

Université de Montréal

Une phénoménologie du réconfort

**Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée
et
pour l'infirmière qui en prend soin**

Par
Maud Bécherraz

Faculté des Sciences Infirmières

Thèse présentée à la Faculté des Etudes Supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor en Sciences Infirmières
(Ph.D.)

Janvier 2001

© Maud Bécherraz - 2001



WY
5
U58
2001
v. 013

Division de Médecine

L'Institut de Technologie de Montréal

Expériences et réalisations de recherche pour le système opéré
et
pour l'intégration au système de soins

Dr
M. J. Gauthier

Le Directeur des Services de Santé

Il est certifié que la présente est une copie exacte de l'original
de la page de l'annuaire de l'Institut de Technologie de Montréal
pour l'année 1999-2000.



Le Directeur

M. J. Gauthier

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Une phénoménologie du réconfort.

**Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée
et
pour l'infirmière qui en prend soin**

présentée par :

Maud Bécherraz

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeur Michel Perreault	président-rapporteur
Professeur Franco Carnevale	directeur de thèse
Professeure Marcia Beaulieu	membre du jury Université McGill
Professeure Denise Gastaldo	examinatrice externe Université de Toronto
Professeure Louise Gagnon	représentante de l'examinatrice externe
Professeure Louise Getty	représentante du doyen de la FES

Thèse acceptée le :

Sommaire

Le titre : Une phénoménologie du réconfort. Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée et pour l'infirmière qui en prend soin.

Le but de l'étude est de décrire les expériences de réconfort et leurs significations - à partir de deux perspectives - celle de la personne opérée et celle de l'infirmière praticienne qui en prend soin.

La question de recherche est : quelles sont les significations des expériences de réconfort de personnes en phase postopératoire et des infirmières praticiennes qui en prennent soin ?

L'approche phénoménologique utilisée fut celle de Benner (1994). Elle a mis en lumière l'expérience des patients et des infirmières dans un contexte naturel et sans facticité. Par ailleurs, cette approche est performante en regard d'un phénomène dont on ne sait que peu de chose. En effet, la problématique de départ était libellée en termes de manque de connaissances pointues face au réconfort, alors même que ce dernier est souvent considéré par les théoriciennes comme le centre de la discipline infirmière. Le phénomène a été étudié à travers l'analyse des témoignages de onze dyades « bénéficiaire – infirmière ».

Les résultats : les patients insistent sur le soulagement de la douleur, sur la présence indispensable de l'infirmière et sur son écoute au-delà des mots de même que sur l'importance du toucher. Ils reconnaissent également ses habiletés professionnelles en cas de complications et la suppléance qu'elle offre spontanément. Certains sont émerveillés par l'intense relation intersubjective qui se tisse parfois à l'occasion des soins ou de la première rencontre. Ils sont réconfortés lorsque la personne de l'infirmière les reconnaît comme un être humain qui souffre. Ils témoignent spontanément du réconfort apporté par les proches, les amis et les collègues. Enfin, ils parlent du soutien de la spiritualité comme un aspect majeur. Puis, chaque personne rencontrée a nommé l'infirmière qui l'avait réconfortée. Aucun infirmier n'a été mentionné.

Dans un premier temps, les infirmières sont étonnées d'avoir réconforté le patient. Puis elles parlent de ce souci de l'autre, de cet intérêt pour cet « autre moi-même » qui souffre. L'intersubjectivité est très présente alors que simultanément l'infirmière banalise les soins de base et les soins médicaux délégués qu'elle dispense. Elle insiste sur les aspects relationnels (présence, écoute et toucher). La famille du patient bénéficie également d'une attention particulière. Par contre, l'infirmière ne parle pas explicitement de l'aspect spirituel des soins, mais elle favorise le contact avec les aumôniers et la participation aux cérémonies religieuses. Enfin, les conditions de travail sont omniprésentes dans le discours de l'infirmière. Celles-ci étant vécues comme autant de limitations face au réconfort qui pourrait être offert au patient.

Au terme de cette étude il est possible de dire que le réconfort intervient dans le cadre d'une rupture biographique. Il constitue une forme d'étayage aux différents ajustements que le patient entreprend et il prend forme à travers la sympathie que l'infirmière ressent vis à vis d'un autre être humain. Cette sympathie amène à un engagement qui a pour effet d'augmenter l'acuité perceptuelle de l'infirmière et par conséquent la qualité de son jugement clinique.

Mots clés : réconfort, souffrance, soins infirmiers, dyade, « phronesis » clinique, phase postopératoire, phénoménologie.

Table des matières

Sommaire.....	i
Table des matières	ii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Dédicace	viii
Citation	ix
1. PROBLEMATIQUE.....	1
1.1. Observation clinique.....	1
1.2. Réconfort	2
1.3. Dyade.....	7
1.4. Contexte postopératoire.....	9
1.5. But de la recherche et question de recherche.....	10
1.6. Pertinence théorique pour les soins infirmiers.....	11
2. ANALYSE DES ECRITS	13
2.1. Douleur	13
2.1.1. Théorie du portillon.	14
2.1.2. Recherche.....	16
2.2. Conséquences de la rupture paradigmatique pour la recherche.....	19
2.3. Souffrance.....	25
2.4. Réconfort	33
2.5. Sources de connaissances en soins infirmiers.....	39
2.6. Synthèse critique.....	41
3. METHODE.....	44
3.1. Argumentation	45
3.2. Phénoménologie	46
3.2.1. Phénoménologie transcendantale.....	46
3.2.2. Phénoménologie existentielle	50
3.2.3. Processus herméneutique contemporain.....	52
3.2.4. Phénoménologie de Benner	53
3.3. Opérationnalisation.....	57
3.3.1. Question de recherche.....	57

3.3.2. Mise entre parenthèses.....	57
3.3.3. Participants.....	60
3.3.4. Contexte.....	65
Service de Chirurgie Nord.....	66
Service de Chirurgie Sud.....	67
3.3.5. Carnet de bord.....	68
3.3.6. Entretiens.....	70
Guide d'entretien du patient.....	70
Guide d'entretien de l'infirmière.....	70
Codage des entretiens.....	73
Catégories thématiques.....	74
3.3.7. Observations.....	75
3.3.8. Critères de rigueur.....	76
3.4. Ethique.....	78
3.5. Calendrier.....	79
4. RESULTATS.....	82
4.1. Analyse des données.....	82
4.1.1. Caractéristiques de chaque dyade.....	82
4.1.2. Axe orthogonal horizontal (patients).....	87
4.1.3. Axe orthogonal vertical (infirmières).....	102
4.1.4. Cas paradigmatique.....	121
4.1.5. Exemplaires.....	124
4.1.6. Entretiens.....	130
4.1.7. Observations directes.....	133
Catégorie : se sentir proche d'un être humain qui souffre.....	135
Catégorie : prendre soin de manière holistique.....	136
Catégorie : être avec.....	137
Catégorie : pattern de réconfort en phase aiguë ou en fin de vie.....	138
Catégorie : projeter dans un futur meilleur et réaliste.....	139
Catégorie : maintenir les liens avec l'environnement familial et social.....	140
Catégorie : considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire.....	141
Catégorie : collaboration avec le médecin en vue du mieux-être global du patient.....	142
Catégorie : auto-limitation des opportunités de réconfort.....	144
4.2. Phénomène de réconfort.....	145
4.2.1. Expériences de réconfort.....	145
4.2.2. Absence de réconfort.....	148
4.2.3. Refus de réconfort.....	150
4.3. En deçà et au-delà du phénomène de réconfort.....	151
4.3.1. Etre ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre versus se sentir proche d'un être humain qui souffre.....	152
4.3.2. Ne pas être seul versus être avec.....	158

4.3.3. Etre touché versus toucher	162
4.3.4. Bénéficiaire d'une suppléance physique et émotionnelle (être soulagé) versus soigner de manière holistique.....	163
4.3.5. Etre projeté dans un futur meilleur versus projeter dans un futur meilleur et réaliste.....	165
4.3.6. Etre entouré par ses proches, ses amis et ses collègues versus maintenir les liens avec l'environnement familial et social.....	171
4.3.7. Etre soutenu spirituellement	171
4.3.8. Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire	173
4.4. Trois phénomènes centraux	179
5. DISCUSSION	181
5.1. Développement de connaissances.....	181
5.1.1. Ruptures et ajustements biographiques.....	181
5.1.2. Relation transpersonnelle.....	185
5.1.3. « Caring » et « phronesis » clinique	190
5.2. Forces et limites	197
5.2.1. Forces	197
5.2.2. Limites	199
5.3. Recommandations.....	202
5.3.1. Recommandations pour la formation.....	202
5.3.2. Recommandations pour la clinique.....	205
5.3.3. Recommandations pour la gestion	207
5.3.4. Recommandations pour la recherche	208
Références	211
Annexe A : Pré-enquête réalisée auprès d'infirmières et d'infirmiers francophones suisses, français et belges (juin 1999)	xi
Annexe B : « modèle circulaire de la douleur » (Marchand, 1998)	xii
Annexe C : Pré-enquête réalisée dans deux services de chirurgie (août - septembre 1999)	xiii
Annexe D : Caractéristiques des onze dyades	xiv
Annexe E : Pathologies usuelles des deux services de chirurgie générale	xv
Annexe F : Exemples de codes opératoires du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	xvi

