme origine des besoins sociaux réels, être menée en milieu naturel de vie, mettre à contribution tous les participants à tous les niveaux, être flexible (s'ajuster et progresser selon les événements), établir une communication systémique entre les participants et s'auto-évaluer tout au long du processus. Cette recherche-action est à caractère empirique (tient plutôt de l'expérience et de l'observation que de l'élaboration théorique) et elle est pourvue d'un lien dynamique avec le vécu et les valeurs du milieu. Ce type de recherche a un dessin novateur (pour sa méthodologie et son discours) et elle a une forme de gestion collective où le chercheur est aussi l'acteur et inversement, où l'acteur est aussi chercheur.

La recherche-action a une signification différente d'une personne à l'autre (Lavoie et coll., 1996). Non seulement en termes de procédure, mais aussi quant à la raison de l'employer. En effet, la recherche-action a un but potentiel de changement (Goyette et Lessard-Hébert, 1987; Kemmis et McTaggart, 1988; Morin, 1992; Whyte, 1991), de compréhension des pratiques (McKernan, 1988), de résolution de problèmes (Poisson, 1990) et d'amélioration d'une situation donnée (McKernan, 1988). De par sa méthodologie, la recherche-action est considérée comme une façon innovatrice de créer des connaissances (Gélinas et Brière, 1985; Holter et Schwartz-Barcott, 1993; Kemmis et McTaggart, 1988; Stringer, 1996).

Tous ces buts reliés à la recherche-action sont des aspects auxquels les infirmières se sont intéressées. Elles se sont préoccupées des différentes façons d'introduire les changements ou de modifier leur pratique. On peut constater, dans les recherches infirmières des dix dernières années, un intérêt croissant vers une approche différente

pour amener des changements, soit la recherche-action. Ce volet sera traité dans la section suivante.

Le changement en sciences infirmières à travers la recherche-action

Le changement des pratiques est un sujet qui préoccupe beaucoup les infirmières. On peut le constater par la grande quantité d'écrits dans la littérature en sciences infirmières. Plusieurs théories ou modèles de changement ont été utilisés pour produire une modification des pratiques, mais trop souvent les changements sont imposés par la pression de l'autorité, des meneurs ou les membres d'un groupe. Dans ce sens, Benner (1995) est d'avis que le facteur humain ne peut être ni contrôlé, ni contraint, il ne peut qu'être compris et facilité. Il est imprégné de significations et d'un engagement personnel et culturel.

Copnell (1998) a exploré la construction du changement dans la pratique infirmière en revisant les écrits en soins infirmiers. Elle constate que les connaissances scientifiques sont encore privilégiées versus les connaissances des praticiens. Conséquemment, la vision et les expériences des infirmières sur le changement sont la plupart du temps négligées.

De plus, St-Arnaud (1992) souligne que les praticiens produisent par *essais et erreurs* de nouveaux modèles d'intervention et qu'ils inventent de nouvelles stratégies qui échappent totalement à l'activité scientifique. Il ajoute qu'ils s'attaquent à de nouveaux problèmes et produisent de nouveaux types de changements, le tout à un rythme tellement rapide que l'activité scientifique ne peut en rattraper qu'une partie, avec cinq ou dix ans de retard. Il est d'avis que pour améliorer le type de recherche requise pour faire progresser les sciences de l'intervention, il faudra sans doute apprendre à mieux utiliser les ressources des praticiens, en les laissant utiliser des sujets expérimentaux, et surtout cesser de les considérer comme des consommateurs de la science traditionnelle.

Dans le même sens, Copnell (1998) suggère qu'on doit utiliser d'autres types de recherche où le changement est amené par le point de vue des infirmières. Ces approches peuvent offrir une façon différente de comprendre le changement dans la pratique infirmière et donnent le pouvoir aux infirmières pour qu'elles puissent reconstruire leur travail et leur subjectivité.

La recherche-action est une approche qui englobe plusieurs des aspects cités précédemment et qui sont nécessaires pour réaliser des changements autrement. C'est pour ce motif que la chercheuse va développer trois de ces aspects qu'elle considère comme importants pour la réussite du changement, soit la valorisation des connaissances du praticien, la transmission du pouvoir au praticien et la fonction éducative ou d'apprentissage.

Le premier aspect de la recherche-action qui favorise le changement est la valorisation des connaissances et de l'expertise du praticien qui ont été ignorées et non reconnues par la recherche *traditionnelle* (Kemmis et McTaggart, 1988; Reason, 1994b; Sarri et Sarri, 1992; Stringer, 1996). En effet, les connaissances des infirmières ont été cachées dans le discours scientifique de la rationalité, l'objectivité et la vérité où on nie les connaissances subjectives ou intuitives de l'infirmière. Selon Offredi (1981), le savoir est inclus dans la pratique quotidienne et la reconnaissance mutuelle des savoirs peut permettre la production d'un savoir collectif. Dans le même sens, McTaggart (1991) considère que cette approche facilite la transmission des connaissances provenant de l'expérience.

En s'appuyant sur les philosophes Thomas Kuhn et Michael Polanyi, Benner (1983, 1987, 1995) a développé le concept des connaissances encadrées (*embedded*) dans la pratique en utilisant leurs travaux avec plusieurs infirmières cliniciennes. Benner affirme qu'on doit découvrir les connaissances encadrées -ou le *tacit knowledge* dénommé de cette façon par Waterman et coll. (1995)- dans l'expertise parce qu'elles sont la clé de la progression de la pratique infirmière et du développement des sciences infirmières

(Benner, 1995; Benner et Wrubel, 1982). Mais on a besoin d'approches interprétatives pour que les intentions et les compréhensions des praticiens soient considérées et soient vues comme dépendantes d'une partie de la signification du monde (Benner, 1983).

De plus, les connaissances se produisent en dialogue avec des personnes qui ont une expérience, une expertise et des points de vue différents (Benner, Tanner et Chesla, 1996, 1997). La réflexion individuelle et collective de la recherche-action permet un échange entre les différents niveaux de connaissances des praticiens du même endroit. Le processus peut aussi générer des connaissances nouvelles et collectives qui découlent de la collaboration et sont partagées entre les membres du groupe et vérifiées dans la pratique (Dick, 1997; Stringer, 1996). On peut constater que la valorisation des connaissances des praticiens est indispensable pour le changement des pratiques parce que celles-ci utilisent leur expérience et leur expertise afin de décider quels éléments implanter dans leur pratique quotidienne.

Le deuxième aspect de la recherche-action qui favorise le changement est la capacité de donner du pouvoir (*empowerment*) aux praticiens (Bellman, 1996; Elliott, 1991; Kemmis et McTaggart, 1988; Masters, 1995; Meyer, 2000; Offredi, 1981; Sarri et Sarri, 1992; Stringer, 1996; Titchen et Binnie, 1993; Webb, 1990, 1991; Whyte, 1989, 1991). Beaulien, Shamian, Donner et Pringle (1997) ont développé un groupe de stratégies d'*empowerment* pour les infirmières à partir du modèle de Kanter (1993) sur l'efficacité au travail (appendice A). Ces stratégies sont regroupées en quatre sous-groupes qui représentent quatre facteurs d'*empowerment* décrits par Kanter. Si on compare ces stratégies avec celles-ci qui se développent pendant le processus de recherche-action, on peut constater des similitudes. En effet, les stratégies de l'opportunité de modifier leur travail, d'encourager et de supporter les professionnels, de promouvoir le développement professionnel, de promouvoir la communication, de créer des groupes de travail, de promouvoir des échanges, etc., sont incluses dans l'approche de recherche-action.

On peut affirmer que cette approche favorise la confiance en soi et l'*empowerment* chez les infirmières, les amenant ainsi à créer elles-mêmes des changements, ce qui les rend plus engagées et responsables envers le groupe.

Le troisième aspect de cette approche qui favorise le changement des pratiques est relié à sa fonction éducative ou d'apprentissage (Finn, 1994; McTaggart, 1991; Webb, 1989; Whyte, 1991). En effet, l'approche amène les praticiennes à qu'elles puissent apprendre à examiner, à évaluer et à réfléchir sur leurs pratiques (Bellman, 1996; Kemmis et McTaggart, 1988; Ramudu, Bellet, Higgs, Latimer et Smith, 1994; Sarri et Sarri, 1992; Seymour-Rolls et Hughes, 1995). Les praticiens apprennent aussi à développer leur créativité (Finn, 1994; Lauri, 1982), la collaboration, la négociation et le dialogue. Ce sont des aspects essentiels pour développer cette approche.

Le processus de recherche-action amène les praticiens à développer leur sens critique envers leur travail et la façon dont celui-ci est accompli (Dick, 1997), à utiliser une méthodologie différente (Kerr, 1996), à augmenter leur capacité de distinguer et de faire des jugements (Elliott, 1991; Webb, 1990) et à chercher des alternatives selon leurs besoins (Pearcey et Draper, 1996). Ces caractéristiques sont très semblables à celles développées par Schön (1994) pour décrire le praticien réflexif. Cet auteur considère que le praticien réflexif a appris à réfléchir sur les évidences implicites dans ses actions, évidences qu'il se remémore, qu'il critique, restructure et incorpore dans ses actions ultérieures.

L'intérêt pour la recherche-action dans la discipline infirmière a augmenté considérablement ces dernières années dans le domaine de la pratique mais aussi dans le domaine de l'éducation en sciences infirmières. Pour Hyrkäs (1997), l'intérêt de la recherche-action dans les sciences infirmières est relié au fait que, dans la recherche-action, on considère l'être humain comme holistique, auto-directif, faisant preuve d'initiative et étant responsable de son propre apprentissage. Les personnes ne doivent

pas être considérées passives parce qu'elles peuvent explorer et développer les meilleures solutions possibles pour leur pratique.

Les infirmières sont d'avis que l'augmentation du nombre de recherches qui utilisent le devis de recherche-action est due à sa méthode naturelle, humaniste (Holter et Schwartz-Barcott, 1993; Webb, 1989; Hyrkäs, 1997), plus participative et collaborative (Breda, Anderson, Hansen, Hayes, Pillion et Lyon, 1997; Molzahn et Sheilds, 1997; Nolan et Grant, 1993; Sheehan, 1990), à ses similitudes avec les étapes de la démarche de soins (Lauri, 1982), au pouvoir de combiner la théorie, la recherche et la pratique (Holter et Schwartz-Barcott, 1993; Greenwood, 1994; Kerr, 1996) et au pouvoir de diminuer l'écart entre la théorie et la pratique (Tierney et Taylor, 1991).

La plupart des recherches infirmières où la recherche-action a été utilisée ont produit des changements (modifications ou innovations) dans la pratique. Par exemple, Kerr (1996) a incité des changements au niveau des soins infirmiers dans une unité d'urgence, Degerhammar et Wade (1991) ont amené un changement dans le système de soins dans une unité chirurgicale et les travaux de Kite (1995) ont apporté des changements aux soins de la bouche dans une unité de soins intensifs.

En conclusion, l'approche de recherche-action facilite le changement parce qu'elle favorise le développement professionnel (Bellman, 1996; Bunning, 1995; Kemmis et McTaggart, 1988; Smith, 1998; Webb, 1989, 1990) et personnel (Bellman, 1996; Titchen et Binnie, 1993). Elle valorise aussi les connaissances et favorise l'*empowerment* des infirmières, en leur offrant l'opportunité de changer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des soins, entre autres, dans les unités de soins intensifs. La chercheure utilisera le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988) pour amener des changements dans la pratique; ce modèle est maintenant présenté.

Le modèle de Kemmis et McTaggart

Parmi les modèles de recherche-action qu'on peut trouver dans les écrits, la chercheuse utilisera le modèle australien de Kemmis et McTaggart (1988) pour trois raisons: (a) ces auteurs proposent un guide des étapes à suivre très détaillé et clair, permettant d'effectuer une recherche-action au chercheur débutant dans ce type de recherche; (b) ces auteurs défendent comme principal but de la recherche-action le changement (c'est aussi le but de la chercheuse); et (c) ce modèle a déjà été utilisé par les infirmières pour amener des changements (Ramudu et coll., 1994; Retsas, 1994).

Le modèle australien de Kemmis et McTaggart (1988) est le premier qui s'adresse spécifiquement aux praticiens, non seulement en proposant un guide pour effectuer une démarche de recherche-action, mais aussi en traitant des principales dimensions (le langage, les activités et les relations sociales) à considérer au cours du projet afin d'augmenter les chances de réussite.

Ces auteurs définissent la recherche-action comme suit:

La recherche-action est une forme collective de recherche d'auto-réflexion des participants à l'intérieur même d'une situation sociale où le but est d'améliorer la rationalité et la justesse de leurs propres pratiques éducationnelles ou sociales en plus de hausser leur compréhension de ces mêmes pratiques et des situations dans lesquelles celles-ci sont utilisées. Les groupes peuvent être composés d'enseignants, d'étudiants, de directeurs d'école, de parents ou de membres d'une communauté donnée. Il est de plus important que les membres d'un groupe donné partagent des intérêts communs. Seule l'approche dite *collaboratrice* peut être considérée en tant qu'une recherche-action malgré qu'il soit important de comprendre que la recherche-action d'un groupe se réalise à travers l'auto-examen individuelle des membres du groupe sur ses actions d'une façon critique (Kemmis et McTaggart, 1988, p.5, traduction libre).

Ces auteurs affirment que la recherche-action n'est pas ce que les praticiens habituellement font quand ils réfléchissent à leur travail. La recherche-action est plus

systematique et collaborative, suite à une collecte de données basée sur une réflexion rigoureuse du groupe. Ils affirment que la recherche-action n'est pas une simple résolution de problèmes. Elle implique également la formulation du problème lui-même. La recherche-action cherche à améliorer et à comprendre le monde à travers les changements et les apprentissages. Finalement, Kemmis et McTaggart (1988) sont d'avis que la recherche-action n'est pas une recherche sur les personnes. C'est une recherche faite par un groupe de personnes sur leur propre travail avec le but d'améliorer leurs activités.

Pour Kemmis et McTaggart (1988), la recherche-action a comme but d'améliorer la pratique à travers le changement et apprendre à partir des conséquences du changement; la recherche-action est participative (à travers elle, les personnes travaillent pour améliorer leurs propres pratiques); elle est collaborative parce qu'elle implique que les responsables améliorent leur action; la recherche-action crée des communautés autocritiques de personnes qui participent et collaborent dans toutes les étapes du processus de recherche; la recherche-action est un processus systématique d'apprentissage parce que les participants transforment l'action en *praxis* (action informée de façon critique) et la recherche-action est un processus politique parce qu'elle implique les intervenants dans la réalisation de changements qui affecteront d'autres personnes (McTaggart, 1997).

Selon Kemmis et McTaggart (1988), ce modèle intègre le chercheur et le terrain de recherche au processus méthodologique de la recherche-action. Il se présente sous forme d'étapes ou de "moments" à l'intérieur de cycles répétitifs, sur la base des résultats d'une spirale. Ce modèle de recherche-action est composé de quatre étapes: la planification, l'action, l'observation et la réflexion. Le processus se poursuit ainsi en autant de cycles que nécessaire (dans l'appendice B, on présente un exemple de trois cycles de recherche-action avec les différentes étapes). On précise en fait une étape préalable appelée la reconnaissance du terrain de la recherche-action qui est reliée à la façon d'engager une démarche de recherche-action et aux informations nécessaires afin

d'assurer le démarrage du projet le plus efficacement possible. La reconnaissance du terrain inclut une réflexion initiale entourant la situation, sous l'angle de la thématique choisie.

Après l'étape préalable de reconnaissance du terrain, on poursuit avec la première étape du processus, *la planification*. Dans cette étape, le groupe organise le plan à suivre. Celui-ci doit être suffisamment flexible afin d'être adapté en cas d'imprévu. L'action prescrite dans le plan doit être analysée et choisie par les praticiens parce que cela permet d'agir de façon plus efficace, judicieuse et prudente. La négociation et l'engagement sont nécessaires.

La deuxième étape est *l'action*. L'action est guidée par le plan mais c'est une critique informée de l'action. Elle est fluide et dynamique mais aussi délibérée que contrôlée; elle est une pensée soigneuse de la pratique quotidienne et elle est informée de façon critique. Comme nous le rappelle St.-Arnaud (1992) "toute action est intentionnelle. Cela signifie deux choses: toute action résulte d'une attente du praticien... et tout comportement est stratégique" (p. 54).

La troisième étape est *l'observation* dont la fonction est de documenter les effets de l'action choisie. Les participants recueillent les données dérivées de leur action pour pouvoir les évaluer. Elle est la base de la réussite de la réflexion et elle contribue à l'amélioration de la pratique parce que nous avons une plus grande compréhension et une meilleure critique pour la prochaine action. Les auteurs considèrent nécessaire l'emploi d'un journal pour annoter les observations.

La dernière étape (non finale) du processus, est la *réflexion*. Selon Kemmis et McTaggart (1988), la réflexion cherche à donner un sens au processus, aux problèmes retrouvés, aux forces et aux limites manifestées dans l'action choisie. La communication et la discussion entre les participants sont essentielles parce qu'elles favorisent la réflexion

à partir des différents points de vue. Le consensus entre les participants sera la base du plan révisé.

St-Arnaud (1992) affirme que la réflexion dans l'action est une sorte de dialogue continu entre le praticien et les événements de sa pratique professionnelle. En apprenant à utiliser systématiquement la réflexion dans l'action, le praticien peut augmenter de façon significative l'efficacité de ses interventions.

En plus, Schön (1994) affirme que le praticien peut réfléchir sur ce qu'il ressent par rapport à une situation qui l'a amené à adopter une ligne de conduite particulière, sur la façon dont il s'y est pris pour formuler un problème qu'il tente de résoudre ou sur le rôle qu'il s'est approprié au sein de l'ensemble institutionnel. Selon lui, la réflexion rend capable de critiquer, de tester et de restructurer la façon de voir du praticien.

La recherche-action telle que suggérée par Kemmis et McTaggart est un processus dynamique où les étapes ne peuvent être perçues comme statiques mais comme des moments d'une spirale de la recherche-action. Selon ces auteurs, les étapes de l'action et de l'observation se font la plupart du temps simultanément.

Dans ce sens, Schön (1994) utilise les expressions « penser en marchant » ou « apprendre en faisant » pour suggérer non seulement qu'on peut penser à faire mais aussi penser à ce qu'on fait tout en exécutant cette tâche.

Le modèle de Kemmis et McTaggart (1988) met l'accent sur la notion *d'action* comme élément central qui tente d'améliorer une situation en considérant à la fois l'amélioration d'une pratique personnelle, l'amélioration de la compréhension de la pratique des praticiens et l'amélioration de la situation de la pratique. On considère alors l'importance de *la liaison* entre la réflexion (en tant qu'activité orientée vers une reconstruction discursive, par un groupe de participants) et l'action (en tant qu'activité de construction de la pratique, par le même groupe de participants), en une boucle récursive

et intégrative conduisant les participants à des actions plus informées que la pratique normale et individuelle du quotidien.

Dans leur guide de recherche-action ("The Research Action Planner", 1988), Kemmis et McTaggart soulignent que le changement est un processus et non un produit. Ils ajoutent que pour soutenir le processus, on doit tenir compte des changements dans le langage, les activités et les relations sociales des participants.

Pour ces auteurs le changement porte donc sur trois dimensions incluses dans la culture des groupes: (a) le langage (les personnes ont un langage dérivé de leur culture et, seulement le groupe peut le changer en pensant et en réfléchissant à son utilisation), (b) les activités (la personne est un acteur et ses actions sont reliées et comprises dans un contexte social d'interaction) et (c) les relations sociales (la nature des relations doit se comprendre à travers les relations des groupes). Ils ajoutent que le changement de ces trois dimensions se réalise de façon individuelle et collective et celui-ci peut être observé à toutes les étapes du processus. Ainsi, ces trois dimensions orientent le contenu de chacune des étapes du processus.

CHAPITRE III

Méthodologie

Ce chapitre comprend le devis de la recherche, le milieu et les infirmières, le recrutement et les participantes, le déroulement des étapes du modèle, le rôle de la chercheuse et des participantes, la description de la collecte de données, l'analyse des données, les considérations éthiques et les limites de l'étude.

Devis de la recherche

La présente recherche s'intéresse au changement dans la pratique infirmière. Kemmis et McTaggart (1988) définissent le changement comme un processus de réflexion individuelle et collective, d'apprentissage et de collaboration, de négociation et de dialogue. Ceci permet d'avoir une nouvelle vision de la pratique et suscite la transformation de ce qui apparaît inadéquat. Dans ce contexte, la chercheuse utilise une méthodologie qualitative et une vision du paradigme constructiviste. La recherche-action proposée par Kemmis et McTaggart (1988) inspire le cadre méthodologique de cette recherche. Par conséquent, celle-ci s'est réalisée dans le milieu de vie naturel, les participantes n'ont pas été considérées comme des "sujets" d'étude, mais bien comme des collaboratrices, il s'est établi une communication systématique entre les participantes ainsi qu'entre les participantes et la chercheuse, et les participantes ont maintenu une union avec le vécu.

Le milieu et les infirmières

La direction d'un hôpital de Barcelone, en Espagne, a implanté le modèle infirmier de Virginia Henderson au cours de l'année 1998. Les infirmières ont reçu la formation nécessaire sur le modèle infirmier d'Henderson et elles ont élaboré les instruments pour la démarche de soins. Dans ce contexte, la chercheuse a voulu mener cette recherche à l'unité de soins intensifs généraux (USI). Les motifs pour lesquels la chercheuse a choisi l'USI pour développer cette recherche sont les suivants: la chercheuse connaît très bien le

milieu parce qu'elle y travaille depuis dix ans et l'USI est l'une des unités-pilote pour l'implantation du modèle infirmier.

Cette USI de 16 lits individuels opère avec un ratio infirmière/patient de 1/2. Le personnel infirmier se divise en quatre équipes, deux de jour et deux de soir non rotatoires. Les participantes possibles ont été toutes les infirmières qui travaillent dans l'USI et qui comprend un nombre total d'infirmières de 40.

Toutes les infirmières sont bilingues (espagnol et catalan). Elles détiennent un baccalauréat et possèdent une spécialisation en soins critiques. Elles ont participé au moins une fois à l'élaboration de recherches, de protocoles de soins et d'indicateurs de qualité de l'unité. La majorité du personnel infirmier est composée de femmes.

Dans ce milieu, il est de tradition de réaliser les recherches sur le lieu même du travail. Les infirmières qui travaillent dans l'unité de soins intensifs sont très motivées et intéressées par la recherche. Il y a toujours un groupe d'infirmières de l'unité en train de développer un projet de recherche. Par conséquent, le fait que la chercheuse travaille et réalise sa recherche dans le même milieu a été considéré comme naturel.

Le recrutement et les participantes

Le recrutement des participantes a été réalisé entre le 28 novembre 1998 et le 30 février 1999. Cette période est étendue puisqu'il a fallu l'allonger à cause des vacances de Noël (du 15 décembre au 7 janvier) où il fut impossible de trouver des volontaires.

Au début de novembre 1998, la chercheuse a rencontré l'infirmière-chef de l'unité pour lui expliquer l'expérience des cours de maîtrise en sciences infirmières à Montréal et la recherche proposée. L'infirmière-chef a offert le support matériel et humain pour pouvoir réaliser l'étude et elles ont décidé ensemble quel serait le meilleur jour pour

convoquer une réunion pour tout le personnel infirmier. L'objectif de cette réunion était d'expliquer, une fois de plus, l'expérience de la chercheuse à Montréal et la recherche proposée ainsi que d'inviter les infirmières à y participer. La chercheuse a insisté sur le rôle qu'elles devraient remplir durant la recherche tel que, entre autres, la participation active à toutes les étapes du processus, l'identification des problèmes, la collaboration à la prise de décisions ainsi que l'évaluation et l'analyse des situations vécues.

La réunion pour toutes les infirmières de l'unité a été convoquée de 13h à 14h (pour que les infirmières d'une des équipes de jour puissent assister étant donné qu'elles commencent à travailler à 14h) et de 14h à 15h (pour l'autre équipe de jour et pour les deux équipes de soir). Dix personnes se présentèrent (il est normal que la totalité du personnel n'assiste pas aux réunions de l'unité) desquelles trois ont consenti à participer à l'étude, deux infirmières de l'équipe de soir et une de l'équipe de jour.

Dû au peu de personnes présentes à la réunion et au manque de participantes, la chercheuse a décidé de rencontrer toutes les équipes infirmières pour expliquer la recherche et demander la collaboration de toutes les infirmières. Grâce à ces mini-réunions, deux nouvelles participantes ont été recrutées, une de l'équipe de soir et une de l'équipe de jour.

Après quelques semaines, la chercheuse est retournée voir l'autre équipe de jour pour trouver des volontaires puisque cette équipe n'était pas représentée. Face au manque de volontaires de cette équipe et au temps qui pressait, la chercheuse a arrêté une date limite (deux semaines) pour que quelqu'un se porte volontaire. Arrivée à cette date sans aucune volontaire de l'autre équipe de jour, la chercheuse a décidé de demander une participante de plus des autres équipes pour pouvoir ainsi créer un groupe avec le nombre de participantes recommandé pour ce type de recherche. Morgan (1998) affirme que le nombre recommandé pour réaliser un focus group est de 6 à 10 personnes. La chercheuse est consciente qu'elle ne va pas faire un focus group avec les participantes, mais comme Kemmis et McTaggart (1988) ne recommandent pas de nombre déterminé pour les

réunions de groupe, la chercheuse a utilisé cet auteur comme référence pour l'aider à établir le nombre de participantes.

Finalement, le groupe formé comprenait 8 participantes, deux d'une équipe de soir, trois de l'autre équipe de soir et trois d'une équipe de jour. Toutes les participantes étaient des femmes de 32 ans d'âge moyen qui avaient en moyenne 9 ans d'expérience en USI. On ne peut pas offrir plus de données reliées aux participantes parce que cette information pourrait violer la confidentialité sur l'identité des participantes.

Il aurait été intéressant d'avoir la participation d'infirmières de l'autre équipe de jour, mais cela n'a pas affecté l'étude puisque c'est le processus de changement qui intéressait la chercheuse et non la représentation de tous les quarts de travail des infirmières (si c'était une étude institutionnelle, cela aurait pu être un problème).

Durant les mois qu'a duré le recrutement, la chercheuse a réalisé la reconnaissance du terrain par observation directe de la pratique et une analyse de la collecte de données actuelle que les infirmières utilisaient pour recueillir les données sur le patient.

Le déroulement des étapes du modèle

Le modèle de Kemmis et McTaggart (1988) est composé de cycles à l'intérieur d'une spirale où chaque cycle comporte quatre étapes: la planification, l'action, l'observation et la réflexion. La figure 1 représente l'étape préalable (reconnaissance du terrain, en noir) et les quatre étapes du modèle.

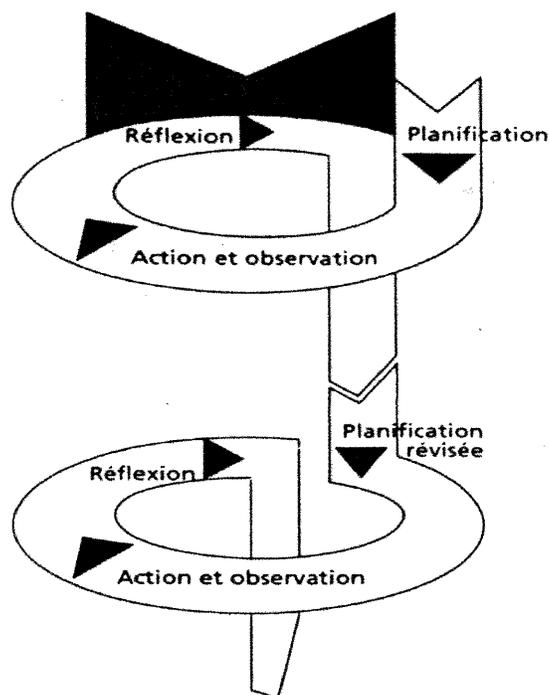


Figure 1 Les spirales de recherche-action du modèle australien. Tiré de Lavoie, Marquis et Lauri (1996, p.82). Source originale de Kemmis et McTaggart (1988, p.11).

C'est ainsi que le modèle de Kemmis et McTaggart (1988) peut être composé d'un ou de multiples cycles. Comme l'illustre la figure 2, cette étude a nécessité la reconnaissance du terrain et deux cycles complets de planification, d'action et observation et de réflexion.

En accord avec ce qui a été mentionné dans la recension des écrits, Kemmis et McTaggart (1988) affirment que le changement porte sur trois dimensions : le langage, les activités et les relations. Un changement dans ces trois dimensions peut être observé à toutes les étapes. Ainsi, ces trois dimensions orientent le contenu de chacune des étapes du processus. Voici la description de toutes les étapes réalisées au cours de l'étude.

La reconnaissance du terrain

Pendant cette étape, la chercheuse a fait une observation directe de la pratique actuelle et une analyse de la collecte de données infirmières. Pour l'observation directe, la chercheuse a utilisé le journal de bord. Elle a annoté les observations sur le langage utilisé par les infirmières, sur les activités réalisées par les infirmières et sur les relations sociales qu'elles avaient avec le patient, la famille, les infirmières et les médecins afin d'identifier ce qui apparaît le plus caractéristique chez les infirmières quand un patient arrive à l'USI et pendant la collecte de données des infirmières.

Pour analyser ce que l'infirmière enregistre dans le graphique du patient pendant la collecte de données, la chercheuse a utilisé un guide élaboré par elle-même. En plus, la chercheuse a posé quatre questions aux infirmières reliées au langage, aux activités, aux relations et à la nouvelle collecte de données infirmières (appendice C).

La durée de cette étape a été de deux mois (janvier et février 1999). Pendant ce temps, la chercheuse a observé six infirmières. Toutes les infirmières ont donné leur consentement éclairé pour être observées. Pour pouvoir réaliser la reconnaissance, chaque fois qu'on prévoyait l'admission d'un patient à l'unité, les infirmières ou l'infirmière-chef téléphonaient à la chercheuse et celle-ci venait observer la pratique infirmière au moment même de l'admission. Les observations de la reconnaissance ont été lues par quelqu'un qui n'était pas présent durant les observations afin de poser des questions sur la description pour qu'il y ait le plus de détails possible. L'identification des patients et des infirmières a été changée par souci de protection de l'identité.

Lors de la première réunion de groupe, l'idée initiale était d'exposer aux participantes les résultats des observations obtenues par la chercheuse lors de la reconnaissance du terrain. Ces résultats n'ont cependant pas été divulgués parce que la chercheuse a pensé que cela pourrait influencer l'observation postérieure que les participantes allaient faire sur leur pratique.

Premier Cycle

L'étape de planification. Après l'étape de la reconnaissance du terrain par la chercheuse commençait l'étape de planification conjointe de l'étude. Durant le déroulement de cette étape, qui dura deux réunions de groupe (18 et 24 mars 1999), les participantes ont planifié comment se réaliserait véritablement l'étude.

La première réunion a débuté par une présentation non formelle de toutes les participantes, vu que toutes se connaissaient, et elles choisirent les noms fictifs qu'elles utiliseraient durant toute l'étude afin de préserver la confidentialité des données. Puis, la chercheuse a distribué la documentation suivante: le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart qui incluait la définition de la recherche-action, les éléments du modèle (le langage, les activités et les relations) et le processus de changement (appendice D) et un guide montrant comment réaliser un journal de bord selon les mêmes auteurs (appendice E). Les participantes utiliseront le journal de bord pendant les étapes d'observation et de réflexion individuelles.

Les participantes n'ont pas eu de problème pour comprendre le modèle ni la méthodologie, mais elles avaient de la difficulté à faire l'observation de la pratique. Premièrement, elles trouvaient que c'était compliqué de travailler tout en s'observant et, deuxièmement, elles avaient peur d'oublier ou de ne pas se rendre compte de plusieurs aspects. En ce qui concerne le premier problème, le groupe a décidé que le mieux serait que la première participante qui ait une admission fasse l'observation et la réflexion dans le journal de bord et qu'elle le mette en commun après avec le reste du groupe. Ainsi, elles pourraient mieux comprendre et mieux voir la dynamique. En ce qui concerne le second problème, les participantes ont proposé deux solutions: apporter une enregistreuse ou qu'une des participantes soit une observatrice informelle (une des participantes observe de manière informelle l'autre participante pendant sa pratique. Si la participante ne se souvient pas d'un détail de son observation, elle questionne alors l'observatrice). Finalement, les participantes ont décidé de choisir la deuxième option

parce que, pour utiliser une enregistreuse, il aurait fallu demander le consentement de toutes les personnes présentes à cet instant dans l'unité de soin.

Les participantes ont aussi décidé d'autres aspects de l'étude: elles n'ont pas accepté la participation de l'infirmière-chef dans l'étude; elles ont décidé d'inclure dans l'observation tous les patients qui étaient admis à l'USI; le temps de l'observation durerait tout le quart de travail; en plus d'observer le patient, la famille, les médecins et les collègues, elles ont décidé d'inclure les étudiantes comme un élément de plus à observer; et, finalement, elles ont décidé de trouver des cocardes pour y annoter leur nom fictif et la porter durant les réunions de groupe.

Entre la première et la deuxième réunion, la chercheuse leur a remis un document sur l'observation participative qu'une des participantes lui avait offert (appendice F). Même si les participantes n'allaient pas vraiment faire de l'observation participative, les exemples inclus dans le document pouvaient les aider à mieux comprendre comment faire l'observation et la réflexion sur le vécu.

La seconde réunion a reposé principalement sur l'exposé de l'observation de la première admission faite par une des participantes d'une des équipes de soir où la chercheuse était l'observatrice informelle. Cet exposé a été très positif pour le groupe et, grâce à la discussion des exemples remis sur l'observation participative et ce premier exposé, le groupe a pu mieux comprendre tout le processus.

Les étapes d'action et d'observation. Le temps nécessaire pour que toutes les participantes réalisent chacune l'auto-observation de deux admissions durant lesquelles elles étaient l'infirmière responsable du patient a été de deux mois (du 25 mars au 26 mai 1999). Les participantes ont suivi la même systématique d'observation que celle utilisée par la chercheuse pour faire sa reconnaissance du terrain.

Premièrement, avant de commencer l'auto-observation, les participantes ont répondu à quatre questions reliées à la perception de leur pratique (les questions étaient les mêmes que celles posées par la chercheuse aux infirmières observées pendant sa reconnaissance). Chaque question était reliée aux éléments qu'elles allaient observer postérieurement, c'est-à-dire une question reliée au langage, une autre aux activités, une autre aux relations et la dernière reliée à la collecte de données infirmière.

Deuxièmement, les participantes ont observé le langage utilisé, les activités faites et la relation établie avec le patient, la famille, les médecins, les collègues et les étudiantes. Par la suite, elles ont écrit dans leur journal de bord une description de tous les éléments observés. Puis, elles ont écrit les réflexions liées à ces descriptions ainsi que leurs perceptions, sensations et émotions reliées au processus. En plus, elles ont évalué la collecte de données infirmière qu'elles ont utilisée après l'arrivée du patient à l'unité grâce à la grille créée et utilisée par la chercheuse dans sa reconnaissance du terrain.

L'étape de réflexion. L'étape de réflexion a consisté à mettre en commun ce qu'elles pensaient qu'était leur pratique (les réponses aux quatre questions) et ce qui a réellement émergé de l'observation de leur pratique (journal de bord).

Durant cette étape qui a duré deux réunions (26 mai et 2 juin 1999), les participantes ont échangé leurs points de vue et ont été critiques envers leur pratique actuelle.

Selon Kemmis et McTaggart (1988), la réflexion en groupe conduit à la reconstruction de la signification de la situation actuelle et procure la base pour un plan révisé. Par conséquent, les participantes ont débuté un second cycle de planification, action-observation et réflexion. Les résultats de ce premier cycle sont développés à la première partie du chapitre 4.

Deuxième Cycle

Replanification. Le point de départ de cette étape ont été les réflexions critiques et documentées dérivant de l'observation de la pratique. À partir de ces réflexions, les participantes ont développé un plan d'action basé sur l'information critique pour améliorer celui en vigueur (Kemmis et McTaggart, 1988).

Les questions clé de cette étape ont été: "Que pourrait-on faire?" et "Comment pourrait-on améliorer les choses?". En tenant compte de la réalité quotidienne et des obstacles matériels et/ou humains possibles, les participantes ont élaboré une série de stratégies de changement viables et réalistes, étant donné le contexte.

Les étapes d'action et d'observation. Cette étape a duré quatre mois (du 4 juin au 28 octobre 1999). La durée de cette étape est le double de celle de la même étape au cycle antérieur à cause des vacances et du changement d'unité de toute l'équipe dû à des problèmes architectoniques.

Pendant cette étape, les participantes ont implanté les stratégies qui avaient été décidées pendant l'étape de replanification et elles ont observé leurs actions de façon critique. Par la suite, elles ont écrit dans leur journal de bord les réflexions reliées au changement de leur langage, leurs activités, leurs relations et leur collecte de données infirmière, et aussi leurs perceptions, sensations et émotions reliées au processus.

L'étape de réflexion. Pendant cette étape, les participantes ont analysé ce qui s'est passé, les atteintes et les limites de leurs actions; elles ont examiné les conséquences et ont pensé aux implications des actions futures. La chercheure a utilisé un guide pour la réflexion où les aspects liés au changement (langage, activités et relations) sont présentés (appendice G).

Les participantes ont aussi donné leur opinion sur la méthodologie de la recherche-action utilisée, elles ont exposé les avantages et les inconvénients de la

méthode. La chercheuse a utilisé un guide pour la réflexion où les aspects reliés à la méthode sont présentés (appendice H).

La réflexion collective s'est basée sur ces deux guides et sur les réflexions individuelles écrites par les infirmières dans leur journal de bord. Il y a aussi eu la possibilité de discuter sur d'autres aspects qui n'étaient pas inclus dans les guides ou le journal de bord.

Le tableau I montre les activités les plus importantes de chaque étape. Le calendrier montre les étapes de la recherche mais aussi les dates de quelques faits importants qui ont eu lieu pendant l'étude (appendice I). Les résultats de ce second cycle sont développés à la deuxième et troisième parties du chapitre 4.

Tableau I
Les étapes de la recherche

CYCLE	ÉTAPES	ACTIVITÉS
1er Cycle	1. Reconnaissance du terrain par la chercheuse	<ul style="list-style-type: none"> • Observation directe de la pratique infirmière • Utilisation du journal de bord, d'un guide d'observation; 4 questions ont été posées aux infirmières
	2. Planification conjointe de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe décide de changer des aspects de l'étude et d'arriver à un consensus sur comment elles réaliseront l'observation de leur pratique
	3. Action-Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan décidé par le groupe est mis en pratique et elles annotent leurs observations dans leur journal de bord
	4. Réflexion de groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe réfléchit et critique sa pratique observée
2ème Cycle	5. Replanification	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe décide de ce qu'il veut changer dans sa pratique et élabore des stratégies de changement
	6. Action-Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe change sa pratique et observe les conséquences
	7. Réflexion de groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe analyse ce qui est arrivé avec la nouvelle pratique et suggère de nouveaux changements à différents niveaux

Les rôles: la chercheure et les participantes

Dans ce type d'étude, la chercheure tout comme les participantes doivent maintenir un rôle actif durant tout le processus de recherche (Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1991).