Annexe G : Guides d'entretien du patient et de l'infirmière	xvii
Annexe H : Exemple d'analyse d'un entretien	xviii
Annexe I : Thèmes récurrents issus de l'analyse de l'expérience des patients	ixx
Annexe J : Thèmes récurrents issus de l'analyse de l'expérience des infirmières	xx
Annexe K : Répartition des séquences d'observation selon les infirmières	xxi
Annexe L : Formule de consentement du patient	xxii
Annexe M : Formule de consentement de l'infirmière	xxiii
Annexe N : Exemple d'analyse d'un entretien sur deux axes orthogonaux	xxiv
Annexe O : Exemple de rédaction de texte pour une dyade	xxv
Annexe P : Répartition des dyades sur deux axes orthogonaux (cas paradigmatiques et exemplaires)	xxvi
Annexe Q : Synthèse de l'analyse des dyades sur deux axes orthogonaux (catégories thématiques)	xxvii
Annexe R : Thèmes récurrents issus de l'analyse des observations directes.....	xxviii
Annexe S : Catégories thématiques du réconfort versus les processus de la théorie du « caring » de Swanson (1991-1993)	ixxx
Annexe T : Copie de la lettre du « Swiss National Science Foundation »	xxx

Liste des tableaux

Tableau N° 1 : exemples de thèmes composants les catégories thématiques 131 du réconfort issues de l'analyse des verbatim des patients	131
Tableau N° 2 : exemples de thèmes composants les catégories thématiques 132 du réconfort issues de l'analyse des verbatim des infirmières	132
Tableau N°3 : catégories thématiques des patients versus des infirmières147	147

Remerciements

A Monsieur Franco Carnevale, infirmier, PhD,
Professeur adjoint à l'École de soins infirmiers de l'Université McGill à Montréal (« School of Nursing » - McGill University) et infirmier chef des soins intensifs de pédiatrie au Montreal Children's Hospital, directeur de cette thèse, pour sa confiance illimitée en l'être humain, sa disponibilité, son profond respect de ma pensée, sa rigueur ainsi que pour la richesse et l'authenticité de nos échanges tout au long de cette étude.

A Monsieur Michel Perreault, sociologue, PhD,
Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, membre du Comité, pour sa générosité lors de l'absence d'un membre du Comité, pour son éclairage sociopolitique du phénomène, ses commentaires subversifs, sa défense inlassable de la classe infirmière et des soins infirmiers.

A Madame Marcia Beaulieu, infirmière, PhD,
Professeur adjoint à l'École de soins infirmiers de l'Université McGill à Montréal (« School of Nursing » - McGill University), membre du Comité, pour sa bonté lors de l'absence d'un autre membre du Comité, pour son engagement, sa rigueur, ses commentaires constructifs ainsi que pour son soutien inconditionnel.

A Mesdames Louise Bouchard, et Chantal Cara, infirmières et PhD,
Respectivement Professeur agrégé et Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, membres du Comité, pour leurs critiques pointues et leurs acceptations du protocole de recherche ainsi que des trois premiers chapitres de cette thèse.

A Madame Claudine Braissant, infirmière,
Ancienne directrice de l'École de soins infirmiers et de l'École de Sages Femmes de Chantepierre à Lausanne (Suisse), pour son militantisme en faveur d'une formation académique de haut niveau, qui permette de mener à bien des recherches appliquées et de développer des connaissances en soins infirmiers.

Enfin, à mes précieux amis et collègues de Suisse et de Montréal, pour leur soutien et leur affection au cours de ces trois dernières années. Puissent-ils accueillir l'expression de ma profonde gratitude.

Trélex, décembre 2000.

A Mathilde et à Charles, mes parents

Aux patients et aux infirmières qui ont participé à cette étude

La consolation n'a de sens que dans un monde que l'on suppose signifiant et plein, dans lequel les autres – ceux qui ne sont pas touchés dans leur chair – détiennent la possibilité de remettre les choses en ordre, de me faire sentir ou entendre que l'histoire ne se réduit pas à ce qui m'arrive, et que la vie, comme ont dit, « continue ». La consolation est-elle jamais autre chose qu'une aspiration à un avenir meilleur ? Un effort qu'on engage pour changer de perspectives, pour découvrir ou pour offrir de nouveaux points de vue ? On vise des améliorations, et l'on suppose que nos vies sont des trajectoires progressives, continues, dont les différentes séquences peuvent être mises en relation et intégrées les unes dans les autres. Que nous faisons système, en nous-mêmes, mais aussi les uns avec les autres, et que nos expériences sont homogènes et communicables. Autant de propositions qui méritent d'être examinées. (Burbage et Chouhan, 1997, p. 147).

1. PROBLEMATIQUE

Ce chapitre débutera par la description de l'observation clinique qui a suscité cette étude sur le réconfort. Puis nous préciserons la problématique de recherche de même que les différentes acceptions françaises du terme anglais « confort ». Ensuite, nous argumenterons la pertinence d'une approche centrée sur l'expérience du bénéficiaire pour ensuite rencontrer l'infirmière qui l'a réconforté. Nous aborderons les conséquences ontologiques et épistémologiques d'un tel choix. Le contexte postopératoire dans lequel s'est déroulé l'étude sera décrit de manière globale. Nous terminerons ce premier chapitre par le but de la recherche, la question de recherche et la pertinence théorique du phénomène pour les soins infirmiers.

1.1.Observation clinique

Le phénomène d'intérêt est issu d'observations réalisées sur le terrain lors d'une recherche relative à la gestion infirmière de la douleur (Bécherraz, Dessales, van Melle & Braissant, 1998 ; Borel, Perrenoud & Schaub-Gentizon, 1998 ; Taillens, 1998). Cette enquête a été réalisée dans le centre hospitalier universitaire de Suisse Romande¹ où a eu lieu la présente étude.

Les personnes hospitalisées en chirurgie rapportaient parfois, lors des entrevues, des douleurs sévères, alors même qu'elles étaient entourées d'une équipe de professionnels

¹ La Suisse Romande est la partie francophone du pays, qui comprend quatre régions linguistiques.

de la santé compétente, habilitée à prescrire des opiacés et à soulager la douleur postopératoire. De plus, l'origine de la douleur était concrétisée (plaies opératoires, drains, sondes naso-gastriques, sondes vésicales, cathéters, etc.). Simultanément et paradoxalement, nous recueillions des témoignages où la personne se disait soulagée, réconfortée et exprimait combien la « veilleuse »² avait été présente, attentive, attentionnée et efficace. Ces situations complexes nécessitaient plus que le simple soulagement d'un corps meurtri, mais un réconfort, destiné à la personne toute entière. Finalement, ces expériences holistiques ont été mises en évidence et analysées en vue d'en améliorer la compréhension. Ainsi, les expériences et les significations du réconfort constituent le phénomène d'intérêt de cette thèse.

1.2. Réconfort

C'est à travers de récents écrits infirmiers, que nous aborderons l'évolution du phénomène de réconfort. Puis nous mettrons en évidence la complexité de l'approche de ce phénomène, dont l'expérience paraît difficile à transmettre en dehors d'un discours centré sur le corps.

Historiquement, un des buts prioritaires des soins infirmiers est de réconforter le malade (Nightingale, 1859/1969) ; puis le réconfort a été appréhendé comme un état de bien-être physique ou mental (Flaherty & Fitzpatrick, 1978) ou comme un degré sur le continuum allant de l'inconfort au confort (Paterson & Zderad, 1976). Il a également été relié aux différents besoins (Orlando, 1961 ; Roy & Roberts 1981) ou comme une variable en provenance de l'environnement du patient (Watson, 1979).

² La « veilleuse » est l'infirmière qui travaille de nuit (le plus souvent de 22h00 à 07h15).

Cependant, malgré les différents travaux de clarification conceptuelle réalisés par Kolcaba (1992, 1994) et Kolcaba et Kolcaba (1991), la méconnaissance des pratiques de réconfort demeure importante. Une partie des stratégies de réconfort sont intuitives, invisibles, difficiles à décrire et à expliquer par celles qui les pratiquent. Par conséquent, il semble que les infirmières n'aient pas conscience de la valeur de leur travail (Morse, 1992). Cet aspect est important pour la discipline. Il est urgent que l'invisible soit mis à jour, décrit avec minutie et restitué aux infirmières en tant qu'expertise.

Paradoxalement, en 1992, le réconfort est considéré comme un concept mesurable et opérationnalisable, aussi bien physiologiquement que psychologiquement. Par exemple, le « coping », la relaxation, l'adaptation, la guérison, la mortalité, la morbidité ou les coûts de la santé sont considérés comme des moyens de mesurer le réconfort (Morse, 1992). De plus, Morse définit le réconfort comme un état de « bien-être » qui peut intervenir à n'importe quel moment du continuum « maladie - santé ». Ainsi, deux états de réconfort sont identifiés : le premier temporel, comparé au soulagement momentané de la douleur et le second plus constant, tel que l'atteinte d'un état de santé optimal.

Pour nous, le réconfort comporte une notion dynamique, interactive, intersubjective et éminemment relationnelle que nous n'avons pas trouvée dans la plupart des écrits consultés jusqu'en 1999.

En 1994, aucune description adéquate du phénomène n'était réalisée, bien qu'il soit souvent conceptualisé comme une diminution mesurable de la douleur. Toutefois, en l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'inférer que le soulagement de la douleur implique le réconfort. Il semble que le soulagement - tel qu'il est mis en

évidence à travers la recherche en soins infirmiers - comporte une orientation essentiellement corporelle, alors que le réconfort vise la personne dans sa globalité, c'est-à-dire un être bio-psycho-social et spirituel. En d'autres termes, l'absence de douleur n'implique pas de facto l'absence de souffrance. Et cette dernière demeure difficilement quantifiable.

De plus, nous savons peu de choses sur la manière dont les personnes accèdent au réconfort et surtout comment elles se sentent, une fois réconfortées. Il semble que ce soit la nature « pré-réflexive » du phénomène qui rende sa description si difficile (Van Manen, 1990). Autrement dit, l'élaboration de l'expérience du réconfort n'est pas spontanée. Elle fait appel aux souvenirs, aux sensations, aux perceptions qui prennent sens à travers la narration de l'expérience unique d'une personne et le dialogue avec la chercheuse.

Tout se passe comme si, lorsque la personne était réconfortée, nous étions face à une manière d'être qui va au-delà de la conscience physique ou mentale, une sorte d'état d'intégration (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994). Ainsi, l'être humain semble avoir plus de facilité à parler de sa douleur que du réconfort. Ces constatations expliqueraient pourquoi les patients, interrogés à propos du phénomène de réconfort, utilisent essentiellement le corps comme axe de leurs discours. Enfin, la notion de « réconfort total » mentionnée par Morse et al. (1994), laisse entendre que l'étude de ce phénomène permettrait d'éviter le dualisme cartésien pour approcher la personne dans son entièreté. En d'autres termes, mieux comprendre le phénomène de réconfort permettrait, non seulement de documenter les soins infirmiers mais également tout soin qui se réclame d'une vision holistique de l'être humain.

Ce n'est qu'à travers les récents travaux de Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999)³ que l'aspect holistique du réconfort a été mis en évidence. Ces recherches ont été réalisées auprès d'infirmières prenant soin de patients dont l'état de santé était critique. Elles démontrent le rôle central de la relation avec la personne malade dans l'acquisition et l'utilisation d'habiletés reliées à tout ce « savoir faire » (« know how »). Et plus particulièrement au savoir faire visant le réconfort.

D'un point de vue étymologique, Morse, Bottorff et Hutchinson (1995) nous rappellent que le mot « patient » provient du latin « pati » qui signifie souffrir, par conséquent, il semble bien qu'il existe un lien entre le réconfort de celui qui souffre, la douleur et la souffrance. De plus, elles précisent que le terme « réconfort » est dérivé du latin « renforcer ».

En français le terme anglais « comfort » se traduit par deux termes non équivalents, à savoir un nom masculin : le confort et un verbe transitif : reconforter. Or ces deux termes n'ont pas la même signification. Selon le Petit Robert (1979), le confort est défini comme tout ce qui contribue au bien-être, à la commodité de la vie matérielle (p. 364) et l'antonyme est l'inconfort. Alors que le verbe reconforter est un terme du XII^{ème} siècle qui signifie : donner, redonner du courage, de la force d'âme et de l'énergie à quelqu'un, afin qu'il puisse supporter ou combattre l'adversité. Dans ce cas le synonyme est le verbe soutenir.

Par ailleurs, et toujours en français, le verbe reconforter a une seconde signification qui est : redonner momentanément des forces physiques et de la vigueur à une personne affaiblie. Dans ce cas, les synonymes sont revigorer, stimuler et remonter

³ L'ouvrage de Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) n'a été disponible en Suisse qu'en 2000, soit après l'élaboration du protocole de la présente étude, après le recueil des données et après l'analyse préliminaire.

alors que l'antonyme est abattre, accabler, décourager, déprimer et affaiblir (Petit Robert, 1979, p. 1627).

Enfin, le terme « réconfort » est présenté ainsi : terme du XII^{ème} siècle qui provient de « réconforter », ce qui redonne des forces morales, ce qui ranime le courage et l'espoir ; ce qui augmente la force et le courage. Les synonymes sont la consolation et le secours alors que l'antonyme est le découragement (Petit Robert, 1979, p. 1627).

En 1999, une vingtaine d'infirmières et d'infirmiers européens francophones furent interrogés sur leurs représentations du « réconfort ». Leurs propos étaient cohérents avec la définition du XII^{ème} siècle qui vient d'être présentée. Par contre, la notion de confort n'a pas été évoquée, suggérant une distinction entre les deux termes (Annexe A).

À titre de comparaison, précisons qu'en anglais le terme « confort » est également un nom et un verbe, mais qu'il peut être aussi bien utilisé dans le sens d'un confort physique ou d'un réconfort de nature plus affective (assistance, support, consolation ou encouragement, etc.). Certains dictionnaires présentent des significations proches du « réconfort ». Elles seront brièvement mentionnées : (a) Une assistance, un support ou une consolation dans la peine ou le souci. (b) Un état ou un sentiment de consolation, de soulagement ou d'encouragement. Mais aussi un état de bien-être, de contentement. (c) Une satisfaction ou un plaisir et enfin (d) ce qui apporte ou procure du confort, (Webster's Seventh New Collegiate Dictionary, 1963, p. 165) (traduction libre).

Malgré cela, la plupart des études empiriques réalisées sur le « réconfort » sont publiées en anglais et se concentrent sur l'aspect physique de celui-ci. Initialement, le comportement de l'infirmière a été enregistré au moyen d'une vidéo (Morse, 1992 ; Solberg & Morse, 1991), comme si les chercheuses se voulaient extérieures au champ

d'investigation. Le point de vue du patient a été étudié, dans un second temps, à travers le récit de son expérience (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994 ; 1995). Il faut toutefois relever qu'à cette époque, la recherche infirmière sur le réconfort était essentiellement axée sur les aspects corporels.

Une exception cependant, Benner et ses collaboratrices s'intéressent à la narration de l'expérience de l'infirmière (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999) permettant ainsi des nuances que l'observation ne pouvait pas apporter. Les travaux réalisés par ces chercheuses et la définition qu'elles utilisent, suggèrent que le réconfort n'est pas essentiellement physique à l'inverse de l'opérationnalisation choisie par le passé.

Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) ont analysé la signification du réconfort en termes de « soutenir, aider, encourager aussi bien qu'apaiser et consoler » (p. 244). En conséquence, notre étude s'intéresse au phénomène de réconfort dans ses significations les plus holistiques du terme anglais « comfort ».

En outre, la double alternance des protagonistes (infirmière ou patient) et de la position des chercheurs (externe ou interne au champ) émergeant des écrits, suggère qu'il serait pertinent de décrire et de comprendre ce qui se passe à l'intérieur de la dyade « bénéficiaire - infirmière ». Nous aborderons cet aspect, dans le cadre du réconfort en phase postopératoire.

1.3. Dyade

À ce jour et à notre connaissance, aucune recherche qualitative en soins infirmiers ne s'est intéressée à la problématique telle que nous l'avons abordée. En effet, tenter de comprendre ce qui est vécu par les deux acteurs principaux lors de l'élaboration du

réconfort nécessite d'entrer en relation avec les deux partenaires de la dyade. Cette approche centrée sur la dyade est issue de la vision heideggerienne, qui considère la personne comme un « être-dans-le-monde », c'est-à-dire un être qui fait forcément écho à autrui et à autre chose et réciproquement (Deschamps, 1995). Approcher et rencontrer cette dyade a permis d'accéder à l'expérience, à la signification et à l'essence du réconfort, ce soin vécu dans la proximité, voire dans l'intimité et dont l'expérience reste inexplorée dans le quotidien du monde hospitalier.

D'autre part, nous avons observé que le concept de dyade semble absent dans les écrits. Ce constat est probablement lié à la faisabilité d'un tel choix. En effet, il s'agit de rencontrer le bénéficiaire et l'infirmière dans un temps restreint afin d'être certaine qu'ils parlent bien de la même situation. Par conséquent, ce choix exige un temps de présence important sur le terrain et une souplesse extrême dans l'organisation des activités de recherche, car les entrevues ne pouvaient avoir lieu que lorsque la sécurité des patients était assurée par une autre infirmière. Cependant, si nous considérons la notion d'espace transitionnel (Winnicott, 1970) ou d'intersubjectivité (Dahlberg, 1996), il nous paraît tout à fait légitime de nous intéresser à ce qui se passe, à ce qui se vit, dans cet espace symbolique et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de réconfort. La description de ce phénomène à partir de deux points de vue différents devrait enrichir celle-ci et permettre des interprétations novatrices.