À cette fin, la chercheure a expliqué, lors du recrutement, les rôles que devraient remplir les participantes et la chercheure et ces rôles ont été détaillés de façon plus exhaustive lors de la première réunion de groupe. Le groupe a été mis au courant et a accepté les aspects méthodologiques de l'étude ainsi que le rôle qu'elles auraient à jouer durant toute la recherche (Kemmis et McTaggart, 1988).

Le rôle de la chercheure

Durant tout le processus, la chercheure a rempli son rôle à trois niveaux: organisationnel, d'appui ou de personne ressource et méthodologique (tableau II).

En ce qui concerne le rôle organisationnel, la chercheure a parlé avec l'infirmière-chef pour trouver un lieu pour les réunions de groupe. Le lieu idéal a été L'École de Sciences infirmières de l'hôpital. L'infirmière-chef réservait le local pour les réunions.

Trouver les meilleurs jours pour les réunions n'a pas été facile puisque les participantes et la chercheure travaillent dans différentes équipes et selon des horaires différents. La chercheure se chargeait d'appeler toutes les participantes pour vérifier que le jour choisi convenait à toutes et tentait que ce ne soit pas toujours les mêmes infirmières qui demandaient congé, faisaient des échanges ou participaient aux réunions sans avoir dormi.

Tableau II
Le rôle de la chercheure

ORGANISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver un local pour les réunions • Échanger les numéros de téléphones • Distribuer l'ordre du jour avant chaque réunion • Disposer les participantes en cercle lors de la première réunion • Trouver les meilleurs jour et heure pour les réunions de groupe • Photocopier tous les documents pour les participantes
PERSONNE RESSOURCE/ APPUI	<ul style="list-style-type: none"> • Remet de la documentation additionnelle (reliée au modèle australien, le journal de bord) • Explique des réunions aux participantes qui ne peuvent pas y assister • Appelle toutes les participantes pour offrir de l'aide ou éclaircir des doutes • Donne son numéro de cellulaire • Met à la disposition des livres et des articles reliés à la méthodologie • Favorise l'expression de ce qu'elles n'ont pas compris • Remercie les participantes du travail réalisé par un certificat de participation à l'étude et une fête
MÉTHODOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise la prise de décision et le consensus • Offre la possibilité de changer certains aspects de la recherche • Fait des résumés écrits des réunions • Au début de chaque réunion, remet un document comprenant les décisions prises lors de la réunion antérieure pour leur approbation • Présente la transcription de toutes les réunions pour vérification • Reconnaît les limites de l'étude • Offre la possibilité de se retirer de l'étude • Encourage la réflexion

La chercheure remettait par écrit, avant chaque réunion, l'ordre du jour proposé pour cette rencontre. Ce plan comportait les objectifs de la réunion et les activités qui seraient faites.

La chercheure a aussi joué un rôle de personne ressource. Durant l'étude, la chercheure a remis de la documentation additionnelle aux participantes (caractéristiques de la recherche-action, le modèle australien, comment faire un journal de bord) et en a discuté plus concrètement durant la première et la deuxième réunion. Durant ces deux réunions, l'expression de ce qu'elles ne comprenaient pas a aussi été favorisée par des questions ouvertes que la chercheure demandait plusieurs fois et des schèmes réalisés au tableau.

Les appels téléphoniques ou les visites aux participantes pour leur offrir de l'aide ou éclairer leurs doutes ont été très productifs dans certains cas, surtout pour les participantes qui doutaient d'elles-mêmes. Lors de la première réunion, la chercheure a distribué un cahier à chaque participante pour qu'elles puissent l'utiliser comme journal de bord. Lors de la dernière réunion, la chercheure remercié les participantes pour le travail réalisé en organisant une petite fête. Elle a également distribué à chaque participante une lettre de la directrice de maîtrise de la chercheure, accréditant qu'elles avaient participé à cette étude afin qu'elles puissent l'utiliser dans leur curriculum vitae (appendice J).

Finalement, la chercheure a joué un rôle au niveau méthodologique. Elle a encouragé la discussion et la réflexion en donnant de nouvelles pistes ou en soulignant les contradictions dans les opinions exposées. Le consentement à participer à ces recherches n'est pas statique (Morse et Field, 1995), c'est pourquoi la chercheure a rappelé plus d'une fois aux participantes, tout au long de l'étude, la possibilité de se retirer de l'étude si celle-ci ne leur convenait pas. Cependant, aucune ne l'a fait. La chercheure a reconnu les limites de l'étude, comme par exemple, la non-possibilité de réaliser ce travail avec 40 infirmières de l'unité.

Le rôle des participantes

Les participantes sont actives dans le processus vivant, local et concret de la construction et reconstruction du langage, des activités et des relations qui constituent et reconstituent la culture des groupes auxquels elles appartiennent (Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1997). Ceci peut être une des raisons pour laquelle les participantes, durant toute la recherche, se sont montrées ouvertes et positives envers le processus, le groupe et la chercheure. Cela était mis en évidence par une ambiance détendue, caractérisée par l'envie de changer ce qu'elles avaient constaté d'incorrect dans leur pratique quotidienne, ainsi que par la mise en commun des situations cocasses qui leur étaient arrivées, ce qui provoquait un fou rire général. Les participantes ont aussi joué un rôle à trois niveaux: organisationnel, d'appui et méthodologique (tableau III).

Tableau III
Le rôle des participantes

ORGANISATIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Sont disponibles pour les réunions • Informent quand elles terminent l'observation ou l'implantation de stratégies • Sont ponctuelles • Se disposent en cercle dès la deuxième réunion
D'APPUI	<ul style="list-style-type: none"> • S'aident durant l'observation • Donnent de l'information additionnelle (document sur l'observation participative)
MÉTHODOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Participent activement • Proposent et prennent des décisions • Évaluent et analysent des situations vécues • Sont ouvertes face au processus (avantages, difficultés, critiques) • Planifient l'étude en groupe

Les participantes ont joué un rôle décisif dans l'organisation des réunions. Même si la chercheure essayait que toutes les participantes soient avantagées quant à l'horaire des réunions, cela a été possible grâce aux participantes qui demandaient un jour de congé pour pouvoir assister ou échangeaient un quart de travail avec une infirmière de

l'autre équipe ou, comme c'était le cas pour celles qui travaillaient de nuit, venaient parfois sans avoir dormi. Ce fut grâce aux efforts de toutes que les réunions ont pu avoir lieu. Malgré cela, une participante a été absente une fois (par maladie) et une autre a manqué deux jours (à cause de problèmes familiaux).

Les participantes ont aussi rempli un rôle d'appui entre elles. Tout d'abord, les participantes ont décidé de s'appuyer pour faire l'observation de la pratique à l'aide de l'observatrice informelle, puis une des participantes a apporté de la documentation reliée à l'observation participative pour que le reste du groupe puisse mieux comprendre comment faire l'observation de la pratique (ce fut juste un exemple car elles savaient qu'elles n'allaient pas faire de l'observation participative).

Au niveau méthodologique, les participantes ont joué un rôle actif durant tout le processus. En premier lieu, elles ont planifié l'étude ensemble. L'infirmière-chef de l'unité avait manifesté son intérêt à participer à cette étude à la chercheuse et celle-ci a donc proposé aux participantes la possibilité que l'infirmière-chef puisse faire partie du groupe. Cependant, elles ont décidé de ne pas accepter l'infirmière-chef parce qu'elles croyaient que ce serait un élément déformant. En effet, certaines ont pensé qu'en devant parler des déficiences de leur pratique devant l'infirmière-chef, elles ne seraient pas aussi sincères et critiques envers leur pratique.

Un autre aspect débattu a été d'observer tous les patients ou seulement ceux qui étaient conscients. Le groupe a décidé qu'il fallait tous les observer puisque c'était la réalité de leur pratique. Le temps d'observation de leur pratique a aussi été un élément discuté pour arriver à un consensus. Elles ont décidé de faire l'observation dès l'admission du patient jusqu'à la fin de leur quart de travail.

La chercheuse avait pensé qu'il aurait été intéressant d'observer le langage, les activités ainsi que les relations avec le patient, la famille, les médecins et les collègues puis qu'elle considérait ces aspects comme les plus importants et les plus près de la

pratique infirmière. Les participantes ont décidé d'ajouter les étudiantes parce qu'elles les considéraient importantes pour le développement de leur pratique.

Toutes ces décisions ont été prises durant la première et la deuxième réunions alors que, durant la quatrième réunion, elles ont décidé de chercher des stratégies de changement réalistes, même si elles n'étaient pas applicables à tous les patients.

En second lieu, lors des deux premières réunions, les participantes ont aussi critiqué la méthode parce qu'elles rencontraient des difficultés, mais elles ont aussi exprimé les avantages de cette même méthode. Celle-ci fut critiquée parce que les participantes, au début, ne comprenaient pas qu'un petit groupe veuille changer sa pratique. De plus, elles trouvaient compliqué d'observer autant d'éléments en plus de se souvenir de tout pour pouvoir l'écrire et, finalement, elles avaient de la difficulté à séparer le langage des relations.

La deuxième réunion a servi à clarifier et à aider les participantes à mieux comprendre le processus et la méthode. Quand elles ont réellement compris quel était l'objectif de l'étude, comment et quoi observer et accepter les limites, les participantes ont pris conscience de leur importance.

Après cette prise de conscience, les participantes ont exprimé les avantages d'utiliser cette méthode. Elles ont affirmé que ce qui importait réellement était le changement individuel et personnel pour arriver à changer le groupe. En plus, elles ont exprimé que cette méthode était très intéressante et sensée parce qu'il était question des intérêts des infirmières. Les participantes ont ajouté qu'elles étaient sûres que, avec cette méthode, elles changeraient leur pratique avant de commencer à implanter les stratégies décidées postérieurement.

En troisième lieu, les participantes ont tenu leur journal de bord à jour en annotant de manière détaillée l'observation de leur pratique et les réflexions à propos de ce qu'elles avaient observé.

Finalement, il est important d'insister sur le fait que l'étude a été bilingue (catalan et espagnol) tant au niveau écrit (journal de bord des participants) qu'au niveau oral (réunions de groupe).

La description de la collecte des données

Comme c'est le cas pour les études participatives, la collecte des données et leur analyse ont été réalisées simultanément (Morse et Field, 1995). La collecte des données a duré 12 mois, du 28 novembre 1998 au 16 décembre 1999.

Dans cette étude, différentes sources ont été utilisées pour recueillir les données. Les participantes ont offert d'abondantes données pour améliorer la compréhension de la description du phénomène. La chercheuse a utilisé l'observation systématique, les réunions de groupe et l'analyse de documents pour la collecte des données (Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1991; Morse et Field, 1995; Silverman, 1993; Stringer, 1996).

L'observation systématique et continue du travail de groupe et de la pratique à travers le journal de bord

Dès le début de l'étude, la chercheuse a maintenu à jour son journal de bord. Elle y a annoté tous les aspects reliés à la reconnaissance du terrain, aux progrès du groupe et à la recherche (tout le langage non-verbal des réunions de groupe qui, logiquement, ne pouvait pas se refléter dans l'enregistrement audio des réunions), ainsi que ses réflexions et ses sentiments par rapport à tout le processus (Kemmis et McTaggart, 1988).

Le journal de bord de la chercheuse a permis d'avoir un rapport descriptif et intime du vécu journalier en ce qui concerne le processus, la méthode et les participantes (Morse et Field, 1995).

Réunions de groupe

Durant la période de la collecte des données, la chercheuse a animé sept réunions de groupe d'une durée maximum de deux heures chacune. Ces réunions avaient pour but de connaître les représentations individuelles des participantes par rapport à leur pratique quotidienne, de détecter les problèmes et de trouver des solutions par la mise en commun et le consensus. Les réunions avaient toujours la même structure: premièrement, lecture et approbation du document élaboré par la chercheuse relatant les décisions prises lors de la réunion antérieure; deuxièmement, discussion et consensus sur le thème à traiter ce jour là et, finalement, la chercheuse faisait un résumé écrit de ce qui avait été dit et décidé et les participantes le vérifiaient.

La planification de l'étude a été réalisée en groupe durant les deux premières réunions, la réflexion de groupe sur la pratique actuelle a été menée lors des troisième et quatrième réunions alors que la cinquième a servi à trouver des stratégies de changement dans la pratique quotidienne. Lors de la sixième réunion, une autre réflexion de groupe sur la nouvelle pratique a eu lieu et, lors de la septième réunion, les participantes ont apporté des suggestions de changement à différents niveaux et ont exprimé leur opinion par rapport à la méthodologie utilisée dans cette étude.

Toutes les réunions ont été enregistrées sur cassettes et transcrites à l'ordinateur par la chercheuse et une autre personne ayant reçu une formation, ce qui garantissait la confidentialité des données.

Durant les réunions de groupe, les participantes se sont exprimées librement et quelques unes ont même expliqué des conflits personnels dans leur pratique. Dès la première réunion de groupe (peut-être grâce au caractère collaboratif de la recherche

et à la relation qui existait déjà entre les participantes), il a été possible de percevoir une atmosphère cordiale (sourires quand il y avait des plaisanteries ou des situations de la pratique caricaturées par une des participantes), critique (non seulement par rapport à leur pratique mais aussi envers le modèle de recherche-action et la méthodologie utilisés dans l'étude) et, en même temps, une atmosphère imprégnée d'intérêt envers le changement de leur pratique, la recherche, elles-mêmes ainsi qu'envers la chercheuse.

Les documents collectés

L'analyse de documents est une autre source importante de la collecte des données pour ce type d'étude (McTaggart, 1991, 1997; Morse et Field, 1995; Stringer, 1996). La chercheuse a analysé les documents suivants:

Les documents générés par les participantes. Tous les journaux de bord des participantes ont été offerts à la chercheuse volontairement. Dans ces journaux de bord figuraient: les observations sur le langage, les activités et les relations avec le patient, la famille, les médecins, les collègues et les étudiantes ainsi que les réflexions postérieures. L'observation et la réflexion sur les instruments pour la collecte actuelle de données infirmière étaient aussi incluses. Finalement, ces documents comportaient aussi les inquiétudes, les peurs, les interrogations et les perceptions des participantes.

Les documents générés par l'hôpital. Durant la période de l'implantation des stratégies de changement (du 3 juin au 28 octobre 1999), les participantes ont suivi deux cours. Le premier était basé sur l'analyse et la réflexion de la nature des soins et leur application (16 juin 1999) et le deuxième sur l'équipe de santé et les réflexions de leur réalité (23 juin 1999). La chercheuse a analysé les notes de cours et la documentation générée durant les cours afin de détecter l'influence que le contenu de ces cours pouvait avoir sur la recherche.

Les documents sur l'observation participative. Dû à la difficulté manifeste des participantes à faire l'observation de la pratique, une des participantes a apporté deux documents reliés à l'observation participative. Le premier était un protocole

d'observation participative dans les institutions socio-sanitaires réalisé par Oscar Guasch (département de sociologie de l'Université de Barcelone, 1998) et le second a été un cahier méthodologique écrit aussi par Oscar Guasch (centre de recherches sociologiques, 1997).

L'analyse des données

Le processus d'analyse des données s'est fait de façon continue et circulaire simultanément à la collecte des données. L'analyse s'est faite au niveau du processus (tout le travail ou les activités de groupe à travers le journal de bord) et au niveau de la signification du verbatim (Catterall et Maclaran, 1997).

Analyse des documents

Les chercheurs de terrain collectent souvent des documents de toutes sortes sur les sites. Les documents sont souvent de taille et demandent normalement à être expliqués ou clarifiés et résumés. Il faut utiliser des fiches de synthèse pour une analyse ultérieure ainsi que pour permettre une restitution rapide si on a besoin du document (Huberman et Miles, 1991).

La chercheuse a utilisé une grille basée sur Huberman et Miles (1991) pour élaborer les fiches de synthèse et faire l'analyse des documents. La grille comportait les éléments suivants: le nom ou la description du document, l'événement ou le contact auquel le document est associé, l'importance ou la portée du document et un bref résumé du contenu. Les documents analysés ont été générés par les participantes, l'hôpital et par des professionnels d'autres disciplines (tableau IV, page suivante).

Après l'analyse des documents générés par les participants, la chercheuse n'a pas constaté de contradictions entre ce que celles-ci ont annoté dans leur journal et ce qu'elles ont exprimé lors des réunions de groupe. Le journal de bord des participantes a été décisif pour l'évolution correcte des réunions puisqu'il a servi (a) d'aide-mémoire, car

il y avait quelques jours ou semaines entre les réunions et (b) de base pour la réflexion de groupe.

Tableau IV
Les documents analysés

Nom ou description du document	Événement ou contact auquel le document est associé	Importance ou portée du document	Bref résumé du contenu
<u>Générés par les participantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> Journal de bord 	<ul style="list-style-type: none"> Observation du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> La plus importante et la plus riche description de la pratique infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> Description de l'observation des participantes et de leurs réflexions reliées au langage, aux activités, aux relations et à la collecte de données infirmière
<u>Générés par l'hôpital:</u> <ul style="list-style-type: none"> Cours sur la pratique infirmière Cours sur l'équipe de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Dans le cadre des cours de Formation continue de l'hôpital Dans le cadre des cours de Formation continue de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Basé sur l'analyse et la réflexion de la nature des soins et leur application Basé sur la réflexion de la réalité de leur pratique 	<ul style="list-style-type: none"> Nature des soins Pratique professionnelle et ses règles Analyse de situations L'équipe comme élément constructeur de santé Les axes essentiels qui guident le travail infirmier
<u>Générés par d'autres disciplines:</u> <ul style="list-style-type: none"> Protocole d'observation participative Cahier méthodologique 	<ul style="list-style-type: none"> Réalisé par le sociologue Oscar Guasch pour les infirmières Réalisé par Oscar Guasch (département de Sociologie de l'Université de Barcelone) 	<ul style="list-style-type: none"> Aide les participantes à clarifier le processus d'observation Aide les participantes à clarifier le processus d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> Comment réaliser un rapport ethnographique L'éthique dans la recherche en sciences sociales Description du terrain Description des acteurs Critique des événements 4 exemples d'observation participative

Les cours implantés par la direction de l'hôpital pour toutes les infirmières qui étaient en train d'utiliser les nouveaux registres de collecte de données infirmière durant la recherche, n'ont pas influé négativement sur celle-ci. Les contenus étaient basés sur la pratique journalière et sur comment solutionner les problèmes éventuels. La forme du cours était de penser et de réfléchir sur ce que faisaient les infirmières chaque jour. Ainsi, les cours ont été intéressants pour la chercheuse et pour les participantes, surtout que quelques unes des solutions trouvées dans les cours étaient identiques aux stratégies de changement décidées par le groupe.

Les documents sur l'observation participative ont aussi eu une influence sur la recherche. Les participantes, grâce aux exemples, ont pu mieux comprendre comment elles devaient écrire, analyser et réfléchir sur l'observation de leur pratique.

Analyse du journal de bord de la chercheuse

L'analyse du journal de bord de la chercheuse a permis de décrire de manière détaillée la méthode, le processus et les participantes. Le journal de bord de la chercheuse a servi de source de données mais aussi de source pour valider l'ensemble des données obtenues lors de la recherche (Morse et Field, 1995).

Analyse des réunions de groupe

On a réalisé un processus de codification et de catégorisation (Morse et Field, 1995; Pope, Ziebland et Mays, 2000) qui tenait compte de la recherche de la signification de ce que disent les participantes et de la recherche d'une réponse à la question de recherche.

La phase de codification est composée de plusieurs étapes. La première consiste à lire tout le verbatim pour s'immerger dans les données. Une fois l'immersion faite, on cherche des unités significatives (codes) dans tout le verbatim. Chaque code est représenté par un titre (p. ex.: inexistant, cris, incorrect, soumis) et une brève description de la signification attribuée au code.

Une fois ce processus terminé (lors duquel les codes sont raffinés plusieurs fois), tous les textes faisant référence à un code sont regroupés pour évaluer la consistance du code. Quelques corrections ont été apportées pour obtenir une plus grande précision.

La phase de catégorisation consiste à regrouper plusieurs codes en sous-catégories, lesquelles définissent des thèmes plus généraux (p. ex.: le langage avec le patient inconscient, le langage avec le patient grave, la forme de communication avec la famille, le type de communication avec les médecins). Ces sous-catégories ont été retravaillées pour générer les catégories d'analyse de l'étude (p. ex.: langage avec le patient, langage avec la famille, activités avec les médecins). Le processus est comme un arbre à l'envers: les feuilles sont les codes, les sous-catégories sont les branches et les catégories centrales forment le tronc (voir exemple de codification et catégorisation à l'appendice K).

Cette codification détaillée et cette catégorisation ont permis la segmentation et le regroupement des transcriptions en fonction des codes et des catégories retenus. Toutes les données concernant un même sujet ont alors été étudiées ensemble. Pour garantir la consistance entre le code, la sous-catégorie et la catégorie, les codes ont été relus en tenant compte de leur appartenance à une catégorie afin de vérifier s'ils contenaient des sens non compris dans la catégorie ou s'ils étaient en contradiction avec celle-ci.

Cette étape du travail a permis le réarrangement final des représentations autour de quatre thèmes qui sont: la pratique infirmière à priori, la pratique réflexive, les changements suggérés pour la pratique infirmière et la réflexion sur les changements et la méthode. Ces thèmes, de même que la structure à partir de laquelle ils ont été considérés, seront présentés au chapitre quatre.

La méthode d'analyse utilisée par la chercheuse a visé à répondre à la question de recherche tout en permettant l'émergence de nouvelles idées à partir des données.

La checheure a analysé la partie reliée à l'observation et à la réflexion faites par les participantes sur le langage, les activités et les relations entre les étudiantes et elles-mêmes, mais elle a décidé d'éliminer cette partie parce que, pendant la période d'implantation des stratégies, il n'y avait pas d'étudiantes. Les participantes n'ont donc pas pu évaluer les stratégies qu'elles avaient élaborées pour améliorer le langage, les activités et les relations avec les étudiantes.

Plusieurs auteurs affirment que la triangulation est une des stratégies pour assurer la rigueur méthodologique (Burns et Grove, 1997; Denzin et Lincoln, 1998; Fortin, 1996; Massey, 1991; McTaggart, 1997; Mays et Pope, 2000; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). La checheure a utilisé la triangulation des méthodes et la triangulation des sources (Patton, 1980). La triangulation des méthodes s'est effectuée par la comparaison entre l'information collectée des documents, du verbatim des réunions de groupe et de l'observation de la checheure notée dans le journal de bord. La triangulation des sources a été réalisée à partir de la confirmation par les participantes de l'analyse faite par la checheure (Meyer, 2000) et une personne extérieure à l'étude.

La confirmation par les participantes s'est faite de la manière suivante: l'analyse du contenu de la première réunion a été abordée avant le commencement de la deuxième réunion et les représentations dégagées des analyses ont été partagées verbalement avec les participants. Ce processus leur permettait de se réapproprier, de valider et de raffiner les constructions obtenues. Cette systématique a été suivie pendant toutes les réunions.

Ces deux types de triangulation ont contribué à la vérification des résultats de l'étude.

Les considérations éthiques

La chercheuse a obtenu de la directrice des soins infirmiers de l'hôpital l'autorisation de procéder à la réalisation de l'étude (appendice L), considérée comme un élément important dans le processus d'implantation du modèle infirmier de Henderson. Il faut remarquer que la chercheuse n'a pas fait une évaluation du processus d'implantation du modèle et que ce fait est connu par la directrice des soins infirmiers de l'hôpital et accepté. La chercheuse a aussi obtenu l'autorisation du comité d'éthique de l'hôpital (appendice M).

Le processus de travail et les modalités prises pour le maintien de la confidentialité des participantes ont été spécifiés au cours de la première réunion de groupe: le nom des participantes a été changé dans les écrits et les transcriptions des réunions ont été identifiées sous un nom fictif.

Les infirmières ont participé volontairement à l'étude et elles avaient également l'entière liberté de se retirer du processus de recherche en tout temps, selon leur convenance, sans subir de préjudices de la part de la chercheuse ou de quelque autre membre du personnel. Même après la clarification de nos attentes, chacune des participantes s'est dite intéressée à poursuivre le processus. Elles ont donc donné leur consentement éclairé verbalement. En ce qui concerne le devis de la recherche, les participantes ont changé différents aspects de la recherche pendant le processus. Lors de la dernière rencontre de groupe, les participantes se sont également toutes dites satisfaites d'avoir participé à ce processus.

Les enregistrements autorisés des réunions de groupe seront détruits 4 ans après le dépôt du mémoire mais le verbatim sera conservé par la chercheuse pendant 5 ans et détruit par la suite.

Limites de l'étude

Les limites de l'étude ont été les suivantes: (a) étant donné le devis de la recherche, on ne peut pas généraliser les résultats de façon positiviste comme dans le cas des études quantitatives (ce n'est pas le but de la recherche qualitative), mais on peut les extrapoler à des situations ou à des contextes semblables; (b) le changement ne s'est pas produit dans la pratique de toutes les infirmières de l'unité et les participantes ont exprimé cette limite et les conséquences (tomber dans la routine ou la perte de motivation), (c) une étude qualitative telle que la recherche-action est longue et les données trop nombreuses, ce qui fait que l'étude peut être de plus longue durée, plus que le temps dont dispose la chercheuse pour réaliser la Maîtrise. Dans ce sens, la chercheuse a dû finir la recherche pour présenter l'étude mais les infirmières veulent continuer le processus, ce qui provoque un problème éthique (elles ont dit que la chercheuse pourrait continuer avec elles en les aidant pendant le processus mais la chercheuse ne peut pas continuer à se consacrer à ces activités parce qu'elle a d'autres projets mais elle peut, comme elle leur a expliqué, les former pour qu'elles soient elles-mêmes *leaders* des groupes formés) et (d) plusieurs problèmes indépendants de la chercheuse ont eu lieu pendant l'étude, lesquels ont retardé le chronogramme original comme, par exemple, le manque d'expérience des participantes pour l'observation de leur pratique, le changement d'unité pendant deux mois à cause de problèmes de rénovation majeurs (diminution du personnel et du nombre de patients), les vacances et le manque de participantes d'un des équipes de jour.

En ce qui concerne le contexte linguistique, le fait que le verbatim soit traduit du catalan/espagnol au français peut également occasionner une perte dans la richesse des expressions.

Il est important d'affirmer qu'il n'y a pas eu de critiques de la part des autres professionnels et l'étude n'a pas généré de tension dans l'environnement de travail des

participantes. Le fait que la chercheuse travaille dans le milieu où elle réalise la recherche n'a pas non plus occasionné de problème.

CHAPITRE IV

Résultats

PREMIÈRE PARTIE:

Être infirmière à l'unité de soins intensifs

Dans cette première partie, la chercheuse aborde les résultats de telle façon qu'on puisse comprendre (a) la perception que les infirmières ont de leur pratique et (b) la réalité de leur pratique à travers l'observation de celle-ci. Ces résultats correspondent aux étapes de l'action-observation-réflexion du premier cycle de recherche-action, c'est-à-dire à la reconnaissance du terrain faite par les participantes.

La pratique infirmière *a priori*

Les participantes ont répondu à quatre questions avant de commencer à observer leur pratique dans le contexte de l'admission des patients à l'USI. Ces questions sont les mêmes que la chercheuse a posé aux infirmières observées pendant la reconnaissance du terrain (voir appendice C). Trois des quatre questions sont reliées à chacune des dimensions du modèle de Kemmis et McTaggart (le langage, les activités et les relations) et une question est reliée aux instruments actuels utilisés par l'infirmière pour réaliser le plan de soins.

Les résultats sont divisés en quatre sections qui montrent la perception qu'avaient les infirmières de leur pratique. La section sur le rôle de l'infirmière travaillant à l'unité de soins intensifs est reliée aux réponses des infirmières à la première question; la section de l'idéal *versus* le réel correspond aux réponses que les infirmières ont donné à la deuxième question; la section sur le travail en équipe est reliée aux réponses faites à la troisième question et, finalement, la section sur le modèle et les instruments infirmiers correspond aux réponses données par les participantes à la quatrième question³.

(3) A partir de la première section la chercheuse a choisi de présenter les citations des participantes, peu importe leur longueur, en caractères italiques, dans le but de créer un texte qui soit plus suivi.

Le rôle de l'infirmière travaillant à l'unité de soins intensifs

la surveillance et le contrôle des signes et symptômes, l'administration du traitement prescrit,...

La définition que les participantes font de leur rôle est très variée et technique. La majorité des participantes ont affirmé que leur rôle était basé sur la surveillance et le contrôle des signes et symptômes hemodynamiques, neurologiques et respiratoires ainsi que sur l'administration du traitement prescrit par le médecin. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par la chercheuse lors de la reconnaissance du terrain.

De plus, plus de la moitié des participantes considéraient qu'elles procuraient un confort physique et émotionnel au patient et à la famille et qu'elles fournissaient un appui psychologique au patient. Cristina l'a exprimé ainsi: *"Évaluation et enregistrement de l'état émotionnel du patient...procurer le maximum de confort possible, physique et émotionnel"* alors que Carla disait: *"...qu'il soit le plus confortable possible"*.

La moitié des participantes ont inclus dans la définition de leur rôle qu'elles servaient de lien entre le patient et la famille. Elisa a expliqué: *"Assurer le lien entre la famille et le patient...pour cela il faut être au courant de ce que sait ou non la famille et le patient sur le processus de la maladie"*. Elles ont aussi affirmé qu'elles faisaient de la prévention et de la détection précoces des complications dérivées de la pathologie.

Deux participantes considéraient qu'elles aidaient le patient à réaliser les activités nécessaires pour recouvrer leur santé. Manolita l'a raconté ainsi: *"Nous suppléons partiellement aux activités qu'il ne peut pas faire seul à cause de son état"*. On peut constater que seulement une quarte partie du groupe considérait le patient comme une personne avec ses capacités et qu'elles devaient l'aider à les développer.

Deux participantes ont affirmé qu'elles devaient connaître et manipuler correctement l'appareillage et les moniteurs. Deux autres définissaient leur rôle en disant qu'elles coordonnaient tous les soins apportés au patient ainsi que les professionnels qui

s'occupaient du patient. Elisa disait: *“L’infirmière doit être au courant des examens ou des techniques que le patient aura à subir pour coordonner les soins, surtout lorsque d’autres professionnels doivent intervenir”*. Marta a affirmé: *“...coordonner les professionnels qui s’occupent du patient”*.

Une participante a exprimé qu’une partie de son rôle d’infirmière aux soins intensifs était d’éviter la souffrance du patient à l’heure de sa mort alors qu’une autre participante a affirmé qu’il fallait établir une relation de confiance.

Finalement, une des participantes a affirmé qu’il fallait considérer les personnes comme holistiques. Elisa le relatait ainsi: *“...c’est la personne qui joue le rôle le plus important dans la conception holistique de la personne comme un être bio-psycho-socio-spirituel, d’une forme qui intègre tout cela dans la manière de mener son intervention auprès du patient”*.

D’après ces résultats, on a constaté que, tout d’abord, la majorité des participantes considéraient la vigilance et le contrôle des signes et des symptômes hemodynamiques, neurologiques et respiratoires ainsi que l’administration du traitement prescrit par le médecin comme les aspects les plus importants inclus par les infirmières dans leur rôle infirmier.

En second lieu, quelques participantes incluaient les rôles de procurer un confort physique et émotionnel au patient et à la famille, de donner un appui psychologique au patient, de faire le lien entre le patient et la famille et de faire la prévention et la détection précoces des complications dérivées de la pathologie.

En troisième lieu, quelques participantes incluaient dans leur rôle d’infirmières aux soins intensifs les faits d’aider le patient à faire les activités nécessaires pour recouvrer sa santé, de connaître et manipuler correctement l’appareillage et les moniteurs, de coordonner tous les soins apportés au patient ainsi que les professionnels qui s’occupent

du patient, d'éviter la souffrance du patient à l'heure de sa mort, d'établir une relation de confiance et de considérer la personne comme holistique.

L'idéal versus le réel

nous le savons intellectuellement mais ensuite, dans la pratique, les choses changent

Les participantes affirmaient qu'elles ne faisaient pas certains aspects liés à la définition du rôle de l'infirmière de l'USI qu'elles avaient exposée.

D'abord, les participantes affirmaient qu'elles ne pouvaient pas faire le lien entre le patient et la famille parce qu'il leur manquait de l'information. Elisa a raconté: *"Tu ne sais pas quelle information la famille ou le patient a reçu..."*. Carla a ajouté: *"La famille te dit qu'ils lui feront un scanner demain et tu ne sais rien alors tu te sens un peu mal"*. Le manque d'information de l'infirmière a été amplement discuté. Quelques participantes affirmaient qu'elles avaient cherché des solutions à ce problème. Manolita a raconté: *"Je demande à la famille quelle information on leur a donné"*.

Elisa concrétisait le second aspect déficitaire dans le rôle de l'infirmière ainsi: *"...être au courant des examens et techniques de soins qui devront être faits au patient...il y a souvent un manque de communication avec l'infirmière...l'infirmière ne sait pas qu'on va faire quelque chose à ce patient...d'autres professionnels interviennent auprès du patient sans le dire à l'infirmière"*. Quelques participantes ne considéraient pas cet aspect comme un manque de communication avec l'infirmière sinon, comme le disait Hortensia: *"...un manque de coordination..."*, ou comme disait Bon: *"...un manque de travail en équipe"*.

Le troisième aspect déficitaire de la pratique infirmière exprimé par les participantes a été le fait d'avoir une vision holistique de la personne. Marta a relaté: *"C'est une chose de savoir que le patient est un être holistique et nous le savons intellectuellement, mais, dans la pratique, c'est une autre chose"*. Elisa a exprimé:

“C’est plus facile de faire un diagnostic sur la partie physiologique que sur la partie psycho-socio-spirituelle et je crois qu’il faudrait plus en tenir compte...comme nous sommes si habituées à ce rythme physiologique, moniteurs, alarmes,...nous faisons peu le reste”. La vision holistique de la personne est déficiente, mais Carla l’a proposé comme suit: “...au niveau du rythme de l’USI, c’est une partie très difficile à accomplir parce que le patient est souvent sous sédatifs et tu ne peux pas communiquer avec lui ni lui poser des questions, tu ne vas pas non plus poser des questions à la famille quand le patient est dans un mauvais état...tu peux plus parler avec un patient de salle...dans l’USI c’est plus technique”.

Un autre argument concernant le manque de vision holistique est qu’elle était reliée aux types de patient et de famille. Bon l’a exprimé ainsi: “Je crois que ça dépend. Plus les attentes du patient et de la famille sont grandes, plus nous atteignons un haut niveau de soins...plus tu es accessible longtemps, plus tu établis une relation...plus tu établis une relation, plus les soins sont focalisés et la qualité est meilleure”. Les participantes affirmaient que les aspects psychologiques de la personne devaient s’aborder d’une autre forme comme l’a précisé Bon: “...il faut l’aborder d’une manière différente...avec plus de temps et de calme, la façon de l’aborder est différente de celle utilisée pour les aspects physiques”. Pour Lola, avoir ou non une vision holistique dépend du temps et du travail que l’on a.

Le quatrième aspect déficitaire, qui serait relié à tous ceux cités plus haut, est que l’infirmière ne joue pas son rôle propre. Cristina l’a exprimé ainsi: “Je crois que, la plupart du temps, nous ne jouons pas le rôle que nous avons décrit...nous nous dédions plus à des techniques de soins et à des fonctions déléguées qu’à notre rôle propre...nous ne tenons que peu compte de l’aspect psychologique et émotionnel du patient et de la famille”. Manolita a ajouté: “...on laisse de côté les aspects plus reliés à notre rôle propre pour faire ceux qui nous sont délégués”.

Le rôle délégué excessif s'est traduit par une augmentation des techniques de soins devant être faites par l'infirmière et, par extension, celles-ci ont fini par assumer des responsabilités qui ne leur correspondaient pas. En ce sens, Carla a raconté: *"...souvent, l'infirmière fait des choses qui ne lui correspondent pas, surtout dans la prise de décisions, comme par exemple le fait d'augmenter ou de diminuer la dose des médicaments...ce sont des décisions que nous nous sommes habituées à prendre et il y a des moments où on dirait que c'est une obligation"*. Pour Marta, la cause du fait que les infirmières ne remplissent pas leur rôle propre est autre: *"Le rôle de l'infirmière est limité par la hiérarchie du travail et par le manque d'autonomie...je fais parfois le travail du résident (le médecin qui est en train de faire la spécialisation)"*.

Pour les participantes, un autre aspect déficitaire de la pratique infirmière est le soulagement de la souffrance à l'heure de la mort. Hortensia l'a exprimé ainsi: *"...souvent, nous ne pouvons pas le faire parce que cela ne dépend pas exclusivement de nous, même si je me demande si nous pourrions faire plus"*.

Le travail en équipe

Entre nous peut-être que oui...mais avec les médecins...

Concernant la question de la présence du travail en équipe à l'unité, il y a eu un consensus entre les participantes affirmant qu'on ne travaillait ni en équipe intradisciplinaire, ni en équipe pluridisciplinaire. Elisa a répondu: *"Non, non, non,...nous manquons de disposition envers les autres, moi la première, et d'ouverture pour écouter l'opinion d'un autre professionnel"*. Carla a ajouté: *"Je crois que la base du travail en équipe est la communication entre les divers professionnels qui soignent le patient...je crois qu'on travaille peu en équipe avec tous les professionnels et même parfois entre nous"*.

Toutes les participantes étaient d'accord pour affirmer que la communication était déficiente entre les différents professionnels. Lola a exprimé: *"...souvent, c'est le ton sur lequel ils le disent et non ce qu'ils disent"*. Bon a ajouté: *"...mais c'est que parfois il y a*

des susceptibilités...il faut contrôler le ton sur lequel on dit les choses...". Hortensia a expliqué: "...ça dépend comment tu le dis et comment se trouve la personne à ce moment".

Il a aussi été dit que, même entre les infirmières, le travail en équipe était déficitaire. Cristina a raconté: *"...entre nous oui, mais du même quart de travail"*. Elisa a ajouté: *"Entre les quarts non, il y a des divergences de critères"*. Lola a exprimé un autre point de vue: *"Entre les quarts, nous nous entendons mal, et avec certains quarts c'est encore pire"*. Ce commentaire de Lola a incité le reste des participantes à exposer leurs problèmes avec une des équipes infirmières de jour. Hortensia a expliqué: *"Ce qui me préoccupe c'est que je ne m'entends pas avec les infirmières du matin alors que je m'entends beaucoup mieux avec les infirmières de l'autre équipe de jour...le matin, les commentaires qu'elles font quand tu es en train de leur expliquer la situation du patient sont un manque de respect envers ton travail..."*. Lola a ajouté: *"Quand elles en font!, parce que parfois elles ne te regardent même pas...c'est qu'après 10 heures de travail, quand tu essaies d'expliquer la situation du patient et qu'elles ne t'écoutent ni te regardent!!!"*. Finalement, Carla a dit: *"...ça dépend du quart de travail, on travaille en équipe infirmière...j'ai déjà travaillé des matins où je me sentais seule...tu as la sensation que tu fais tout toute seule, un moniteur sonne là et personne n'y va"*.

Même si toutes les participantes ont conclu en disant que le travail en équipe se faisait seulement entre infirmières du même quart de travail avec des exceptions, une des participantes, Marta, a justifié ce déficit en disant: *"...souvent, ça dépend d'autres choses, de l'état du patient, de ceux qui travaillent avec toi, du médecin de garde..."*.

Le modèle et les instruments infirmiers

Malgré un modèle infirmier, nous continuons de travailler avec un modèle médical

Avant de commencer l'étude, les participantes avaient reçu une formation sur le modèle de Virginia Henderson qu'elles étaient en train d'appliquer dans l'unité et

certaines avaient participé à l'élaboration des instruments pour la collecte de données infirmière basés sur ce modèle.

Dans le contexte de cette étude, les infirmières utilisent trois instruments: la feuille d'admission, la feuille de diagnostics et la feuille journalière du patient. La feuille d'admission est composée de 14 sections qui représentent les besoins fondamentaux de Henderson. La feuille de diagnostics est composée des diagnostics infirmiers et interdépendants et contient plusieurs sections: la date du début du diagnostic, l'énoncé du diagnostic, l'objectif, les activités et la date de résolution. Finalement, la feuille journalière du patient est composée de deux feuilles recto-verso attachées ensemble; sur la première face de la première page apparaissent les constantes vitales et la médication et au verso figure une liste des possibles activités à réaliser, distribuées selon les 14 besoins; sur la première face de la deuxième feuille on retrouve les observations infirmières et, au verso, les différentes échelles de mesures et les examens physiques.

Lors de la discussion sur le modèle infirmier, les participantes ont exprimé sincèrement leur opinion sur ce sujet. Bon l'a raconté ainsi: *“Je crois que malgré un modèle infirmier nous continuons de travailler avec un modèle médical...le modèle infirmier ne m'intéresse pas à première vue quand un patient arrive à l'unité parce que je ne le trouve pas réaliste”*. Cristina a ajouté: *“Moi, ni à première vue ni après”*.

D'autres participantes avaient une position plus modérée envers le modèle. Lola affirmait: *“Lors de l'admission d'un patient, inconsciemment, tu fais une évaluation du patient par besoins...”*. Après cette affirmation, Marta a exprimé son opposition en disant: *“Non, tu fais une évaluation par systèmes, le système respiratoire, le système rénal,...maintenant, nous avons un instrument de collecte de données basé sur les 14 besoins du modèle de Henderson, avant non...une collecte de données par systèmes est très pauvre pour bien soigner le patient parce qu'elle s'intéresse seulement aux signes vitaux...”*.

Bon résume ainsi la pensée du groupe: *“On peut avoir une attitude de respect envers la personne et de soins intégraux en évaluant les signes vitaux...on peut le faire mais peut-être que parfois on ne le fait pas”*. Ce témoignage a marqué le début de la réflexion sur leur pratique, c’est-à-dire l’auto-critique.

L'idée des nouveaux instruments est bonne pour connaître le patient à fond mais...

Les participantes étaient d’avis que la feuille d’admission était claire, concrète et simple même si elle pourrait être améliorée. Elles pensaient aussi que, selon la situation du patient, il n’était pas nécessaire de recueillir certains renseignements. Elisa a expliqué: *“Il est évident qu’il y a des renseignements qui ne servent pas à l’USI c’est pourquoi nous ne les recueillons pas...il ne faut pas les retirer...ils peuvent servir de guide pour d’autres situations comme quand le patient quitte l’USI”*. Hortensia a raconté: *“Il y a quelques semaines que nous travaillons par besoins ainsi qu’avec des diagnostics infirmiers et, pour le moment, je crois qu’il y a beaucoup de renseignements que nous recueillons inutilement...ils n’influencent pas l’intervention infirmière auprès du patient”*.

Les participantes reconnaissaient que la nouvelle feuille d’admission était correcte mais son application à l’USI n’était pas si claire. Carla a raconté: *“L’idée est bonne pour connaître le patient à fond mais dû à la situation de gravité de certains patients, ce n’est pas applicable”*.

Contrairement à la majorité des participantes, Bon était convaincue que la nouvelle feuille d’admission ne servait à rien. Elle l’a exprimé ainsi: *“La nouvelle feuille d’admission est absurde, elle ne sert à rien...c’est inopportun de demander au patient l’influence qu’ont les émotions sur les besoins au moment de l’admission...je ne l’ai jamais demandé lors de mes admissions”*. Lola appuyait aussi cette affirmation en disant: *“...tu ne demandes pas, ni au patient ni à la famille, ce qu’il mangeait, combien d’heures il dormait ou combien de fois il allait à la toilette...je trouve que c’est absurde*

pour le patient critique parce qu'il ne parle pas, il n'ira pas à la toilette durant plusieurs jours, il ne mangera pas et s'il mange ce sera une diète très différente de celle qu'il avait...c'est absurde de remplir la feuille...jusqu'à ce qu'ils ne s'en aillent pas de l'USI, ils ne le feront pas". Selon Lola, seuls les renseignements essentiels pour les infirmières sont recueillis au moment de l'admission tels que: son état, ses allergies, son environnement physique et les numéros de téléphone de contact.

En plus des problèmes qui pouvaient exister sur le format actuel de la feuille d'admission, le peu d'intérêt des infirmières à l'utiliser a aussi été un élément de débat. Elisa a raconté: *"Je pense que nous manquons d'intérêt et que nous allons directement à la tâche"*. Le manque d'intérêt peut découler du peu d'utilité de l'instrument. Bon l'a exprimé ainsi: *"Nous manquons d'intérêt parce que cela ne nous sert pas. Si cela nous servait, nous aurions plus d'intérêt...si tu ne trouves pas le crayon, tu le cherches parce que tu as besoin d'écrire...si tu ne trouves pas la Ranitidine, tu vas dans l'autre unité, tu vas à la pharmacie ou tu envoies quelqu'un la chercher parce que tu en as besoin, mais comme tu n'as pas vraiment besoin de la feuille, tu ne la cherches pas!"*.

Le second instrument utilisé par les infirmières est la feuille de diagnostics. Certaines participantes étaient d'avis qu'elles ne la trouvaient pas utile parce qu'elles continuaient à travailler de la même façon. Carla expliquait: *"Je ne vois pas les diagnostics, ça ne change pas la façon de travailler"*. Certaines participantes trouvaient que c'était précipité de remplir la feuille de diagnostics au moment de l'admission, car elles n'avaient pas eu le temps de connaître le patient.

D'autres participantes n'étaient pas d'accord avec le fait d'écrire tous les diagnostics reliés au patient, parce que la majorité étaient standards et qu'il faudrait annoter seulement le diagnostic individuel et spécifique de cette personne. Bon a raconté: *"...on devrait annoter seulement dans le cas de certains patients avec un problème très spécifique"*.

Certaines participantes voient le fait de remplir la feuille de diagnostics comme une obligation. Marta l'a exprimé ainsi: "...il faut la remplir, aller!!!...je mets le titre du diagnostic!!?".

Le troisième instrument utilisé par les participantes était la feuille journalière du patient. L'opinion générale des participantes était que c'était bien parce qu'elles voyaient les soins, les examens, etc. Elisa l'a exprimé ainsi: "*Les jours où tu as beaucoup de travail, tu vois rapidement l'état du patient*".

La pratique réflexive

Dans cette section, la chercheuse présente l'information collectée reliée à la réalité de la pratique infirmière à travers l'observation de celle-ci par les participantes.

Pour Kemmis et McTaggart (1988), le changement porte sur trois dimensions incluses dans la culture de chaque groupe: le langage, les activités et les relations. Ainsi, la chercheuse a suggéré ces trois dimensions aux participantes pour faire l'observation de leur pratique, en plus de la dimension reliée aux instruments infirmiers utilisés actuellement.

En considérant le patient, la famille, les médecins et les collègues comme des éléments intégrés de leur pratique, les participantes ont structuré leur observation de manière à observer chacune des trois dimensions du modèle avec chacun de ces éléments.

Les résultats dérivés de la réflexion faite par les participantes sur l'observation du langage, des activités et des relations avec le patient apparaissent en premier. Puis, les réflexions dérivées de l'observation des trois dimensions avec la famille, pour poursuivre avec celles avec les médecins et les collègues. Finalement, les réflexions dérivées de l'utilisation des instruments infirmiers.

Le patient d'USI en tant qu'objet de soin. Les réflexions mises en commun par les participantes sur le langage qu'elles utilisaient avec le patient, sur les activités qu'elles avaient réalisées et sur les relations qui avaient été établies, ont été très abondantes et riches. Dans les sections suivantes, la chercheure présente l'information collectée sur les trois dimensions du modèle reliées au patient.

Le travail était inversement proportionnel à la communication

Dans cette section, la chercheure montre les caractéristiques du langage, c'est-à-dire ce que disent les infirmières aux patients et la forme de ce langage, c'est-à-dire comment elles le disent.

Les participantes ont dit que le langage utilisé avec le patient était insuffisant ou inexistant, surtout si le patient était sous sédatif, inconscient ou dans un état grave. Elisa a raconté: *“Mes deux patients ont été admis inconscients, la communication avec eux a été nulle, ni verbale ni non verbale”*.

Quelques participantes disaient qu'elles étaient tellement conscientes du fait qu'ils étaient sous sédatifs que le peu qu'elles disaient, elles le disaient pour le dire. D'autres étaient d'avis qu'elles étaient conscientes de l'importance de parler au patient mais qu'elles l'oubliaient. Marta a raconté: *“En étant avec un patient inconscient, je me suis souvenue que j'avais une personne dans le lit quand je me suis souvenue de la famille”*.

Une des participantes a justifié le manque de communication avec le patient en disant que *“...le travail était inversement proportionnel à la communication”*. Si elles s'occupaient d'un patient inconscient mais hemodynamiquement stable, il y avait plus de communication que si ce même patient était instable.

Elles expliquaient que la communication avec un patient conscient, orienté et collaborateur était plus facile et détendue, mais si ce même patient était instable, le langage était similaire à celui utilisé avec un patient inconscient.

Une autre des caractéristiques du langage avec le patient était l'utilisation de phrases toutes faites ou incorrectes. Hortensia l'a exprimé ainsi: *"...l'expression: "ne vous inquiétez pas, nous ne vous ferons pas mal", que nous utilisons beaucoup, je la trouve incorrecte...si elle veut se préoccuper, ce que je peux essayer, c'est de diminuer sa préoccupation avec de l'information préalable à toute intervention"*. Manolita l'a exprimé ainsi: *"Je disais à la dame: "une petite piqûre, nous ne vous ferons pas mal", alors que nous lui ferons sûrement mal...ou la phrase: "c'est une petite piqûre pour vous faire des examens et ne plus vous piquer", cette dernière partie est de trop parce que nous allons possiblement la piquer encore"*. Pour les participantes, ces phrases toutes faites ou incorrectes qui surgissent inconsciemment font que le patient perd confiance en elles.

La majorité des participantes n'appelaient pas le patient par son nom. La cause était que, lors de l'admission du patient à l'unité, son historique était recueilli par le médecin pour le lire. En général, les participantes utilisaient un surnom pour l'appeler, elles l'appelaient *"majo"* ou *"majico"* (mignon ou petit mignon). L'utilisation de ce surnom était très étendue chez les infirmières de l'unité. Bon a raconté: *"...comme je ne savais pas son nom parce que c'est le médecin qui avait les papiers, je lui criait "majico"*". D'un autre côté, seulement une des participantes pensait que, selon la situation du patient, ce n'était pas important de l'appeler par son nom. Hortensia a dit: *"...si tu te sens mourir et que les gens courent partout, le fait qu'ils t'appellent par ton nom est ce qui t'importe le moins, si tu notes qu'ils sont en train de lutter pour ta vie, ça me paraît suffisant"*.

Les participantes considéraient aussi incorrect le fait d'utiliser des diminutifs en parlant avec le patient. Lola disait: *"...tu peux dire à un enfant de lever sa petite jambe mais tu ne peux pas dire ça à un homme de 50 ans qui pèse 70 kg, ce n'est pas une petite jambe mais bien une jambe...nous les traitons comme des enfants"*. Carla a ajouté: *"Comme des enfants et comme des attardés"*.

Quelques participantes disaient qu'elles donnaient quelques explications au patient à propos de ce qu'elles étaient en train de lui faire. Manolita a exprimé qu'elle avait trouvé une discordance entre ce qu'elle pensait qu'elle faisait et ce qu'elle a réellement observé. Elle l'a exprimé ainsi: *“Elle avait fait une attaque, elle avait une encéphalopathie hépatique, elle était sur off mais je lui ai tout expliqué...puis je l'ai laissée et j'ai commencé à parler avec le résident...aïe!...comme si elle n'existait pas...tu parles avec le patient, très bien, mais après...”*.

Les participantes ont vu que les explications qu'elles donnaient aux patients étaient unidirectionnelles puisqu'elles n'attendaient pas la réponse du patient. Bon l'a exprimé ainsi: *“Nous allons à notre rythme, je le vois quand le médecin me demande quelque chose et qu'il n'attend pas ma réponse. Je ne me rends pas compte que je fais la même chose et je n'attends pas la réponse du patient”*. Manolita a complété en disant: *“...je lui explique que je vais changer le pansement et je continue à parler avec ma collègue”*.

Certaines participantes ont dit qu'elles se présentaient et s'identifiaient quand un patient arrivait à l'unité; d'autres disaient qu'elles le faisaient aussi mais, plus tard, d'autres ont dit qu'elles ne le faisaient pas. En plus, la majorité n'orientait pas le patient dans le temps et l'espace.

En ce qui concerne la forme du langage, toutes étaient d'accord sur le fait que, la majorité du temps, elles criaient. Bon a raconté: *“J'ai parlé au patient mais j'aurais mieux fait de ne pas le faire parce que tout ce que j'ai fait fut de lui crier dans l'oreille et comme je ne connaissais pas son nom j'ai crié “majico””*. Cristina a ajouté: *“...je leur parlait en criant alors que je crois qu'aucun n'était sourd”*.

Un autre aspect commenté par les participantes a été le fait de parler entre elles de sujets personnels devant le patient comme, par exemple: demander à une collègue

comment elle a trouvé le film de l'autre jour ou lui demander ce qu'elle a fait la veille au soir. Certaines participantes incluait les patients conscients dans la conversation.

Les participantes ont aussi mentionné qu'elles répétaient parfois les choses qu'elles disaient au patient. Hortensia a raconté: *“Je répète les choses trois fois...le monsieur était conscient...comme il était intubé, peut-être qu'il ne comprenait pas du premier coup”*.

Le dernier aspect commenté par les participantes concernant l'observation du langage avec les patients conscients a été qu'elles ont détecté que les priorités de l'infirmière étaient différentes de celles du patient et que, quand un patient manifestait quelque chose, il n'était pas écouté. Carla l'a exprimé ainsi: *“...la seule chose que disait le patient c'est qu'il avait mal à la tête et je lui répondais que nous lui donnerions un analgésique quand nous pourrions. La communication du patient se limitait à la douleur, verbale et non verbale puisque, quand je l'ai mis au lit, il s'est tout de suite recroquevillé, la lumière le dérangeait...nous étions plus intéressées par le travail: le mettre dans le lit, terminer les choses et, plus tard, nous lui donnerions l'analgésique et ça je m'en suis rendu compte...je lui demandais s'il savait où il était, pour évaluer le Glasgow car il avait une hémorragie cérébrale et il répondait qu'il en avait assez qu'on lui demande toujours la même chose...il disait qu'il avait mal à la tête...”*.

La prétendue priorisation de ses activités

Au début, on aurait dit que, lors de l'admission d'un patient à l'USI, les infirmières priorisaient leurs activités selon les caractéristiques du patient. Mais la réalité fut différente. Après coup, les participantes ont dit que ce qu'elles faisaient réellement était d'appliquer le protocole d'admission. Ce protocole consistait à mettre le patient sur le lit, monitorer les signes vitaux, faire les techniques de soins nécessaires, faire des prises de sang pour les analyses et administrer la médication. Cristina a raconté: *“...à ces moments-là, la vigilance et le contrôle prédominent”*. Les participantes ont dit que ce protocole s'appliquait de manière automatique, sans penser, car il était intériorisé dans la

dynamique de l'admission. Cet automatisme dans la réalisation des activités entraînait que tout se faisait plus rapidement sans trop faire attention au patient. Carla l'exprimait ainsi: *“On fait tout très rapidement et de manière automatique alors qu'à ce moment le patient peut te demander quelque chose et tu dis: “après, après!””*. Elisa a ajouté: *“Mécaniquement, nous enlevons des tubes et nous mettons je ne sais quoi”*.

Cet automatisme, très centré sur les techniques de soin, entraînait aussi des soins infirmiers non centrés sur le patient comme sujet mais bien comme objet. Hortensia le racontait ainsi: *“Parfois, en situation d'urgence et/ou de stress, nous nous concentrons tellement sur les techniques de soin que nous oublions que nous intervenons sur un être vivant, avec ses sens et ses sentiments plus ou moins éveillés”*. Marta a ajouté: *“Ce n'est pas seulement ce que tu fais mais comment tu le fais...les activités que nous faisons sont sur le patient et non avec la personne...ce sont des activités sur un objet”*.

Ce type d'intervention des infirmières fait aussi que certains aspects essentiels d'un soin intégral du patient critique ne sont pas menés à terme. Marta l'a exprimé ainsi: *“Tout ce qui est l'évaluation de l'hémodynamique, la respiration, les aspects neurologiques...chacune l'évalue et regarde où peuvent être les complications...à propos de la dimension psychologique, c'est là où les problèmes commencent...tu vises la survie alors qu'elle est peut-être déjà assurée”*. Manolita a ajouté: *“Toutes les activités reliées à la dimension psychologique et spirituelle de la personne sont laissées de côté”*.

Quelques participantes justifiaient le manque d'activités reliées aux aspects psychologiques par la difficulté de communiquer avec ce type de patients. Carla disait: *“Avec un patient avec trachéotomie ou intubé, la communication ne dure pas deux minutes, surtout quand on aborde ces sujets, beaucoup ne peuvent pas écrire...j'ai beaucoup de difficulté à communiquer avec certains patients”*. Marta croyait que cela se faisait, mais à des fins médicales. Elle l'a raconté ainsi: *“Nous le faisons souvent mais pas à cette fin, c'est plutôt pour faire une évaluation neurologique du patient”*.

Les participantes pensaient aussi que la rapidité avec laquelle elles réalisaient les activités faisait qu'elles ne laissaient pas le patient participer. Elles ne le laissaient pas faire puisque c'était plus facile de le faire elles-mêmes que d'avoir à attendre un faible mouvement du patient. Bon a raconté: *“On lui demande de lever le bras et on est déjà en train de le lui lever”*. De plus, elles disaient que certaines activités se répétaient au cours de l'admission.

Une participante a exprimé qu'il n'y avait pas de différence entre soigner un patient sous sédatifs ou éveillé. La première chose était de le contrôler même si, à ce moment-là, il avait besoin de quelque chose de différent de ce qu'elles faisaient. Carla l'a raconté ainsi: *“J'essayais de contrôler un des patients qui était sous sédatifs et l'autre patient était éveillé et tout ce qu'il disait était qu'il avait très mal à la tête...qu'il voulait être sur le côté avec la lumière éteinte...je lui ai dit qu'il se mette à plat pour pouvoir faire l'électrocardiogramme...les activités étaient celles du protocole d'admission”*.

Le manque d'évaluation de la douleur a été une autre des réflexions des participantes sur leur pratique. Elles pensaient qu'on n'évaluait pas la douleur, ni qu'on l'annotait ou la réévaluait suffisamment.

Une autre des réflexions sur les activités était reliée à l'appropriation des activités infirmières par les brancardiers (personnes chargées de déplacer les patients d'un lieu de l'hôpital à l'autre). Elles disaient que les brancardiers organisent l'admission: comment les mettre au lit, éteindre les perfusions de médicaments, toucher le ventilateur, etc...des choses propres à l'infirmière et non à eux.

Les participantes pensaient aussi que le respect de l'intimité de la femme était moins pris en compte. Lors de l'admission d'un homme, un drap plié était mis sur les organes génitaux jusqu'à ce que les examens physiques aient été faits. Dans le cas des femmes, on faisait la même chose mais les participantes croyaient que c'était un manque de respect de ne pas couvrir les poitrines des femmes.

Finalement, après une abondante réflexion sur les activités réalisées avec le patient, les participantes pensaient: *“Si nous changeons notre attitude, malgré le fait qu’on doive faire beaucoup de choses au moment précis de l’admission et que les techniques de soins restent prioritaires...on peut le faire de manière différente”*.

Plus il y a d’activités, moins il y a de langage

Moins il y a de langage, moins il y a de relation

Pour les participantes, le type de relation qui s’établissait avec le patient était en relation directe avec le langage utilisé et les activités réalisées. La gravité de l’état du patient a aussi été un des éléments qui, selon les participantes, influençait la relation qu’elles établissaient avec le patient. Bon l’a exprimé ainsi: *“Plus l’admission est compliquée et plus il y a d’activités à réaliser, moins tu établis de relation avec lui et avec la famille”*.

Les participantes ont perçu différents types de relation infirmière-patient. D’un côté, il y a la relation surtout informative. Elles cataloguaient ce type de relation comme cordiale mais distante. Carla a exprimé: *“La relation avec le patient commence quand il arrive. S’il est éveillé, tu le situes et tu as alors une relation cordiale mais distante parce que tu t’occupes plus de tes choses que des siennes”*.

D’un autre côté, quelques participantes croyaient que la relation était surprotectrice ou paternaliste et d’autres voyaient la relation comme de la soumission de la part du patient. Marta a raconté: *“Il y a une relation de soumission de la part du patient et de commandement de notre part...acceptée par les deux parties”*. Suite à la réflexion de Marta, Bon a posé une question au reste des participantes: *“C’est comme culturel, pas vrai?”*. Celles-ci ont toutes répondu par l’affirmative.

Finalement, les participantes sont arrivées à la conclusion que la relation qu’elles établissaient avec le patient était marquée par un manque de respect. Carla a raconté: *“C’est un manque de respect même si parfois ça ne paraît pas...ce n’est pas volontaire”*

et Bon a ajouté: *"C'est en fait un manque de respect...même si parfois ce manque n'est pas apparent"*.

Les infirmières parlent de la famille. Les participantes ont aussi réfléchi sur le langage qu'elles avaient utilisé avec la famille, les activités qu'elles avaient réalisées avec elle et la relation qui s'est établie entre eux. Dans les sections suivantes, la chercheure présente les informations collectées sur la famille en relation avec les trois dimensions du modèle.

Nous les informons mais nous ne nous communiquons pas avec eux

Le langage que les participantes ont utilisé avec la famille se caractérise par sa teneur informative prépondérante. Dans la majorité des cas, les infirmières informaient la famille sur l'état du patient, les normes et les horaires de l'unité et elles éclairaient les doutes ou donnaient des explications si la famille le demandait. Manolita a raconté: *"Tu leur expliques un peu l'état du patient ou les tubes qu'il porte parce que c'est un impact important...je donne de l'information mais je n'établis aucune communication"*.

Quelques participantes ont dit qu'elles évitaient parfois la famille, surtout si le patient avait subi beaucoup de techniques de soins et d'examen avant que la famille ne vienne le voir. Lola a raconté: *"...j'ai peu parlé...c'était comme si j'étais moi-même en train d'éviter la situation...la famille n'a pas posé beaucoup de questions"*.

Les participantes ont expliqué qu'elles ne savaient pas quelle information médicale avait été communiquée à la famille, car le médecin parlait avec la famille sans dire au reste de l'équipe ce qu'il avait mentionné. Il les informait du diagnostic et du pronostic dans un bureau sans la présence de l'infirmière responsable et avant que n'entre la famille pour voir son parent. Face à cette situation, certaines participantes demandaient à la famille ce que leur avait expliqué le médecin ou elles demandaient directement au médecin ce qu'il avait expliqué à la famille. Marta l'a raconté ainsi: *"Le problème est que nous ne savons*

pas quelle est l'information que nous pouvons donner...si ce n'était que des médecins, nous ne pourrions rien dire...nous nageons en eau trouble...nous leur demandons ce que leur a dit le médecin et ils t'expliquent ce qu'on leur a dit, ce qu'ils ont compris ou ce qu'ils veulent que tu leur confirmes sans que personne ne le leur ait dit...c'est une situation difficile de ne pas savoir quelle information donnent les médecins".

La majorité des participantes se présentaient à la famille mais peu s'identifiaient. Certaines disaient qu'elles le faisaient tard, après avoir parlé un moment avec la famille. Seulement deux participantes croyaient à l'importance de se présenter avec le prénom et le nom de famille.

Certaines participantes ont détecté qu'elles avaient supposé le lien de parenté sans toujours bien deviner. Marta a expliqué: *"...tu peux te tromper en supposant qu'une femme est la fille ou la mère du patient"*. Lola a ajouté: *"Ce que je fais habituellement, c'est de demander son lien de parenté"*.

Une des participantes a identifié une erreur importante dans le langage utilisé avec une famille: parler du patient au passé. Hortensia l'a raconté ainsi: *"Parfois, quand je les questionnais pour faire la collecte des données, je parlais au passé en me référant par exemple aux habitudes du patient, cependant la famille me répondait au présent...je m'en suis rendue compte durant le dialogue et je l'ai corrigé...c'était comme si je leur parlais d'une personne qui n'existait plus"*.

Les participantes considéraient aussi qu'elles utilisaient un langage simple, succinct et qu'elles parlaient lentement. Elles considéraient également qu'elles fournissaient un appui à la famille à travers l'accompagnement et l'écoute. Marta a raconté: *"...la dame était très affectée...elle s'est mise à pleurer...ce que j'ai fait fut de l'accompagner durant ces moments"*.

Les participantes ont dit qu'elles parlaient à la famille avec amabilité mais elles ont ajouté que cette amabilité frôlait parfois le paternalisme quand elles utilisaient un ton protecteur et infantilisé. Bon a raconté: *“Nous voulons une relation si intime avec la famille que nous leur disons: “C’est un petit orifice” au lieu de leur dire: “C’est une trachéotomie””*.

Finalement, l’usage de phrases toutes faites ou incorrectes avec la famille a aussi été un des aspects commentés par les participantes. Manolita l’a raconté ainsi: *“Un parent d’un patient disait qu’il se sentait coupable parce que le monsieur avait eu une attaque cardiaque chez lui et il ne savait pas très bien ce qu’il devait faire...je lui ai répondu de ne pas se préoccuper, d’oublier ce qui était arrivé, que maintenant il était là...on ne peut pas dire à un parent qu’il oublie ce qui s’est passé...ce sont des phrases qui sortent de façon inconsciente”*.

Peu d’activités avec la famille

Trois aspects importants sont ressortis des réflexions des participantes sur les activités avec la famille.

En ce qui concerne le premier aspect, les participantes expliquaient que les familles recevaient peu d’attention de la part des infirmières quand elles attendaient dans la salle d’attente. Le temps d’attente des familles varie selon la gravité du patient et il peut être d’une demi-heure à plusieurs heures. Durant ce temps, la famille ne reçoit aucun type d’attention. Bon a raconté: *“...tu laisses la famille pour la fin...quand tout est fait, ils peuvent entrer”*.

Le deuxième aspect est relié aux activités réalisées par les infirmières une fois que les membres de la famille sont entrés dans l’unité de soin. Elles expliquaient que les soins infirmiers consistaient à donner de l’information sur les horaires de visite et recueillir leurs numéros de téléphone. Certaines participantes demandaient en plus s’ils avaient des questions ou s’ils avaient besoin de quelque chose. Marta l’a raconté ainsi: *“...il m’a*

demandé des choses et je lui ai confirmé une partie de l'information qui n'était pas claire...je lui ai demandé s'il l'avait vu avant et je lui ai expliqué tous les appareils qu'il avait sur lui...je les ai accompagnés durant tout le temps qu'ils étaient là". D'autres participantes ne faisaient que donner des explications ou éclairer des doutes si la famille posait des questions. Bon l'a raconté ainsi: *"Je pose des questions seulement quand ils m'en posent...la majorité est informée et s'ils te posent des questions alors je leur demande si le médecin les a informés, ce qu'il leur a dit et seulement alors ils te confient leurs doutes"*.

Le dernier aspect commenté par les participantes a été qu'elles laissaient de côté tout ce qui faisait référence à l'entrevue familiale. Quelques participantes expliquaient cette situation par le fait que les familles étaient habituellement trop angoissées et préoccupées pour répondre aux questions sur leur parent. Lola a affirmé: *"Je crois qu'ils sont trop bloqués pour qu'ils pensent à ce que tu leur demandes"*.

Quelques participantes ont dit qu'en utilisant la logique et en accompagnant la famille, celle-ci parlait de certains aspects du patient. Elisa disait: *"Je crois qu'on ne peut pas être catégorique. Il y a des familles qui parlent beaucoup, d'une façon exagérée, et qui veulent te raconter toute la vie du patient alors tu profites du moment"*. D'autres participantes comme Bon disaient: *"C'est vrai que, selon l'état de la famille, le bon sens...mais c'est ce que nous avons utilisé jusqu'à présent, le bon sens, et nous avons dit que c'est ce qui nous manque...on doit chercher une tactique pour poser plus de questions à la famille...il faut demander"*.

Les participantes étaient d'accord pour dire que la famille était très importante pour mieux connaître le patient et lui procurer des soins de qualité. Elisa le racontait ainsi: *"La famille peut aider beaucoup...quand la famille vient et te dit: "lui qui est si nerveux, être ici, nous verrons quand il se réveillera!", c'est-à-dire qu'il est nerveux, qu'il faudra faire attention à son réveil, qu'on doit commencer à penser à des choses, à ce que nous ferons...ils peuvent te donner de l'information que tu ne peux pas recevoir"*

du patient". Malgré cela, les participantes considéraient que le jour de l'admission n'était pas le moment adéquat pour faire l'entrevue familiale.

La relation avec la famille est adéquate pour le moment

Les participantes considéraient que la relation qui s'établissait avec la famille était accueillante mais distante à la fois. Carla l'a raconté ainsi: *"Elle est accueillante mais distante parce que tu ne connais pas cette famille...c'est le premier contact que tu as et c'est une situation dans laquelle tu te sens incommode selon l'état du patient"*.

Elles considéraient aussi que la relation était purement informative et que l'admission n'était pas le moment d'établir une relation plus semblable à la relation d'aide. Quelques participantes ont affirmé qu'elles établissaient parfois une relation paternaliste ou une relation d'évitement. Carla a affirmé: *"Elle est paternaliste parce que tu as de la peine pour la famille et d'évitement parce que tu donnes l'information, tu parles peu et tu leur dis que, s'ils veulent quelque chose, tu es dans le coin"*.

En général, les participantes disaient que la relation était adéquate pour le moment. Bon a raconté: *"...je trouve que ce n'est pas si mal, pour les quatre admissions que j'ai eues, je n'ai pas eu de gros problèmes avec la famille"* et Manolita a ajouté: *"C'est une relation informative et d'appui...je trouve que c'est humain et bien"*.

Chacun va de son côté: éloignement entre les infirmières et les médecins.

Dans cette section, la chercheure présente l'information collectée par les réflexions faites par les participantes sur le langage, les activités et les relations avec les médecins.

Le dialogue n'existe pas

Les caractéristiques du langage avec les médecins seront exposées et regroupées sous deux grands thèmes: la forme du langage (comment est le langage) et les types de communication qui se sont établis.

Pour les participantes, le langage qui s'établissait avec les médecins dépendait du médecin de garde et de la situation du patient. Dans certains cas, il était correct et cordial alors que dans d'autres cas, il était inexistant ou inadéquat.

En ce qui concerne la forme du langage, les participantes ont dit qu'une des caractéristiques était les cris. L'infirmière et le médecin se parlaient parfois en criant, surtout s'il y avait de la distance entre eux. Bon a raconté: *“S'ils sont de l'autre côté de l'unité, ils me demandent les choses en criant, alors c'est avec des cris, nous parlons ainsi, d'une manière cordiale et familière, en criant...s'ils me disent que je dois faire quelque chose, ils me le disent aussi en criant”*.

Une autre des caractéristiques de ce langage était l'indifférence. Les participantes ont signalé que, parfois, les médecins n'écoutaient pas les infirmières puisque qu'ils leur posaient des questions et ils n'attendaient pas leur réponse. Bon l'a exprimé ainsi: *“Le médecin adjoint m'a adressé la parole seulement deux fois sans attendre de réponse alors je ne considère pas cela comme de la communication”*.

Le langage était aussi caractérisé par la présence de phrases succinctes ou de mots simples. Pour certaines participantes, ce langage est convenable au moment de l'admission. Hortensia disait: *“...je ne trouve pas que les phrases succinctes soient mauvaises puisque, à ce moment-là, tu dois faire des choses et évaluer le patient”*. D'autres participantes ne considéraient pas les mots simples comme un langage. Elisa a argumenté: *“...je mets en doute le fait qu'il y ait eu une communication...je n'appellerais pas cela de la communication ni un langage, ce n'était que des mots simples”*.

Quelques participantes ont dit que, dans certains cas, le langage n'était pas adéquat à cause de la présence de commentaires grossiers ou inopportuns. Marta a expliqué: *“Le langage est rare, on fait des blagues mais on ne rit pas, on utilise le cynisme, tout peut être pris à double sens, nous ne rions pas avec quelqu'un mais bien de quelqu'un ou de quelque chose, c'est plus de la moquerie que des farces...le langage*

s'égare vers mille et une anecdotes venues de je ne sais où et la manière dont se déroule l'admission me dérange vraiment ; un patient ne se sent pas bien et nous parlons de je ne sais quoi". Manolita a ajouté: "...je me suis sentie mal, très mal parce qu'ils m'ont dit des choses pas très adéquates. Quand j'ai demandé aux médecins s'ils pouvaient mettre un cathéter central, ils m'ont demandé pourquoi. Je leur ai expliqué que c'était un homme qui avait des sérums contenant beaucoup de potassium, en plus des antibiotiques et des médicaments très forts et tout ça lui entrainait par un accès veineux périphérique. Il pouvait faire une phlébite. Ils ont répondu qu'il était aussi possible que le plafond puisse tomber et que nous pourrions tous finir plein de champignons...je suis restée perplexe". Parfois, face à des commentaires de ce type, les participantes ont dit qu'elles avaient l'habitude de ne pas répondre à cause d'un manque d'auto-affirmation. Marta disait: "Tu ne réponds pas, tu continues avec les blagues et après ils te répondent avec des commentaires grossiers...maintenant blanc et après noir, maintenant je rits et après non". Hortensia l'a raconté ainsi: "...j'étais fâchée à cause de ce qu'il m'avait dit et de la mauvaise humeur de ne pas avoir répondu et je n'ai pas répondu simplement parce que je suis restée sans voix...je crois que c'est un langage non professionnel...je ne m'affirme pas avec les médecins, je ne sais pas quoi répondre, je ne sais pas m'affirmer, je ne sais pas me défendre".

Le deuxième grand thème qui a découlé des réflexions sur le langage a été les types de communication établis. Tout d'abord, les participantes ont dit qu'une communication question-réponse s'établissait. Le médecin questionnait et l'infirmière répondait et vice-versa de temps en temps. Marta l'a raconté ainsi: "Nous suivons le schéma question-réponse, je questionne et il répond et vice-versa...je lui demande de l'information pour connaître le contexte de ce malade et il me demande les paramètres pour faire son évaluation".

En second lieu, les participantes ont dit que la communication était basée sur les ordres des médecins. Hortensia disait: "Ils te disent: "S'il arrive ceci tu lui mets ça, s'il arrive cela tu lui mets ça..."", le langage sert à donner des ordres, demander de

l'information ou des données". Marta a ajouté: *"Le médecin ne dialogue ni avec le patient ni avec l'infirmière parce qu'il ne parle pas, il ne fait que donner des ordres"*. Les participantes disaient aussi que tous les médecins agissaient ainsi, sans exception, mais que la différence entre les uns et les autres était, comme l'expliquait Hortensia: *"...il n'y a que le ton qui change, avec amabilité et respect"*. Certaines participantes ne le considéraient pas comme un ordre mais comme une demande. D'autres participantes le vivaient de manière différente. Manolita expliquait: *"...j'ai un langage soumis, je respecte les ordres"*. Marta a ajouté que, parfois, les ordres sont tellement nombreux que cela ressemble à un décalogue. Elle l'expliquait ainsi: *"Ce qui arrive c'est qu'ils te donnent la première instruction, la deuxième, la troisième, la quatrième et la cinquième...d'un côté, je pense que s'ils te le demandent c'est qu'ils t'estiment et te font confiance pour te déléguer le traitement du malade mais, d'un autre côté, ils ne m'estiment pas comme infirmière, sinon partiellement"*.

Finalement, les participantes ont dit que le troisième type de communication qui s'établissait entre l'infirmière et le médecin était le type inexistant. Cristina l'expliquait ainsi: *"Avec un des médecins, la communication est nulle, complètement nulle, nous nous ignorons mutuellement...jusqu'au point où ils parlent du patient entre eux, ils l'évaluent, s'en vont et ne disent pas ce qu'il faut faire avec le patient, ils ne laissent même pas la feuille d'admission du patient faite, rien de rien, ils allaient souper"*. Carla a ajouté: *"Il m'adresse peu la parole, pratiquement pas, seulement pour me demander la hauteur d'un drainage"* et Marta a expliqué: *"Nous ne nous sommes rien dit, quand le résident posait des questions sur le patient, le médecin adjoint répondait et le résident ne levait pas les yeux du cours clinique, il continuait d'écrire alors je ne sais rien"*.

D'abord, ce qu'ils disent et au moment qui leur convient

Les participantes ont aussi réfléchi sur les activités qu'elles réalisaient avec les médecins au moment de l'admission. Elles ont dit qu'elles avaient observé la présence de beaucoup d'activités médicales déléguées aux infirmières et acceptées par celles-ci. Elisa l'a raconté ainsi: *"...ils me délèguent une série de choses qui ne me correspondent pas."*

Par exemple, ils me disent: "si la pression artérielle du patient descend, tu dois lui introduire des liquides et après les médicaments; si le patient fait une hémorragie, tu dois...s'il devient nerveux, tu dois...". C'était le travail du résident alors je l'ai remplacé...il m'a délégué un travail que j'ai accepté".

Les participantes ont dit que les médecins agissaient ainsi parce qu'ils avaient confiance en elles mais non en tant qu'infirmières sinon en tant que résident. Lola a exprimé: *"Ils te considèrent quand ils veulent sinon ils ne te considèrent pas"*.

Le second aspect que les médecins délèguent parfois aux infirmières était l'information médicale. Elisa a raconté: *"Parfois, une famille n'a pas eu le résultat d'un scanner, tu avises le médecin et il te dit de leur dire que c'est comme l'antérieur...je ne sais pas si c'est nous qui devons dire cela"*.

Les participantes ont aussi dit que beaucoup d'activités qu'elles réalisaient avec le médecin consistaient à leur donner le matériel pour différents examens qu'il faisait. Marta a raconté: *"Les activités avec les médecins consistent à leur donner le matériel et à faire ce qu'ils disent au moment qui leur convient"*.

Le dernier aspect commenté par les participantes a été la répétition des examens passés par le patient. Carla l'a raconté ainsi: *"Lors d'une admission, la première chose qu'ils demandent est les analyses et la radiographie du thorax...ils l'ont déjà fait quelques heures avant de venir à l'USP"*. Elisa a ajouté: *"Nous faisons parfois des activités qui ne sont pas nécessaires pour le patient...ils les veulent, pas parce que le patient en a besoin"*.