C'est pourquoi la compréhension de l'expérience vécue par chaque partenaire de la dyade bénéficiaire - infirmière, de même que les diverses significations des expériences de réconfort, paraissent être une mise en perspective intéressante et novatrice pour plusieurs disciplines. En effet, décrire dans les détails les observations, le cheminement de la pensée, les émotions, les intuitions, le dialogue interne et les

actions de l'infirmière qui a réconforté un patient, permettra de mettre en évidence toute une gamme de savoirs pratiques (« know how »). Ces savoirs pratiques combinés aux savoirs théoriques (« know that ») constituent l'expertise humaine en regard du phénomène (Benner Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999). D'ailleurs, Benner (1995) affirme qu'il est possible de décrire les intentions, les attentes, les significations et les résultats qui caractérisent l'expertise de l'infirmière.

En d'autres termes, nous verrons ultérieurement que s'intéresser au phénomène de réconfort et aux interventions qui réconfortent, c'est renoncer à une ontologie réaliste et à une épistémologie objectiviste qui consistent par exemple à mesurer la douleur et à la décontextualiser. À partir de ce renoncement, il est possible de s'orienter vers une ontologie qui accepte une co-construction de la réalité et une épistémologie subjectiviste qui s'intéresse à l'expérience vécue par les protagonistes (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1985 ; 1998). Nous aborderons maintenant les aspects contextuels.

1.4. Contexte postopératoire

D'une part, le contexte postopératoire est caractérisé par des restrictions budgétaires drastiques qui impliquent simultanément une diminution des effectifs infirmiers et une durée d'hospitalisation minimale. Or les courbes démographiques suisses démontrent que la population des personnes âgées augmente et que leurs besoins en soins suivent une courbe ascendante. D'autre part, le développement de technologies opératoires de pointe permet des interventions chirurgicales chez des personnes dont l'état de santé est précaire et complexe.

Pour le moment, nous retiendrons que c'est dans ce contexte hospitalier universitaire, empreint de contradictions et orienté vers la réparation du corps, que des

êtres humains souffrent. C'est donc dans cet environnement de haute technicité que les soins infirmiers font la différence et que le réconfort peut prendre place. C'est dire l'importance de cet engagement humain, de cette attention à l'autre et du respect de sa vulnérabilité, alors même que l'univers médico-chirurgical semble parfois déshumanisé. En d'autres termes, le choix de la phase postopératoire est approprié en vue d'une étude sur le réconfort, car la menace à l'intégrité du Soi est présente, quelle que soit la pathologie qui motive l'intervention. La présence d'une souffrance potentielle ne nous semble pas être reliée à un diagnostic particulier, mais à notre humanité, qui elle, appelle un réconfort.

Une précision cependant avant d'aborder le but et la question de recherche. Même si le réconfort implique souvent l'intervention d'une équipe transdisciplinaire (De Coninck, 1996), la présente étude s'est limitée essentiellement à l'investigation de l'aspect infirmier du réconfort, afin de contribuer au développement des connaissances et de la pratique de la discipline.

1.5. But de la recherche et question de recherche

Le but de cette étude est de décrire les expériences de réconfort et leurs significations - à partir de deux perspectives - celle de la personne opérée et celle de l'infirmière praticienne qui en prend soin.

La question qui découle naturellement de la problématique telle qu'elle a été définie précédemment, est la suivante : quelles sont les significations des expériences de réconfort de personnes en phase postopératoire et des infirmières praticiennes qui en prennent soin ?

1.6. Pertinence théorique pour les soins infirmiers

Au plan théorique, le phénomène d'intérêt est directement relié à la substance de la discipline. En effet, il touche le soin, la personne, la santé et l'environnement (Fawcett, 1993). Si nous nous référons à la notion de « centre » de la discipline (Newman, Sime & Corcoran-Perry, 1991), il s'agit d'une situation de « prendre soins » lors d'une expérience humaine postopératoire. Ainsi, les deux principaux concepts en interrelations sont : le soin et la personne. Le soin est dispensé par une infirmière, il est élaboré à l'intérieur de la dyade infirmière-patient à partir de ce que communique le patient et il a pour objectif le réconfort de celui-ci. Le phénomène à l'étude présente donc une importance réelle pour la discipline, puisqu'il favorise une réflexion théorique qui permet d'approcher ce qu'est le phénomène de réconfort, en phase postopératoire. Dès lors, le phénomène est en lien - au plan théorique - avec la substance infirmière, et avec le « centre » de la discipline, dont le mandat social est de « prendre soin » (Newman & al., 1991) et de réconforter (Morse, 1992).

À l'issue de cette problématique et avant de passer au chapitre consacré à l'analyse des écrits, retenons quelques éléments prédominants qui seront élaborés et justifiés dans les chapitres suivants : les conséquences des savoirs infirmiers liés au réconfort peuvent être mises en lumière en phase postopératoire, puisque la problématique est issue d'entretiens réalisés avec des bénéficiaires. En outre, plusieurs écrits (McIlveen & Morse, 1995 ; Morse, 1992 ; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994 ; 1995) soutiennent que ce sont les aspects corporels qui émergent prioritairement des narrations. Il s'agit le plus souvent de propos d'infirmières et très rarement du discours des bénéficiaires.

Toutefois, la mise en évidence du réconfort est rendue difficile par sa nature « préreflexive » (Van Manen, 1990). En effet, il semble que les personnes aient plus de facilité à partager leur expérience en termes de réconfort physique que de réconfort total (physique et émotionnel). Cette constatation peut être tout à la fois le reflet du dualisme cartésien encore très présent dans les soins et de la difficulté d'élaborer une réflexion qui intègre le corps et l'esprit. Autrement dit, tout se passe comme si la menace à l'intégrité du Soi qui amène à la souffrance, ne pouvait être verbalisée qu'au travers de la menace physique réelle, objectivée par l'acte opératoire.

Le chapitre suivant est consacré à l'analyse des écrits. Il nous donnera l'opportunité de différencier la douleur et la souffrance et de préciser la rupture paradigmatique qui sous-tend le passage d'une recherche objectiviste et dualiste à une recherche subjectiviste et holistique. Une synthèse critique des écrits sur le phénomène de réconfort clôturera ce chapitre.

2. ANALYSE DES ECRITS

Ce chapitre permettra de mieux comprendre les liens qui existent entre le concept de douleur, le phénomène de souffrance et celui de réconfort. En effet, quasi toute douleur physique entraîne une souffrance qui appelle un réconfort physique et émotionnel. Ces liens seront expliqués à partir de travaux sur la douleur qui mettent en évidence la nécessité d'appréhender l'être humain dans sa globalité. Cette approche holistique fait appel à des interventions multidimensionnelles qui vont au-delà du simple soulagement de la douleur pour s'orienter vers un réconfort total de nature bio psychosociale voire spirituelle. Par conséquent, la recherche en soins infirmiers est également soumise à une rupture paradigmatique. C'est-à-dire qu'elle assume le passage d'une recherche essentiellement centrée sur la mesure de la douleur à une recherche subjectiviste orientée sur l'expérience du bénéficiaire et de l'infirmière qui en prend soin. Enfin, les sources de connaissances en soins infirmiers seront décrites en regard de la complexité du phénomène à l'étude. Une synthèse critique clôturera ce chapitre.

2.1. Douleur

Approcher le phénomène de réconfort en phase postopératoire nécessite un détour par le concept mieux connu et très bien documenté qu'est celui de la douleur. En effet, comment réconforter sans tout mettre en œuvre pour soulager ce corps scruté, réparé et si souvent réifié par la technologie moderne ? Inversement, comment s'intéresser à ce corps malade et douloureux - cette incarnation de la douleur et de la maladie - sans

considérer ses implications pour l'être humain qui en est le dépositaire et sans reconnaître que toute douleur est une souffrance (Le Breton, 1995) ? En d'autres termes, ce concept si bien connu, n'est-il pas - somme toute - l'apanage d'une certaine vision de l'être humain qui demeure encore empreinte du dualisme du corps et de l'esprit (Descartes, 1637/1989), alors que le réconfort se réclamerait d'une approche globale et serait le centre de la discipline infirmière (Morse, 1992). Ce sont ces aspects que nous investiguerons dès maintenant.

De fait, il y a plus de trente ans que - sur le plan théorique - les liens entre la douleur et la souffrance ont été mis en évidence par un psychologue de l'Université McGill, Ronald Melzack et ses collègues Wall et Casey (Melzack & Casey, 1968 ; Melzack & Wall, 1965). Ils ont été les premiers à développer un modèle intégratif destiné à pallier le problème créé par les modèles unidimensionnels (cartésiens) et à intégrer les facteurs physiologiques et psychologiques. Ce modèle est souvent appelé la « théorie du portillon » (Melzack & Casey, 1968 ; Melzack & Wall, 1965) dont voici une brève synthèse.

2.1.1. Théorie du portillon.

Les auteurs ont différencié trois systèmes reliés au processus de stimulation nociceptive : le sensori-discriminatif⁴, le motivationnel-affectif⁵ et le cognitif-évaluatif⁶. Les trois sont considérés comme intervenant dans l'expérience subjective de la douleur. Ainsi, la théorie du portillon, inclut spécifiquement les facteurs psychologiques comme faisant partie de l'expérience de la douleur. De même, cette

⁴ Le système sensori-discriminatif donne une information concernant l'intensité de la douleur.

⁵ Le système motivationnel-affectif donne une information concernant l'aspect désagréable de la douleur.