D'une relation non centrée sur les aspects professionnels découle une mauvaise relation

Les participantes ont dit que le type de relation qui s'est établi entre les infirmières et les médecins a dépendu, en grande partie, du médecin de garde. Manolita a raconté:

“...ça dépend de qui est de garde, nous savons déjà s’il y aura une relation de commandement ou de collaboration”. Elles étaient d’avis que, même si la relation idéale était une relation de collaboration, la majorité du temps, ce n’était pas le cas.

Les participantes ont affirmé que, parfois, la relation était cordiale et amicale avec les médecins mais que c’était une relation non professionnelle. Bon l’a exprimé ainsi: *“Même si ma relation avec le médecin était bonne, dans l’unité de soin, notre relation a été un manque de respect envers le patient parce que nous nous entendions si bien que nous nous criions les choses et nous riions beaucoup...la relation était bonne mais comme il faut qu’elle soit centrée sur le patient, elle était peu professionnelle”*. Pour d’autres participantes, il n’existait pas non plus de bonne relation personnelle. Lola a affirmé: *“Je crois qu’il n’y a pas non plus de relation au niveau personnel...les commentaires grossiers n’ont pas leur place et c’est tout. S’il y avait une bonne relation personnelle, il n’y aurait pas ces commentaires”*.

Quelques participantes considéraient qu’une relation uniquement personnelle était aussi mauvaise qu’une relation strictement professionnelle. Cristina l’a raconté ainsi: *“Je trouve que la relation est aussi mauvaise dans les deux cas. Durant une des admissions, la relation ne fut pas si mal mais elle était strictement professionnelle donc distante, hiérarchisée...je ne considère pas non plus cela comme une relation”*. Toutes étaient d’accord sur le fait qu’il était important d’établir une relation centrée sur les aspects professionnels, surtout devant le patient. Bon a réfléchi en disant: *“C’est comme un poisson qui se mord la queue, ou il y a une mauvaise relation et elle dérive vers des aspects personnels ou la relation commence par des aspects personnels et dérive vers une mauvaise relation parce qu’elle n’est pas centrée sur des aspects professionnels”*.

Les participantes croyaient aussi que, parfois, une relation ordre-soumission s’établissait. Pour certaines, ce type de relation au moment de l’admission n’était pas mauvais. Elisa a commenté: *“C’est son rôle à ce moment, ce qui arrive est que ça dépend*

de la manière dont s'établit la relation, si c'est une relation d'ordre-soumission que l'équipe acceptera ou non, mais je crois que c'est correct pour ce genre de situation".

Finalement, les participantes ont dit que le problème de la relation avec les médecins était que la relation était hiérarchisée. Marta l'a exprimé ainsi: *"Le problème que je vois est qu'il n'y a pas de relation entre les professionnels sur un pied d'égalité...si je suis en haut et toi en bas, la relation dépendra de mon humeur"*.

Les infirmières se comprennent. Les participantes ont observé et ont réfléchi sur le langage qu'elles avaient utilisé avec leurs collègues, sur les activités qu'elles avaient réalisées et sur les relations qui avaient été établies. Dans les sections suivantes, la chercheuse présente l'information collectée sur les trois dimensions du modèle reliées aux infirmières.

Les infirmières parlent entre elles

Pour montrer les résultats sur le langage, la chercheuse présente en premier lieu les caractéristiques de ce langage, c'est-à-dire ce que disent les infirmières et, en second lieu, la forme de ce langage, c'est-à-dire comment elles le disent.

En premier lieu, une des caractéristiques du langage est l'offre et la volonté d'aider l'infirmière responsable du patient. Cristina a raconté: *"...elles me demandent souvent si j'ai besoin de quelque chose"* et Bon a ajouté: *"...quelques infirmières m'ont posé des questions pour mieux distribuer le travail"*.

Une autre des caractéristiques du langage utilisé, exprimée par les participantes, a été la présence de commentaires qui n'avaient pas leur place ou le fait de parler de sujets personnels devant le patient. Bon l'a exprimé ainsi: *"...en parlant de sujets personnels...on parle de choses du patient devant lui"*. Carla nous a donné un exemple:

“...quelqu’un a commenté devant la patiente sous sédatifs: “Pauvre femme, regarde comme son état s’est empiré!”, il y a eu des commentaires dans l’unité de soin”.

En second lieu, les participantes ont dit que la forme du langage était succincte, concrète et avec des phrases courtes. Hortensia a raconté: *“Le langage utilisé entre toutes les infirmières a été correct à tout moment, caractérisé par des phrases succinctes et très concrètes...nous le faisons de façon inconsciente et je crois que c’est positif”.* Les participantes ont aussi exprimé que, même si le langage était succinct, la relation entre elles était bonne. Bon a relié le langage utilisé avec le type de relation établi en disant: *“J’ai trouvé un super équilibre: quand le langage est catégorique, la relation est de même, quand le langage est plus familier, la relation l’est aussi”.*

Les participantes ont dit que, lors de l’admission d’un patient, beaucoup de personnes sont présentes dans l’unité de soin et que toutes parlent en même temps, en criant et en riant dans certains cas.

Manque de coordination dans les activités

Les participantes ont dit qu’elles n’avaient pas détecté de gros problèmes en ce qui concerne les activités réalisées entre les infirmières. Elles ont exprimé que, lors de l’admission, il y avait beaucoup d’infirmières dans l’unité de soin et que tout se faisait avec beaucoup de hâte. Lola a raconté: *“Nous sommes trop lors d’une admission, c’est très bien au moment de mettre le patient au lit mais après, deux c’est plus que suffisant”.* Dû à ce fait, les participantes ont affirmé qu’il y avait une accumulation et un manque de coordination entre les activités réalisées par les infirmières. Bon l’a exprimé ainsi: *«...plusieurs personnes font la même chose parce que la coordination est mauvaise».* Carla a détecté une duplicité au moment de poser des questions au patient. Elle a expliqué: *“Nous nous sommes répétées en demandant au patient s’il avait froid...c’était à cause de l’attitude corporelle du patient”.* Finalement, quelques participantes ont dit que le trop grand nombre d’infirmières dans l’unité de soin provoquait chez l’infirmière responsable du patient la sensation que les autres faisaient son travail. Lola l’a raconté

ainsi: *“J’ai l’impression qu’ils me prennent mon travail puisque les autres font tout, ce n’est pas que tu ne fais pas la loi, mais ils font tout, et toi qu’est-ce que tu fais là?”*.

La relation entre les infirmières est une relation de collaboration

Les participantes étaient d’accord pour dire que la relation entre les infirmières a été une relation de collaboration et d’appui. Hortensia a dit: *“C’est une relation d’amitié, de confiance et de collaboration...aucune réflexion ne me vient en tête...je trouve que c’est bien”*. Dans le même sens, Elisa a affirmé: *“...je me suis sentie très appuyée...la relation a été bonne: d’aide et de collaboration”*.

Au contraire, les participantes ont aussi dit que, parfois, la relation était peu professionnelle devant le patient. Carla a affirmé: *“...c’est ce qui est ressorti dans le langage...on fait des blagues, on raconte des aspects de la vie privée devant le patient”*.

Réflexion sur les instruments infirmiers. Quelques unes des croyances des participantes à propos des instruments infirmiers ont coïncidé avec l’observation de ceux-ci. Cependant, d’autres ont été modifiées après l’observation.

En premier lieu, quelques renseignements de la feuille d’admission qui paraissaient inutiles à première vue pour un patient de l’USI ont été considérés comme nécessaires. Elles disaient qu’ils n’avaient pas lieu d’être collectés au moment de l’admission mais qu’ils pouvaient l’être quelques jours plus tard. Hortensia l’a raconté ainsi: *“J’ai répondu que la collecte de données me paraissait longue, dense et qu’elle comportait des aspects qui n’étaient pas nécessaires, mais après avoir effectué les admissions, je me suis rendue compte que certaines choses que m’avait dites la famille à propos des habitudes du patient étaient importantes et qu’il fallait les annoter, pas pour maintenant, mais pour plus tard”*. Manolita a aussi constaté que, même si les renseignements ne peuvent pas être utilisés tout de suite, ils peuvent être nécessaires plus tard: *“Lors de l’admission du patient, je n’ai pas demandé ce qu’il mangeait et, maintenant qu’il commence à*

manger, j'ai demandé à la famille ce qu'il aimait ou non...il faudrait d'une certaine manière remplir la feuille d'admission en tenant compte de l'évolution du patient".

Les participantes qui, au début, pensaient que les renseignements à collecter pour remplir la feuille d'admission ne servaient à rien ont fini par penser qu'ils peuvent être utiles à un moment précis du séjour du patient à l'USI. La chercheuse montre un exemple qui, bien que long, reflète clairement cette évolution.

Elisa: *"Le problème est que, au moment de l'admission, il y a des renseignements qu'il serait absurde de recueillir. S'il porte un dentier ou non ou..."*

Lola: *"Mais oui! Et si tu veux l'intuber?"*

Elisa: *"Il est déjà intubé et on lui a déjà enlevé!"*

Lola: *"Pardon, mais j'ai déjà enlevé des dentiers une fois intubé, et des ponts"*

Elisa: *"Alors c'est intéressant de recueillir ce renseignement"*

Lola: *"Je crois que oui, et les verres de contact"*

Elisa: *"...et ce monsieur avait des problèmes de déglutition avant son admission, des problèmes visuels importants et je lui ai demandé s'il voulait que je lui allume la télévision et il m'a répondu qu'il ne voyait pas"*

Lola: *"Peut-être que si tu avais su qu'il était myope, tu aurais pu demander les lunettes à son épouse"*

En second lieu, les participantes ont été une fois de plus auto-critiques envers leur attitude face aux instruments. Elles ont dit qu'elles avaient peu d'intérêt pour lire la feuille d'admission déjà faite des patients qui venaient de la salle d'hospitalisation. Bon a affirmé: *"Certains patients viennent de cardiologie ou d'une autre salle avec la feuille remplie et personne ne la regarde"* et Carla a ajouté: *"...parfois, nous ne lisons même pas ce que l'infirmière du quart antérieur a écrit!"*.

En troisième et dernier lieu, les participantes ont dit que, depuis l'implantation des nouveaux instruments, elles ne savaient pas ce qu'elles devaient écrire dans le cours infirmier, section qui se trouve sur la feuille journalière du patient. Bon a raconté: *"C'est*

que maintenant je ne sais pas quoi mettre puisqu'il faut mettre comment arrive le patient sur la feuille d'admission et non sur la feuille journalière!". La chercheuse a éclairci ce point en disant qu'il y avait eu un accord dans l'unité pour que, avec la nouvelle documentation, on écrive l'état du patient à son arrivée ainsi son environnement technique sur la feuille d'admission (au lieu de le faire sur la feuille journalière) et les caractéristiques ou les observations infirmières sur la feuille journalière du patient. Les participantes n'étaient pas vraiment d'accord avec cela. Carla a raconté: "*Moi, après, j'écris presque la même chose*" et Bon a ajouté: "*Oui, ce qui se passe c'est qu'après ça se répète, c'est un double effort...d'un côté tu mets «sonde nasogastrique en drainage libre» et de l'autre, «sonde nasogastrique qui draine le liquide biliaire»...c'était plus facile avant!*".

Les participantes n'ont pas trouvé plus de différences entre ce qu'elles avaient répondu à la question sur les instruments et le modèle infirmier avant l'observation et ce qu'elles ont observé ainsi que ce sur quoi elles ont réfléchi postérieurement durant la pratique.

DEUXIÈME PARTIE:

De la réflexion au changement

Dans cette deuxième partie, la chercheuse montre les résultats reliés aux changements que les participantes décidaient d'appliquer dans leur pratique. Ces résultats correspondent à l'étape de replanification du deuxième cycle de recherche-action.

Suggérer des changements dans la pratique de l'USI

Après avoir réfléchi sur la réalité de leur pratique en ce qui concerne le langage, les activités, les relations et les instruments infirmiers, les participantes ont commencé à

chercher des stratégies de changement réalistes, c'est-à-dire qui pourraient s'appliquer dans l'unité. Les sections suivantes présentent les stratégies issues d'un consensus implantées par les participantes dans le contexte de l'admission du patient à l'USI.

Du patient objet au patient sujet

Un langage centré sur le patient

Les participantes ont élaboré deux groupes de stratégies pour améliorer le langage avec le patient. Le premier groupe de stratégies vise la période avant l'admission du patient à l'USI alors que le second groupe vise l'admission du patient à l'unité.

La première stratégie élaborée par les participantes dans le premier groupe a été de savoir le nom du patient à l'avance pour éviter d'utiliser les surnoms de "majo" ou "majico". Marta a raconté: *"Quand nous appelons pour demander ce qu'il a et ce qu'il est, nous demandons aussi le nom"*. De plus, elles ont affirmé que, dans le cas où il était impossible de savoir son nom à l'avance, elles l'appelleraient monsieur ou madame.

La deuxième stratégie du premier groupe a été, au début, d'en savoir plus à propos du patient avant son admission. Bon a raconté: *"Avant l'arrivée du patient, il faudrait avoir, en plus des aspects physiques et du nom, un peu d'information...il faut poser plus de questions...demander ce qui s'est passé, pourquoi il vient ici...aussi pour préparer l'unité de soin...avoir un minimum d'information"*. Les participantes ont dit que, comme beaucoup de patients venaient de l'unité de soins intermédiaires (qui se trouve à l'étage inférieur), elles pourraient descendre et recueillir cette information. Elisa l'a dit ainsi: *"Tout comme le médecin qui descend à l'unité de soins intermédiaires pour évaluer le patient, l'infirmière pourrait descendre, voir ce qu'il a au lieu de téléphoner...tout ça si c'est possible étant donné la dynamique de l'unité, je l'ai fait avec un patient et ce fut très positif"*. Toutes les participantes croyaient que ce serait l'idéal mais elles voyaient aussi que le fait de pouvoir le faire dépendait du travail à faire dans l'unité. Finalement, la stratégie décidée par les participantes a été de chercher plus

d'information sur le patient avant son admission par le médecin, en descendant à l'unité de soins intermédiaires si c'était possible et, si le patient venait d'ailleurs, en téléphonant.

Le deuxième groupe de stratégies incluait celles qu'elles réaliseraient une fois que le patient ait été admis à l'unité. La première stratégie élaborée par les participantes a été que l'infirmière responsable aurait le premier contact avec le patient quand celui-ci est encore sur la civière. Manolita l'a exprimé ainsi: *"...quand il est sur la civière il faut le stabiliser et non ce que nous faisons: boum, boum, vite...avant de le mettre dans le lit il faudrait se présenter, lui dire qu'on l'a transféré d'unité et, une fois au lit, l'orienter dans le temps et l'espace"*.

La deuxième stratégie a été d'éviter les phrases toutes faites et la troisième a été d'éviter les commentaires hors de contexte. En ce qui concerne la deuxième, les participantes ont dit que ces phrases n'aidaient pas à sécuriser le patient et encore moins à ce que le patient leur fasse confiance. Bon a raconté: *"Si nous n'évitons pas ça, le patient peut penser: "Qu'est-ce que je fais avec ces folles?""*. En ce qui concerne la troisième stratégie, Lola a affirmé: *"Nous devons essayer d'éviter les grossièretés, les commentaires inadéquats et les conversations personnelles"*.

La quatrième stratégie élaborée par les participantes a été de centrer le langage sur le patient, sur les questions professionnelles et, si possible, le faire participer aux conversations. Carla l'exprimait très clairement: *"Il faudrait plus centrer le langage sur le patient"* et Bon disait: *"...et bien sûr, s'il est réveillé et conscient ou à moitié réveillé, il faut centrer les choses desquelles on parle devant lui sur des questions professionnelles"*.

La cinquième stratégie élaborée par les participantes a consisté à attendre la réponse du patient quand on lui parlait ou quand on lui demandait quelque chose. Marta a raconté: *"Éviter les monologues, attendre la réponse, c'est-à-dire demander des"*

réponses...non moi avec moi-même en disant ce que je sais que je dois dire et si c'est bien pour l'autre tant mieux sinon tant pis".

La sixième stratégie a été d'informer et d'expliquer au patient tout ce qu'on lui fait. Les participantes croyaient qu'elles le faisaient assez bien mais que parfois le manque de temps et le travail les limitaient. Marta a raconté: *"...si à un moment il y a beaucoup de travail, il faut lui expliquer que, en ce moment, tu ne peux pas lui consacrer tout le temps que tu voudrais...lui expliquer la situation"*.

Finalement, les participantes ont élaboré la septième stratégie qui consistait à essayer de ne pas parler au patient sur un ton protecteur et elles ont aussi élaboré la huitième stratégie qui était d'essayer de baisser le ton de la voix, de ne pas crier. Elles ont dit que ce n'était pas seulement ce qu'on disait au patient qui était important mais aussi la manière de lui dire.

Le patient inclus dans les activités

Durant le processus d'élaboration des stratégies reliées aux activités avec le patient, les participantes ont dit une fois de plus qu'en faisant tout avec autant de hâte, elles ne laissaient pas le patient les aider. Cristina affirmait: *"Nous devons lui donner l'opportunité même quand nous sommes pressées"* et Marta a ajouté: *"Qu'il fasse ce qu'il peut"*. Pour cela, les participantes ont décidé d'implanter deux stratégies dans la pratique: solliciter l'aide du patient pour réaliser les techniques de soins et, par conséquent, réaliser ces activités plus lentement, si la situation le permettait.

La troisième stratégie proposée a été d'être plus flexible au moment de faire les activités reliées au protocole d'admission, c'est-à-dire d'essayer d'aller au rythme du patient et ainsi favoriser le confort du patient plus que les techniques, si c'est possible.

Durant l'observation de leur pratique, les participantes avaient détecté que les aspects psychologiques et émotionnels des soins prodigués au patient n'étaient pas

couverts. Pour cela, les participantes ont élaboré une quatrième stratégie qui consistait à dédier un certain temps au patient pour qu'il exprime ses sentiments. Carla a raconté: *“Nous pourrions dédier un temps déterminé pour demander au patient, s'il peut répondre, comment il se sent, comment il va, c'est-à-dire aborder ces aspects quelques minutes ou au moins lui poser des questions”*. Manolita l'expliquait ainsi: *“Être conscientes de dédier un certain temps à ces aspects, au moins le fait de lui dire, de s'offrir...s'il a envie de vider son coeur et de pleurer, alors être avec lui”*.

La cinquième stratégie élaborée a été de s'organiser avant l'admission, c'est-à-dire avoir tout l'appareillage sous la main pour éviter de perdre du temps et ainsi être plus avec le patient. Elisa a raconté: *“Celle qui va s'occuper de l'admission devrait avoir le transfert très près de l'unité de soin, ceci est mieux pour mettre le patient au lit”* et Lola a ajouté: *“...prévoir les besoins quant aux cathéters, moniteurs,...avoir tout sous la main”*.

La sixième stratégie a découlé des réflexions des participantes sur les brancardiers et elle consistait à les coordonner pour préserver la sécurité et le respect du patient.

La septième stratégie élaborée par les participantes pour améliorer les activités a été de couvrir le patient pour ne pas le laisser nu, en particulier le buste des femmes. Elisa a raconté: *“Même si nous le prenons en compte, on l'oublie souvent mais ce n'est pas parce que le patient est sous sédatifs qu'il faut le déshabiller complètement...il est arrivé que tout le monde regardait la poitrine de la dame ou ce qui était à la vue de tous, ça arrive souvent”*. La huitième et dernière stratégie a été l'évaluation de la douleur.

Établir une vraie relation

Les participantes ont considéré que la relation qu'elles établissaient avec le patient n'était pas adéquate. Certaines pensaient qu'elles devaient établir une relation qui soit plus d'égal à égal. Hortensia argumentait ainsi: *“...essayer de maintenir une relation de toi à toi, d'égal à égal”*. Mais toutes les participantes n'étaient pas d'accord que changer

pour ce type de relation était adéquat. Marta a raconté: *“Non, je veux une infirmière qui me soigne, c’est-à-dire qu’une amie est une amie et que l’infirmière est l’infirmière”*. À la fin du débat sur la meilleure stratégie à appliquer en ce qui concerne la relation avec le patient, les participantes ont conclu qu’il faudrait établir une vraie relation thérapeutique où l’infirmière est vue comme plus accessible, plus proche, plus disponible, avec respect mais en maintenant son professionnalisme. Elisa a raconté: *“...une relation professionnelle qui sécurise, comme par exemple dire au patient: “Même si vous ne voulez pas ou vous n’en avez pas envie, ce serait bon pour vous, il est nécessaire pour ça et ça...”*”.

La seconde stratégie pour améliorer les relations décidées par les participantes a été de pactiser et de négocier avec le patient éveillé puisque, selon elles, la relation avec le patient sous sédatif ne peut pas être améliorée. Bon disait: *“Voyons, durant une admission où le patient est sous sédatif, que peut-on faire pour améliorer la relation?”*. Les participantes ont répondu *“rien”* à cette question.

Les participantes croyaient aussi qu’en favorisant la participation du patient, c’est-à-dire en permettant au patient d’aider (stratégie élaborée avec les activités), cela améliorerait la relation entre eux.

Essayer de se rapprocher de la famille

De l’information à la communication

Pour améliorer le langage avec la famille, les participantes ont élaboré une première stratégie qui consistait à se présenter et à s’identifier à la famille. Hortensia a raconté: *“...le nom et ensuite dire que je suis infirmière”*. Cette participante croyait aussi que leur donner la main durant la présentation pourrait être intéressant mais le reste des participantes ne trouvaient pas ce fait opportun.

À propos de cette première stratégie, un débat a surgi sur la façon de se présenter. Certaines pensaient qu'il était important de se présenter avec le prénom et les noms. Lola a argumenté: *“Tous les professionnels se présentent avec le prénom et le nom...on connaît les médecins comme Dr. Untel, par le nom de famille et non par le prénom”* et Marta a ajouté: *“C'est comme si un architecte vient chez toi et se présente comme Jean...je ne sais pas si...il est peu professionnel”*. Au contraire, d'autres participantes ont dit que c'était suffisant de se présenter avec le prénom. Carla l'a justifié ainsi: *“...avec le nom de famille, ça marque une distance...c'est plus distant”*. Finalement, toutes les participantes ont décidé de se présenter seulement avec le prénom sauf une qui l'avait toujours fait ainsi et qui disait qu'elle ne pourrait pas le dire de l'autre façon.

Les participantes ont décidé comme deuxième stratégie d'éviter de parler avec les familles sur un ton protecteur et comme troisième de leur demander le lien de parenté avec le patient.

Les participantes ont dit que, normalement, les familles sont angoissées et préoccupées au moment de l'admission. Les participantes pensaient que, dû à cet état, les familles, dans beaucoup de cas, n'enregistrent pas l'information sur les horaires et le fonctionnement de l'unité donnée par les infirmières. Par conséquent, elles ont décidé comme quatrième stratégie qu'il serait intéressant d'évaluer cette famille et si elles voyaient qu'ils n'écoutaient pas, elles le diraient à l'équipe infirmière suivante. Carla a raconté: *“Observer, ne pas lancer l'information à la famille et tout ça...quand tu vois que pour le moment ils ne captent pas. Leur donner le papier et le dire au quart suivant pour qu'ils vérifient ce qu'ils ont compris”*. Bon a réitéré: *“Se rappeler d'évaluer la famille”*.

Durant l'observation et la réflexion sur leur pratique, les participantes ont constaté l'importance de savoir quelle information médicale avait reçu la famille. Certaines participantes questionnaient directement la famille sur ce que le médecin leur avait dit, mais toutes les participantes n'étaient pas d'accord avec cette alternative. Carla a raconté:

“...mais, parfois, dépendamment de comment tu poses la question, on dirait que tu ne sais rien”. Marta a ajouté: “Si tu leur demandes ce que leur a dit le médecin et qu’ils t’expliquent et que tu as l’air de ne pas savoir quoi dire, tu donnes l’impression d’être mise au courant seulement à ce moment-là...nous avons besoin de savoir ce que sait la famille”. La cinquième stratégie, surgie de ce débat, consistait à essayer d’être présente lorsque le médecin informait les familles. Manolita l’exprimait ainsi: “Je crois qu’une bonne stratégie serait d’aller avec le médecin quand il communique l’information à la famille et ainsi être au courant de ce que le médecin explique à la famille”.

Améliorer l’attention à la famille

Les participantes ont décidé comme première stratégie pour améliorer les activités avec la famille de s’occuper une première fois de celle-ci quand elle attend dans la salle d’attente. Bon a raconté: “Si l’infirmière responsable du patient ne peut pas s’occuper de la famille à ce moment, il faut que quelqu’un sorte dans la salle d’attente pour un premier contact et une première information”. Marta a ajouté quelques aspects importants à la citation de Bon en disant: “Souvent tu es en train d’aider le médecin à faire quelque technique et tu penses: “Qu’est-ce que je fais?, J’aide le médecin ou je sors pour informer la famille?”, si je reste avec le médecin, ce que je fais parfois, c’est pour lui donner du matériel mais ça, tout le monde peut le faire, alors, je pourrais aller à la salle d’attente et avoir le premier contact avec la famille”.

Les participantes ont élaboré, aussi par consensus, la seconde stratégie qui consistait à se mettre à la disposition de la famille d’une manière officielle, puisque certaines participantes ne le faisaient jamais, certaines le faisaient quand la famille le demandait et d’autres le faisaient toujours. Lola a raconté: “Il faudrait leur dire que, s’ils ont besoin de quelque chose, qu’ils nous le demandent...ce serait une offre” et Bon a ajouté: “La stratégie serait de se souvenir de toujours se mettre à la disposition de la famille”.

La troisième stratégie élaborée par les participantes est reliée avec la seconde. Elles ont décidé de dire à la famille de sonner s'ils ont besoin de quelque chose. Elisa a argumenté ainsi: *“Parfois,, nous nous plaignons que la famille sorte de l'unité de soin pour aller te chercher alors que tu es allée prendre une collation ou tu es au toilette ou ailleurs et qu'ils ne te trouvent pas...alors ils regardent partout, ne savent pas à qui s'adresser et soudain passe la femme de ménage ou toute autre personne et ils disent: “Madame, est-ce que ma fille a de la fièvre?” , je ne sais pas si ce serait bien de leur expliquer où est la sonnette et de leur demander de sonner avant de sortir te chercher”*.

La quatrième et dernière stratégie pour améliorer les activités avec la famille a surgi des réflexions faites par les participantes à propos de l'entrevue familiale. Les participantes ont essayé de chercher la manière d'obtenir de l'information sur le patient à travers la famille. La première idée a été de leur poser une question générale sur leur parent. Bon disait: *“Peut-être qu'on pourrait poser une question générale...peut-être leur dire quand tu te présentes à la famille...peut-être avec une attitude plus ouverte?”*. Cependant, toutes les participantes n'étaient pas d'accord avec cette opinion. Marta a dit: *“Je ne sais pas si elle est bonne parce que la famille, à ce moment-là, est préoccupée par l'état de son parent et nous lui demandons: “Y a-t-il quelque chose que vous croyez important de nous dire à propos de votre parent?”...la famille peut expliquer tous les antécédents du patient”*.

La deuxième idée qu'ont eue les participantes pour obtenir de l'information des parents a été de leur poser une question de la feuille d'admission qui comporte les quatorze besoins fondamentaux. Hortensia a raconté: *“Nous pouvons aussi avoir la feuille sous les yeux et y aller à peu près selon la situation du malade...”*. Les participantes ne sont pas arrivées à se mettre d'accord sur la façon d'aborder la famille. Lola l'a exprimé clairement: *“L'admission n'est pas le moment pour poser des questions”*. Même si toutes étaient d'accord avec Lola, les participantes ont élaboré une stratégie éventuelle qui serait de poser des questions à propos d'un aspect relié au patient en tenant compte de la situation de la famille et du patient.

Des changements dans la relation ne sont pas nécessaires

Après les réflexions des participantes sur les relations qui s'établissaient entre elles et les familles, celles-ci continuaient de penser que la relation avec la famille était adéquate au moment de l'admission d'un patient à l'USI.

Essayer d'établir une collaboration interprofessionnelle

Essayer de dialoguer

La première stratégie élaborée par les participantes pour améliorer le langage avec les médecins a été de fonder la communication sur des aspects professionnels. Bon a raconté: *“Se concentrer sur les aspects professionnels et ne pas jouer à autre chose, surtout en face du patient”*. Elles disaient qu'elles n'entreraient pas dans le jeu des rires et des blagues des médecins. Bon a ajouté: *“Tu peux lui dire: “Écoute, devant le patient non” ou “Je n'aime pas que tu...ça ne sert à rien” ou “Ne faisons pas ça devant le patient”, je ne sais pas. Il faut être un peu plus clair et dire les choses par leur nom”*.

La deuxième stratégie qu'elles ont élaborée a été d'essayer de dialoguer et la troisième a été de défendre leurs intérêts, ceux du patient et de donner des arguments. Hortensia a raconté: *“Toujours essayer de défendre nos agissements et nos idées parce qu'ils te disent souvent quelque chose à propos de ce que tu as fait...et nous ne le défendons pas”*. Les participantes affirmaient que, pour réussir à faire cela, elles devaient être plus claires quand elles parlaient, être constantes et ne pas se décourager après un premier échec. Bon a résumé la situation en disant: *“Je crois qu'il faut y aller peu à peu, toutes ensemble, en démontrant, pour qu'à la fin ils te considèrent un peu...je crois que c'est un travail ardu et à long terme”*.

Durant l'élaboration de ces stratégies, il a beaucoup été question du langage qu'utilisaient les médecins avec elles. Cependant, il était clair qu'elles n'inventaient pas ces stratégies pour changer les médecins mais pour se changer elles-mêmes. Bon a raconté: *“Si les stratégies doivent être réalistes et praticables, nous ne pouvons pas nous*

en mêler...nous devons avoir une attitude professionnelle, nous défendons ce que nous disons et nous donnons nos arguments”.

Réaliser les activités nécessaires

À partir des réflexions sur les activités avec les médecins, les participantes ont élaboré la première stratégie qui a été de chercher les derniers examens passés par le patient avant son admission à l’USI pour ne pas les refaire. Bon l’a exprimé ainsi: *“Durant les admissions, chercher à savoir plus sur ce qu’ils lui ont fait et leur dire, par exemple, qu’on lui a déjà fait un électrocardiogramme ce matin...ne pas accepter ce qu’ils disent de manière passive”* et Elisa a ajouté: *“...à la place de dire: “Apporte-moi l’appareil d’électrocardiogrammes, les tubes,...” non, nous accommodons le patient, nous installons les perfusions...je demanderai si j’ai besoin de quelque chose...le prendre avec un peu de tranquillité”.*

Les participantes ont mis en lumière qu’en implantant des stratégies élaborées pour améliorer le langage avec les médecins, à savoir essayer de dialoguer et donner son opinion en argumentant, les aspects reliés aux activités seraient aussi améliorés.

Fonder la relation sur les aspects professionnels

La première stratégie élaborée par les participantes pour améliorer la relation avec les médecins a été d’établir une relation professionnelle et non personnelle. Bon a argumenté: *“Nous devons essayer que la relation, durant une admission, soit centrée sur le patient et qu’elle soit professionnelle parce que sinon!...que la relation soit bonne ou mauvaise ne peut pas dépendre du médecin”.*

La seconde stratégie que les participantes ont décidé d’appliquer a été de demander aux médecins l’information dont elles ont besoin. Bon a raconté: *“Exiger des médecins un peu d’information ou un résumé si nous en avons besoin, ce n’est pas une très grande exigence...tu as fait une évaluation pour te convaincre que tu as besoin de cette information et de cette collaboration pour mieux soigner”.* Les participantes

croyaient que la raison pour laquelle cela ne se faisait pas était un manque d'auto-affirmation. Cristina l'a raconté ainsi: *“Nous devrions nous réaffirmer en tant que professionnels...nous ne sommes pas en dessous d'eux”*. De cette réflexion a surgi la troisième stratégie qui a été de ne pas être passive, d'être à la hauteur. Elles ont dit qu'elles devaient mieux se préparer pour pouvoir donner des arguments aux médecins et ainsi, comme le disait Elisa, augmenter leur autorité et leur sécurité. Bon a raconté: *“Nous devons être à la hauteur, nous devons faire un effort...moi, souvent, je ne réponds pas parce que je n'ai pas d'arguments et je n'ai pas d'arguments parce que je n'ai pas consulté l'historique et je ne savais pas que ce patient avait quelque chose au poumon...nous devons être un peu plus préparées”*. Pour les participantes, cet aspect était très important et Elisa le disait ainsi: *“Il faut tout d'abord s'assurer de cet aspect parce que sinon, quand ils nous accusent de quelque chose, nous n'aurons pas d'arguments pour nous défendre”*. Cependant, elles étaient aussi conscientes que ce serait pas facile. Marta a dit: *“Si nous sommes ou ne sommes pas à la hauteur ne veut pas dire qu'ils nous écoutent”*.

Les infirmières coordonnent les soins

Vers un langage plus professionnel

Les participantes ont dit qu'une bonne stratégie pour éviter que trop de personnes parlent en même temps dans l'unité de soin serait que l'infirmière responsable du patient dirige la situation, la coordonne et le dise à ses collègues. Marta a raconté: *“Il faut le dire parce que parfois tu te rends compte que nous sommes beaucoup dans l'unité de soin et tu t'en vas, mais si tu ne t'en rends pas compte, la personne responsable doit le dire”* et Hortensia a ajouté: *“...que la personne responsable dirige un peu la situation entre nous”*.

Les participantes ont élaboré la deuxième stratégie à partir des commentaires hors contexte devant le patient. La stratégie a été que, devant le patient, le langage serait centré sur des questions strictement professionnelles. Bon a raconté: *“Se concentrer sur*

des aspects professionnels, surtout si le patient est éveillé” et Carla a ajouté: *“Surveiller le langage entre nous devant le patient”*. Finalement, les participantes ont décidé comme troisième et dernière stratégie de baisser le ton de la voix entre elles et surtout devant le patient.

Coordonner les activités

Les participantes ont décidé d’élaborer une seule stratégie pour améliorer les activités entre collègues: l’infirmière responsable du patient coordonnerait les activités réalisées sur le patient durant tout le temps de l’admission. Marta a raconté: *“La personne qui dirige l’admission doit dire: “J’ai besoin de quelqu’un qui fasse ça et de quelqu’un qui fasse ça””* et Lola a ajouté: *“Je crois que l’infirmière responsable du patient organise, répartit les tâches et ordonne les priorités”*.

La relation est bonne mais elle peut être améliorée

Les participantes avaient exprimé que la relation entre elles était bonne mais elles ont élaboré une stratégie pour l’améliorer. La stratégie était que la relation soit plus professionnelle devant le patient et de le rappeler aux collègues si ce n’est pas le cas. Bon a dit: *“Dans l’unité de soin, et surtout si le patient est éveillé, ne pas aborder des aspects personnels et peut-être que le problème des commentaires désagréables et des rires se réglerà”*. Les participantes ont dit que cette stratégie était très reliée à celles élaborées sur le langage entre collègues.

Rendre les instruments infirmiers adéquats aux besoins

Les participantes ont décidé, en premier lieu, d’implanter dans la pratique plusieurs stratégies de changement reliées aux instruments actuels et, en second lieu, plusieurs stratégies reliées à leur attitude face à ceux-ci.

En ce qui concerne les registres, les participantes ont décidé comme première stratégie de remplir la feuille journalière du patient le mieux possible au moment de

l'admission. Bon a raconté: *“La feuille journalière du patient comme elle est mais la remplir le mieux possible au moment de l'admission, les soins standards, etc”*.

Les participantes ont aussi décidé, comme deuxième stratégie, qu'elles écriraient comment arrive le patient sur ce registre et non sur la feuille d'admission puisque, comme elles l'avaient déjà mentionné, c'était répétitif de le mettre aux deux endroits. Elles ont rappelé que, dans l'espace destiné à écrire cela sur la feuille d'admission, elles indiqueraient: voir la feuille journalière du patient.

La troisième stratégie faisait référence à la feuille d'admission. Les participantes ont décidé d'annoter seulement les données nécessaires pour le moment et, dans l'espace réservé aux antécédents, de faire un résumé de son historique. Marta a raconté: *“Dans la première partie d'en haut, annoter seulement les données intéressantes...le téléphone de la famille, les allergies,...certaines personnes ont un historique très long et un résumé suffit”* et Carla a ajouté: *“Ce que tu crois qu'il convient de noter tu le notes et tu laisses le reste pour plus tard”*.

La quatrième stratégie est reliée à la feuille de diagnostics. Au début, les participantes ont décidé d'annoter seulement les diagnostics spéciaux, sans les diagnostics standardisés. Bon a dit: *“Je ne mettrais pas les diagnostics standardisés qui ne servent à rien et qui ne motivent pas les gens, mais si un vrai problème infirmier apparaissait, que tu puisses rendre individuel et spécifique, l'écrire”*. Cependant, après que les participantes aient révisé toutes les stratégies à appliquer, elles ont décidé d'éliminer cette stratégie puisque, selon elles, elle allait contre ce qu'elles essayaient d'implanter dans l'unité.

En ce qui concerne l'attitude des participantes face aux instruments, les participantes ont décidé comme stratégies qu'elles augmenteraient l'intérêt pour lire et écrire sur le patient, qu'elles recompileraient les données du patient provenant de la salle ou des urgences et qu'elles les annoteraient sur les registres et, finalement, dans le cas où

elles n'avaient pas le temps de le faire, elles le diraient au quart suivant. Elisa le racontait ainsi: *“Nous devons nous débarrasser de la mauvaise habitude que nous avons que, vu que le quart antérieur n'a pas regardé, alors moi non plus...nous devons être conscientes que, si un quart n'a pas pu le faire, c'est qu'il n'a pas pu le faire et non qu'il ne voulait pas le faire...je crois que nous sommes très rapides pour critiquer et peu rapides pour prendre la responsabilité qui te correspond”*.

TROISIÈME PARTIE:

Du changement à la réflexion

Dans cette troisième partie, la chercheuse présente les résultats reliés à deux volets: premièrement, l'évaluation réalisée par les participantes sur l'implantation des stratégies dans leur pratique quotidienne et, deuxièmement, les réflexions des participantes sur ce type de recherche. Ces résultats correspondent aux étapes d'action-observation-réflexion du deuxième cycle de recherche-action.

Réfléchir sur les changements

Les stratégies: les réussites et les difficultés. La chercheuse a élaboré un guide composé de plusieurs questions (appendice G) pour mener la réunion sur l'évaluation des stratégies implantées dans la pratique. Ce guide a été remis aux participantes avant la réunion, ainsi les participantes ont pu l'utiliser comme cadre de réflexion.

Évaluer les stratégies reliées au patient

Les participantes ont évalué en premier lieu les stratégies reliées au changement du langage avec le patient. Elles affirmaient qu'elles avaient eu un impact très positif et que le patient était plus respecté. Bon l'a exprimé ainsi: *“Je trouve que le patient est beaucoup plus respecté avec les stratégies...lui dire bonjour et où il est...”*.

Malgré cela, les participantes ont dit qu'elles avaient eu de la difficulté à implanter la majorité des stratégies. Selon les participantes, la seule stratégie qui a été implantée sans difficulté a été d'avoir un premier contact avec le patient quand il est encore sur la civière. Manolita l'expliquait ainsi: *"...nous concentrer plus directement sur le patient quand il arrive que sur les moniteurs comme avant...ça a été très effectif et positif"*.