⁶ Le système cognitif-évaluatif permet de modifier l'aspect désagréable de la douleur et fait varier les comportements des personnes face à une " même " douleur.

théorie décrit les mécanismes du système nerveux central et fournit une base physiologique pour la prise en compte des facteurs psychologiques de la douleur.

La théorie du portillon décrit l'intégration des stimuli périphériques avec les variables corticales qui influencent la perception de la douleur, telles que l'humeur et l'anxiété. De fait, ce modèle contredit la notion selon laquelle la douleur est d'origine somatique, ou psychogène. Autrement dit, le modèle rejette clairement la dualité cartésienne du corps et de l'esprit, car il postule que les deux facteurs ont des effets potentialisateurs ou modérateurs sur la perception de la douleur. Ainsi, l'expérience de la douleur est (au début) une séquence continue d'activités de nature largement réflexive, mais modifiable, même précocement par une variété d'influences inhibitrices et excitantes, telles que les activités ascendantes et descendantes du système nerveux central. Le processus a pour effet des manifestations évidentes de douleurs et la mise en place de stratégies pour la diminuer. De plus, la théorie du portillon fait appel à des interactions continues entre de multiples systèmes tels que les affects, la cognition, le comportement et le système sensori-physiologique.

Melzack et ses collègues ont insisté sur la modulation de « l'input » qui se fait dans la corne dorsale du cordon spinal et du rôle dynamique du cerveau dans les processus de la douleur et la perception de celle-ci. Ils soulignent ainsi l'intégration des variables psychologiques telles que les expériences passées, l'attention, et d'autres activités cognitives. Ces dernières font actuellement l'objet de recherches en vue d'améliorer le traitement de la douleur. Ce modèle fut le premier qui suggéra que la chirurgie visant à sectionner les fibres nerveuses (ou à les bloquer) était inadéquate, puisque de nombreux autres facteurs participent à la modulation de « l'input ». Ainsi le rôle essentiel du système nerveux central dans le processus nociceptif de la douleur et de sa

perception a été mis en évidence. Il n'est donc plus possible d'expliquer la douleur uniquement à partir de facteurs périphériques. De ce fait, le modèle proposé permet de défier de nombreux problèmes rencontrés quotidiennement en clinique par la pluralité des options qu'il laisse entrevoir concernant les traitements de la douleur.

L'apport essentiel de cette théorie fut d'améliorer la compréhension de la perception de la douleur chez l'être humain. Les différentes dimensions de cette théorie permettent d'intégrer la souffrance à la douleur. Une des conséquences majeures de cette intégration est de favoriser le passage d'une recherche unidimensionnelle, centrée sur la douleur et le soulagement, à l'étude de phénomènes complexes que sont la souffrance et le réconfort. En outre, ces phénomènes sont en lien avec les préoccupations de notre discipline qui, historiquement, s'est toujours intéressée à l'être humain dans son entièreté. Toutefois, avant de nous intéresser aux phénomènes de souffrance et de réconfort, arrêtons-nous brièvement sur les conséquences d'une recherche infirmière unidimensionnelle centrée sur la douleur et le soulagement.

2.1.2. Recherche

De récents écrits soutiennent que le soin à une personne vivant un phénomène de douleur postopératoire est complexe en raison des aspects multidimensionnels de celui-ci : physiques, cognitifs, comportementaux et émotionnels (McGrath, 1990 ; McGrath & Hillier, 1996). De plus, sur le plan théorique, le concept de douleur est très bien documenté et, sur le terrain, des produits analgésiques puissants sont disponibles. Pourtant, la recherche quantitative réalisée à ce jour démontre que la qualité du soulagement postopératoire dépend plus des convictions et de la personnalité d'individus isolés - le plus souvent des anesthésistes - que de l'utilisation des travaux

mis à disposition depuis les années soixante-dix (Melzack & Casey, 1968 ; Melzack & Wall, 1965). Ainsi, l'absence de soulagement demeure encore trop souvent la préoccupation majeure de l'opéré. Par ailleurs, au cours de ces vingt dernières années, le savoir empirique issu de disciplines telles que les sciences infirmières, la psychologie et la médecine, a démontré que le soulagement de la douleur est souvent inadéquat, et ceci quel que soit l'âge du bénéficiaire de soins. De nombreuses recherches ont été effectuées auprès de personnes âgées (Ferrel, 1991 ; Ferrel, Wisdom, Rhiner & Aletto, 1991 ; Greelee, 1990 ; Herr & Mobily, 1991 ; Moss, Lawton & Glicksman, 1991 ; Nation & Warfield, 1989) ; auprès d'adultes (douleur (Bécherraz, Dessaulles, van Melle & Braissant, 1998 ; Clarke, French, Bilodeau, Capasso, Edwards & Empoliti 1996 ; Marchand, 1998 ; Melzack, Abott, Zackon, Mulder & Davis, 1987) et d'enfants (Burokas, 1985 ; Craig, Reinman, Evans & Bushnell, 1996 ; Dalens, 1991 ; Eland & Anderson, 1977 ; Foster & Hester, 1990 ; Hester, 1993 ; Hester & Foster, 1990 ; Stern Gadish, Gonzales & Hayes, 1988 ; Tesler, Wilkie, Holzemer & Savedra, 1994 ; Weissman & Schechter, 1991).

Les recherches sur la douleur issues du positivisme logique (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1998) sont enracinées dans une ontologie « réaliste » qui affirme que la réalité existe et qu'elle est conduite par des lois naturelles immuables. (Par exemple, l'administration d'un antalgique fait diminuer la douleur). À partir de cette ontologie réaliste, le chercheur pratique une épistémologie objectiviste. C'est-à-dire que s'il existe un monde réel qui fonctionne avec des lois naturelles, alors, le chercheur doit faire en sorte de questionner la nature et de permettre à celle-ci de répondre à la question qu'il pose. Les conséquences méthodologiques qui découlent d'une ontologie réaliste et d'une épistémologie objectiviste, amènent le chercheur à contrôler les

variables extérieures et à s'exclure du champ de l'observation afin de n'étudier que l'effet de la variable « x » sur la variable « y » (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1998).

La plupart des recherches issues du positivisme logique qui concernent la gestion de la douleur dénoncent depuis plus de trente ans le manque d'expertise de l'infirmière et du médecin à ce sujet. Or cette approche, orientée vers le constat du problème plutôt que vers la recherche de solutions (Arnold & Sherwen, 1986), n'a suscité que peu de changements dans la compréhension et la pratique des soins à la personne qui vit une douleur (Clarke, French, Bilodeau, Capasso, Edwards & Empoliti 1996 ; Fuller & Conner, 1997).

Par ailleurs, la définition internationale de la douleur découle de la pensée cartésienne dominante et, de ce fait, a considérablement influencé la manière dont la problématique a été étudiée à ce jour. En effet, la centration sur une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes » (IASP, 1979, 1982) (traduction libre), invite le chercheur qui se réfère au paradigme positiviste et post-positiviste, à décrire, à mesurer, à comparer, à prédire, voire à réifier la douleur en la spoliant de l'expérience humaine et des significations qui peuvent lui être attribuées, tant par la personne qui expérimente la douleur que par celles qui en prennent soin. Ce faisant, il favorise l'installation de la souffrance.

Il est ainsi possible d'affirmer qu'il existe un hiatus entre les connaissances théoriques relatives aux mécanismes de la douleur et la plupart des recherches en soins infirmiers qui se concentrent sur l'enregistrement de la mesure de l'intensité de la douleur avant et après l'administration d'un antalgique.

2.2. Conséquences de la rupture paradigmatique pour la recherche

Depuis quelques années, certaines chercheuses en soins infirmiers s'orientent vers des questions de recherche qui assument la rupture paradigmatique⁷ et mettent le projecteur sur l'expérience subjective des acteurs réunis par le soin et les significations que ces derniers en donnent. Cette approche permet de comprendre l'essence du phénomène étudié à partir du vécu des êtres humains et non à partir d'éléments « objectivables » et mesurables. À ce propos, Kikuchi et Simmons (1992) sont très claires : il y a des questions, celles reliées à la nature des soins et à la nature des relations entre l'infirmière et la personne malade, auxquelles le positivisme logique ne peut pas répondre. Les méthodes de choix pour aborder ces questions ontologiques sont issues de la philosophie, dont la phénoménologie représente une approche particulière. Ces approches ont ensuite été développées et adaptées par les chercheurs appartenant à diverses disciplines comme la pédagogie (Colaizzi, 1971 ; Van Manen, 1990), la psychologie (Deschamps, 1995 ; Giorgi, 1997 ; VanKaam, 1966), les soins infirmiers (Cara, 1997) ou les soins de santé (Schultz & Carnevale, 1996).

En termes de rupture paradigmatique, nous retiendrons de ce qui précède que le phénomène d'intérêt est issu d'observations réalisées sur le terrain à l'occasion d'une recherche sur la douleur. Cet historique est intéressant, car il met en évidence le passage d'une recherche unidimensionnelle centrée sur le corps et ses symptômes à une recherche holistique centrée sur la personne. Ce changement de paradigme a des implications ontologiques, épistémologiques et méthodologiques (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1998). D'un point de vue ontologique, la chercheuse assume qu'il n'y a pas une seule réalité mais des réalités qui existent sous forme de multiples représentations

⁷ La rupture paradigmatique telle qu'elle a été décrite par Kuhn (1983).

mentales issues d'expériences et d'interactions sociales, locales et spécifiques à chaque personne. Par conséquent, au niveau épistémologique, la subjectivité est recherchée. Par exemple, l'investigateur et le participant pourraient être une seule entité. Dans la présente recherche, les résultats sont issus du processus d'interactions entre les participants et la chercheuse. Cela implique que méthodologiquement, il y a une dialectique. Par exemple, les interprétations de la chercheuse pourraient être élucidées et affinées dans un processus herméneutique avec les participants ou avec des paires. Ce processus viserait à obtenir un consensus sur les significations élaborées (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1998).

Ce changement de paradigme permet également d'envisager la circularité et la simultanéité des phénomènes (Marchand, 1998). C'est ainsi que l'intégration des diverses dimensions de la « théorie du portillon » (Melzack & Casey, 1968 ; Melzack & Wall, 1965 ; 1989) permet d'accéder au phénomène plus global de souffrance humaine qui fait effectivement appel au réconfort. Par ailleurs, le réconfort est considéré comme le centre de la discipline (Morse, 1992) et sur le plan théorique, il est directement relié à la substance infirmière (Fawcett, 1993). Ces derniers aspects confirment la pertinence d'un changement de paradigme qui conduit à l'étude du réconfort dans le cadre d'une thèse en soins infirmiers. Nous pouvons ainsi observer l'élargissement et la profondeur que prend le phénomène de douleur lorsque celui-ci est considéré comme touchant un être humain dans son entièreté.

À partir de l'intégration de la théorie du portillon, plusieurs perspectives théoriques ont été élaborées (Chapman & Gavrin, 1993 ; Ferrell, 1991 ; Le Breton, 1995 ; Marchand, 1998 ; Morse & Carter, 1996 ; Morse & Johnson, 1991a ; 1991b ; Proctor, Morse & Khonsari, 1996). Leurs points communs sont, d'une part, leur vision

holistique de l'être humain et, d'autre part, leur approche multidimensionnelle de la douleur qui s'étend au phénomène de souffrance. Chaque perspective a, certes, ses priorités que nous qualifierons de disciplinaires, cependant toutes soulignent la possible simultanée des interactions entre les différentes dimensions de la douleur et de la souffrance. Cette simultanée renforce la notion de complexité et la nécessité d'une orientation méthodologique qui appréhende l'entièreté de la personne. Pour cette raison, une approche subjectiviste semble être une option intéressante pour explorer un phénomène aussi composite que celui du réconfort, qui comprend des aspects physiques, psychiques, sociaux et spirituels. Qui plus est, cette approche a l'avantage de permettre la prise en compte des significations individuelles de l'expérience du patient et de l'infirmière en regard de la souffrance et du réconfort.

Voyons maintenant les principaux écrits qui répondent à cette approche subjectiviste et assument la rupture paradigmatique.

Chapman et Gavrin (1993) situent leurs observations et leurs réflexions dans le contexte de personnes cancéreuses et abordent les relations conceptuelles entre la douleur et la souffrance. Pour eux, la douleur et la souffrance sont des concepts reliés qui partagent un ancrage commun, c'est-à-dire une émotion négative. En clinique, la douleur et la souffrance se produisent souvent simultanément. Dans le langage, la douleur est certainement le symbole aussi bien d'une menace biologique que psychosociale. Et le langage de la douleur fournit un véhicule pratique pour l'expression de la souffrance. Néanmoins, la relation entre la douleur et la souffrance est imparfaite. On peut avoir une douleur et ne pas souffrir. La douleur est intrinsèquement déplaisante, toutefois, si le porteur de douleur comprend l'origine de celle-ci et la perçoit comme non menaçante ou même comme une opportunité

d'édification - comme cela est le cas dans certains rituels religieux - alors la douleur ne semble pas causer de souffrance. L'inverse est également vrai : on peut souffrir sans douleur. Ces considérations indiquent que la douleur n'est ni suffisante, ni nécessaire pour que la souffrance survienne, mais la présence de la douleur augmente grandement la probabilité de voir apparaître la souffrance. Cette observation est importante dans un contexte postopératoire. Chapman et Gavrin (1993) voient l'émotion négative comme l'ancrage commun des phénomènes. De plus, ils considèrent la perception de la menace du Soi comme essentiellement cognitive.

Pour le patient faisant face à des problèmes physiques, psychosociaux et économiques, la douleur peut avoir une influence incapacitante insidieuse. Elle peut évoquer une mosaïque de symptômes physiques, exacerber la fatigue et interférer significativement avec les activités de la vie quotidienne, jusqu'à rendre le patient incapable de faire face à d'autres stressors moins maléfiques. Dans ces cas, le contrôle de la douleur peut procurer la clé pour prévenir ou alléger la souffrance de ces patients.

Dans un tout autre contexte, celui de l'anthropologie, Le Breton (1995) pense que l'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à expliquer les variations sociales, culturelles, personnelles et même contextuelles de la douleur. Et il ajoute que la relation intime à la douleur dépend de la signification que celle-ci revêt au moment où elle touche l'individu. C'est par ce raisonnement que l'auteur va pouvoir affirmer : « Il n'y a pas de douleur sans souffrance, c'est-à-dire sans signification affective traduisant le glissement d'un phénomène physiologique, au cœur de la conscience morale de l'individu » (1995, p.13). Il appuie son propos sur les travaux de Melzack. Pour Le Breton, la douleur est intime, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit de l'éducation. Toute douleur engage une atteinte morale,

une mise en cause du rapport au monde de l'individu. Et il affirme : « La douleur ressentie n'est donc pas un simple flux sensoriel, mais une perception qui soulève d'abord la question du rapport au monde de l'individu et de l'expérience accumulée à son égard. (...) Jamais purement physiologique, elle relève d'une symbolique » (1995, p. 14). Et il conclut ainsi : « aucune formule définitive ne saurait enfermer la relation intime de l'homme avec sa douleur, sinon le fait que toute douleur renvoie à une souffrance, et donc à une signification et à une intensité propres à l'individu dans sa singularité » (1995, p. 20).

Le Breton souligne les liens existant entre la douleur et la souffrance, de même que les aspects subjectifs et singuliers de la souffrance. Mais ce sont surtout les conséquences de celle-ci sur le lien social qu'il est important de retenir. En effet l'auteur voit la douleur et plus particulièrement la douleur chronique, comme une sorte d'écran qui s'interpose entre l'individu et le monde et qui par là tient les choses et les individus à l'écart de celui qui souffre. Autrement dit, la douleur fait de l'homme un spectateur détaché du monde et recroquevillé sur lui-même. La solitude qui naît d'un tel état, rend l'expérience plus intolérable encore. C'est en définitive cette rupture sociale qui amène à la souffrance.

Enfin, un modèle récent proposé par Marchand (1998) servira en quelque sorte de synthèse car il reprend les composantes mises en évidence par Melzack et Casey, (1968) ; Melzack et Wall (1965). Marchand propose un modèle intitulé « modèle circulaire de la douleur » (Annexe B). Ce modèle ressemble à une fleur composée de quatre pétales qui se chevauchent au centre. Chaque pétale représente une des composantes de la douleur : la composante nociceptive qui analyse la présence ou l'absence de douleur, la composante sensori-discriminative qui concerne l'intensité de

celle-ci, la composante motivo-affective qui est reliée à l'aspect désagréable et la composante comportementale. Plus on se rapproche du cœur de la fleur, plus les interrelations entre les composantes sont nombreuses et complexes. Ce modèle a l'avantage de clarifier la circularité des liens existant entre les différentes composantes, mais également la potentielle indépendance de ces dernières.

Ainsi à partir de ce modèle, il apparaît clairement que la souffrance est reliée à la dimension « motivo-affective » de la douleur. La souffrance est considérée comme une réponse affective négative qui peut être générée aussi bien par la douleur que par tout autre événement « douloureux » (perte d'un être cher, expérience anxiogène, etc.). Dans le cadre de la souffrance, Loeser (1980, 1983) insiste sur l'influence des centres nerveux supérieurs qui permettent de mettre en évidence les rôles joués par l'apprentissage, la mémoire et les expériences passées. Il est ainsi possible de ressentir de la souffrance à partir du souvenir d'une expérience ou de son anticipation. Toutefois, Marchand (1998) et d'autres (Chapman & Gavrin, 1993 ; Howell, 1994) rappellent qu'il est possible de souffrir pour d'autres raisons qu'une douleur physique et qu'inversement, toute douleur n'est pas vécue comme de la souffrance. Par ailleurs, il affirme qu'en clinique, la composante motivo-affective doit être considérée, au même titre que l'aspect physiologique. Par exemple, une personne peut présenter des symptômes de dépression suite à une douleur chronique. Ces symptômes rendent difficile l'évaluation de l'origine de la douleur actuelle. Ainsi, la douleur a favorisé la dépression qui, à son tour, accroît la douleur, produisant par là un cercle vicieux infernal qui provoque la souffrance. Il existe donc des liens étroits entre la douleur et la souffrance, bien que ces deux phénomènes ne soient pas directement superposables.