La stratégie de savoir le nom du patient en avance a été difficile à appliquer pour certaines participantes. Manolita a expliqué: *"En vérité, le nom d'avance avant qu'il ne monte, non...toujours au moment où il monte...quelqu'un regarde la feuille d'admission et tu le sais à ce moment"*. La rapidité avec laquelle les patients sont admis a été une des raisons qui ont empêché l'application de cette stratégie. Marta a raconté: *"Dans aucune de mes deux admissions je n'ai réussi à savoir qui c'était, comment il s'appelait...ce sont des admissions rapides, les choses ne sont pas préparées...c'était plus important de les préparer que de l'appeler par son nom"* et Elisa l'a exprimé ainsi: *"Il est venu de la salle, il était pressé, le médecin a parlé directement avec un collègue et de là ils l'ont descendu, je n'ai même pas parlé avec l'infirmière...je lui ai demandé son nom quand il est arrivé et je me suis présentée"*.

D'autres participantes, comme Carla, ont pu appliquer cette stratégie. Elle l'a exprimé ainsi: *"J'ai pu parler avec l'infirmière de Puigvert (centre d'hémodialyse)...elle m'a expliqué des choses: le nom, le diagnostic et un peu l'évolution"*. Toutes les participantes ont dit qu'il était important de savoir le nom du patient mais qu'il serait peut-être plus réaliste de le savoir lorsqu'il était admis. Hortensia a expliqué: *"Appeler au lieu d'où vient le patient seulement pour savoir le nom, je l'ai fait dans un seul cas...ce qui est important c'est de chercher le nom du monsieur dès qu'il arrive"*.

La stratégie d'en savoir plus sur le patient avant qu'il ne soit admis a aussi été difficile à appliquer pour certaines participantes. Bon a expliqué: *"La stratégie de lire un peu l'historique et savoir un peu plus, je n'ai pas pu...à ce moment, d'autres choses étaient prioritaires...je l'ai laissé pour le dernier moment...j'ai pu demander un résumé"*

au médecin durant une admission mais je n'ai pas pu le faire pour l'autre". D'autres participantes ont pu téléphoner dans certains cas et, dans d'autres cas, demander un résumé au médecin. Aucune participante n'a pu descendre aux soins intermédiaires pour obtenir de l'information sur le patient.

Les participantes ont aussi exprimé des difficultés dans l'implantation de la stratégie qui consiste à éviter les commentaires hors contexte. Hortensia l'a exprimé ainsi: *"Ce que j'ai trouvé très difficile de faire a été de ne pas parler de sujets personnels devant le patient...parfois j'allais dire quelque chose et je pensais: "Non, non, je ne veux pas le dire!", pas seulement durant une admission mais avec n'importe quel patient en général...d'autres fois je m'en rendais compte quand j'étais en train de parler". Certaines participantes affirmaient que cela arrivait normalement avec les patients inconscients, mais d'autres ont dit que cela arrivait aussi avec les patients conscients. Quelques participantes disaient que le patient ne pouvait pas être trop dérangé par le fait que les infirmières parlent de sujets personnels devant lui alors que d'autres, comme Bon, disaient le contraire. Elle a raconté: "Ça, nous ne le savons pas, il y a des gens que ça dérange beaucoup...et la famille aussi". Marta a ajouté, en appuyant Bon: "Moi, en tant qu'usager du système de santé publique, tu es là étiré et tu penses: "Mon Dieu! et celle-là qui parle à l'autre de l'agenda et moi ici avec le ventre à l'air!", moi je n'aimerais pas".*

Les participantes ont aussi dit avoir eu des difficultés pour appliquer la stratégie d'éviter les phrases toutes faites. Elles reconnaissaient que cette habitude était très ancrée et que, parfois, elles ne s'en rendaient pas compte. Bon a raconté: *"Tu dois toujours te contenir parce que sinon ça sortirait".*

Certaines participantes ont dit qu'elles appliquaient la stratégie d'inclure les patients qu'elles connaissaient dans les conversations, mais pas au moment de l'admission. Hortensia l'a expliqué ainsi: *"Si c'est un patient qui est éveillé et que tu connais, alors là tu le fais...pas durant une admission".*

Les participantes ont dit qu'elles n'avaient pas pu appliquer la stratégie d'attendre la réponse du patient. La raison de cela est due, dans la majorité des cas, à l'excès de travail et à la rapidité avec laquelle elles faisaient les choses. Lola l'a exprimé ainsi: *“Je crois que nous sommes conscientes, et encore plus parce que nous participons dans cette recherche, mais si tu dois faire beaucoup de choses...nous allons vite”*. Dans ce sens, les participantes ont aussi dit que, même si elles ont appliqué la stratégie de tout expliquer au patient, l'excès de travail pour les patients très instables provoquait une diminution de ces explications. Marta l'a exprimé ainsi: *“...parce que le Swan-Ganz primait, parce qu'il était instable, voyons, ce n'est pas une excuse...c'est vrai que la surcharge de travail te pousse à faire et à ne pas parler, au moins dans mon cas, quand j'ai beaucoup de travail je ne parle pas, je fais”*. En contrepartie, la seconde admission qu'a eue Marta montre, selon les participantes, l'efficacité de cette stratégie. Marta a ajouté: *“Elle était très mal neurologiquement mais je lui ai expliqué...le lendemain, je demande à la dame comment elle se sent et elle se rappelait de tout, elle avait tout entendu...tu restes surprise et tu penses: “Une chance que c'était une des fois où je l'ai bien fait!, Quelle importance ça a ce que j'ai fait hier!”...ça a une importance vitale”*.

Enfin, certaines participantes affirmaient que, inconsciemment, elles continuaient à parler sur un ton de voix élevé. Marta a expliqué: *“...j'entre dans la chambre et le monsieur me dit de ne pas crier, qu'il m'entendait très bien...je n'étais pas consciente que je criais parce que j'avais noté dans mon journal de bord que je ne criais pas, mais en fait je criais comme une folle”*. D'autres participantes ont affirmé que, au début, le ton de voix était acceptable mais qu'il augmentait au fil du temps. Manolita l'a raconté ainsi: *“Il m'est arrivé d'avoir des réflexions et à ce moment je baissais le ton, mais après, après un moment...c'est comme une habitude, je crie”*.

Les participantes ont dit qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter ou de supprimer aucune des stratégies élaborées pour améliorer le langage avec le patient.

En ce qui concerne les stratégies élaborées pour améliorer les activités avec le patient, les participantes affirmaient que, en général, cela avait très bien fonctionné mais qu'elles avaient aussi eu des difficultés pour appliquer certaines de ces stratégies.

Les participantes ont dit que les stratégies qu'elles avaient pu appliquer sans difficulté avaient été: avoir tout l'appareillage sous la main, coordonner les brancardiers et évaluer la douleur. Par contre, les stratégies dont l'implantation a été difficile, il faut citer celle de permettre au patient d'aider. Les participantes ont dit que quand l'aide que le patient pouvait offrir était minime, elles le faisaient elles-mêmes. Elisa l'a raconté ainsi: *“Je trouve que c'est difficile, surtout si l'aide dont je peux avoir besoin est minime, au lieu d'attendre l'aide, je le fais moi-même”*. Les participantes ont perçu que, parce qu'elles n'ont pas réussi la stratégie d'aller plus lentement, celle-là n'avait pas pu être réalisée. Hortensia a expliqué: *“A certains moments, j'essayais qu'il m'aide parce que je pensais à la stratégie, mais parfois tu es pressée et quand des gens t'aident, alors parfois je me rappelais mais je pensais: “Maintenant il faut dire à la patiente qu'elle fasse ça!” , tu es pressée”* et Marta a ajouté: *“Il faut tout faire maintenant pour que tout soit fait quand nous sortons de la chambre, c'est la philosophie de l'admission”*. Quand à la rapidité de ces activités, une des participantes a détecté une différence entre les patients conscients et inconscients. Manolita l'a expliqué ainsi: *“Si le patient est intubé ou sous sédatifs, je vais plus vite...s'il vient seulement avec de l'oxygène ou avec un masque de ventilation non invasive, je vais plus lentement, je suis plus là pour lui”*.

Les participantes ont dit que, même si elles avaient essayé d'implanter la stratégie d'être plus flexibles et d'essayer de prioriser le confort du patient, après le médecin arrivait et l'inconfortait. Bon l'a raconté ainsi: *“Nous priorisons de bien l'installer dans le lit, le confort, mais parfois, pendant que tu l'installes, un médecin veut l'examiner avec le drap et les sérums en-dessous, sans monitoriser ni rien”*. D'autres participantes pensaient qu'elles continuaient d'agir comme avant. Marta a expliqué: *“Je crois que notre accommodation se réduit à enlever le drap de dessous, le laisser bien mis dans le lit, ce qui ne veut pas dire qu'il est confortable, pour qu'il soit bien pour lui mettre l'accès*

véneux ou ce qu'on doit lui mettre, après cela, on l'installe le plus confortable possible...dans une admission, la dame, heureusement, était sale jusqu'aux épaules, les médecins ont dit qu'ils n'entreraient pas à l'unité de soin alors on a commencé par conforter la dame”.

Les participantes ont affirmé qu'elles ont pu appliquer la stratégie de couvrir les organes génitaux et surtout les bustes des femmes, mais tard, selon elles. Manolita a expliqué: *“J'ai trouvé cela difficile parce que j'ai couvert les organes génitaux et le buste après cinq minutes”.*

Enfin, les participantes ont dit qu'elles n'avaient pas appliqué la stratégie de favoriser l'expression des sentiments du patient même si elles continuaient de penser que celle-ci était aussi importante que les autres stratégies reliées aux activités.

L'application des stratégies pour améliorer les relations avec le patient a été jugée très positive et, en général, elle s'était bien déroulée. Les participantes ont dit qu'elles n'ont pas pu pactiser ni négocier avec les patients qui étaient en situation critique. Marta a expliqué: *“Je n'ai pas pu pactiser avec le patient parce qu'il n'était pas bien neurologiquement”.*

Évaluer les stratégies reliées à la famille

En ce qui concerne les stratégies pour améliorer le langage avec la famille, les participantes ont dit que toutes s'étaient présentées à la famille. De plus, même si elles avaient décidé durant l'élaboration des stratégies que la présentation se ferait seulement avec le prénom, certaines participantes ont essayé de se présenter aussi avec le nom mais elles n'ont pas réussi. Carla a dit: *“Je n'ai pas pu me présenter avec le prénom et le nom”* et Cristina a ajouté: *“Moi non plus...ça ne sort pas”.*

Certaines participantes ont dit que l'implantation de la stratégie d'être présente durant l'information médicale a été très positive. Elisa l'a exprimé ainsi: *“Très bien, parce*

qu'il y avait des choses que je ne savais pas et dont je n'avais aucune idée et cela m'a beaucoup aidée pour traiter le patient". Pour Manolita, cela a aussi été une expérience positive puisqu'elle lui a permis, selon elle, de mieux connaître la pathologie et de savoir comment la famille recevait cette information. Elle l'a exprimé ainsi: "...nous sommes sortis tous les deux et il a dit: "Je suis le Dr. Untel et elle, l'infirmière Manolita qui s'en occupe", de plus, super professionnel pour tous les aspects...c'était une fille qui était admise à cause d'un accident de la route...elle avait une déchirure de la rate, la fille était bien mais il y avait des risques d'hémorragie...tu ne te fais pas non plus à l'idée que c'est si grave, si grave et, bien sûr, le médecin dit à la famille que c'est une bombe à retardement...là tu vois plus la gravité, tu es plus consciente et tu vois comment la famille le reçoit". D'autres n'ont pas pu appliquer cette stratégie parce que, selon elles, il y avait un excès de travail et elles pensaient qu'il n'était pas convenable de sortir pour l'information. Hortensia a raconté: "...quand le médecin a dit qu'il allait informer la famille, j'ai pensé: " Oui, je pourrais y aller mais je crois que c'est plus important que je reste ici"". Après les témoignages de celles qui avaient pu appliquer la stratégie, une des participantes qui ne l'avait pas appliquée à cause d'un excès de travail a affirmé qu'elle aurait peut-être dû sortir. Bon l'a raconté ainsi: "...je ne l'ai pas fait parce qu'il y avait beaucoup de travail dans l'unité et je trouvais que ce n'était pas bien...peut-être qu'il aurait fallu que je change mon attitude et que je sorte pour avoir l'information médicale".

Les participantes ont affirmé qu'elles ont demandé le lien de parenté aux familles, ce qui était une bonne information parce que, comme l'a exprimé Marta: "*Je pense que tu sais avec qui tu parles*".

Certaines participantes ont dit qu'il avait été difficile d'appliquer la stratégie d'éviter le ton protecteur selon les familles. Bon a affirmé: "*Je trouve que c'est difficile dépendamment des familles parce que certaines te le demandent*". Pour d'autres participantes, il était très important de ne pas l'utiliser. Manolita l'a exprimé ainsi: "*...mais ce n'est pas toujours bon parce que, souvent, tu adoptes une attitude*

paternelle”. Finalement, les participantes ont dit que les stratégies qu’elles avaient élaborées et appliquées étaient suffisantes pour améliorer le langage avec la famille.

En ce qui concerne les stratégies reliées aux activités avec la famille, les participantes ont tout d’abord dit qu’elles s’étaient toutes mises à la disposition de la famille. Manolita a raconté: “...*si vous avez besoin de quelque chose ou pour n’importe quelle question, vous m’appelez*”.

Dans certains cas, la stratégie de s’occuper une première fois de la famille pendant qu’elle attend dans la salle n’a pas pu être implantée parce que, selon les participantes, ou bien la famille n’était pas venue, ou bien elle était entrée tout de suite. Marta a pu cependant appliquer cette stratégie et elle la racontait ainsi: “*La perception du temps est totalement différente, pour moi, une demi-heure c’est le temps de laisser le monsieur et de commencer à faire quatre choses que tu n’avais pas eu le temps de faire. Tu as la sensation que immédiatement le patient arrive, tu sors et tu leur dis, mais la famille est déjà hystérique, pour eux, une demi-heure ou trois-quarts d’heure ou une heure sans rien savoir, c’est une souffrance et, bien sûr, je crois que nous le faisons tard*”. Elisa a exprimé comment la famille vivait cette première rencontre avec l’infirmière: “...*et ils te remercient beaucoup, hein!, d’avoir l’air de ne pas savoir où ils sont et maintenant d’être d’une autre façon*”.

Les participantes ont dit que la stratégie qui consiste à leur dire de sonner s’ils ont besoin de quelque chose a été appliquée par certaines d’entre elles. Les autres participantes ont dit qu’elles avaient oublié.

Finalement, la stratégie de poser des questions à la famille sur des aspects reliés au patient n’a pas pu être implantée, comme elles l’avaient pensé lors de l’élaboration de la stratégie. La situation de préoccupation de la famille a été un des facteurs pour lequel les participantes n’ont pas considéré opportun de l’implanter. Marta l’a raconté ainsi: “*Durant une admission, qui était grave, la famille était si commotionnée qu’elle ne*

donnait aucune réponse, ils disaient seulement oui ou non, et si on leur avait expliqué autre chose, ils auraient aussi dit oui ou non”.

Il n’y a eu aucun commentaire sur la relation avec la famille puisque les participantes, la considérant adéquate, n’avaient élaboré aucune stratégie.

Évaluer les stratégies reliées aux médecins

En ce qui concerne les stratégies élaborées pour améliorer le langage avec les médecins, les participantes ont affirmé que la réussite de l’implantation des stratégies continuait de dépendre du médecin de garde. Dans ce sens, Marta a affirmé: *“C’est une chose que d’essayer mais c’en est une autre de réussir”.*

Les participantes ont dit que, en général, la stratégie de fonder la communication sur des aspects professionnels a pu être implantée. Carla l’a raconté ainsi: *“Au moment de l’admission, on parle d’aspects professionnels”.*

La stratégie d’essayer de dialoguer a été, pour certaines participantes, positive. Bon l’a raconté ainsi: *“Je l’ai essayée et je n’ai pas eu de problèmes dans aucun des deux cas, il me semble que c’était moi qui avait des problèmes”.* Par contre, ce ne fut pas tellement le cas pour les autres participantes. Hortensia a expliqué: *“Tu essaies de dialoguer avec eux et, selon de ce que tu parles, ils t’ignorent ou ils te répondent n’importe quoi”.*

Finalement, les participantes ont dit que la stratégie de défendre leurs propres intérêts, ceux du patient et d’argumenter a été difficile à implanter. Pour les participantes, une des causes de l’échec a été la différence de critères entre les infirmières et les médecins. Ce qui est important et prioritaire pour le médecin dans un moment précis n’est pas nécessairement important ni prioritaire pour l’infirmière et vice-versa. Marta l’a exprimé ainsi: *“Le médecin a son critère et c’est tout, et toi tu regardes le monsieur, il bouge, le médecin est en train de le piquer, je dis: “Fais attention” et il dit: “Bon, bon,*

j'ai presque fini, retiens-le pour que je finisse, etc...”, et on dirait de la torture chinoise, mais qu'importe!?”.

Une autre cause a été que, parfois, certaines infirmières soutiennent le point de vue du médecin contre celui de l'infirmière. Elisa le racontait ainsi: “...nous devons mettre un masque de ventilation non invasif à un patient et celui-ci avait très soif et le médecin disait: “Ce n'est pas grave, nous vous donnerons de l'eau après, endurez!, endurez!” et le patient disait: “J'ai soif, j'ai soif!”...j'avais soif seulement à le voir. Je disais: “Peut-être si on lui donnait un peu...” et le médecin répondait: “Ce n'est pas grave, on continue!”. En plus, en lui mettant le cathéter artériel, le monsieur a levé le bras avec le cathéter arraché en disant: “Ugggdhs!”. D'accord, le monsieur était désorienté, mais...c'était un dialogue de sourd, l'objectif était qu'il respire bien et il fallait lui mettre un cathéter artériel pour faire des analyses, et tout ça avant de lui donner un verre d'eau même s'il était désorienté...ce qui est arrivé c'est qu'une collègue est venue m'aider et, à la place de m'appuyer, elle a appuyé la résidente, alors là!...ma collègue disait à voix haute: “Endurez, endurez...mais voulez-vous arrêter de parler!...mais taisez-vous!”. Je me suis sentie très mal”.

La dernière cause pour laquelle la stratégie n'a pas pu être implantée a été que, quand les participantes essayaient d'argumenter, les médecins se mettaient sur la défensive. Hortensia l'a exprimé ainsi: “Non seulement avec les admissions sinon en général, quand tu essaies de défendre ce que tu as fait ou la position du patient, ils se mettent directement sur la défensive ou t'attaquent tout de suite”. Cristina l'a exprimé ainsi: “...j'ai essayé d'argumenter mais il a commencé avec ses réponses ironiques habituelles et, par-dessus ça, je suis entrée dans son jeu...je me suis sentie très mal...maintenant non seulement je ne donne pas d'arguments mais en plus je me laisse faire”. Manolita a été la seule participante qui a pu appliquer cette stratégie avec succès. Elle l'a exprimé ainsi: “Une fois, j'ai argumenté et ils m'ont écoutée, parce qu'il voulait mettre un cathéter à tout prix au risque d'hémorragie et alors je leur ai dit: “Voyons,

pauvre fille, deux gros accès veineux périphériques, elle est fatiguée”...et oui, mais bien sûr un autre m’aurait dit non”.

En ce qui concerne les stratégies pour améliorer les activités avec les médecins, les participantes ont dit que, dans la majorité des admissions, elles n’ont pas pu implanter la stratégie de faire des recherches sur les derniers examens faits au patient. La raison était que les médecins avaient l’historique du patient et qu’elles ne pouvaient le consulter qu’à la fin parce qu’elles étaient avec le patient. Elisa a été une des participantes qui a pu l’implanter et elle l’expliquait ainsi: *“Lors de la première admission, nous ne lui avons pas fait ni l’électrocardiogramme, ni la radiographie, ni les analyses, parce qu’ils avaient déjà été faits avant l’admission”.*

En ce qui concerne les stratégies pour améliorer les relations avec les médecins, les participantes ont dit que, même si la relation était professionnelle au moment de l’admission, celle-ci a changé au bout d’un certain temps. Hortensia a raconté: *“...mais une demi-heure plus tard, quand nous sommes en train de mettre un cathéter, alors la relation change...les médecins commencent avec les commentaires inadéquats et tout ça”* et Lola a ajouté: *“...parce que durant l’admission tu fais la tâche et quand tu te relaxes, les problèmes entre nous apparaissent...”.*

À propos de la stratégie de solliciter l’information dont elles ont besoin aux médecins, les participantes ont dit qu’elles avaient pu l’implanter. Carla a raconté: *“Avec les deux médecins, je leur demandais en tant que professionnelle et ils ont répondu à tout ce que je leur ai demandé eux aussi en tant que professionnels”.*

Évaluer les stratégies reliées aux collègues

Les participantes ont dit que, des stratégies qu’elles ont élaborées pour améliorer le langage avec les collègues, celle de coordonner, diriger la situation et le dire aux collègues n’a pas pu être implantée et, de plus, certaines participantes ont dit que d’autres avaient coordonné à leur place. Bon a raconté: *“Lors de la première admission, les*

autres ont coordonné à ma place” et Carla a ajouté: “...c’est mon patient et celui qui tient les rênes est une autre personne”. Elisa a considéré qu’elles devaient être plus décidées pour tenir les rênes. Pour certaines participantes, ce qui était important était que quelqu’un coordonne même si ce n’était pas l’infirmière qui ce jour s’occupe du patient. Les participantes ont aussi dit qu’il a été difficile de le dire à leurs collègues. Carla l’a raconté ainsi: “Ce sont tes collègues, celles avec qui tu travailles chaque jour, tu ne sais pas comment leur dire sans qu’elles s’offensent”.

À propos de la stratégie d’utiliser un langage professionnel devant le patient, les participantes ont dit que, même si elles l’avaient essayé, il a été difficile de l’implanter la plupart du temps. En plus, les autres collègues, qui n’implantaient pas les stratégies, ont fait des commentaires. Bon a exprimé: *“Moi, lors des deux admissions, je n’ai fait aucun commentaire personnel mais les autres personnes dans l’unité, elles, elles en ont fait”* et Hortensia a ajouté: *“Moi, au moment de l’admission, non, parce que tu es concentrée sur le patient, c’est durant la journée que je ne réussis pas”.*

En ce qui concerne les stratégies pour améliorer les activités, les participantes ont dit que la stratégie où l’infirmière responsable coordonne les activités lors d’une admission n’a pas pu être implantée. Malgré cela, les participantes croyaient que cette stratégie était une des plus importantes. Bon l’a exprimé ainsi: *“...c’est celle qui a le plus de sens”* et Marta a ajouté: *“Tu fais les analyses, tu changes la position du tube, tu lui laves la bouche et je ne sais quoi d’autre, tout en même temps, parce que comme nous sommes cinq personnes dans l’unité de soin, chacune doit faire quelque chose”.*

Quant à la stratégie pour améliorer les relations entre collègues, les participantes ont dit qu’elles ont pu l’appliquer à certaines occasions. Hortensia l’a exprimé ainsi: *“Quelques fois oui, mais d’autres fois je m’en rendais compte mais je ne disais rien parce que ça ne me paraissait pas adéquat de le dire...je le pensais mais je ne le disais pas”.*

Évaluer les stratégies reliées aux instruments infirmiers

Les participantes ont aussi évalué les stratégies reliées aux instruments infirmiers implantés lors de l'étude. Elles ont dit qu'elles avaient appliqué la stratégie de bien remplir la feuille journalière du patient et celle d'écrire comment arrive le patient sur cette feuille au lieu de le faire sur la feuille d'admission. Cristina a dit: *“Je remplis la feuille journalière du patient le mieux possible à l'exception des dates des cathéters puisque c'est un patient qui est à l'hôpital depuis plusieurs jours, alors son historique est long et je n'ai pas eu le temps”*. Dans le même sens, Manolita dit: *“Lors de la première admission, je l'ai rempli le mieux possible puisque ce fut tout à la fin de mon quart de travail et, lors de la seconde admission, je l'ai bien remplie...”*.

En ce qui concerne la stratégie d'annoter seulement les données nécessaires au moment de l'admission sur la feuille d'admission et de faire un résumé de l'historique du patient, certaines participantes ont dit qu'elles n'avaient pas pu l'implanter dans certains cas. Une des raisons a été que, durant l'implantation des stratégies, les infirmières de l'USI ont été transférées dans une autre unité à cause de problèmes de rénovation majeurs et l'infirmière-chef a décidé que la feuille d'admission et la feuille de diagnostics ne seraient pas utilisées pendant qu'elles seraient dans cette unité, celle des soins intermédiaires. Certaines participantes ont critiqué la décision de l'infirmière-chef. Manolita l'a exprimé ainsi: *“...je sais que l'infirmière-chef l'a fait avec une bonne intention, pour ne pas donner de travail excessif dans une unité inconnue, mais la dynamique que nous avons développée se perd”*. Bon a un autre point de vue: *“...les instruments sont tellement précieux que nous les perdons et ils ne nous manquent pas”* et Hortensia pensait la même chose que Bon: *“...et ils ne nous ont pas manqué, au contraire, nous étions contentes de ne pas devoir le faire”*.

D'autres participantes ont pu implanter une de ces deux stratégies. Cristina l'a exprimé ainsi: *“J'ai écrit les données nécessaires mais dans la section des antécédents, je n'ai pas fait le résumé, j'ai seulement annoté les antécédents pathologiques que les*

médecins avaient annoté sur leur feuille ”. Hortensia a ajouté: “J’ai fait le résumé de l’historique à partir de l’historique du médecin”.

Les participantes ont aussi évalué les stratégies reliées à leur attitude face aux registres. Les stratégies d’augmenter l’intérêt à lire et écrire l’information concernant le patient et celle de compiler les données du patient qui proviennent de la salle ou des urgences et de l’annoter sur les registres n’ont pas pu être implantées par certaines participantes même si celles-ci ont appliqué la stratégie d’en parler au quart de travail suivant quand elles n’avaient pas pu le faire. La principale raison pour laquelle ces stratégies n’ont pas pu être implantées a été le manque de temps. Manolita a expliqué: *“Lors de la première admission, je ne l’ai pas fait par manque de temps mais je l’ai dit au quart de travail suivant”* et Cristina a ajouté: *“Tu ne peux pas les planter par manque de temps, mais si tu le dis au quart de travail suivant...le quart suivant a réagi comme si ce n’était pas important...”*.

D’autres participantes ont pu les appliquer. Hortensia a expliqué: *“Avec l’aide d’autres collègues, je me suis efforcée de comprendre tout ce qu’écrivent les médecins, ce qui est parfois indéchiffrables et il y a des phrases que tu ne peux pas lire...je me suis aussi efforcée de respecter la stratégie d’annoter les données sur nos registres...”*.

Un regard sur les stratégies. Après l’évaluation spécifique de chaque stratégie, la chercheuse a demandé aux participantes quelle était leur évaluation globale de toutes les stratégies qu’elles avaient appliquées. Marta a affirmé: *“Je trouve qu’il y a deux choses, d’un côté compter sur les professionnels que nous sommes en commençant par parler avec les médecins, leur poser des questions, entrer pour l’information, se présenter à la famille et, d’un autre côté, en théorie c’est très clair qu’il y a une personne dans le lit, tu te mets à faire les choses et, à cause du travail, du stress, de la situation, du médecin de garde,...ça ce n’est pas réglé...je crois que c’est le manque de conscientisation”*. Cristina a répondu à cette réflexion en disant: *“Parce que parfois nous avons le temps mais pas l’habitude”*.

L'évaluation globale de Bon a été: *“J'ai deux aspects, premièrement le changement d'attitude personnelle, après avoir réfléchi à tout ça, le changement dans mon attitude avec les collègues, les médecins; durant l'admission, qui est plus professionnelle, plus d'auto-conscience et le deuxième aspect est la relation avec le patient; et je crois qu'ils sont reliés: plus de respect, on s'explique, le ton, c'est une attitude de respect”*.

Lola a considéré que les stratégies les plus utiles avaient été: *“La communication au niveau professionnel, la personnalisation des soins et l'évaluation en tant que professionnels...Je crois que je respecte plus le patient qu'avant, au moins je suis plus consciente”*. Pour Elisa, ce fut d'autres: *“Le contact avec la famille, le fait d'être dans l'unité de soin en train de faire des choses est mieux pour que la famille pose des questions ou parle que si tu te retires dès qu'ils entrent...le fait d'être là lors de l'information médicale et le fait de chercher plus d'information sur le patient”*. Manolita n'était pas d'accord avec le commentaire fait par Elisa sur la famille: *“Je ne pense pas comme toi, d'accord offrir ton aide mais qu'ils restent seuls, je me mets à leur place et je n'aimerais pas que l'infirmière ou une autre personne soit là, c'est l'intimité, si je me mets réellement à leur disposition, je pense que, pour la famille, je suis de trop”*. Lola avait une vision différente: *“Je crois que tu sors souvent de l'unité parce que tu ne veux pas t'impliquer”*.

Manolita a expliqué les stratégies qui avaient été les plus importantes pour elle: *“...quand arrive le patient, nous concentrer sur le patient et, même sans être l'infirmière qui va s'en occuper, lui dire qu'on l'a changé d'unité, nous le changeons de lit...l'information médicale, la famille, c'est-à-dire le premier contact pour les tranquilliser un peu”*. Les autres participantes étaient d'accord pour dire que le plus important avait été d'être présente lors de l'information médicale et d'avoir plus de respect pour le patient.

Finalement, la chercheuse a posé des questions aux participantes à propos de deux aspects reliés à l'étude. En premier lieu, elle a demandé pourquoi il avait été si peu question du modèle de Henderson et des besoins durant les réunions alors que c'était quelque chose qui était établi dans l'unité. Bon a répondu: *“Mais est-ce que tu penses vraiment que l'hôpital a implanté le modèle?, parce que moi je ne vois le modèle nulle part, pour moi, les instruments infirmiers, ce ne sont pas le modèle, je pense qu'avant on travaillait plus avec le modèle que maintenant parce qu'il faut donner le bain au patient le soir, qu'il le veuille ou non!”* et Manolita a affirmé: *“C'est ça, ne faut-il pas prendre en compte l'opinion du patient? Qui évaluons-nous?. Si un patient ne veut pas prendre son bain le soir, il faut lui donner un bain parce que sinon, le matin il boude, alors non!...mais quel modèle, quelle théorie favorise la participation du patient, qu'est-ce que cette théorie!”*. Marta a ajouté: *“...ce sont des choses contradictoires, tu fais un plan de soins et, plus tard, finalement tu lui donnes un bain le soir qu'il aime ou non...le problème est que le modèle ne peut pas être implanté à partir d'un ou deux cours”* et Cristina a continué en disant: *“Ce fut quelque chose d'imposé avec quoi nous ne nous sentons pas impliquées”*.

Pour Marta, le manque d'une philosophie de soins se reflétait dans les stratégies qu'elles avaient élaborées. Elle l'a raconté ainsi: *“...c'est que ces stratégies que nous avons conçues sont le reflet d'une philosophie et si nous n'avons pas fait ces activités, c'est à cause d'un manque de philosophie...mais nous sommes tellement nombreuses que chacune a sa philosophie!”*.

La deuxième question posée par la chercheuse aux participantes était reliée aux infirmières auxiliaires. La chercheuse a demandé pourquoi elles n'avaient pas considéré l'infirmière auxiliaire en tant qu'élément plus relié avec leur pratique alors qu'elles avaient inclus les étudiantes. Hortensia a répondu: *“C'est que moi je la vois comme nous”* et Marta a ajouté: *“L'infirmière auxiliaire fait partie de l'équipe infirmière”*.

Réfléchir sur la méthode

Dans cette section sont présentées les réflexions des participantes sur la méthode utilisée dans le cadre de la recherche-action. Pour diriger la réunion, la chercheuse a élaboré un guide composé de plusieurs questions concernant la méthode (appendice H). Ce guide a été remis aux participantes avant la réunion afin qu'elles puissent l'utiliser pour leur réflexion.

Un plan simple et ayant du bon sens. Pour les participantes, la méthode utilisée par la recherche-action est simple et a du bon sens. Elle est utilisée souvent dans la pratique mais pas de façon structurée. Marta l'a exprimé ainsi: *“...ce que j'ai trouvé de mieux dans cette recherche était que le plan était simple et avait du bon sens, c'est-à-dire faire, réviser ce que tu as fait et voir ce que tu aimerais modifier et le réessayer, c'est que je trouve que c'est une méthode qui n'est pas spécifique à une recherche sinon que c'est le bon sens dans la pratique au jour le jour, parce que si une chose n'est pas bien, tu l'essaies d'une autre manière...c'est une manière de structurer quelque chose que, je crois, nous faisons toutes parfois de manière désordonnée, c'est une manière d'analyser de façon plus rationnelle quelque chose qui ne va pas bien...je crois que c'est positif et que ça te fait changer”*.

Les participantes considéraient aussi que la méthode est démocratique, fondée sur l'expérience et se déroulant dans la pratique. Bon l'a expliqué ainsi: *“...c'est la plus utile quand on considère qu'il y a un problème ou erreur qui affecte un groupe de personnes qui a la volonté de changer ou d'améliorer. C'est la manière la plus démocratique de travailler en équipe et la plus responsable parce qu'elle est fondée sur l'expérience, elle passe par la réflexion ainsi que la logique et elle se vérifie ensuite avec des résultats réalistes et critiques”*.

La réflexion est essentielle pour le changement. Les participantes considéraient la réflexion individuelle comme un élément-clé pour le changement puisque, selon elles, s'il ne se produit pas, le groupe ne peut pas changer. Marta a expliqué: *“...mais si le*

changement n'est pas personnel, il n'y a pas de changement de groupe, s'il y a un changement personnel, on peut évoluer et le groupe ira plus loin mais s'il n'y a pas de changement individuel, il ne se produit pas de changement à aucun niveau...pour cela, il faut avoir une certaine prédisposition personnelle, deux ou trois personnes assisteront aux réunions, réfléchiront et changeront ce qu'elles pensent qui doit être changé, elles le diront à leurs collègues, mais s'il n'y a pas de travail personnel!?"

Dans la même perspective, Bon a affirmé: *"...la réflexion est la seule façon de réellement faire changer les choses parce qu'une imposition de la part de quelqu'un d'autre n'est pas comprise ni acceptée si elle n'est pas participative. C'est pour cela que ce type de recherche est si bien...ce type de réunions et d'études, quelques infirmières de chaque quart y participent, ça fait changer...comme c'est un changement d'attitude, de valeurs personnelles et individuelles, l'infrastructure, les instruments, les horaires, l'architecture perd un peu d'importance, ça devient secondaire, ce qui est le plus important, ce sont les changements au niveau personnel, ce qui est apparu ici, dans cette étude"*

D'autres participantes affirmaient que la réflexion individuelle et la réflexion collective avaient une importance égale. Manolita expliquait: *"...la réflexion collective est très importante. Tu peux changer certaines actions avec ta propre réflexion mais en ce qui concerne tout ce qui entoure le patient, pour moi, chacun va dans une direction différente si on ne fait pas de réflexion collective..."*

Comprendre et améliorer leur pratique. En premier lieu, les participantes ont affirmé que ce type de méthode les a aidées à mieux comprendre leur pratique, ce qu'elles font et pourquoi. Hortensia a expliqué: *"...ça m'a beaucoup aidée à réfléchir et à prendre conscience de tout ce que je fais"* et Cristina a ajouté: *"...ça m'a aidée à réfléchir sur comment je fais les choses et pourquoi je les fais"*. Elisa a aussi expliqué comment son action pouvait influencer le reste de l'équipe: *"...ça m'a aidée à penser comment j'agis dans le travail, parfois je suis tendue...je ne sais pas, ça m'a aidée à"*

penser à la manière dont les circonstances et les personnes qui m'entourent influencent mes actions et que, de la même façon, j'influencerai les autres, comprendre un peu".

Ce type de méthode a aidé d'autres participantes à percevoir la pratique autrement. Bon l'expliquait ainsi: *"...ça m'a aidé à voir que la pratique n'est pas immobile, qu'elle change, qu'elle est vivante et qu'on doit continuellement l'explorer et travailler parce qu'il est certain que nous ne travaillons pas comme il y a 5 ans..."* et Manolita a ajouté: *"...je comprends plus dans le sens que j'essaie qu'il y ait plus de concordance entre tous les aspects. Au début, il y avait beaucoup de discordance entre les trois aspects, je pense que maintenant j'essaie au moins, je ne fais pas certaines activités parce que ce n'est pas ce dont le patient a besoin en ce moment"*.

Les participantes ont dit que cette méthode les avait aussi aidées à être plus critiques. Bon expliquait: *"Ça m'a aidé à être plus critique envers moi-même et envers les autres...à changer mon attitude, essayer d'être plus mature avec les médecins et avec les autres quarts"*.

Quelques participantes ont dit que cette méthode les avait aidées à être plus tolérantes et à voir l'importance des autres équipes infirmières. Manolita a affirmé: *"Pour ma part, à être plus tolérante, je ne peux pas partager l'idée, avoir une autre vision mais je pense bon..."* et Bon a ajouté: *"...ça m'a fait voir l'importance des autres quarts, de donner plus d'importance aux choses qui arrivent lors des autres quarts"*.

Finalement, les participantes ont dit que cette méthode les avait aidées à se mettre plus dans la peau du patient et de la famille. Hortensia a expliqué: *"...ça m'a aidée à me mettre plus dans la peau du patient et de la famille, pour tous les aspects, qu'ils soient reliés directement à eux ou aux collègues ou aux médecins...depuis que nous faisons cette recherche, souvent, je me mets à sa place et je me dis comment je me sentirais..."*.

En second lieu, les participantes ont dit que, à travers ce type de méthode, elles avaient amélioré leur pratique. Carla a affirmé: *“...le fait de faire cette recherche, d’avoir réfléchi et d’avoir analysé les choses entraîne que tu agis différemment lors d’une admission. Tu as réfléchi à une série de choses que tu essaies de mettre en pratique et, même à ça, je reconnais qu’il y a des choses que j’oublie, mais en général je trouve que c’est positif”* et Hortensia a expliqué: *”Oui, je me rends compte que, grâce à cette recherche, hmm, je me suis beaucoup améliorée, parce que avant aussi, peut-être après un moment je le faisais et maintenant j’ai pris l’habitude de par exemple, couvrir rapidement le patient lors de son admission”*.

Quelques participantes ont dit que, grâce à cette étude, elles parlaient moins de sujets personnels devant le patient. Carla a expliqué: *“...je le fais moins quand ils sont éveillés...”* et Hortensia a ajouté: *“Moi aussi, je le fais moins et surtout, je commence à parler et je me dis: “Oups, là je fais quelque chose que je ne dois pas faire”, et alors ce que je fais c’est de l’introduire dans la conversation”*.

Ce qui a été appris. Les participantes ont dit qu’elles avaient appris beaucoup de choses grâce à ce type de méthode. Certaines participantes avaient appris à réfléchir, à être plus conscientes de ce qui peut être changé et de se rendre compte des erreurs de leur pratique. Carla l’a exprimé ainsi: *“...le fait de faire cette étude, de penser, d’écrire ce que tu fais et ce que tu dis alimente beaucoup la réflexion, te rendre compte de choses dont tu ne te rendais peut-être pas compte lors d’une admission normale. Au niveau personnel, tu peux changer et te rendre compte des erreurs que nous commettons toutes et que, même en ayant fait ça, j’en commets encore, mais au moins je me rends compte que j’en commets, peut-être qu’avant je ne le voyais pas...tu n’étais pas aussi consciente”*. Cristina a dit: *“Que ça peut être changé”* et Hortensia a ajouté: *“J’ai appris à réfléchir et à prendre conscience de tout ce que nous faisons”*. Manolita l’a exprimé ainsi: *“...j’ai appris que nous imposons souvent nos besoins au patient”*.

Les participantes ont aussi dit qu'elles avaient appris à accepter les différences d'opinion à propos d'un thème. Manolita l'expliquait ainsi: "*...on peut voir les choses sous différents angles, tous valides*". Dans ce sens, Hortensia a dit: "*La tolérance*" et Bon a ajouté: "*...comprendre les autres...des détails qui ne sont rien pour toi mais qui signifient quelque chose pour les autres*".

Finalement, les participantes ont exprimé qu'elles avaient appris, comme le disait Bon, à: "*...plus partager et dialoguer*" et, comme l'exprimait Marta: "*Qu'il faut toujours se poser des questions sinon tu tombes dans la routine*".

Les difficultés, les critiques et les éléments de solution. Les participantes ont été critiques envers la méthode, elles ont exprimé les difficultés qu'elles avaient rencontrées lors du processus et elles ont suggéré des éléments de solution.

En premier lieu, les participantes ont exprimé leurs difficultés avec le modèle de recherche-action utilisé. Marta a expliqué: "*La difficulté que j'ai parfois rencontrée a été de distinguer les aspects du modèle, le langage et les relations qui sont si entremêlées que parfois tu ne sais pas par où commencer pour changer*".

En second lieu, les participantes croyaient que certaines stratégies n'ont pas pu être implantées correctement parce que toutes les infirmières de l'unité n'étaient pas impliquées dans l'étude. Bon a expliqué: "*...j'ai bien aimé ce qui a concerné le langage et le ton, comme tu as réfléchi et tout, tu prends conscience, mais comme tout le monde ne l'a pas fait, peut-être que tu essaies de ne pas crier, tu cries sans t'en rendre compte, tu essaies de ne pas crier, mais comme les autres crient!*". Carla a ajouté: "*Si nous prenions une admission entre nous trois qui avons fait cela, ce serait d'une autre manière, nous nous surveillerions les trois...dans les deux admissions que j'ai faites, évidemment, des gens viennent dans l'unité de soin et une crie, l'autre te rend nerveuse...*" et Hortensia a réitéré: "*...si tout le monde faisait ça et qu'on se mettait*

d'accord, ça pourrait nous aider un peu plus. Mais sinon, tu oublies puis tu te rappelles...si tout le monde le sait, c'est plus facile".

Les participantes croyaient qu'il était important que le reste des infirmières soient impliquées dans l'implantation des stratégies mais elles étaient conscientes que si les autres ne réfléchissaient pas comme elles l'avaient fait, elles ne les adopteraient pas. Carla l'a exprimé ainsi: *"...je trouve que le reste de l'équipe est le plus difficile...si le reste de l'équipe réfléchissait autant que j'ai réfléchi, oui, parce que la réflexion est la clé"* et Bon a ajouté: *"On ne peut pas dire aux autres ce qu'ils font mal, c'est un travail personnel"*.

Malgré cela, les participantes voulaient que le reste des infirmières soient impliquées parce que, comme disait Bon: *"...c'est quelque chose d'équipe et, de plus, il faut le repasser plusieurs fois pour ne pas oublier...je le ferai savoir au reste du groupe parce que sinon ça ne sert à rien puisque qu'une le fait alors qu'ils sont cinq dans l'unité, ça ne sert à rien...c'est pour cela que nous devrions faire ces réunions avec toute l'équipe pour tous travailler avec la même idéologie malgré l'hôpital et le modèle médical qu'il y a..."*.

Les participantes ont proposé quelques solutions. Bon a proposé: *"Il faudrait faire des réunions périodiquement parce que sinon, à la longue, on retombe dans la routine"* et Hortensia a ajouté: *"Finalement tu arrêtes de le faire, tu n'arrives pas à en faire une habitude"*. Dans ce sens, Manolita a affirmé: *"J'avais eu l'idée de faire plusieurs groupes de tous les quarts de travail et, par exemple, chaque mois les groupes pourraient se réunir et chaque trois mois tous les groupes ensemble"* et Lola a ajouté: *"Si nous voulons que toutes les infirmières de l'USI changent, elles devraient toutes passer par ces groupes, ça pourrait être des groupes rotatoires"*.

Les participantes et la chercheure voulaient montrer à toute l'équipe ce qui avait émané de cette étude. Elles ont pensé qu'elles pourraient envoyer une lettre à chaque

infirmière avec les résultats ou faire une réunion. Finalement, elles ont décidé de faire les deux. Bon l'a expliqué ainsi: *“On peut faire les deux, premièrement une lettre pour qu'elles réfléchissent et ensuite une réunion”* et Elisa a ajouté: *“On les invite à la réunion dans la lettre”*. Il était important pour les participantes de faire savoir que la réunion était proposée par leurs propres collègues et non par un chef. Manolita l'a exprimé ainsi: *“Et c'est une réunion voulue par les propres collègues, parce qu'ils disent parfois: “Ah non! Une autre réunion!”, l'audience est différente s'ils savent que ce sont leurs propres collègues et non une imposition de la supervision”*.

Finalement, les participantes pensaient que ce travail ne pouvait pas en rester là et qu'il faudrait continuer à travailler dans cette perspective. Bon l'a exprimé ainsi: *“...ce type d'étude ne peut pas en rester là, d'ici quelques mois, il faudrait se réunir de nouveau pour rafraîchir les choses, pour changer des concepts, non?”*. Toutes les participantes en étaient d'accord.

En conclusion, ce qu'on vient de décrire est la réflexion des participantes guidée par le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988). L'étude a exploré le changement dans trois dimensions présentes dans la culture des groupes: le langage, les activités et les relations. Les participantes ont observé, réfléchi et modifié ces trois dimensions de leur pratique et se sont concentrées sur le moment de l'admission des patients à l'unité pour leur analyse. De plus, elles ont inclus dans ce processus l'analyse des instruments infirmiers utilisés dans l'unité pour réaliser le plan de soins.

Tout au long de l'étude, les participantes ont réalisé un processus réflexif sur la réalité de leur pratique infirmière à l'USI, dans un contexte où le rôle de l'infirmière est fondamentalement lié à la vigilance et au contrôle des signes et symptômes ainsi qu'à l'administration du traitement médical prescrit. Toujours dans ce contexte, le rôle propre de l'infirmière est relégué au second plan, le travail en équipe est inexistant et la pratique est guidée par un modèle traditionnel ou médical. À travers les réflexions sur leur pratique, il a été mis en évidence qu'il existe une dépersonnalisation du patient, un

éloignement avec la famille, un manque de collaboration entre les infirmières et les médecins et, finalement, des instruments de collecte de données infirmière peu utiles et un désintéressement face à ceux-ci.

CHAPITRE V

Discussion

Discussion

Cette étude s'intéressait à promouvoir la réflexion sur les soins infirmiers à partir d'un processus participatif des intervenants afin d'apporter des changements dans leur pratique infirmière. De manière plus particulière, elle voulait premièrement comprendre comment le processus de réflexion pourrait mener à l'élaboration de stratégies de changement de la pratique infirmière et, deuxièmement examiner l'incorporation d'une nouvelle façon de concevoir l'action infirmière à travers un groupe de réflexion-action.

Ce chapitre est organisé autour de trois thèmes. La chercheuse explore d'abord le processus réflexif développé par les participantes sur leur pratique quotidienne à l'USI pour ensuite aborder le changement vers la nouvelle façon de concevoir les soins infirmiers qu'elles ont adopté. La chercheuse porte finalement un regard sur le processus de la présente étude et ce à partir de son point de vue et de celui des participantes.

La réflexion comme base pour promouvoir un changement

Le concept de réflexion est un des éléments centraux de la recherche-action (Kemmis et McTaggart, 1988, Kock et Harrington, 1998). Le processus réflexif se caractérise par une auto-critique continue et une auto-appréciation de nos pratiques (Kock et Harrington, 1998; Schön, 1994). Les personnes impliquées dans ce processus sont plus conscientes de ces aspects de leur pratique qu'elles réalisaient de manière inconsciente, ce qui explique que beaucoup de participantes ont été surprises de ce qu'elles ont observé de leur pratique.

Le processus réflexif provoque une plus grande compréhension de nos actions (Hagland, 1998) puisque nous les observons, les analysons et y réfléchissons. Par conséquent, il provoque la reconnaissance et le développement des connaissances infirmières (McTaggart, 1991; Smith, 1998).

Beaucoup d'auteurs pensent que le processus réflexif doit se comprendre dans un contexte social déterminé et en tenant compte des personnes qui le constituent (Hagland, 1998; Kemmis et MacTaggart, 1988; Lavoie et coll., 1996; McTaggart, 1991, 1997). C'est pour cette raison que les réflexions faites par les participantes sur le langage, les activités et les relations qu'elles avaient avec le patient, la famille, le médecin et les collègues ainsi que sur les instruments qu'elles utilisent pour la collecte de données infirmière, doivent être comprises dans un contexte déterminé.

Le contexte de la pratique utilisé par les participantes pour faire leur réflexion a été le moment de l'admission du patient à l'unité des soins intensifs. Celui-ci est déterminé par divers aspects. Premièrement, le rôle des infirmières à l'USI est centré sur la vigilance et le contrôle des signes et des symptômes ainsi que sur l'administration du traitement prescrit plutôt que sur le fait de procurer un confort physique et émotionnel au patient et à la famille, d'aider le patient à réaliser les activités nécessaires pour recouvrer sa santé, d'établir une relation de confiance et de considérer la personne d'une manière holistique.

En deuxième lieu, le rôle délégué est celui qui occupe la majeure partie du temps, ce qui fait que les infirmières relèguent leur propre rôle au second plan. Les infirmières justifient ce fait par différents arguments, certains d'entre eux plus compréhensibles que d'autres pour des moments précis. Les arguments utilisés par les infirmières ont été les suivants: le rythme de l'USI (techniques de soins excessives), le type de patient (sous sédatifs ou non), le type de famille (si elle pose des questions ou non), le temps ou la charge de travail, la hiérarchie du travail ou le manque d'autonomie. Les deux derniers arguments sont ceux qui préoccupent le plus les participantes et ils ont été mentionnés tout au long de l'étude.

En troisième lieu, le contexte est aussi déterminé par l'absence de travail d'équipe, que ce soit entre les professionnels de la santé ou entre les infirmières. Elles considéraient que le fait de travailler en équipe dépendait du médecin de garde, du travail qu'il y avait

dans l'unité ou de la gravité de l'état du patient. Par contre, s'il y avait réellement une tradition de travail en équipe dans l'unité, celle-ci était toujours présente indépendamment du médecin de garde, de l'excès de travail ou de la gravité de l'état du patient. En quatrième et dernier lieu, dans ce contexte, le travail continue de se faire avec un modèle médical même si les infirmières ont reçu la formation sur le modèle infirmier de Henderson et que les instruments qu'elles utilisent sont basés sur celui-ci. Les participantes étaient plus préoccupées par le fait d'avoir une attitude de respect et de soins intégraux envers le patient et la famille que le fait de travailler avec un modèle infirmier ou avec un modèle traditionnel ou médical.

Les participantes ont réalisé le processus réflexif dans un contexte où la hiérarchie du travail et le manque d'autonomie et d'auto-affirmation, principalement, provoquaient l'existence d'un rôle délégué excessif assumé par elles ainsi qu'un manque de travail en équipe, ce qui entraîne un déficit de communication entre les professionnels qui soignent le patient et une pratique basée sur le modèle traditionnel.

La dépersonnalisation du patient. Le risque de déshumanisation à l'USI est un thème récurrent dans les écrits. Certains auteurs pensent que la haute technologie, chaque fois plus présente dans ces unités, est une des raisons de la déshumanisation et de la dépersonnalisation (Marsden, 1991; Torralba, 1999). Après presque une décennie entre les publications de ces deux auteurs, tout porte à croire que la déshumanisation des soins reste présente de nos jours et continue de préoccuper les professionnels, les professeurs et les chercheurs.

Selon Gafo (1994), le fait qu'un patient devienne un objet signifie qu'il perd ses traits personnels et individuels. On fait abstraction de ses sentiments et de ses valeurs et il est identifié par ses traits externes: celui qui souffre d'une certaine pathologie, celui qui reçoit un traitement précis, celui qui occupe un lit déterminé ou une certaine chambre.

Les participantes, durant la réflexion sur leur pratique, ont constaté que leur langage, leurs activités et leurs relations avec le patient sont caractérisés par différents éléments qui aident la dépersonnalisation et l'objectivation du patient.

En premier lieu, le langage est caractérisé par son insuffisance ou son inexistence, surtout avec le patient inconscient même si, quand le patient conscient est dans un état grave, le langage est identique à celui utilisé avec le patient inconscient (Gastaldo et Holmes, 1999; Heartfield, 1996; Henderson, 1994). Cela entraîne que, même si les participantes avaient dit que la communication avec le patient dépendait de son état de conscience, en réalité, il dépend de la gravité de son état. Cette étude désigne les problèmes suivants, qui sont aussi mentionnés dans les écrits: l'utilisation de diminutifs qui donnent lieu à une forme de paternalisme qui était jusqu'ici invisible pour les participantes, les explications unidirectionnelles (de l'infirmière au patient), sans attendre la réponse du patient, le fait de ne pas connaître son nom et de l'appeler par des surnoms, les cris (Morse, 1999), le fait de parler de sujets personnels devant le patient, la manque d'écoute et la présence de phrases toutes faites ou incorrectes. Ces attitudes représentent un manque de respect envers la personne et leur présence aggrave la situation déjà critique du patient (Rubio, 1997).

En deuxième lieu, les activités sont réalisées mécaniquement et rapidement en laissant de côté les requêtes du patient jusqu'à ce que le protocole d'admission ait été complété. Tout comme le démontre l'étude de Henderson (1994) qui décrivait la pratique des infirmières de l'USI, les soins infirmiers lors de l'admission d'un patient à l'unité sont très centrés sur la vigilance et le contrôle par le monitoring de toutes les constantes vitales ainsi que sur l'administration du traitement prescrit. Par conséquent, le corps est traité de manière objective et est divisé en ses parties physiques pour pouvoir le quantifier (Henderson, 1994; Torralba, 1999; Williams, 1997). Dans ce sens, Gadow (1984) affirme que ces infirmières soignent selon le paradigme scientifique où on considère le corps comme une machine à contrôler ou comme un objet. Soigner un être humain est soigner

quelqu'un et non quelque chose et l'être humain ne pourra jamais être réduit à la catégorie des choses (ce qui arrive lors de l'objectivation du patient).

Il est important que, lors de l'admission d'un patient à l'unité dans un état très grave ou en danger de mort, l'infirmière soit capable de manipuler les machines correctement et de réaliser rapidement les procédures, mais quand la survie est assurée, ce qui est arrivé lors de plusieurs admissions, les infirmières agissent de la même manière.

Les activités sont réalisées sur le patient et non avec lui. Dans ce sens, les infirmières ne laissent pas le patient participer ou faire des choses puisque, pour elles, il est beaucoup plus simple et rapide de le faire elles-mêmes que d'attendre une aide minime de sa part. Le patient ne prend ni ne participe à aucune décision parce que le plus important pour les infirmières à ce moment est de réaliser toutes les activités dérivées du protocole d'admission.

Les participantes critiquent les brancardiers parce qu'ils se sont approprié des activités propres aux infirmières. Si les infirmières sont plus préoccupées par d'autres aspects que leur rôle propre, elles délèguent leurs fonctions à une personne qui est moins préparée à les remplir (Henderson, 1969; Henderson et Nite, 1978).

Finalement, il n'est pas étonnant qu'avec ce type de langage et d'activités, la relation patient/infirmière soit, dans le meilleur des cas, informative et, dans le pire des cas, paternaliste ou de soumission de la part du patient.

L'éloignement par rapport à la famille. L'admission d'une personne à l'USI génère dans la famille un stress émotionnel important accompagné d'anxiété, de nervosité et de préoccupation. Ces manifestations peuvent être amplifiées si l'infirmière ne considère pas la famille et ne l'aide pas au cours du processus (Quinn, Redmond et Begley, 1996a; Simpson, 1997; Wilkinson, 1995). Cependant, dans la pratique, les

participantes ont observé des déficits reliés au contact infirmier avec la famille qui se traduisent par le type de langage, des activités et de la relation qui s'établissait entre eux.

En premier lieu, le langage utilisé avec la famille était, dans la majorité des cas, unidirectionnel. L'infirmière expliquait à la famille l'infrastructure de l'unité (horaires et normes) et, seulement dans le cas où la famille le demandait, elle éclairait les doutes ou donnait des explications. Le fait que la famille connaisse l'infrastructure de l'unité est important pour diminuer son stress mais non suffisant (García, Cámara, Aparicio et Cases, 1995). Divers auteurs ont constaté que les besoins de la famille sont reliés à l'information, la communication et la sécurité sur le patient et les professionnels qui le soignent (Hickey, 1990; Titler, Bombei et Schutte, 1995; Zazpe, 1996; Zazpe, Margall, Otano, Perochena et Asiain, 1997). Conséquemment, la communication avec la famille est un aspect important des soins infirmiers mais déficitaire dans le contexte de ces infirmières. Le fait que les infirmières ne connaissent pas la teneur de l'information communiquée à la famille par le médecin sur l'état de leur parent les rendaient mal à l'aise et faisait qu'elles avaient peur d'expliquer à la famille des aspects de la maladie que le médecin n'avait pas expliqué. Certaines d'entre elles ont cherché des alternatives qu'elles ne pouvaient pas toujours mettre en pratique (demander à la famille ce que le médecin leur a expliqué ou demander au médecin ce qu'il a expliqué à la famille) pour ne pas provoquer des conflits ou des contradictions entre l'information donnée par le médecin et celle donnée par l'infirmière. Comme l'ont exprimé les participantes, elles ne peuvent pas faire le lien entre le patient et sa famille parce qu'elles ne connaissent pas, dans la majorité des cas, l'information reçue par la famille sur le processus de la maladie de leur parent.

Zazpe (1996) affirme qu'un des éléments qui interfère dans la communication avec la famille est l'utilisation d'un langage inapproprié qui utilise beaucoup de mots techniques, ce qui rend les explications difficiles à comprendre. Dans ce sens, les participantes ont utilisé un langage simple, succinct et ont parlé lentement et de façon aimable, même si ce dernier aspect frôlait parfois le paternalisme puisqu'elles parlaient à la famille sur un ton protecteur et infantilisant.

La majorité des participantes se présentent à la famille seulement avec leur prénom et peu s'identifient en tant qu'infirmière. Ces deux faits poussent la chercheuse à se demander si le manque d'autonomie ou le fait de ne pas remplir leur rôle propre peuvent causer une faible estime de soi et un manque d'auto-affirmation en tant que professionnels infirmiers.

Certains aspects du langage utilisé par les infirmières comme le fait de parler du patient au passé avec la famille et d'utiliser des phrases toutes faites peuvent favoriser l'augmentation du stress émotionnel de la famille, empêcher l'établissement d'une relation de confiance et, par conséquent, entraver la satisfaction du besoin de sécurité de la famille.

En second lieu, les activités réalisées par les participantes avec la famille sont insuffisantes. Les infirmières de l'USI sont là pour aider les patients et les familles mais le patient est souvent le seul centre d'attention des soins infirmiers (Lindahl et Sandman, 1998; Robb, 1998a). L'infirmière de l'USI est la seule personne qui peut vraiment connaître, soutenir et protéger la famille (Lindahl et Sandman, 1998), contrairement à ce que les participantes ont observé. Durant le temps qui s'écoule entre l'arrivée de la famille à l'unité et le moment où elle peut entrer voir son parent (temps qui peut varier entre quelques minutes et plusieurs heures), la famille n'a presque pas de contact avec l'infirmière pendant qu'elle attend dans la salle réservée aux familles. Plus tard, quand elle entre dans l'unité, ce qui importe aux infirmières est d'expliquer les horaires de l'unité et de noter les numéros de téléphone. Dans certains cas seulement, les infirmières réalisent des activités de soutien en donnant de l'information sur l'appareillage ou en leur demandant s'ils ont des interrogations ou s'ils ont besoin de quelque chose.

Une des activités avec la famille propre aux infirmières est l'entrevue familiale étant donné que le patient ne peut pas répondre aux questions (Adam, 1991; Phaneuf, 1986; Riopelle et Leduc-Ladonde, 1982). L'entrevue avec la famille a l'objectif de mieux connaître le patient (habitudes, déficiences sensorielles,...) pour pouvoir procurer des

soins de qualité. Ceci est un aspect important pour les participantes, non seulement pour le patient mais aussi pour les membres de la famille (ils se sentent plus utiles) mais celles-ci ne pensent pas qu'il soit adéquat de la faire au moment de l'admission à cause du degré d'anxiété et de préoccupation de la famille.

Finalement, la relation entre les infirmières et les familles est définie par les participantes comme accueillante mais distante, paternaliste (protection excessive) ou d'évitement. Dans ce sens, Zazpe (1996) affirme que l'infirmière qui tente de se protéger et ainsi d'éviter de partager la souffrance peut avoir une attitude distante ou indifférente envers la famille. Cette attitude rend aussi difficile la communication infirmière/famille qui est un besoin important de la famille. Malgré tout cela, les participantes croient que le moment de l'admission n'est pas opportun pour établir une relation d'aide puisque les parents sont trop affectés. Cependant, est-ce le type de relation que la famille attend de l'infirmière? On retrouve dans les écrits de nombreuses études sur les besoins d'une famille qui a un parent admis à l'USI (Quinn et coll., 1996a, 1996b; Robb, 1998a, 1998b; Wilkinson, 1995; Zazpe et coll., 1997), mais il faudrait encore en réaliser davantage sur la véritable relation qui s'établit entre l'infirmière et la famille ainsi que sur l'amélioration de cette relation en tenant compte de la perspective de l'infirmière et de celle de la famille.

Le manque de collaboration entre l'infirmière et le médecin. La collaboration problématique entre les infirmières et les médecins est un thème traité par différents auteurs dans les écrits (Bellman, 1996; Kappeli, 1995; Lindahl et Sandman, 1998). Dans le contexte de cette recherche, l'absence de travail en équipe, la hiérarchie du travail et le manque d'autonomie des infirmières peuvent être, entre autres, les précurseurs du langage, des activités et des relations qui s'établissent entre les infirmières et les médecins et qui ont été décrits par les participantes.

En premier lieu, le langage est déterminé par deux conditions: le médecin de garde et l'état du patient. Ces deux conditions engendrent deux types de langage. Le premier, considéré «correct» par les infirmières au moment de l'admission, consiste en des phrases

succinctes ou des petits mots. Le type de communication qui s'établit avec ce langage est celui de question-réponse et d'ordre-exécution. Ces types de communication sont vécus de façon différente: certaines infirmières l'interprètent comme une demande d'un professionnel à un autre alors que d'autres le vivent comme une soumission de l'infirmière puisqu'elle exécute les ordres.

Le deuxième type de langage, considéré comme «incorrect» par les participantes, est caractérisé par un langage presque inexistant, des cris ou des commentaires grossiers. Les infirmières ressentent de la colère et de l'impuissance face aux commentaires grossiers vu qu'elles ne répondent habituellement pas même si elles pensent qu'elles devraient le faire. Selon elles, le manque d'auto-affirmation ou d'autonomie et possiblement la faible estime de soi pourraient être les causes de leur silence.

Le médecin montre un manque de respect envers l'infirmière qui se manifeste par des cris, des commentaires grossiers et un manque d'écoute ou de l'indifférence quand il pose des questions. Un modèle de communication semble exister entre les différents éléments étudiés; les médecins n'écoutent pas les infirmières et celles-ci n'écoutent pas les patients.

En deuxième lieu, deux types d'activités s'établissent entre l'infirmière et le médecin. Premièrement, les activités médicales que les infirmières réalisent comme par exemple le rôle délégué excessif ou le fait de donner de l'information médicale à la famille. Comme le disent les participantes, le médecin délègue des aspects de sa pratique parce qu'il fait confiance à la capacité de l'infirmière pour les réaliser. Par contre, il ne lui fait pas réellement confiance en tant que professionnelle des sciences infirmières mais plutôt en tant que pseudo médecin. Le risque que l'infirmière se comporte en pseudo médecin a déjà été mentionné dans les écrits (Adam, 1991; Briggs, 1991). Le problème n'est pas qu'ils essaient de déléguer des aspects médicaux, mais plutôt que les infirmières l'acceptent. Certains auteurs ont expliqué des raisons possibles pour lesquelles les infirmières de l'USI acceptent ce rôle. Cette acceptation peut être due au fait que les

infirmières considèrent les connaissances médicales comme supérieures et procurant du pouvoir (Williams, 1997) et le fait d'accepter ce rôle leur donne plus de pouvoir et de prestige. Un peu dans le même sens, Briggs (1991) considère que le genre est un élément déterminant. La médecine est reliée au sexe masculin alors que le sexe féminin est considéré comme plus relié aux sciences infirmières (malheureusement, c'est encore une réalité dans la culture espagnole). Pour cet auteur, les infirmières de l'USI acceptent ce rôle de mini-médecin parce qu'il leur donne un statut supérieur. Dans ce sens, les participantes croient que leur acceptation est due au manque d'auto-affirmation ou d'autonomie en tant que professionnels infirmiers.

Le second type d'activités réalisé par l'infirmière avec le médecin consiste à l'aider (donner le matériel) et réaliser les différentes techniques de soins ou examens comme la mise en place d'un cathéter ou une intubation. Le problème est qu'il faut que ce soit fait quand le médecin l'indique, peu importe ce que l'infirmière est en train de faire à ce moment-là. Par conséquent, on attend de l'infirmière qu'elle soit à la disposition du médecin et cela démontre de nouveau un manque de travail en équipe.

Finalement, ce qui préoccupe le plus les infirmières est que la relation ne soit pas professionnelle ni de collaboration entre les différents professionnels qui soignent le patient. La réalité est que, sans un travail en équipe, sans un respect des connaissances et de la perspective de chaque professionnel ainsi qu'avec une structure hiérarchisée, il sera difficile d'améliorer la relation infirmière/médecin.

La collaboration entre les infirmières. En premier lieu, il existe chez les infirmières un langage de soutien et d'aide, même si ce langage est aussi caractérisé par un manque de respect envers le patient. Parmi les aspects qui donnent lieu au manque de respect, il faut mettre en évidence les commentaires hors contexte (p. ex. parler du patient devant lui) et le fait de parler de sujets personnels dans l'unité de soin.

En deuxième lieu, le fait qu'il y ait autant de gens dans l'unité entraîne que toutes parlent en même temps, crient et rient parfois fort, que les activités se font rapidement (même en situation de stabilité du patient) et qu'il existe une duplication et un manque de coordination entre elles. L'infirmière ne peut pas jouer son rôle de coordination des différents professionnels si elles ne sont pas coordonnées entre elles. Les infirmières réalisent très rapidement toutes les activités dérivées du protocole d'admission et c'est seulement après qu'elles prêtent attention aux requêtes du patient; pour elles, il est plus important de monitorer le patient que de rester deux minutes debout à l'écouter. Cette situation doit se comprendre dans un contexte sans risque pour le patient puisque, s'il est admis dans un état de mort imminente, logiquement, le plus important est de le stabiliser grâce à des techniques de soins et des traitements.

Finalement, la relation entre elles est d'appui et de collaboration même si, à certains moments, elle peut être non professionnelle à cause du langage utilisé entre elles devant le patient. Une participante affirmait que tous les types de relation sont possibles devant le patient inconscient ou sous sédatifs. Cette affirmation, qui peut paraître crue à première vue, est souvent répétée dans la pratique de l'USI, étant donné que c'est surtout avec ce type de patient que les infirmières ont une relation non professionnelle. Dans ces cas, il faudrait se demander: jusqu'où va la conscience du patient inconscient ou sous sédatifs? Quels sont les sens encore en alerte? Tant qu'il y aura des doutes sur les réponses à ces questions et que certains patients racontent qu'ils ont tout entendu même en étant inconscients ou sous sédatifs (comme ce fut le cas d'un patient de l'une des participantes), il conviendrait que les infirmières prennent en considération que le patient peut entendre ce qui est dit.

Les instruments infirmiers. Le type de pratique réalisé par l'infirmière peut être mis en évidence par les instruments qu'elle utilise dans sa pratique quotidienne (Heartfield, 1996; Henderson, 1994).

Dans le contexte de cette étude, les infirmières utilisent trois instruments: la feuille d'admission, la feuille de diagnostics et la feuille journalière du patient. Même si les participantes croient que le premier instrument est clair, concret et simple, en dépit du fait qu'il peut être amélioré, elles le trouvent, à première vue, peu applicable et peu utile pour les patients de l'USI. L'état grave de nombreux patients fait que la collecte de données basée sur les 14 besoins de Henderson n'est pas applicable. Dans ce sens, on peut énoncer quelques exemples qui montrent ce manque d'utilité: le patient ne décidera pas son type de diète (il sera alimenté par une sonde ou par intraveineuse), ni son rythme d'élimination intestinale et urinaire (il portera une sonde vésicale et on lui administrera probablement des diurétiques ainsi que des laxatifs pour prévenir la constipation). Beaucoup d'autres besoins pourraient être énumérés (apprendre, se récréer, s'habiller et se déshabiller,...) sur lesquels le patient n'a aucune influence et n'en aura pas avant un certain temps.

Ce raisonnement a amené le concept du peu d'intérêt qu'ont les infirmières à faire la collecte des données ou même à lire celle réalisée par l'autre collègue. Deux idées-clés surgissent des réflexions du groupe: l'instrument n'est pas utile et les infirmières n'ont pas d'intérêt pour lui. La chercheuse se pose cependant deux questions: est-ce qu'il n'est pas utile parce que les infirmières n'y sont pas intéressées? ou y a-t-il peu d'intérêt parce qu'il est inutile?.

Le deuxième instrument a aussi reçu des critiques: l'instrument ne change pas la manière de travailler, écrire les diagnostics standards que tout patient admis à l'USI présente n'a pas de sens, ce sont les diagnostics individualisés qui sont importants et le fait de remplir cette feuille est une obligation. Si les infirmières annotaient seulement les diagnostics individualisés et uniques à ce patient au lieu de la liste des diagnostics standards, elles y trouveraient possiblement un sens et ne le vivraient pas comme une obligation. Finalement, c'est le troisième instrument (la feuille journalière du patient) le plus accepté par les infirmières.

Si on continue avec l'idée de Heartfield (1996) et de Henderson (1994), ces deux instruments représentent une pratique infirmière basée sur un modèle infirmier mais ne sont pas, en général, très acceptés des infirmières. Est-ce que cela peut être dû au manque d'autonomie, au fait de peu remplir leur rôle propre ou au manque d'intérêt pour le modèle? C'est peut-être dû à la somme de tous ces aspects.

À travers le processus réflexif, les participantes ont pu mieux se connaître elles-mêmes et être plus sensibles et critiques dans un entourage pratique déterminé (Johns, 1998). Elles ont aussi développé une plus grande conscience par rapport à ce qu'elles font, ce qui a permis d'initier un processus de changement. Les participantes, grâce au processus réflexif, ont élaboré des stratégies de changement qui ont donné lieu à une nouvelle façon de concevoir la pratique infirmière.

Le changement vers une nouvelle façon de concevoir l'action infirmière

Le changement vers une nouvelle manière de concevoir les soins infirmiers a provoqué chez les participantes une modification dans leur façon traditionnelle de concevoir les soins. Ce changement a été possible par la mise sur pied d'un groupe de réflexion-action.

Dans ce sens, Johns (1999), qui se base sur les idées de Belenky, Clinchy, Goldberger et Tarule (1986) dans *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice and Mind*, affirme que la réflexion génère un *empowerment* chez les infirmières pour passer du silence (*silence*), où les techniques de soins sont vues comme plus importantes que le travail de soins infirmiers, à une voix construite (*the constructed voice*) qui leur a permis de répondre de façon appropriée vers une pratique souhaitable et effective. Par un effort individuel et collectif, les participantes ont modifié et transformé progressivement leur philosophie de soins et ont réussi à concevoir les soins infirmiers d'une façon moins traditionnelle et plus holistique. Selon Gadow (1984) cette nouvelle

action infirmière adoptée par les participantes se trouve dans le paradigme empathique où le corps est considéré comme un sujet.

Dans les prochaines sous-sections, la chercheuse montre la nouvelle façon de concevoir les soins infirmiers en relation avec le patient, la famille, les médecins et les collègues ainsi qu'avec les instruments infirmiers. Les innovations mises en pratique y sont présentées ainsi que la façon dont elles ont été évaluées postérieurement par les participantes.

Respecter et considérer le patient. À partir des changements implantés dans la pratique reliés au langage, aux activités et aux relations avec le patient, les participantes ont adopté une action infirmière différente qui se caractérise pour être plus humaniste. Dans sa recherche pour humaniser les soins infirmiers à l'ère de la technologie, Gafo (1994) a élaboré une liste des attitudes et des comportements qui aideraient les infirmières à humaniser le soin. De nombreux éléments de cette liste coïncident avec les stratégies de changement élaborées par les participantes (par exemple, appeler le patient par son nom, l'informer de tout ce qui se fait, démontrer du respect,...).

Les stratégies de changement implantées dans la pratique par les participantes ont aidé à humaniser les soins parce que, d'un côté, elles ont accru le respect envers le patient en le considérant et en l'évaluant comme une personne (par ex.: savoir son nom avant de l'admission, éviter les phrases toutes faites et les commentaires hors contexte, attendre la réponse du patient, éviter d'exposer son corps, de les traiter comme des enfants ou de crier) et, d'un autre côté, elles ont permis de procurer des soins plus intégraux (par ex.: évaluer la douleur, établir une relation thérapeutique, en savoir plus sur le patient avant qu'il n'arrive à l'unité, favoriser la participation ou tenir plus compte des requêtes du patient que du protocole d'admission).

En ce qui concerne le fait d'éviter de les traiter comme des enfants, Jennifer (une personne de 20 ans) a expliqué l'expérience d'être hospitalisée à une USI. Elle affirmait:

«Je conseille aux infirmières qui travaillent dans les USIs de transmettre de la sérénité et de l'amour sans traiter les personnes comme de petits enfants, ça me dérange beaucoup» (Salcedo et Sánchez, 2000).

Toutes les stratégies ont été évaluées positivement par les participantes même si quelques stratégies ont été, dans certains cas, difficiles à implanter. Les raisons de cette difficulté ont été, d'un côté, la rapidité avec laquelle se déroule l'admission et, d'un autre côté, les habitudes bien établies dans leur pratique qui sont souvent les plus difficiles à changer. Malgré cela, les infirmières ont constaté qu'elles sont plus conscientes de leurs habitudes et sont arrivées à la conclusion que, si elles étaient à la place du patient, elles n'aimeraient pas que l'infirmière fasse ce qu'elles font. Ce phénomène est ce Belenky et coll. (1986) ont dénommé l'empathie compréhensive (*empathic understanding*), c'est-à-dire être en contact avec l'autre à travers la compréhension de son expérience.

Être plus près de la famille. Comme nous le rappelle Wilkinson (1995), si les infirmières veulent dispenser des soins holistiques, elles doivent être capables d'identifier les besoins spécifiques des membres de la famille et de faire les interventions appropriées. Dans ce sens, les participantes ont élaboré une série de stratégies afin de pouvoir être plus près de la famille et d'offrir des soins plus intégraux et plus humains.

Les stratégies qui ont aidé la famille à combler son besoin d'information et de communication ont été: être présente quand le médecin donne de l'information à la famille (les infirmières se sentent plus disposées à éclairer des doutes ou à donner des explications à la famille quand elles connaissent l'information reçue par la famille et la réaction que celle-ci a provoqué), demander le lien de parenté (cette information les a aidées à savoir à qui elles s'adressaient et quel degré d'intimité la personne avait avec le patient), se présenter, s'identifier et poser des questions à la famille sur les antécédents du patient.

Parmi les stratégies qui ont aidé à combler partiellement le besoin de sécurité de la famille, on retrouve: éviter d'avoir un ton protecteur (toutes sont d'accord pour dire que ce n'est pas convenable même si, dans la pratique quotidienne, certains familles en ont besoin à des moments déterminés), se présenter clairement pour que les membres de la famille sachent qui est l'infirmière qui s'occupe de leur parent et qu'elle est là pour les aider, leur dire de sonner s'ils ont besoin de quelque chose et avoir un premier contact avec la famille pendant qu'elle attend dans la salle destinée aux familles. Cette dernière stratégie a été évaluée très positivement par les participantes. Elles ont constaté que le temps qui passe jusqu'à ce que la famille puisse entrer dans l'unité s'écoule d'une manière différente pour la famille que pour les infirmières et cette attente est, selon les participantes, une souffrance pour la famille. De nouveau, les infirmières réalisent une empathie compréhensive (Belenky et coll., 1986) puisqu'elles sympathisent avec la famille et réussissent à mieux comprendre ce que peut vivre la famille pendant qu'elle attend dans la salle. De plus, c'est seulement avec cette stratégie que les infirmières ont offert un appui aux familles (par l'écoute), de l'information (sur ce qui se passe) et de la sécurité (en les tranquillisant). Selon les participantes, les familles, à leur tour, ont manifesté leur gratitude.

Essayer d'avoir une collaboration entre les infirmières et les médecins.

Durant l'élaboration des stratégies reliées aux médecins, les participantes ont critiqué le langage, les attitudes et les comportements de quelques médecins. Cette dialectique a continué jusqu'à ce qu'elles se rendent compte qu'elles devaient tout d'abord diriger leurs efforts vers elles-mêmes. À partir de ce moment, les participantes ont été plus ouvertes pour trouver des stratégies de changement. Étant donné le contexte et la situation particulière vécue par les infirmières avec les médecins (hiérarchie du travail, absence de travail en équipe), les participantes ont créé des stratégies réalistes et pouvant être mises en pratique.

Gorney (1999) affirme que la communication entre l'infirmière et le médecin est vitale pour pouvoir offrir des soins de qualité au patient. Dans ce sens, les participantes

ont élaboré des stratégies de changement avec l'intention d'établir, entre les infirmières et les médecins, un modèle pratique plus collaborationniste et plus communicatif.

À travers les stratégies, les participantes ont essayé d'obtenir une plus grande auto-affirmation de l'infirmière ainsi qu'une relation plus professionnelle. La chercheuse utilise le mot «essayer» puisque les participantes ont éprouvé des difficultés à implanter la majorité des stratégies dans la pratique.

Pour augmenter leur auto-affirmation, les participantes ont décidé de ne pas être aussi passives. Dans ce sens, Heartfield (1996) démontre que la passivité des infirmières se reflète dans les observations et les réponses qu'elles écrivent sur les registres infirmiers. Pour solutionner ce déficit détecté, les participantes ont élaboré plusieurs stratégies comme par exemple le fait de demander au médecin de leur fournir l'information nécessaire sur le patient ou de défendre leurs intérêts et ceux du patient et argumenter pour qu'elles soient plus respectées et pour que le patient aussi soit plus considéré et respecté. Des problèmes ont surgi lors de l'implantation de la dernière stratégie. Les causes de cette difficulté ont été: la différence de critère infirmière/médecin comme l'a déjà décrit Kappeli (1995), le manque de corporatisme et d'appui entre quelques infirmières et la réaction défensive ou offensive des médecins quand les infirmières essayent d'exposer leurs intérêts.