2.3. Souffrance

La souffrance est un phénomène abstrait, diffus, pour lequel nous possédons essentiellement⁸ des informations sur les antécédents (maladie, menace du Soi, rupture avec la société, conscience cognitive, émotionnelle et de notre humanité) et les conséquences (impuissance, perte de contrôle, croissance personnelle) mais qui malgré tout, en tant que phénomène humain, reste encore mystérieux. Inversement, la douleur chronique est le plus souvent « objectivée » et « incarnée », mais elle possède sensiblement les mêmes antécédents et conséquences que la souffrance. Ce sont probablement ces parallèles qui ont amené Turk (1996) à considérer la présence continue de la douleur chronique comme étant à l'origine de manifestations considérables de souffrance. Cependant, il ressort clairement des écrits que l'aspect temporel n'est pas le seul élément de comparaison entre ces deux phénomènes. Enfin, il est à noter que dans un contexte de souffrance, certaines auteures ne différencient pas la douleur chronique de la douleur aiguë (Morse & Johnson, 1991), considérant l'aspect temporel moins important que le sentiment de menace à l'intégrité du Soi. Cette approche est particulièrement intéressante dans le contexte postopératoire qui est le nôtre, car effectivement il semble que ce ne soit pas tant la douleur aiguë que son contexte qui représente une menace à l'intégrité et par conséquent une potentielle souffrance. En définitive, c'est bien à cette souffrance que l'infirmière est confrontée

⁸ La plupart des recherches récentes, répertoriées à ce jour sur CINAHL concernant la douleur chronique, sont en lien avec les différents facteurs influençant la souffrance, soit : la spiritualité (Culver & Kell, 1995) ; la culture (Kodiath, 1998) ; le rôle de la famille (Ferrell, Rhiner, Cohen, & Grant, 1991 ; Snelling, 1990) ; l'immobilité (King, Kelleher, Stedwill & Talcott, 1994 ; Martinez, Simmonds & Novy, 1997) ; et les interventions de soins (Darbyshire, 1994 ; Kelley & Clifford, 1997 ; Walloch, 1998). Tout se passe comme s'il n'était possible d'investiguer que ce qui entoure la souffrance (antécédents, conséquences, soins), et non la souffrance elle-même. Par conséquent, la compréhension du phénomène reste abstraite, individuelle et ceci rend le réconfort complexe.

quotidiennement. Souffrance humaine qui fait appel à notre humanité, c'est-à-dire à notre capacité d'être attaché à l'autre, de maintenir le lien (Bowlby, 1968 ; Bowlby, 1978abc ; Treyer & Wespi, 1987) et par-là même de le reconforter.

Maintenant nous aborderons les implications de ce qui vient d'être dit à propos de la douleur et de la souffrance avec une centration sur la souffrance.

Nous exposerons trois aspects omniprésents dans les récents écrits consacrés au phénomène de la souffrance. Dans un premier temps, nous considérerons la complexité et la multiplicité des éléments constitutifs du phénomène. Ces derniers seront appréhendés plutôt en termes de tentative de définition, car la souffrance ne fait l'objet de recherches qualitatives⁹ que depuis une dizaine d'années. Le phénomène étant d'un abord direct mal aisé, nous nous intéresserons, dans un second temps, aux relations qu'il entretient avec la maladie en vue d'en affiner l'appréhension.

Sur le plan conceptuel, et ce depuis le début des années quatre vingt dix¹⁰, les réflexions d'un médecin éthicien (Cassell, 1982, 1991, 1992) ont eu une influence majeure sur les travaux de certaines auteures en sciences infirmières comme Kahn et Steeves (1986, 1994), Steeves et Kahn (1987), et Steeves, Kahn et Benoliel (1990). En effet, Cassell (1982) a été un des premiers à réfuter le dualisme cartésien (corps / esprit) et à considérer la souffrance comme expérimentée par une personne à part entière. Il voit la souffrance comme phénoménologiquement distincte de la douleur, et il pense que la souffrance est un état de détresse induit par la perception d'une menace

⁹ La phénoménologie considère la personne qui vit le phénomène comme l'expert en la matière et c'est son expérience subjective du phénomène qui intéresse le chercheur plutôt que la conceptualisation de celui-ci.

¹⁰ Les écrits retenus pour cette section ont été choisis à partir de 1990, considérant qu'ils étaient porteurs des positions les plus importantes du passé. Ils traitent de la souffrance humaine au sens large et ne sont pas reliés à un diagnostic médical particulier. Par ailleurs, cette date a été choisie car elle paraît être une période charnière dans l'utilisation des approches qualitatives (inductives) en recherche en soins infirmiers.

à l'intégrité du Soi. À cela, Kahn et Steeves (1986) ajoutent que toute menace à l'intégrité de la personne, quelle que soit sa nature, est susceptible de générer de la souffrance. Par conséquent, une douleur peut engendrer de la souffrance.

Plus récemment, deux médecins, Chapman et Gavrin (1993) ont complété la définition de Cassell (1982) en y ajoutant trois éléments : la menace à l'intégrité du Soi physique et psychosocial, un sentiment négatif et une perception d'impuissance et de perte suite à l'épuisement des ressources physiques, psychologiques et sociales. Ces précisions permettent de mettre en évidence que, désormais, la personne est non seulement considérée dans son entièreté mais aussi en tant qu'acteur social. Sa souffrance a donc également des implications pour son environnement micro et macro-social.

Rodgers et Cowles (1997) ont réalisé récemment une analyse des écrits relatifs au concept de souffrance (Cowles & Rodgers, 1991 ; Rodgers, 1989 ; Rodgers & Knafl, 1993 ; Westra & Rodgers, 1993). Cette analyse permet d'identifier sept éléments constitutifs d'une définition du concept de souffrance, qui est vue comme : « individualisée », « subjective », et « complexe ». L'expérience de la personne est caractérisée en premier lieu par la perception d'une menace qui a une intense « signification négative ». Cette signification implique la perte ou la perception de la perte de l'intégrité, de l'autonomie, voire de l'humanité. En dépit de sa caractéristique « universelle », l'expérience de la souffrance est souvent décrite comme difficile, sinon impossible à mesurer et à évaluer, même s'il y a des signes physiques visibles, comme les pleurs ou les grimaces. La qualité « existentielle » de la souffrance est souvent reliée à la signification attribuée à celle-ci par la personne. Le fait que l'expérience de

la souffrance puisse être transmise à une autre personne a également été mise en évidence. Autrement dit, voir souffrir quelqu'un peut faire souffrir.

La nature individuelle et subjective de la souffrance contribue à la complexité de ce concept. Puisque la souffrance ne peut être réellement observée ou mesurée, elle possède un mystère et une abstraction uniques, qui précisément la rendent si complexe. Cette complexité est aggravée par l'observation que la souffrance, tout comme la douleur, a des composantes physiques, cognitives, affectives, sociales et spirituelles. Ainsi, la souffrance peut être accompagnée par des manifestations physiques et affectives telles que des pleurs, des grimaces, de la douleur physique, l'expression d'angoisse psychologique, des sentiments de peur ou de culpabilité, de déconnexion d'avec les autres, et de questionnement sur la mort et la foi. Finalement, la caractéristique la plus révélatrice de cette analyse est que la souffrance « donne sens à / est reliée à » la signification qui est attribuée à la situation et que cette signification est intensément négative. En outre, elle implique une perte de l'intégrité de la personne, de l'autonomie, ou du contrôle de la situation (ou de la vie), voire de la perte de son « humanité » et de sa dignité (Rodgers & Cowles, 1997).

Il est intéressant de mentionner que d'autres auteurs (Morse & Johnson, 1991a ; 1991b ; Pedinielli, 1990) sont restés en amont de la douleur et ont investigué les liens entre la maladie et la souffrance, afin de mieux comprendre cette dernière. Ce sont ces liens que nous explorerons maintenant en regard du contexte postopératoire. En effet, de nos jours, il existe peu d'indications opératoires qui n'aient une pathologie majeure à leur origine et, le plus souvent, cette pathologie représente une menace à l'intégrité physique de la personne.

À travers l'analyse du discours des patients, Pedinielli (1990) fait le lien entre la maladie et la souffrance. Il suggère que cette dernière est indispensable à l'élaboration de la première. Pour lui, la maladie somatique implique des remaniements économiques et représentatifs que l'on peut nommer « travail de la maladie » ou « travail de la souffrance ». Ce dernier peut être assimilé à une étape transitoire permettant le réinvestissement libidinal du corps propre. Ce travail passe par la production d'une souffrance qui est un moyen d'élaboration de la perte de l'état de santé précédent et de l'atteinte organique. Cette perspective permet donc d'entrevoir la souffrance comme un moyen de « faire face » au chaos que produit toute maladie.

Par ailleurs à la même époque, deux infirmières, Morse et Johnson (1991a ; 1991b) ont également investigué les liens entre la souffrance et la maladie. Les résultats de leur recherche concrétisent les propos de Pedinielli (1990). Ils démontrent que le processus visant à minimiser la souffrance consiste en une variété de stratégies destinées à réduire l'inconfort physique et émotionnel liés : à la maladie, à la détresse sociale induite par les changements de rôles et de responsabilités et à l'incertitude liée au futur.