Les stratégies de centrer le langage avec le médecin sur des aspects professionnels et non personnels et d'essayer de dialoguer pour atteindre une relation plus professionnelle ont eu des résultats positifs au début mais, après le moment précis de l'admission, le langage et la relation commencent à ressembler à ceux qui existaient avant l'implantation des stratégies de changement.

La difficulté d'implanter avec succès des stratégies pour améliorer le langage, les activités et les relations entre les infirmières et les médecins peut être due, selon la chercheuse, à la conjugaison de plusieurs causes: (a) en premier lieu, un contexte pratique

marqué par l'absence de travail en équipe interdisciplinaire et une hiérarchie du travail (très fréquente dans la culture sanitaire espagnole), (b) en deuxième lieu, le manque d'autonomie et d'auto-affirmation des infirmières (cela a pu être constaté par le fait que les participantes n'ont pas élaboré de stratégies ayant comme objectif de ne pas assumer le rôle qui ne leur appartenait pas) et (c) en troisième et dernier lieu, le fait que seulement une partie de l'équipe infirmière/médecin, les infirmières dans ce cas, ait réfléchi sur la réalité de leur pratique et ont la volonté de la changer. C'est pour toutes ces raisons que des recherches conjointes entre les infirmières et les médecins seraient nécessaires pour pouvoir détecter les problèmes et proposer des solutions. Dans ce sens, Wilkinson, Elander et Woolaway (1997) ont aussi suggéré que des recherches multidisciplinaires sont nécessaires pour induire des changements dans les services de santé.

Les infirmières se coordonnent. Un des principaux problèmes détecté entre les infirmières a été le manque de coordination entre elles et le langage peu professionnel devant le patient. Afin d'atteindre un travail plus coordonné et plus respectueux du patient, les participantes ont élaboré deux groupes de stratégies de changement.

Un groupe de stratégies visait une meilleure coordination entre elles. Les stratégies ont été les suivantes: l'infirmière responsable du patient dirige et coordonne la situation en disant aux autres quoi faire et elle coordonne les activités touchant le patient. Le deuxième groupe de stratégies visait l'amélioration du langage entre elles. Les stratégies ont été: utiliser un langage centré sur les aspects professionnels, diminuer le ton de la voix (les cris ont été mentionnés plusieurs fois par les participantes) et établir une relation plus professionnelle en signalant aux autres leur manque de professionnalisme, c'est-à-dire être capable de dire à une collègue que le langage utilisé n'est pas convenable devant le patient.

Une des raisons qui a provoqué des difficultés durant l'implantation des stratégies a été que toutes les infirmières présentes dans l'unité ne faisaient pas ce travail et, de plus, elles ne connaissaient pas les stratégies de changement. Les participantes (entre deux ou

trois participantes présentes dans l'unité durant chaque admission) ont essayé d'implanter les stratégies mais les autres continuaient d'agir comme elles le faisaient avant le processus de réflexion. Cette situation a entraîné que les participantes se sentent incapables par exemple de coordonner leurs collègues qui ne participaient pas à l'étude ou de leur dire ce qu'elles devaient faire et quand. Elles ne savaient pas si ce serait bien reçu par ces infirmières.

Il aurait peut-être été intéressant d'informer le reste des infirmières de l'unité du type de stratégies qui s'implanteraient durant l'admission d'un patient à l'USI. Également, les participantes auraient peut-être dû avoir plus de courage et dire à leurs collègues qu'elles n'utilisent pas ce langage devant le patient (comme c'est arrivé à une des participantes) ou leur dire, par exemple, que deux infirmières suffisaient pour s'occuper du patient.

Les instruments infirmiers. Durant la réflexion réalisée par les participantes sur les instruments infirmiers, deux problèmes ont été identifiés. D'un côté, les instruments sont peu utiles même s'ils pourraient être améliorés et, d'un autre côté, on observe un désintérêt des infirmières envers ceux-ci. Pour cela, les participantes ont élaboré deux groupes de stratégies.

Le premier groupe de stratégies a été élaboré afin d'améliorer les instruments et le second groupe de stratégies visait la modification de leur attitude envers les registres. Les participantes ont dit que toutes les stratégies n'ont pas pu être implantées. Une des raisons mentionnées par les participantes a été le manque de temps. Cet aspect a été longuement discuté tout au long de l'étude: certaines participantes pensaient qu'elles avaient parfois le temps mais que les habitudes étaient trop ancrées et d'autres pensaient que c'était une surcharge de travail et que ce n'était pas utile.

Le changement d'unité à cause de problèmes de rénovation majeurs a été un autre problème. Le fait que l'infirmière-chef décide que la feuille de diagnostics et la feuille

d'admission ne seraient pas utilisées pendant qu'ils seraient dans l'autre unité a entraîné que les stratégies reliées à ces deux instruments n'ont pas pu être implantées. Ce qui a été intéressant dans cette situation est que les infirmières étaient contentes de ne pas devoir utiliser ces instruments et elles n'ont pas éprouvé le besoin de les utiliser. De plus, quand elles sont revenues dans leur unité et qu'il fallait de nouveau les remplir, les participantes n'ont pas montré beaucoup d'intérêt.

Le troisième élément qui a nuit à l'implantation des stratégies a été le manque d'intériorisation et d'acceptation du modèle de Henderson. Comme le disaient les infirmières, il manque une philosophie de soins infirmiers dans l'unité parce que, s'il y en avait eu une, les participantes n'auraient pas créé autant de stratégies de changement axées sur des soins plus intégraux et plus humanistes envers le patient et la famille. Dans ce sens, Adam (1991) rappelle que les instruments existent seulement pour faciliter la collecte des données infirmière et que ceux-ci perdent leur utilité si l'infirmière ne les maîtrise pas ou n'en connaît pas la base conceptuelle.

En tenant compte du fait que les infirmières travaillent avec un modèle traditionnel depuis des années et que chaque participante a implanté les stratégies avec seulement deux patients, la chercheure et les participantes considèrent le résultat des stratégies comme positif. Malgré le fait que l'évaluation des stratégies élaborées montre que toutes les stratégies n'ont pas pu être implantées, elles considèrent qu'elles ont augmenté le professionnalisme (avec le médecin, les collègues et la famille) et qu'elles sont plus conscientes de l'attitude à adopter avec le patient (plus de respect et de considération, donner des explications, parler sur un ton adéquat).

Les participantes ont considéré que, parmi toutes les stratégies élaborées et implantées, les plus utiles et les plus importantes ont été celles reliées: (a) à l'amélioration de la communication avec le patient, la famille, les collègues et les médecins, (b) à l'auto-évaluation en tant que professionnels, (c) à l'augmentation du respect envers le patient (se concentrer sur lui plus que sur les techniques de soins), (d) au fait d'être présente

lorsque le médecin donne de l'information à la famille et (e) à l'amélioration des soins envers la famille.

Dans l'évaluation globale des stratégies, les participantes considèrent que tous les changements implantés en relation avec les médecins et les collègues sont importants, mais quand elles doivent identifier les stratégies qui ont été les plus importantes pour elles, elles énumèrent seulement celles qui sont le plus reliées au patient, à la famille et à elles-mêmes. La raison qui explique cela pourrait être que ce sont les stratégies de changement qui ont entraîné une plus grande satisfaction chez l'infirmière en plus de se sentir la seule responsable de l'amélioration. Il est évident que ce qui préoccupe le plus les infirmières de l'USI est de donner des soins de qualité tant au patient qu'à la famille et d'avoir plus d'auto-affirmation et d'autonomie en tant que professionnels infirmiers. Ceci a aussi été mis en évidence dans d'autres études qui ont implanté des changements dans la pratique infirmière (Degerhammar et Wade, 1991; Breda et coll., 1997; Retsas, 1994).

Dans son étude sur la réflexion, Hagland (1998) suggère le besoin de développer plus de recherches pour mieux comprendre les bénéfices de la réflexion pour les infirmières, leur pratique et les soins aux patients. Dans ce sens, les résultats de cette étude reflètent plusieurs des avantages du processus réflexif.

Un regard sur la méthode

Finalement, la chercheure montre les réflexions des participantes et de la chercheure sur la méthode (les perceptions, les limites, les critiques, les difficultés).

Les participantes face à la méthode. En suivant les règles du modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988), les participantes ont réfléchi et ont changé des aspects de leur pratique reliés au langage, aux activités et aux relations. De plus, ce modèle considère qu'il est important que les participantes réfléchissent aussi sur la méthode utilisée dans ce type de recherche-action (McTaggart, 1991; Kemmis et McTaggart, 1988). C'est pour cela que les participantes ont aussi exposé leurs

perceptions et réflexions sur la méthode utilisée. La chercheuse les a regroupées en trois grands thèmes: les caractéristiques de la méthode, la réflexion et l'apprentissage.

En ce qui concerne les caractéristiques de la méthode, les participantes les définissent comme simples (cycles de planification-action-observation-réflexion qui se répètent), ayant du bon sens (elles considéraient que c'est ce qui se fait habituellement dans la pratique mais de manière désordonnée et sans structure), participatif (dans le sens où toutes donnent leur opinion et décident ensemble ce qui est mieux pour leur pratique) et démocratique (parce que toutes les participantes sont considérées comme égales). Ces deux derniers aspects sont corroborés par d'autres auteurs qui réfléchissent sur les méthodes participatives (Breda et coll., 1997; Kemmis, 1993; Lavoie et coll., 1996; Meyer, 2000; Molzahn et Sheilds, 1997; Nolan et Grant, 1993; Sheehan, 1990).

Les participantes affirment que la méthode les a aidées à mieux comprendre leur pratique (Kemmis et McTaggart, 1988; McKernan, 1988). Celle-ci les a aussi aidées à percevoir leur pratique d'une manière différente (moins immobile, vivante, changeante) et, par conséquent, à l'améliorer comme par exemple, elles sympathisent plus avec le patient et la famille et elles ne parlent plus de sujets personnels devant le patient.

En ce qui concerne la réflexion, plusieurs auteurs affirment que c'est un des éléments-clé de la recherche-action (Kemmis et McTaggart, 1988; Kock et Harrington, 1998). Dans ce sens, les participantes considèrent la réflexion comme l'aspect le plus important pour induire le changement et croient que l'imposition n'est pas comprise ni acceptée. Certains auteurs partagent l'opinion des participantes et disent que la réflexion procure de l'*empowerment* aux infirmières pour pouvoir changer (Bellman, 1996; Johns, 1999) et d'autres, de manière plus générale, affirment que la recherche-action procure *empowerment* et cela favorise le changement (Bellman, 1996; Elliott, 1991; Kemmis et McTaggart, 1988; Masters, 1995; Meyer, 2000; Offredi, 1981; Sarri et Sarri, 1992; Stringer, 1996; Titchen et Binnie, 1993; Webb, 1990, 1991; Whyte, 1989, 1991).

En ce qui concerne l'apprentissage, plusieurs auteurs affirment que cette méthode a une fonction éducative ou d'apprentissage (Lehoux et coll., 1995; Finn, 1994; Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1991; Whyte, 1991). Dans ce sens, les participantes ont dit que, à travers cette méthode, elles avaient appris autant au niveau personnel (Bellman, 1996; Johns, 1998, Smith, 1998; Titchen et Bennie, 1993) que professionnel (Bellman, 1996; Bunning, 1995; Dick, 1997; Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1991; Smith, 1998; Titchen et Bennie, 1993; Webb, 1989, 1990) ainsi que sur la méthode en soi (Kemmis et McTaggart, 1988; McTaggart, 1991).

Au niveau personnel, les participantes ont appris à être plus tolérantes envers les opinions des autres et à les accepter même si elles ne les partagent pas. Au niveau professionnel, les participantes affirment qu'elles ont appris à voir l'importance des autres équipes infirmières, à dialoguer, à partager (Dick, 1997; Kemmis et McTaggart, 1988; Stringer, 1996) et à critiquer de façon permanente leur pratique pour ne pas tomber dans la routine. Finalement, les participantes ont appris par la méthode à être plus critiques envers elles-mêmes et les autres mais aussi d'être plus conscientes du fait que des choses peuvent être changées. Certains auteurs dénomment cela le développement d'une conscience critique (Dick, 1997; Kemmis et McTaggart, 1988; Kock et Harrington, 1998; McTaggart, 1991, 1997).

D'un autre côté, les participantes ont été critiques envers le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988) et envers la méthode. Au niveau du modèle, les participantes ont exprimé la difficulté qu'elles ont eu à séparer le langage des relations. Au niveau de la méthode, les participantes affirmaient que certaines stratégies n'avaient pas pu être implantées parce que toutes les infirmières de l'unité n'étaient pas impliquées dans l'étude. La chercheuse croit que cela a peut-être pu influencer sur le résultat de certaines stratégies liées aux collègues ou aux médecins mais que, pour les autres, il faut trouver d'autres causes (manque de conscientisation, de temps ou d'auto-affirmation).

À la fin de la recherche, les participantes ont manifesté deux intérêts. D'un côté, elles voulaient, tout comme la chercheuse, faire connaître aux autres des infirmières de l'unité le processus de changement auquel elles étaient arrivées. D'un autre côté, les participantes désiraient que le reste des infirmières puisse participer et s'impliquer dans l'adoption des stratégies mais elles étaient aussi conscientes que, si les autres ne faisaient pas le processus de réflexion, aucun résultat tangible ne pourrait être obtenu. Arrivées à ce point, les participantes, à l'instar de Hagland (1998), ont cru qu'il convenait de créer des groupes avec les différents quarts de travail qui se réunissent chaque mois ou tous les deux mois pour atteindre une culture réflexive.

La chercheuse face à la méthode. Le fait d'avoir la possibilité de réaliser une étude qualitative du type de recherche-action participative a été, pour la chercheuse, une expérience unique, enrichissante et passionnante mais ce fut à la fois un grand défi non seulement à cause du type de méthodologie mais aussi à cause du manque d'expérience.

En premier lieu, la chercheuse croit que ce type de recherche est très efficace pour produire des changements comme l'ont affirmé plusieurs infirmières chercheuses qui ont utilisé la recherche-action (Bellman, 1996; Breda et coll., 1997; Degerhammar et Wade, 1991; Kerr, 1996; Kite, 1995; Percy et Draper, 1996; Ramudu et coll., 1994). Ce changement a été favorisé par les caractéristiques intrinsèques de la recherche-action comme par exemple l'évaluation des connaissances et de l'expérience des infirmières. Benner (1995) le dénomme la découverte des connaissances encadrées, puisque ce sont elles qui savent réellement ce qu'elles font et comment cela pourrait être amélioré. Une autre des caractéristiques qui, selon la chercheuse, a favorisé le changement a été les stratégies d'*empowerment* qui font partie de ce type de recherche (leur donner la possibilité de modifier leur travail en les encourageant et en rendant la communication possible) et qui, en définitive, consisteraient à donner la parole aux infirmières (Johns, 1999). Finalement, la chercheuse croit que le processus réflexif a aussi été un élément important pour la production du changement puisque la réflexion les a rendues plus conscientes de ce qu'elles font, plus critiques envers leur pratique quotidienne et, ainsi,

plus ouvertes dans la recherche de solutions. Dans ce sens, lors des réunions de groupe, un effet intéressant a été perçu: plus elles étaient critiques envers leur pratique, plus elles avaient envie de la modifier.

Benne et Chin (1984) considéraient les stratégies normatives-rééducatives comme les plus efficaces pour produire des changements durables. Dans la recherche-action, ces stratégies sont présentes. Par contre, la chercheuse croit qu'un des problèmes découlant du fait de produire des changements à travers ce type de recherche est que ceux-ci ne seront pas effectifs à moyen et à long termes s'ils ne sont pas appliqués par le reste des infirmières de l'unité. Avec le temps, les huit participantes parmi les 40 infirmières, par la routine ou la contagion, continueront de travailler comme avant (cela a pu être perçu lors de l'implantation des stratégies de changement avec les infirmières). Conscientes de cette problématique, la chercheuse et les participantes ont tenté de trouver des solutions pour impliquer le reste des infirmières (former des groupes, faire des réunions périodiques).

En deuxième lieu, ce type de recherche, pour le contexte spécifique des infirmières de l'USI d'un hôpital d'Espagne, a créé un dilemme éthique. À la fin de l'étude, les participantes ont affirmé qu'elles avaient besoin de quelqu'un qui puisse les guider pour pouvoir continuer le processus initié. Elles ont dit que la chercheuse pourrait continuer avec elles en les aidant à créer de nouveaux groupes, en animant les réunions et en les guidant dans la réalisation des différentes étapes. La chercheuse ne peut pas continuer à se consacrer à ces activités parce qu'elle a d'autres projets mais elle peut, comme elle leur a expliqué, les former pour qu'elles soient elles-mêmes leaders des groupes formés.

En troisième lieu, la chercheuse a constaté que le modèle de Kemmis et McTaggart (1988) est simple, clair et explicite et, par conséquent, recommandable pour les infirmières chercheuses qui n'ont jamais réalisé une recherche du type recherche-action. Cependant, la chercheuse a aussi constaté que, pour mener à bien ce type de recherche, il faut tenir compte de plusieurs aspects. D'un côté, la chercheuse croit, à

l'instar de Galvin, Andrewes, Jackson, Cheesman, Fudge, Ferris et Graham (1999), qu'il est nécessaire d'avoir un entraînement en ce qui concerne les habiletés interpersonnelles et de recherche pour pouvoir réaliser ce type d'études. Dans ce sens, la chercheuse percevait, à certains moments, qu'elle était incapable de diriger le groupe pendant les réunions, en particulier lors des premières réunions. Il est nécessaire de mentionner que la culture espagnole est très ouverte, communicative et qu'il suffit de mettre quelques personnes ensemble pour qu'elles parlent de tout et de rien. Cela entraînait que le plan établi pour la réunion n'était pas respecté, ce qui retardait la recherche.

D'un autre côté, ce type de recherche requiert un effort intellectuel et personnel important. Il est donc important de savoir que plus d'une année sera nécessaire pour la réaliser. Ce temps sera augmenté si, comme la chercheuse, on travaille en tant qu'infirmière durant la recherche.

Le dernier aspect que l'infirmière croit qu'il faut prendre en compte quand on veut réaliser ce type d'études est que le fait de la réaliser dans le milieu naturel ou de travail entraîne que divers facteurs externes peuvent influencer le déroulement de l'étude, comme le manque de participantes du quart de travail du matin, le changement d'unité à cause de problèmes de rénovation majeurs, la diminution du nombre de patients, les vacances ainsi que le manque d'étudiantes.

En quatrième lieu, la chercheuse a constaté que le fait de réaliser l'étude dans son lieu de travail a été positif. D'un côté, les collègues de travail l'ont encouragée et appuyée continuellement même quand elles devaient renoncer à leurs jours de congé pour qu'elle puisse convoquer la réunion le jour qui arrangeait le plus les participantes. D'un autre côté, les participantes ont traité la chercheuse comme une des leurs, ce qui fait que celle-ci ne s'est sentie isolée ni rejetée à aucun moment. La chercheuse croit que le succès de la relation tient au fait que la confiance était déjà établie, ce qui a entraîné qu'elles n'ont pas eu peur que leurs affirmations soient utilisées ultérieurement. Finalement, la chercheuse a reçu tout l'appui et l'aide possible de l'infirmière-chef de l'unité. Celle-ci lui

a offert des ressources matérielles (local pour les réunions, feuilles...) et même des ressources humaines (en organisant les congés pour les participantes).

En cinquième lieu, la chercheuse croit que le fait de pouvoir utiliser différentes techniques de collecte de données a été très intéressant et a permis d'explorer le phénomène en profondeur et de comprendre la capacité des infirmières à changer leur philosophie de soins à travers un groupe de réflexion-action. Il faut souligner que, au début, la chercheuse pensait que les participantes changeraient en faveur de la philosophie de Henderson ou, tout du moins, qu'elles la connaîtraient mieux et qu'elles se familiariseraient avec les instruments pour réaliser le plan de soins, cependant, il n'en a pas été ainsi. Les participantes ont adopté un modèle qui n'a pas de nom mais qui, pour elles, est idéal pour la réalité de leur pratique à l'USI.

En sixième lieu, le fait de réunir des infirmières de différents quarts de travail avec des perceptions et des expériences diverses est idéal pour ce type d'études puisque le vécu de chacune enrichit les autres et une atmosphère de travail en équipe s'installe pour réaliser un seul et même objectif, celui d'améliorer la pratique. Mais la chercheuse a aussi constaté qu'il est difficile de trouver des jours pour les réunions (le matin, le quart de nuit dort et l'après-midi, le quart de l'après-midi travaille). Les réunions de groupes ont été rendues possibles grâce à l'effort et à l'intérêt de toutes qui perdaient des heures de sommeil, sacrifiaient des journées de congé ou faisaient des arrangements avec les autres quarts de travail.

Le dernier aspect que la chercheuse aimerait partager est que, tout comme les participantes, elle a fait un apprentissage à trois niveaux. Au niveau personnel, elle a appris à mieux comprendre les autres infirmières et à écouter; au niveau professionnel, à être plus consciente des erreurs de la pratique et d'agir de manière différente; au niveau de la méthode, la chercheuse a appris à réaliser ce type de recherche, à connaître les différentes techniques de collecte de données et cela a aussi créé une motivation et un intérêt pour continuer dans ce domaine de recherche.

CHAPITRE VI
Conclusion et recommandations

Conclusion et recommandations

Cette étude s'intéressait à promouvoir la réflexion sur les soins infirmiers à partir d'un processus participatif des intervenants afin d'apporter des changements dans leur pratique infirmière.

Les conclusions de l'étude dépeignent les grands thèmes analysés dans cette recherche, à savoir, le processus de réflexion et la méthodologie de la recherche-action pour promouvoir des changements dans la pratique infirmière. En plus des conclusions, les implications de l'étude pour la pratique professionnelle, l'éducation et la recherche en sciences infirmières sont présentées, ainsi que différents thèmes pour des études ultérieures.

À partir de la conscientisation de la réalité de leur pratique, les participantes ont initié un processus de changement. Elles ont modifié et transformé progressivement cette philosophie traditionnelle de soins à partir des stratégies de changement qu'elles ont implantées dans leur pratique en relation avec le langage, les activités et les relations avec le patient, la famille, les médecins et les collègues ainsi que sur les instruments infirmiers. Les participantes ont réussi à adopter une nouvelle façon de concevoir l'action infirmière caractérisée par le fait d'être moins centré sur les aspects médicaux des soins et d'être plus holistique. Cette nouvelle perspective essaie, en plus d'être moins technique et plus centrée sur les besoins du patient et de sa famille, d'humaniser les soins dans un contexte excessivement technologique.

Cette nouvelle action infirmière est caractérisée par: (a) un plus grand respect envers le patient puisqu'il est considéré et estimé comme une personne, (b) des soins plus intégraux, avec un accent mis sur les aspects éthico-psycho-sociaux, (c) un rapprochement de la famille afin de mieux tenir compte de ses besoins créés par le fait d'avoir un parent à l'USI, (d) une plus grande coordination entre les infirmières pour

procurer les soins et (e) une plus grande auto-affirmation des infirmières en tant que professionnelles.

Du point de vue méthodologique, les participantes ont considéré cette manière d'aborder les problèmes reliés à la pratique comme appropriée pour des professionnels avec peu de formation en recherche, la découvrant pleine de bon sens, participative et démocratique, qui fait comprendre et améliorer la pratique. Elle est en plus éducative, puisqu'elle a produit un triple apprentissage (personnel, professionnel et méthodologique).

La chercheure considère que la compréhension et l'approbation de la méthode par les participantes a été fondamentale. Ce fait a provoqué que toutes les participantes ont accepté les changements proposés et ont cherché à les implanter. Après avoir observé tout au long de l'étude le développement de la transformation de la pratique par les participantes, la chercheure estime que la méthodologie de la recherche-action fait réfléchir de manière efficace. Par conséquent, cette méthode amène des changements dans la pratique, produit un effet de motivation chez les participantes pour continuer à changer et produit une meilleure intégration des changements dans l'équipe infirmière qui a participé. D'un autre côté, la chercheure croit aussi que, pour qu'une étude ait un effet de changement positif au niveau d'une unité de santé (d'un service hospitalier ou communautaire), il est nécessaire d'impliquer toute l'équipe infirmière. En effet, si le changement n'est pas appliqué par tous, la résistance de quelques-uns et la perte de motivation d'autres peut générer un retour en arrière. De plus, cette étude a mis en lumière le fait que quelques habitudes incorrectes acquises lors de la pratique infirmière sont difficiles à changer. Étant donné que les participantes ont réussi à devenir plus conscientes de leurs actions, elles estiment qu'il serait plus évident de changer ces habitudes si toutes les infirmières de l'unité en prennent conscience afin de développer collectivement une solution.

Les implications de cette étude pour la pratique sont que, même si le problème physique est prioritaire dans les USIs et que les besoins d'intervention sont urgents, il est possible d'offrir un soin holistique et humain dans le moment critique de l'admission, et en conséquence, on peut aussi l'offrir à n'importe quel moment du séjour du patient à l'unité de soins intensifs. En plus, cette étude a aidé à clarifier la notion d'identité professionnelle, le rôle propre de l'infirmière et la nature des soins infirmiers. Pour ces raisons, il est important que les infirmières appuyent leur pratique sur la réflexion, notamment sur ce qu'elles font et pourquoi et les répercussions de cette pratique. Dans ce sens, cette étude a aussi montré que dans la pratique infirmière, il existe des habitudes incorrectes très ancrées. Le processus réflexif peut aider les infirmières à en être plus conscientes et, par conséquent, elles peuvent arriver à les changer. De plus, une stratégie mentionnée dans cette étude est l'avantage de créer des groupes pour l'analyse de la pratique quotidienne où la collaboration et la réflexion génèrent de la motivation pour arriver à une pratique plus humanisée.

Les implications pour l'éducation sont liées au besoin des écoles de sciences infirmières d'élaborer des méthodes d'enseignement lesquels préparent aux étudiants vers une pratique réflexive pour que, à tout moment de leur vie professionnelle, les futures infirmières puissent se questionner sur leur pratique et travailler collectivement pour générer les changements nécessaires dans le contexte dynamique des soins en favorisant ainsi la qualité et l'excellence de la pratique professionnelle. Une manière de préparer les futures infirmières pour la pratique réflexive est à travers d'enseigner des cours de recherche participative dans le programme d'études en sciences infirmières. De plus, la nouvelle tendance de la pratique basée sur l'évidence a besoin de cette approche réflexive pour être mise en oeuvre.

Finalement, les implications pour la recherche sont liées à la méthode de la recherche-action qui pourrait produire des changements de la pratique car cette approche (a) valorise les connaissances et l'expertise de la clinicienne, (b) favorise la prise du pouvoir par la clinicienne et (c) a une fonction éducative ou d'apprentissage. Le modèle

de Kemmis et McTaggart (1988) peut être utilisé dans la recherche en sciences infirmières et même par des chercheurs peu expérimentés, car cette méthode offre un guide détaillé des étapes à suivre. La chercheuse peut réaliser une étude participative dans son milieu de travail s'il existe une relation de confiance établie au préalable entre elle et les différents membres de l'équipe. L'utilisation des différentes techniques de collecte de données permet d'explorer le phénomène en profondeur.

Les résultats de l'étude pourront amener de nouvelles pistes pour des études ultérieures. En premier lieu, grâce aux différentes études publiées, on peut identifier les besoins que présente la famille dont un parent est admis à l'USI, mais les infirmières qui ont participé à cette étude considèrent que le moment de l'admission est inopportun pour établir une relation d'aide puisque la famille est trop affectée. Il serait convenable d'explorer quel serait le meilleur moment pour établir une relation, en tenant compte du point de vue des familles et de celui des infirmières. En deuxième lieu, on a constaté que les stratégies de changement élaborées par les participantes ont été difficiles à implanter dans l'ensemble de l'unité. La cause de ce fait a été que seulement elles ont pris conscience de la réalité leur pratique ce qui les a provoqué le besoin de changer. Par conséquent, il serait intéressant de développer des recherches interdisciplinaires où les infirmières et les médecins travaillent conjointement pour détecter les problèmes éventuels et trouver ensemble des solutions visant à améliorer la qualité des soins. En troisième et dernier lieu, il faudrait explorer en profondeur pour quelle raison les dossiers infirmiers actuels ne sont pas considérés comme utiles par les participantes, examiner les causes du désintérêt des infirmières envers eux et connaître quel serait le type de dossiers infirmiers à implanter pour la pratique à l'USI.

RÉFÉRENCES

Abbot, K., Blair, F., & Duncan, S. (1993). Participatory research. The Canadian Nurse, 89, 25-27.

Adam, E. (1991). Être infirmière (3^{ème} éd.). Montréal: Études vivantes.

Argyris, C. & Schön, D. (1974). Theory in practice: Increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass.

Argyris, C. & Schön, D. (1978). Organizational learning. Reading, MA: Addison-Wesley.

Ashworth, P.M. (1982). Intensive care when intensive cure fails. Nursing, 34, 1481-1482.

Beaulieu, R., Shamian, J., Donner, G., & Pringle, D. (1997). Empowerment and Commitment of Nurses in Long-Term Care. Nursing Economic\$, 15 (1), 32-41.

Belenky, M.F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R., & Tarule, J.M. (1986). Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice and Mind. New York: Basic Books

Bellman, L. (1996). Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. Journal of Advanced Nursing, 24, 129-138.

Benne, K.D., & Chin, R. (1984). General strategies for effecting changes in human systems. In Bennis, W.G., Benne, K.D., & Chin, R. The Planning of Change (4^{ème} ed.). N.Y. Holt: Rinehart and Winston, Inc.

Benner, P. (1983). Uncovering the Knowledge Embedded in Clinical Practice. Image, XV (2), 36-41.

Benner, P. (1987). A dialogue with excellence. American Journal of Nursing, 87 (9), 1170-1172.

Benner, P. (1995). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Québec: ERPI.

Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1996). Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment and Ethics. New York: Springer Publishing Company.

Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1997). The Social Fabric of Nursing Knowledge. American Journal of Nursing, 97 (7), 16BBB, 16DDD.

Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled Clinical Knowledge: The Value of Perceptual Awareness, Part 1. The Journal of Nursing Administration, May, 11-14.

Breda, K.L., Anderson, M.A., Hansen, L., Hayes, D., Pillion, C., & Lyon, P. (1997). Enhanced Nursing Autonomy through Participatory Action Research. Nursing Outlook, 45 (2), 76-81.

Briggs, D. (1991). Critical care nurses' roles - traditional or expanded/extended. Intensive Care Nursing, 7, 223-229.

Bunning, C. (1995). Professional development using action research. Conference Home Page. <<http://www.mcb.co.uk/services/conferen/nov95/ifal/paper1.htm>>.

Bureau, C. (1981). Élaboration et vérification de l'efficacité d'un instrument de collecte d'informations à l'usage des infirmières à domicile. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Burns, N., & Grove, S. (1997). The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization (3ème. ed). Philadelphia: Saunders.

Carr, W., & Kemmis, S. (1986). Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research. London: Falmer Press.

Catterall, M., & Maclaran, P. (1997). Focus Group Data and Qualitative Analysis Programs: Coding the Moving Picture as Well as the Snapshots. Sociological Research Online, 2 (1). <<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/1/6.html>>.

Collerette, P., et Delisle, G. (1982). Le changement planifié (8ème éd.). Montréal: Éditions Agence d'ARC Inc.

Copnell, B. (1998). Understanding change in clinical nursing practice. Nursing Inquiry, 5, 2-10.

Degerhammar, M., & Wade, B. (1991). The introduction of a new system of care delivery into a surgical ward in Sweden. International Journal of Nursing Studies, 28 (4), 325-336.

Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994). Handbook of Qualitative Research. London: SAGE Publications.

Desroches, H. (1982). Les auteurs et les acteurs. La recherche coopérative comme recherche-action. Archives des Sciences Sociales de la Coopération et du Développement, 59 (janvier-mars).

Dick, B. (1997). A beginner's guide to action research. Action research and evaluation on line. <<http://www.scu.edu.au/schools/sawd/arr/guide.html>>

Donahue, L. (1993). L'évolution des besoins de membres de familles ayant un proche hospitalisé aux soins intensifs. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Elden, M., & Chisholm, R.F. (1993). Emerging Varieties of Action Research: Introduction to the special issue. Human Relations, 46 (2), 121-141.

Elliott, J. (1991). Action Research for Educational Change. Philadelphia: Milton Keynes.

Farrell, M. (1989). Dying and bereavement. The role of the critical care nurse. Intensive Care Nursing, 5, 39-45.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. Image, 16 (3), 84-87.

Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing (3ème éd.). Philadelphia: F.A. Davis.

Finn, J.L. (1994). The Promise of Participatory Research. Journal of Progressive Human Services, 5 (2), 25-42.

Forrester, D.A., Murphy, P.A., Price, D.M., & Monaghan, J.F. (1990). Critical care family needs: Nurse-family member confederate pairs. Heart & Lung, 19 (6), 655-661.

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

Gadow, S. (1984). Touch and Technology: Two Paradigms of Patient Care. Journal of Religion and Health, 23 (1), 63-69.

Gadow, S. (1989). Clinical subjectivity: Advocacy with silent patients. Nursing Clinics of North America, 24 (2), 535-541.

Gafo, J. (1994). La humanización de la praxis sanitaria. In Etica y legislación en enfermería (p.45-48). Madrid: Universitas SA.

Galvin, K., Andrewes, C., Jackson, D., Cheesman, S., Fudge, T., Ferris, R., & Graham, I. (1999). Investigating and implementing change within the primary health care nursing team. Journal of Advanced Nursing, 30 (1), 238-247.

García, J.F., Cámara, F., Aparicio, A., & Cases, L.M. (1995). Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Clínica, 5 (3), 99-104.

Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. Nursing Inquiry, 6 (4), 231-240.

Gauthier, B. (1984). Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.

Gélinas, A., et Brière, R. (1985). La recherche-action: ses méthodes, ses outils conceptuels et son cadre d'analyse (recension des écrits), Tome 1. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, (n°RS927A84).

Gorney, M. (1999). The role of communication in the physician's office. Clinics in Plastic Surgery, 26 (1), 133-141.

Goyette, G., et Lessard-Hébert, M. (1987). La recherche-action: ses fonctions, ses fondements et son instrumentation. Sainte-Roy (Québec): Presses de l'Université du Québec.

Greenwood, J. (1994). Action research: a few details, a caution and something new. Journal of Advanced Nursing, 20, 13-18.

Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park: SAGE Publications.

Hagland, M.R. (1998). Reflection: a reflex action?. Intensive and Critical Care Nursing, 3, 96-100.

Hall, B.L. (1981). Participatory Research, Popular Knowledge and Power: A Personal Reflection. Convergence, XIV (3), 6-19.

Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. Journal of Advanced Nursing, 24, 98-103.

Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. Journal of Advanced Nursing, 20, 935-939.

Henderson, V. (1969). Principes fondamentaux de soins infirmiers. Conseil international des infirmières. New York: Basel.

Henderson, V. (1980). Preserving the essence of nursing in a technological age. Journal of Advanced Nursing, 5, 245-260.

Henderson, V., & Nite, G. (1978). Principles and Practice of Nursing (6ème éd.). New York: Macmillan.

Heron, J. (1981). Experiential research methodology. In Reason, P. & Rowan, J. (Ed.), Human inquiry: A sourcebook of new paradigm research. Chichester, UK: John Wiley.

Hickey, M (1990). What are the need of families of critically ill patients? A review of literature since 1976. Heart & Lung, 19 (4), 401-415.

Hickey, M., & Lewandowski, L. (1988). Critical care nurses role with families: A descriptive study. Heart & Lung, 17 (6), 670-676.

Holter, I.M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?. Journal of Advanced Nursing, 18, 298-304.

Huberman, A.M., et Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes. Québec: ERPI.

Hyrkäs, K. (1997). Can action research be applied in developing clinical teaching?. Journal of Advanced Nursing, 25, 801-808.

Jackson, I. (1996). Critical care nurses' perception of a bereavement follow-up service. Intensive and Critical Care Nursing, 12 (1), 2-11.

Johns, C. (1998). Caring through a reflective lens: giving meaning to being a reflective practitioner. Nursing Inquiry, 5, 18-24.

Johns, C. (1999). Reflection as empowerment?. Nursing Inquiry, 6, 241-249.

Kanter, R.M. (1993). Men and women of the corporation (2ème éd.). New York: Basic Books.

Käppeli, S. (1995). Interprofessional cooperation: why is partnership so difficult?. Patient Education and Counseling, 26, 251-256.

Kemmis, S. (1988). Action Research in retrospect and prospect. In Kemmis, S., & McTaggart, R. (Ed.), The Action Research Reader (p. 27-37). Australia: Deakin University Press.

Kemmis, S. (1993). Action research and social movement: A challenge for policy research. Education Policy Analysis Archives. <<http://olam.ed.asu.edu/epaa/v1n1.html>>.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3ème éd.). Australia: Deakin University Press.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., et Major, F. (1994). La pensée infirmière. Montréal: Études Vivantes.

Kerr, D. (1996). The use of action research as an appropriate method of introducing and evaluating change in nursing care in an accident & emergency unit in Durban. Curationis, 19 (3-4), 12-16; 7-12.

Kite, K. (1995). Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. Intensive and Critical Care Nursing, 11, 203-209.

Koch, T., & Harrington, A. (1998). Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. Journal of Advanced Nursing, 28 (4), 882-890.

Lauri, S. (1982). Development of the nursing process through action research. Journal of Advanced Nursing, 7, 301-307.

Lavoie, L., Marquis, D., et Laurin, P. (1996). La recherche-action: Théorie et pratique. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université de Québec.

Lehoux, P., Levy, R., et Rodrigue, J. (1995). Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4ième génération. Ruptures, 2 (1), 56-72.

Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. Ruptures, 1 (1), 92-100.

Lindahl, B., & Sandman, P. (1998). The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. Intensive and Critical Care Nursing, 14, 179-186.

Marin, B, Gallego, G., Martin, E., et San Martin, B. (1994). Analisis bibliométrico de la producción científica de la enfermería de cuidados intensivos (1988-1992). Enfermería Intensiva, 5 (4), 166-173.

Marsden, C. (1991). Ethical issues in critical care: technology assessment in critical care. Heart & Lung, 20 (1), 93-94.

Marshall, J.C., & Feeney, S. (1972). Structured versus intuitive in take interview. Nursing Research, 21 (3), 269-272.

Massey, V.H. (1991). Nursing Research: A Study and Learning Tool. Pennsylvania: Springhouse Corporation.

Masters, J. (1995). The history of action research. Action Research Electronic Reader. <<http://www.behs.cchs.usyd.edu.au/arow/reader/>>.

Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. British Medical Journal, 320, 50-52.

McKernan, J. (1988). The Countenance of Curriculum Action Research Traditional, Collaborative and Emancipatory-Critical Conceptions. Journal of Curriculum and Supervision, 3 (3), 173-200.

McTaggart, R. (1991). Principles for participatory action research. Adult Education Quarterly, 41 (3), 168-187.

McTaggart, R. (1997). Participatory Action Research. London: New York Press.

Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. British Medical Journal, 320, 178-181.

Molzahn, A., & Sheilds, L. (1997). Qualitative Research in Nephrology Nursing. American Nephrology Nurses' Association Journal, 24 (1), 13-19.

Morgan, D. (1998). Planning Focus Groups-Focus group kit 2 (p.71). London: SAGE Publications.

Morin, A. (1992). Recherche-action intégrale et participation coopérative. Ottawa: Agence d'ARC.

Morse, J.M. (1999). Qualitative Methods: The State of the Art. Qualitative Health Research, 9 (3), 393-406.

Morse, J.M., & Field, P.A. (1995). Qualitative Research Methods for Health Professionals (2ème éd.). London: SAGE Publications.

Nichols, R., Meyer, J., Batehup, L., & Waterman, H. (1997). Promoting action research in health care settings. Nursing Standard, 11 (40), 36-38.

Nolan, M., & Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. Journal of Advanced Nursing, 18, 305-311.

Patton, M.Q. (1980). Qualitative Evaluation Methods. London: SAGE Publications.

Offredi, C. (1981). La recherche-action ou aspects d'un débat plus large sur l'intellectuel et son rapport à l'action. Revue internationale d'action communautaire. La recherche-action: enjeux et pratiques, 5 (45), 82-88.

Pearcey, P., & Draper, P. (1996). Using the diffusion of innovation model to influence practice: a case study. Journal of Advanced Nursing, 23, 714-721.

Phaneuf, M. (1986). Soins infirmiers: La démarche scientifique. Montréal: McGraw-Hill.

Poisson, Y. (1990). La recherche qualitative en éducation. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.

Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. British Medical Journal, 320, 114-116.

Potinkara, H., & Paunonen, M. (1996). Alleviating anxiety in nursing patients' significant others. Intensive and Critical Care Nursing, 12 (6), 327-334.

Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A.P. (1997). La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeurs.

Quinn, S., Redmond, K., & Begley, C. (1996a). The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses (Part I). Intensive and Critical Care Nursing, 12, 168-172.

Quinn, S., Redmond, K., & Begley, C. (1996b). The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses (Part II). Intensive and Critical Care Nursing, 12, 239-245.

Ramudu, L., Bellet, B., Higgs, J., Latimer, C., & Smith, R. (1994). How effectively do we double staff time?. The Australian Journal of Advanced Nursing, 11 (3), 5-10.

Reason, P. (1994a). Participation in human inquiry. London: SAGE Publications.

Reason, P. (1994b). Three Approaches to Participative Inquiry. In Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Ed.), Hanbook of Qualitative Research (chap. 20, p.324-339). London: SAGE Publications.

Retsas, A. (1994). Problematic telephone orders: empowering nurses through action research. The Australian Journal of Advanced Nursing, 11 (2), 19-27.

Richard, L. (1980). Élaboration et évaluation d'un instrument de collecte de données pour utilisation après des personnes âgées hospitalisées. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Riopelle, L., et Leduc-Ladonde, L. (1982). Individualisation des soins infirmiers: Modèle conceptuel. Montréal: McGraw-Hill.

Robb, Y.A. (1998a). Family nursing in intensive care part one: is family nursing appropriate in intensive care?. Intensive and Critical Care Nursing, 14, 117-123.

Robb, Y.A. (1998b). Family nursing in intensive care part two: the needs of a family with a member in intensive care. Intensive and Critical Care Nursing, 14, 203-207.

Rubio, J.M. (1997). La humanización de la asistencia sanitaria. Compartir, mai-juin, 44-46.

Salcedo, I., et Sánchez, E. (2000). Jennifer: un ejemplo de lucha y superación. Metas, 3 (28), 6-8.

Sarri, R., & Sarri, C. (1992). Participatory action research in two communities in Bolivia and the United States. International Social Work, 35, 267-280.

Schön, D.A. (1994). Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal: Les éditions logiques.

Schön, D.A. (1996). Le tournant réflexif. Montréal: Les éditions logiques.

Scullion, P.A. (1994). Personnel cost, caring and communication: an analysis of communication between relatives and intensive care nurse. Intensive and Critical Care Nursing, 10 (1), 64-70.

Seymour-Rolls, K., & Hughes, I. (1995). Participatory Action Research: Getting the Job Done. Action Research Electronic Reader. AROW home page. <<http://www.beh.cchs.usyd.edu.au/~arow/Reader/rseymour.htm>>.

Sheehan, J. (1990). Investigating change in nursing context. Journal of Advanced Nursing, 15, 819-824.

Silverman, D. (1993). Interpreting qualitative data. Methods for analysing Talk, Text and Interaction. London: SAGE Publications.

Simpson, S.H. (1997). Reconnecting: the experiences of nurses caring for hopelessly ill patients in intensive care. Intensive and Critical Care Nursing, 13, 189-197.

Smith, A. (1998). Learning about reflection. Journal of Advanced Nursing, 28 (4), 891-898.

Smith, D.M. (1968). A clinical nursing tool. American Journal of Nursing, 68 (11), 2384-2388.

St-Arnaud, Y. (1992). Connaître par l'action. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.

Stringer, E.T. (1996). Action research: A Handbook for Practitioners. London: SAGE Publications.

Tandon, R. (1981). Participatory Research in the Empowerment of People. Convergence, XIV (3), 20-29.

Tierney, A.J., & Taylor, J. (1991). Research in practice: an "experiment" in researcher-practitioner collaboration. Journal of Advanced Nursing, 16, 506-510.

Titchen, A., & Binnie, A. (1993). Research partnerships: collaborative action research in nursing. Journal of Advanced Nursing, 18, 858-865.

Titler, M.G., Bombei, C., & Schutte, D.L. (1995). Developing family focused care. Critical Care Nursing of North America, 7 (2), 375-386.

Torralba, F. (1999). Lo ineludiblemente humano. Labor hospitalaria, 253, 131-188.

Turcotte-Belley, M.C. (1990). Implantation de la collecte de données en soins infirmiers: Rapport d'une recherche-action. Mémoire non publié, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canada.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 6 (3), 197-205.

Walters, A.J. (1994). The comforting role in critical care nursing practice: a phenomenological interpretation. International Journal of Nursing Studies, 31 (6), 607-616.

Watson, J., & Devis, E.O. (1990). Nursing Education: Coming of Age for a New Age. In N.L. Chaska (éd.). The Nursing Profession-Turning Points. St. Louis Mosby.

Waterman, H., Webb, C., & Williams, A. (1995). Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing. Journal of Advanced Nursing, 22, 779-784.

Webb, C. (1989). Action research: philosophy, methods and personal experiences. Journal of Advanced Nursing, 14, 403-410.

Webb, C. (1990). Partners in research. Nursing Times, 86 (32), 40-44.

Webb, C. (1991). Action research. In DFS Cormack (Ed.), The Research Process in Nursing (chap. 17, p.155-165). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Whyte, W.F. (1989). Advancing Knowledge through Participatory Action Research. Sociological Forum, 4, 367-386.

Whyte, W.F. (1991). Participatory Action Research. London: SAGE Publications.

Wilkinson, E., Elander, E., & Woolaway, M. (1997). Exploring the use of action research to stimulate and evaluate workplace health promotion. Health Education Journal, 56, 188-198.

Wilkinson, P. (1995). A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing, 11, 77-86.

Williams, A. (1997). The body of the nurse as patient. Australian Journal of Advanced Nursing, 15 (1), 12-19.

Zazpe, C. (1996). Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva, 7 (4), 147-151.

Zazpe, C., Margall, M.A., Otano, C., Perochena, M.P., et Asiain, M.C. (1997). Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing, 13, 12-16.

Appendice A

Les stratégies d'empowerment pour infirmières cliniciennes

Les stratégies d'empowerment pour les infirmières cliniciennes

Opportunité(s)

- De modifier le travail des FLMs (front line managers) et des infirmières afin de démontrer les valeurs de l'empowerment.
- D'encourager et de supporter l'interdépendance auprès des professionnels de la santé.
- De définir les tâches et les connaissances nécessaires au travail des RNs (infirmière) et des RPNs (registered practical nurse).
- De développer et d'implanter des programmes éducatifs encourageant l'indépendance clinique.
- Promouvoir le développement professionnel de plans individuels.
- De favoriser la mobilité et la rotation des infirmières cliniciennes.
- De dresser et d'implanter des programmes d'évaluation fondés sur une philosophie animée de l'esprit d'entreprise et organisationnelle.

Information

- Promouvoir des modes de communication efficaces.
- Implanter des structures formelles telle que la gouvernance partagée ou la pratique faite en collaboration.
- Créer des groupes de travail et des comités au niveau hiérarchique et départemental.
- Encourager et soutenir les améliorations des équipes.
- Promouvoir des échanges informels entre l'administration et le personnel soignante.

Soutien

- Créer des activités pour promouvoir le travail d'équipe au niveau des unités de soins, des départements et de la direction.
- Cultiver une atmosphère où la confiance règne.
- Développer un système de reconnaissance et de récompense fondé sur l'attitude « win-win » plutôt que l'attitude « win-lose ».
- Encourager l'innovation et le comportement audacieux.

- Promouvoir la participation du personnel en adoptant un style de gérance participative.
- Verbaliser le support envers les actions et les idées d'autrui.
- Favoriser les activités de soutien.

Ressources

- Recruter le personnel de façon telle à ce que l'on puisse faire valoir les valeurs de l'empowerment.
- Rechercher des fonds de recherche de l'extérieur afin de permettre la reconnaissance du travail des infirmières.
- Encourager les infirmières cliniciennes à planifier leur propre horaire de travail.
- Implanter un système dans lequel les infirmières peuvent avoir plus de contrôle sur les soins qu'elles prodiguent, tel le cas du PN case manager (primary nursing care manager).

Tiré de Beaulieu, Shamian, Donner et Pringle (1997, p.39, traduction libre).

Appendice B

Les étapes de la recherche-action

Un exemple des étapes de la recherche-action

CYCLE	MOMENT	WHAT'S HAPPENING
Cycle One	1. Reflection	The group and thematic concern are identified through discourse.
	2. Plan	The group Plan to undertake an examination of the thematic concern and the social situation, in order to define and describe both accurately. As well as getting ALL stakeholders together and deciding how much participation constitutes collaboration.
	3. Action 4. Observation	The Plan is put into Action and the group collect their Observations to reconvene.
Cycle Two	1. Reflection	The group will now Reflect on their findings to more accurately define their thematic concern. This reflection would also include self-reflection by the participants.
	2. Plan	The group can now plan a change in practice to improve the social situation. It should include the methods of critical examination to be utilised. Potential problems need to be dealt with an approval sort from the Ethics Committee, where applicable.
	3. Action	A change in practice is affected and the research is commenced.
	4. Observation	The group observe the consequences of the change in practice and use the research method outlined in the plan to examine the results.
Cycle Three	1. Reflection	It would be unusual for the project to only go through 2 PAR cycles. The cycles would continue until the group were satisfied with the outcomes. The possibility of the project not reaching an end are realistic. This does not mean the original problem remains same or that the group never finds any social justice in their situation.

Tiré de Seymour-Rolls et Hughes (1995, p.3).

Appendice C

Guide d'observation pour la reconnaissance du terrain

Guide d'observation pour la reconnaissance du terrain

a) Questions reliées au langage, aux activités et aux relations sociales:

- Pouvez-vous me décrire, dans vos propres mots, le rôle que vous exercez comme infirmière dans cette unité de soins intensifs?.....
.....
.....
.....

- Croyez-vous que l'infirmière fait tout ce que son rôle lui commande?
.....
.....
.....
.....

- Pensez-vous qu'on travaille en équipe dans l'unité?.....
.....
.....
.....
.....

- Comme trouvez-vous la collecte de données infirmière actuelle?.....
.....
.....
.....
.....

b) Pour les instruments infirmiers, vérifier la présence des aspects reliés à:

	Présents	Non présents
Signes vitaux (FC, TA, T ^a , PAP, FR, diurèse)		
Respiration (sécrétion pulmonaire, caractéristiques)		
Alimentation (voie, hydratation, difficultés)		
Élimination (caractéristiques, difficultés)		
Sommeil (caractéristiques, difficultés)		
Mouvement (difficultés, particularités)		
Peau (caractéristiques, altérations)		
Cathéters (type, situation)		
Tubes (type, situation)		
Communication (verbale, non verbale)		
Niveau de conscience (conscient, inconscient, confus)		
État émotionnel		
Diagnostic		
Famille		

Appendice D

**Documentation donnée aux participantes sur le modèle de recherche-action de
Kemmis et McTaggart et le processus de changement**

Date: 18 mars 1999
 Auteure: Pilar Delgado Hito
 Lieu: École des Sciences infirmières

LA RECHERCHE-ACTION

La recherche-action est une forme collective de recherche d'auto-réflexion des participants. Elle a comme but d'améliorer et de comprendre la pratique des praticiens.

LA PRÉOCCUPATION THÉMATIQUE

La préoccupation thématique définit le contexte sur lequel le groupe décide de centrer les stratégies afin d'améliorer leur pratique.

Les membres du groupe planifient ensemble l'action, ils agissent et ils observent individuellement et collectivement et, enfin, ils réfléchissent ensemble pour:

- 1.- Développer un plan d'action critiquement informée afin d'améliorer la pratique
- 2.- Trouver une action pour mettre en pratique le plan
- 3.- Observer les effets de l'action critiquement informée dans le contexte où elle se déroule
- 4.- Réfléchir sur les effets afin d'élaborer un plan révisée.

Il est important:

- **Trouver un compromis** pour améliorer la pratique de tous les participants
- **Apprendre** à faire une analyse critique de la pratique
- **Négocier** les horaires, les changements, les stratégies, etc.

LE CHANGEMENT

Le changement est un processus, non un produit. La recherche-action vise au changement des individus par le changement dans la culture du groupe. Kemmis et McTaggart (1988) définissent la culture du groupe comme les substances ou les formes caractéristiques du langage, des activités et des relations qui forment les interactions du groupe.

Définition de langage: l'individu a un langage

- La personne reçoit le langage parce qu'elle le trouve déjà formé comme un aspect de la culture du groupe
- Le langage a un potentiel expressif et communicatif
- Il change seulement si on parle de comment le changer

Définition des activités: l'individu est un acteur social

- Ses pratiques se déroulent et se comprennent dans un contexte d'interaction sociale

Définition des relations: l'individu se définit à travers ses relations avec les autres

- C'est la façon dont nous nous mettons en relation avec les personnes

Ces trois dimensions, incluses dans la culture de chaque groupe, sont celles que nous utiliserons comme registres d'amélioration:

- Les changements dans l'utilisation du langage
- Les changements dans les activités
- Les changements dans les relations

Ces trois aspects sont interreliés, le changement d'un de ceux-ci peut occasionner un changement dans les autres.

LE CHANGEMENT DANS LA CULTURE DU GROUPE



est le changement de nous-mêmes

Texte basé sur le guide « The action research planner » de Kemmis et McTaggart (1988).

Appendice E

Guide pour réaliser un journal de bord

Date: 18 mars 1999
Auteure: Pilar Delgado Hito
Lieu: École des Sciences infirmières

JOURNAL DE BORD

- Tous les membres du groupe auront un journal de bord parce qu'il nous oblige à réfléchir et à reformuler nos idées pour les enregistrer
- Il est nécessaire pour acquérir une routine d'écriture réflexive
- Il aide à réviser ce qui s'est fait
- Il permet de garder des traces du progrès
- Il procure un enregistrement utile pour pouvoir exposer votre travail aux autres
- Le journal de bord:
 - Permet d'explorer notre pratique
 - Permet de l'évaluer
 - Permet de la comprendre
 - Procure un guide pour la réflexion
 - Est une forme critique (le positif et le négatif) d'analyse
- De la première partie de l'étude, on doit écrire dans le journal:
 1. Les annotations et les réflexions sur l'utilisation du langage:
 - Comment t'exprimes-tu avec le patient, la famille, les collègues et les médecins?
 - Quelles sont les normes de langage caractéristiques ou répétitives?
 2. Les annotations et les réflexions sur les activités ou les pratiques:
 - Quels types d'activités réalises-tu avec le patient, la famille, les collègues et les médecins?
 - Comment se définissent les activités de ton travail professionnel?
 - Quelles sont les activités décrites et justifiées dans le langage?

3. Les annotations et les réflexions sur les relations sociales:
 - Comment sont les relations avec le patient, la famille, les collègues et les médecins?, de collaboration, de consultation, d'autorité, ...?
 - Qui est en relation avec qui?
4. Quelles sont les relations entre le langage et les activités?
5. Quelles sont les relations entre le langage et les relations?
6. Quelles sont les relations entre les activités et les relations?
7. Les annotations et les réflexions sur le processus de recherche-action

Ce tableau peut vous aider à clarifier ce qui a été observé et enregistré

	Langage	Activités	Relations
Patient			
Famille			
Collègues			
Médecins			

- De la deuxième partie de l'étude, on doit écrire dans le journal:
 1. Les annotations et les réflexions sur le changement dans l'utilisation du langage
 2. Les annotations et les réflexions sur le changement des activités ou des pratiques
 3. Les annotations et les réflexions sur le changement des relations sociales
 4. Quelles sont les relations entre le langage et les activités?
 5. Quelles sont les relations entre le langage et les relations?
 6. Quelles sont les relations entre les activités et les relations?
 7. Les annotations et les réflexions sur le processus de recherche-action

- 
- Quelques questions pouvant vous aider à écrire le journal de bord:
 1. Quels ont été vos sentiments?
 2. Quelles ont été vos réactions?
 3. Quelles ont été vos interprétations?
 4. Quelles ont été vos intuitions?
 5. Quelles ont été vos explications?
 - On peut écrire après l'action ou l'observation mais aussi chez-soi
 - On peut faire des dessins pour s'aider à se rappeler de ce qui s'est passé

Texte basé sur le guide « The action research planner » de Kemmis et McTaggart (1988).



Appendice F

Documentation donnée aux participantes sur l'observation participative

PROCOLO DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE
EN INSTITUCIONES SOCIOSANITARIAS

Mayo, 1998

Protocolo preparado por Oscar Guasch
Departamento de Sociología
Universidad de Barcelona¹

¹ El autor autoriza la copia y la distribución de este protocolo.

enfermos. Pero para entender ese papel, no deben olvidar describir también cual es el papel central de la enfermera en el conjunto de la representación.

Veamos un ejemplo ideal de una escena: la visita de los médicos. Se supone que el siguiente texto es el que se ha escrito en el diario de campo.

"Las visitas de los médicos se realizan entre las 10 y las 12. La actuación es muy parecida en todos los casos. Los médicos entran en la habitación y piden a los acompañantes que salgan al pasillo. En la habitación quedan el jefe de planta, los residentes y los enfermos, con la enfermera. El jefe de planta destaca algún caso en especial. Y consulta a la enfermera sobre como ha pasado la noche el enfermo. Los otros pacientes escuchan. La enfermera toma nota de un cambio en la medicación. El paciente en cuestión pregunta por el alta. El médico le dice que ya veremos. El siguiente paciente pide más calmantes para el dolor. El médico pregunta a la enfermera que qué dosis está tomando. El médico le dice que ya está tomando muchos y qué si se quiere volver adicto".

Veamos qué análisis puede realizarse sobre la escena desarrollada. El siguiente texto ya no es lo que han escrito en el diario de campo, sino el análisis de lo que ha sucedido:

Las visitas de los médicos siempre siguen el mismo ritual. Entran en la habitación. Desalojan a los acompañantes. Preguntan a los enfermos como están. Discuten alguna cuestión entre ellos. A la salida explican dan alguna explicación a los acompañantes. Los médicos van muy deprisa y no atienden bastante las dudas de los internos. Si hay un cambio de medicación la prescriben y ya está. La enfermera debe explicar después para qué sirve ese nuevo fármaco. Con las altas sucede lo mismo. Los médicos nunca dicen claramente qué va a pasar. En las visitas la incomunicación es una constante: se habla poco y se habla mal. Uno de los mayores problemas de las visitas es que son un monólogo: el médico no dialoga ni con la enfermera ni con el paciente. El médico no habla: dicta. Una buena visita debería ser un dialogo a tres bandas: una dialogo entre el médico, el paciente y la enfermera. Sin embargo rara vez es así. En las visitas, hay tres monólogos del médico: con el paciente, con la enfermera, y luego con el acompañante. Son monólogos porque aunque el médico oye lo que le dicen: no escucha. Su decisión la toma en función de notas clínicas escritas (p.e: la curva nocturna de temperatura); no en función de lo que le dice oralmente el paciente o la enfermera. Un dialogo implica siempre negociación. Y el médico hospitalario no sabe negociar. El problema de todo esto es que, la enfermera actúa de manera informal como distribuidora de información, pero en cualquier momento puede ser desautorizada por el médico.

Como ven el análisis sobre lo escrito en el diario de campo da mucho de sí. A lo largo del diario de campo se han observado muchas escenas como la descrita, y a posteriori es posible teorizar sobre ello, e incluso proponer algún tipo de solución. Pese a que en estas instrucciones sobre la O.P se destaca mucho que hagan observación, recuerden que lo realmente importante es analizar qué sucede. Es decir: el objetivo del presente trabajo es que ustedes aprendan a observar críticamente la realidad. Pero también es importante que analicen aquello que han visto. Así pues, en el trabajo que presentan, hay una continua ida y venida de la observación al análisis. Sin análisis la observación sirve de poco. Sin observación el análisis es imposible.

El "problema" de la subjetividad

Una rosa no es lo mismo para un poeta que para un botánico. Y sin embargo la rosa "objetivamente" es la misma rosa. Valga este ejemplo para entender que la subjetividad no es un problema: es una ventaja. Tan importante es el punto de vista del poeta como el del botánico. No hay una verdad: hay distintas perspectivas. Si no sabemos que significa la rosa para cada uno de ellos, no entenderemos el distinto tipo de relaciones que uno y otro mantienen con la rosa. Lo mismo sucede en una institución. Para un funcionario de prisiones la cárcel es su lugar de trabajo; pero para un preso la cárcel es el lugar donde vive, y para algunos presos (los condenados a perpetua), la cárcel puede ser su hogar. Si no somos capaces de imaginar estos importantes matices, por muy "objetivos" que pretendamos ser, no entenderemos nada.

Centro de
Investigaciones
Sociológicas

Autor: Oscar Guasch

Observación participante

Este manual presenta de forma crítica el desarrollo de la observación participante en el marco de las Ciencias Sociales. Parte de las ideas sobre el arte de observar, para realizar luego un ensayo clave sobre la *distancia social* y su desarrollo en la Sociología y en la Antropología. Articula así la observación participante mediante el interaccionismo estratégico para proporcionar una formalización científica. Presenta también los problemas prácticos más usuales en la observación participante, separando las raíces teóricas de las consecuencias metodológicas. Selecciona y explica cinco ejemplos básicos de *diarios de campo* muy diferentes, realizados por científicos sociales españoles. Son una ayuda inapreciable para animar a otros/as lectores a la utilización de esta estrategia de investigación. Ilustra también las aventuras y desventuras de la investigación al *participar* en la realidad social. Tanto el texto como los ejemplos son además una muestra de estilo excelente. El libro incluye una bibliografía comentada muy útil.

PACIENTE A. Vía de contagio: homosexual. Sexo y edad: varón 34 años. Estado de la enfermedad: CDA muy bajos, sarcoma de Kaposi, muy mal estado. Condición: media-baja.

Actitud del médico: Este paciente acude a la consulta en condiciones precarias a causa de un sarcoma de Kaposi localizado en los dedos gordos de ambos pies (uno bastante desarrollado, el otro en inicio). El médico lo recibe con cierta preocupación ante los gestos de dolor y el sufrimiento que refleja el rostro del enfermo. El paciente afirma llevar unos días con fuertes dolores y hormigueos en manos y las articulaciones. La reacción del médico es la de intentar encontrar inmediatamente la causa del dolor. En un momento de la consulta el paciente ha hablado del Hivid y en ese instante el médico ha saltado de la silla, ya que le había retirado expresamente el Hivid, y era eso lo que le estaba provocando los dolores y la neuropatía. «¿Pero cómo estás tomando el Hivid si te dije que lo dejases rápidamente? No lo entiendo: te lo apunté y todo ¿Es que no lo has leído? Si, te lo apunté, estoy convencido. Pues has de dejarlo inmediatamente porque si no te continuarán los dolores e incluso te aumentarán y eso no podemos permitirlo. No me lo puedo creer que hayas estado sufriendo todo este tiempo inútilmente». Tras esta afirmación el médico mira las fichas y comprueba en una nota que se le había retirado el Hivid. El médico insiste en que «no se te ocurra volver a tomarlo».

A partir de este momento la preocupación del médico ha aumentado y ha prestado un interés inusitado en el caso. Durante la consulta del paciente anterior, cuando yo he llegado, el médico estaba hablando por teléfono con otro hospital para plantear la cuestión de la radioterapia local para este enfermo, ya que tiene las defensas muy bajas, y la quimioterapia generalizada o un tratamiento similar puede ocasionarle reacciones adversas, e incluso la muerte. El médico mira los dedos y observa que el sarcoma esta bastante extendido (sobre todo en el pie izquierdo). La madre del paciente comenta que tiene el pie derecho muy frío y que en ocasiones parece un témpano de hielo. El médico lo comprueba y explica que al tener muchos ganglios en la ingle, esto puede cortar las vías sanguíneas al pie.

El médico plantea la cuestión de la radioterapia para tratar el dolor localmente y la respuesta del paciente es positiva (al igual que la de la familia). La preocupación del médico es evidente ante este caso y yo creo que influye decididamente la cuestión del dolor y del sufrimiento del paciente. El reconocimiento es completo y exhaustivo, y el médico escucha con atención las explicaciones del paciente y de la familia. Las indicaciones son claras y el médico insiste varias veces en que deje el Hivid.

En un momento de la consulta el médico comenta al paciente que esta preocupado por su caso e insiste en que no puede permitir que el dolor continúe. En este contexto le dice: «No sabes bien el trabajo que me estás dando». La reacción del paciente es de extrañeza ante tal afirmación. El médico, al darse cuenta de que lo dicho no es lo apropiado, rectifica diciendo: «Hombre no es eso; este es mi trabajo y tengo que procurar curarte puesto que esa es mi obligación, lo que sucede es que tu caso es de los más complicados que tengo y me tengo que calentar mucho la cabeza contigo».

Seguidamente le manda un sinfín de medicamentos y algunas pruebas específicas para ver por qué se le bloquea la circulación en los pies. Insiste en que las

pruebas son necesarias y que lamenta tener que hacerle venir en su estado pero que es inevitable. Le manda unos analgésicos más fuertes para el dolor y vuelve a insistir por enésima vez que no se le ocurra seguir tomando el Hivid. El planteamiento del médico es dejar bien claro que el problema no ha sido culpa suya sino una negligencia del paciente y de la familia, como buena fórmula para curarse en salud.

Actitud del paciente: El paciente acude a la consulta acompañado por sus padres y una hermana, que se queja nada más entrar de los fuertes dolores que su hermano padece estos últimos días en las articulaciones y en la zona afectada por el sarcoma (los dedos gordos de los pies). El rostro del paciente es de dolor y sufrimiento continuo. Los familiares muestran gestos de gran preocupación. El paciente apenas puede andar y entra en silla de ruedas. Según los familiares existe una gran dificultad para hacerle todas las "tareas" propias de una persona. El paciente muestra su sorpresa cuando el médico le dice que el dolor es consecuencia de un medicamento que continua tomando y que el propio médico le había retirado hace ya más de un mes. Dice que no se ha dado cuenta. La familia es la que lleva el peso de la consulta, fundamentalmente la madre y la hermana, siendo éstas las que contestan a la mayor parte de las preguntas del médico. La madre dice que es difícil cambiarlo y hacerle determinadas cosas y pretender, al mismo tiempo, evitarle el dolor.

Mientras la madre y la hermana lo desvisten para la revisión del médico, el padre me dice que su hijo está fatal, que los dolores son continuos, y me plantea la cuestión de si no es mejor verlo morir y que descansa en paz. El padre afirma que todo es doloroso: para él y para la familia, que hay que hacerle todo y que es incapaz de valerse por sí mismo para cualquier tontería. Es la madre quien alerta al médico sobre la defectuosa circulación de la sangre en los pies, y le dice que a menudo los tiene helados. El paciente interviene poco y la verdad es que la atención del médico está más dirigida a las palabras de los familiares que a las del paciente (algo frecuente cuando los enfermos están en una fase avanzada de la enfermedad). La hermana es quien asume el rol de portavoz de la familia en la relación con el médico: cuando se plantea la cuestión del error en la administración del medicamento, ella alega que eso es porque ella no pudo venir ese día, que de haber ido no habría habido ningún problema en ese sentido.

La familia plantea las dificultades que implica la ayuda al enfermo, ya que tanto la madre como la hija trabajan, y ambas tienen turno de tarde (con el fin de poder acudir con el enfermo a las consultas y a la realización de las analíticas). El padre, que está jubilado, afirma que la enfermedad ha llegado a una situación en la que una persona sola no puede hacerse cargo del enfermo. Respecto a la cuestión de la radioterapia, no ponen ninguna pega, pero se hace evidente la preocupación por iniciar sesiones que tienen una asociación clara con algo muy nocivo. Cuando el médico lo plantea, los rostros de los familiares (más que el del propio paciente) cambian radicalmente y la preocupación es obvia. El paciente tampoco pone inconveniente alguno. Al parecer su único objetivo en este momento es el de calmar los dolores de la forma que sea.

La realidad del dolor planea durante todo el tiempo que dura la consulta. Más que una mejoría (difícil por otra parte) lo que aquí se está poniendo sobre la mesa por parte del médico, de la familia, y del paciente: es evitar el dolor, los dolores, de la forma que fuera posible.

PACIENTE B. Vía de contagio: homosexual. Sexo y edad: varón de 35 años. Estado de la enfermedad: buen estado aparente, CD4 90. Condición: media-alta.

Actitud del médico: El paciente acude a la consulta aquejado de sarcoma de Kaposi generalizado por el rostro, hasta ahora tratado con hidrógeno líquido en la consulta de dermatología del hospital. El paciente acude a la consulta el día de hoy procedente de dermatología, y relata al médico lo que allí ha sucedido. La doctora le espera para darle una sesión de hidrógeno en la cara, y el paciente se niega alegando que tiene que acudir a la consulta de medicina interna y quiere antes hablar con el médico que le trata la enfermedad. La actitud del médico es complaciente en este sentido ya que supone una respuesta positiva y una confianza depositada en su persona. El médico plantea que es muy conveniente lo que ha hecho, puesto que la extensión del sarcoma va en progresión y ya no parece conveniente continuar tratando el sarcoma a nivel local, puesto que «lo que va a suceder es que con lo extendido que lo tienes te habría de quemar toda la cara». El médico se muestra partidario de seguir un tratamiento general que le permita abordar el problema en conjunto, a pesar de lo cual señala la conveniencia de hablar con la dermatóloga y discutir esta cuestión de forma conjunta. Para ello dirige un informe con su opinión a la doctora donde expresa la conveniencia de iniciar el tratamiento generalizado lo más rápidamente posible. En este sentido le plantea al paciente las consecuencias inmediatas de un tratamiento de este tipo ya que lleva implícitos una serie de efectos secundarios de carácter local.

El médico aborda la consulta en un contexto de superioridad respecto al saber, ya que el paciente parece bien informado sobre algunas de las cuestiones que se tratan en la consulta. Esto hace que el médico corte bruscamente la conversación o que limite la acción verbal del paciente desoyendo sus comentarios y hablando de cuestiones muy dispares. Es un proceso de superioridad técnica que implica una tendencia unidireccional en la propia consulta. Por lo demás, el contacto es normal en una línea de actuación propia de las consultas donde no se introducen elementos destacables.

Actitud del paciente: el paciente acude a la consulta procedente de la consulta de dermatología donde le tratan un sarcoma de Kaposi aplicando hidrógeno líquido. La extensión del sarcoma motiva que en la sesión del día de hoy el paciente proponga a la doctora dejar de aplicar el hidrógeno líquido hasta comentar con su médico de consultas externas las posibles consecuencias de tratar localmente el sarcoma. El paciente parece bien informado sobre su enfermedad, y su actitud (al margen de ser muy correcto en cuanto al trato con el médico) está caracterizada por lo que vengo considerando sumisión en la consulta: un encuentro sumiso en el que el paciente no pone impedimentos a las consignas del médico respecto del tratamiento indicado. El paciente va a la entrevista dispuesto a oír todo aquello que el médico le plantea: tanto respecto a los efectos secundarios del tratamiento generalizado, como en relación a las nuevas indicaciones que el médico considera oportunas.

El paciente señala que el sarcoma se le extiende más, pese a que las lesiones pierden algo de "virulencia" respecto a la anterior visita. Por lo demás no hay ningún aspecto relevante a considerar de manera especial.

Appendice G

Guide pour la réflexion du groupe après l'implantation des stratégies

Guide pour la réflexion après l'implantation des stratégies

1. Quelle est votre perception des événements?
2. Quelle est la perception des autres?
3. Quels ont été les effets prévus/imprévus?
4. Quels sont les problèmes dérivés de vos observations?
5. Quelles sont les limitations? Pourquoi?
6. Est-ce que le contexte de votre travail a changé?
7. Quels sont les changements au niveau du langage, des activités et des relations sociales?
8. Quels sont les accords/désaccords d'interprétation et d'utilisation du langage, des activités et des relations sociales?
9. Quelles sont les contradictions les plus importantes pour vous? Pourquoi?
10. Que va-t-on faire à partir de maintenant?
11. Que doit-on faire de plus pour changer le langage, les activités et les relations sociales?
12. Quels nouveaux changements doit-on faire?
13. Quelle est la replanification la plus adéquate/faisable?
14. Voulez-vous qu'on parle d'un autre aspect qui vous préoccupe?

Questions basées sur le guide « The action research planner » de Kemmis et McTaggart (1988).

Appendice H

Guide pour la réflexion du groupe sur la méthode

Guide pour la réflexion sur la méthode

1. Quelle est votre perception par rapport à ce type de recherche?
2. Considérez-vous la réflexion individuelle et collective essentielles pour le changement?
3. Est-ce que votre pratique s'est améliorée? De quelle façon?
4. Est-ce que la compréhension de votre pratique s'est améliorée? Comment?
5. Qu'avez-vous appris?
6. Est-ce que la méthode de cette recherche vous a aidé dans d'autres choses?
7. Quelles sont les limitations? Pourquoi?
8. Voulez-vous qu'on parle d'un autre aspect qui vous préoccupe?

Questions basées sur le guide « The action research planner » de Kemmis et McTaggart (1988).

Appendice I

Le calendrier des étapes de la recherche

Le calendrier des étapes de la recherche

	Nov. 7 14 24	Déc. 7 14 24	Janvier 7 14 24	Février 7 24 24	Mars 7 14 24	Avril 7 14 24	Mai 7 14 24	Juin 7 14 24	Juillet 7 14 24	Août 7 14 24	Sept. 7 14 24	Oct. 7 14 24	Nov. 7 14 24	Déc. 7 14 24
Les étapes du 1er cycle														
La reconnaissance du terrain														
Planificación conjunta de l'étude														
Action-observation														
Réflexion														
Les étapes du 2ème cycle														
La planification des stratégies														
Action-observation														
Réflexions sur les stratégies et la méthode														

D) Recrutement, II) L'analyse de la reconnaissance, III) 1er rencontre, IV) 2ème rencontre, V) Demande de bourse pour la recherche, VI) 3ème rencontre, VII) 4ème rencontre, VIII) 5ème rencontre, IX) Elaboration du document avec les stratégies, X) Cours sur la pratique, XI) Revision des stratégies, XII) Cours sur l'équipe, XIII) Changement d'unité, XIV) Retour à l'unité, XV) 6ème rencontre, XVI) 7ème rencontre

Appendice J

La lettre de la directrice de maîtrise de la chercheure pour les participantes

Certificate

This is to certify that _____ participated in the action research project entitled *Changes in nursing through reflections about the practice*, co-ordinated by Pilar Delgado as part of her M.Sc. thesis, from March to December 1999. The activities developed during 45 hours of collaborative work between participants and co-ordinator involved: group discussion and planning, observation and description of nursing activities at the work place, critical analysis of professional experiences, implementation of alternative practices and evaluation of the process. Throughout the study, *Almudena Mateos* was committed to the development of the project and provided valuable insights regarding the content and methodology of the research.

Toronto, 15 December 1999.

Denise Gastaldo, Ph.D.
Assistant Professor
Faculty of Nursing, University of Toronto
Graduate Studies Supervisor for the Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Appendice K

Un exemple du processus de codification et cotégorisation

Un exemple du processus de codification et catégorisation

CATÉGORIE	SOUS-CATÉGORIE	CODES
Langage avec le patient	Patient inconscient ou sous sédatifs profonds	Inexistant Non verbal Oubli Peu Manque d'information Cris Surnom Diminutifs Phrases toutes faites Présentation Orientation temps/espace Explications Tout permis
	Patient conscient ou sous sédatifs superficiels	Ne connais pas le prénom N'attend pas de réponse Différentes priorités Phrases toutes faites Répétition Présentation Orientation temps/espace Explications Inclus dans conversations Plus facile
	Patient très grave	Inexistant Non important Oubli Fausseté Présentation

Appendice L

La lettre d'autorisation de la directrice de soins infirmiers de l'hôpital

Direcció d'Infermeria

Barcelona, 23 de mayo 2000

Sra. PILAR DELGADO HITO
Menéndez Pelayo , 20 .1º.2ª
08720 VILAFRANCA DEL PENEDES

Con referencia a su petición para realizar el trabajo de investigación con el título de " **Modificación de la práctica a través de la reflexión sobre la acción**", me es grato manifestarle que por parte de esta Dirección no hay ningún inconveniente el que Vd., pueda hacer el mencionado trabajo en el periodo de octubre 1998 a octubre 2000.

Certifico lo expuesto anteriormente, atendiendo de este modo a su solicitud y a todos los efectos que correspondan, aprovecho esta ocasión para saludarle atentamente



Fdo. Dolors Llorens Basses
Directora de Enfermeria

Appendice M

La lettre d'autorisation du comité d'éthique de l'hôpital

Barcelona 26 de Junio de 1998

De: Dr A. Subias
Presidente del Comité d'Ètica Assistencial

A: Pilar Delgado Hita

Apreciada Pilar:

Referente a la petición realizada al Comité de Ética Asistencial, para la valoración ética del proyecto de investigación con el título "*La modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión sobre la acción*" a realizar en la Unidad de Cuidados Intensivos, y analizado el objetivo del mismo:

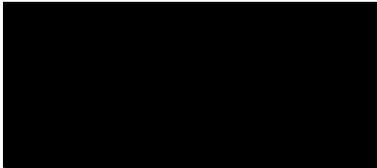
Valorar los cambios en los cuidados de enfermería a partir de un proceso participativo de las enfermeras

y revisada la metodología hemos constatado que tratándose de un estudio cualitativo de tipo investigación-acción en el cual:

- a) No se introduce cambios que afecten al enfermo
- b) La participación en el estudio por parte de las enfermeras es voluntario y con compromiso de confidencialidad
- c) Que la recogida de datos y el análisis de los mismos es de tipo cualitativo

Creemos que desde la perspectiva ética el estudio puede llevarse a cabo en la UCI de nuestro hospital

Afectuosamente


Dr. Antonio Subias