Le détour par la maladie éclaire les fonctions de réorganisation, d'élaboration de la souffrance indispensables à la personne atteinte dans sa santé. Cet élément confirme la complexité du phénomène de souffrance et suggère qu'avant même d'être reliée à la douleur, celle-ci peut déjà être reliée à la maladie.

Morse et Carter (1996) dans leurs travaux sur la « reformulation du Soi » pensent que lorsque la personne accepte ce qui est arrivé, elle progresse de l'endurance vers la souffrance. Cette dernière est la réponse émotionnelle au phénomène qui est enduré, ou la réponse à un futur anticipé de perte, de destruction ou encore d'un présent ou d'un

futur irrévocablement altéré en raison d'événements passés. La personne qui souffre est face à trois centres d'intérêts comparatifs : le passé, le présent et le futur et ceci en raison des changements liés au « Soi ». Dans le cas d'une personne en phase postopératoire, la souffrance peut dériver de la perte d'une existence sans douleur, de la capacité de dormir, de se mouvoir, du souci d'un pronostic effrayant concernant les causes de l'opération ; mais également parfois de la peur d'un traitement intolérable.

Nous terminerons ce sous-chapitre consacré à la souffrance avec la pensée du philosophe Ricoeur (1994) qui présente une position proche de celle de Morse et Carter (1996) en ce qui a trait à la souffrance et à l'endurance. L'auteur considère qu'endurer - c'est-à-dire persévérer pour exister - est le sens premier de souffrir.

Pour illustrer sa réflexion, Ricoeur place les signes du souffrir sur deux axes orthogonaux : le premier axe considère le rapport « soi - autrui » alors que le second prend en compte « l'agir - pâtir ». En d'autres termes, l'auteur ne conçoit pas la souffrance sans une altération du rapport à soi et à autrui et sans une diminution de la puissance d'agir.

Dans le cadre du premier axe, l'auteur pense que dans le souffrir c'est l'intentionnalité visant autre chose que soi qui est atteinte, forçant ainsi celui qui souffre à un retournement sur lui-même, à une séparation radicale d'avec le monde et à la solitude. De plus, l'auteur décrit quatre types d'expériences liées à la séparation induite par la souffrance et qui vont en crescendo : premièrement la personne qui souffre est unique et son expérience est insubstituable, puis la personne est seule car son expérience est incommunicable, ensuite la personne est blessée car tout la fait souffrir, même l'autre et enfin la personne vit un enfer car elle a le sentiment d'être élue pour souffrir. Rappelons que cette rupture avec l'extérieur et cette sorte

« d'encapsulation » de celui qui souffre ont déjà été observées par plusieurs auteurs (Cassell, 1982 ; 1991 ; 1992 ; Morse & Carter, 1996 ; Rodgers & Cowles, 1997)

À l'occasion de l'axe consacré à la diminution de la puissance d'agir que l'auteur intitule « agir - pâtir » et qui concerne en fait l'impuissance, Ricoeur reprend également quatre niveaux progressifs d'altération : l'impuissance à dire, l'impuissance à faire, l'impuissance à se raconter soi-même et l'impuissance à s'estimer soi-même. Les quatre niveaux d'altération de l'axe « agir - pâtir » constituent un tableau à double entrée avec les quatre niveaux d'altération de l'axe « soi - autrui ». Nous reprendrons brièvement les éléments d'analyse les plus pertinents pour notre étude. C'est ainsi que la plainte acquiert un autre statut, elle est vue comme un appel à l'aide destinée à l'autre, une tentative de « vouloir - dire » qui s'oppose à l'impuissance de dire.

Quant à l'impuissance à faire, elle est issue de l'écart entre le vouloir et le pouvoir et elle est commune à la douleur et à la souffrance. À ce moment, il y a là un renversement lié à la perte de pouvoir que vit la personne. Cette perte de pouvoir ajoutée à l'endurance liée au fait de souffrir, amène le bénéficiaire à une passivité extrême. C'est à cet instant qu'il est à la merci de l'autre.

L'impuissance à se narrer est vue comme une atteinte à la constitution de l'identité personnelle. La souffrance agit comme une rupture de la narration due à une sorte d'arrêt sur image, à un instant précis. En d'autres termes, le fil de la narration est rompu. Ricoeur pense que dans la souffrance, c'est le « tissu internarratif » qui est déchiré car il a observé que, parfois, la souffrance de l'interlocuteur est tout aussi présente que celle du patient.

Enfin, l'auteur affirme que la souffrance interroge et qu'elle appelle la compassion. Mais « souffrir - avec » implique la parcimonie pour le soignant puisqu'il n'est pas

possible de « souffrir - avec » l'autre sans limite. Ainsi la souffrance pose la limite du « donner - recevoir ». Pour Ricoeur, le sens premier de souffrir c'est endurer, c'est-à-dire persévérer dans le désir d'être et l'effort pour exister en dépit de ce qui arrive.

Suite à cette analyse des récents écrits relatifs au phénomène de souffrance, il est possible de retenir quelques points forts. De nombreux liens existent entre la douleur chronique et la souffrance (singulière, subjective, complexe, universelle, temporelle, etc.). Cependant, certains auteurs s'appuient moins sur la durée de la douleur pour parler de souffrance (Turk, 1996) que sur le sentiment de menace à l'intégrité du Soi physique et psychosocial (Chapman & Gavrin, 1993).

La rupture sociale imposée par la maladie et la douleur conduit à une souffrance. Cette dernière est induite le plus souvent par un changement de rôle, une diminution des responsabilités et une incertitude liée au futur (Morse & Johnson, 1991 ; Pardinielli, 1990). La solitude induite par la perturbation du lien avec soi et autrui de même que la passivité liée à l'impossibilité d'agir (Ricoeur, 1994) ne font que pérenniser le phénomène circulaire de souffrances et de ruptures.

De plus, la personne qui souffre prend conscience de la temporalité, c'est-à-dire qu'elle est soudain confrontée à trois temps distincts qui n'apparaissent pas dans la banalité du quotidien. Il s'agit du passé, du présent et du futur (Morse & Carter, 1996). La personne qui vit une expérience postopératoire va non seulement ressentir des douleurs en raison de l'acte chirurgical, mais par la mise en cause de son rapport au monde, elle risque de ne plus être cet « être-dans-le-monde ». Elle pourrait expérimenter une souffrance liée à un sentiment de menace à l'intégrité du Soi de nature physique, psychosociale ou spirituelle. Par conséquent, il devient évident que le seul soulagement de la douleur est insuffisant en regard d'une souffrance qui fait appel

à notre humanité et au réconfort. Nous analyserons maintenant les écrits relatifs au phénomène de réconfort.

2.4. Réconfort

Le terme réconfort a été exploré à travers les écrits d'infirmières cliniciennes anglophones de 1900 à 1980 afin d'en examiner la genèse et les changements de significations (McIlveen & Morse, 1995). Le manque de consensus est frappant, alors même que le réconfort est un résultat attendu dans le cadre des soins infirmiers. C'est ainsi que 621 journaux et 17 ouvrages ont été identifiés et retenus pour cette analyse, qui met en évidence trois grandes phases allant de 1900 à 1929, puis de 1930 à 1959 et enfin de 1960 à 1980. Au total 12 catégories de réconfort ont été identifiées qui se répartissent en trois catégories centrales : le réconfort physique, physique et émotionnel et le réconfort émotionnel. Certaines catégories ont changé depuis 1900, alors que d'autres restent stables. Par exemple l'importance du réconfort émotionnel est devenue plus claire entre 1960 et 1980, alors que l'accent mis sur le réconfort physique est constant. En fait, les changements majeurs conduisent d'une attention exclusive pour les stratégies physiques (antalgiques, antibiotiques, positionnement, etc.) à l'utilisation de stratégies mixtes, visant aussi bien les aspects émotionnels que physiques (relation d'aide, écoute active, reformulation, empathie, expression des sentiments, etc.). Durant cette même période, les personnes significatives sont également reconnues comme porteuses de réconfort. Toutefois, il est intéressant de relever que la personne malade n'est pas encore considérée comme autonome en matière de réconfort émotionnel.

En 1995, le réconfort est considéré comme un phénomène difficile à investiguer car c'est essentiellement son absence qui a été étudiée (Morse, Bottorff & Hutchinson,

1995) et ceci par le biais de la mesure de l'inconfort (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde & Vilicer, 1992) ou à travers sa description (Bottorff, 1991), alors que paradoxalement, la qualité des soins s'appréhende souvent en termes de réconfort. Nous avons déjà constaté, dans l'énoncé de la problématique, que le contraire du réconfort n'est pas forcément l'inconfort. Ce qu'il faut retenir pour le moment, c'est que le phénomène est mal connu et surtout mal compris.

Les récents efforts d'opérationnalisation ont abouti à l'identification de deux dimensions du phénomène de réconfort : la première est reliée aux besoins internes et externes du patient (physiques, psycho-spirituels, environnementaux et sociaux) et la seconde concerne l'intensité du phénomène (soulagement, aise et transcendance) (Kolcaba, 1992 ; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Simultanément et à l'aide d'approches plus qualitatives, certains auteurs ont essayé de mieux comprendre l'expérience des personnes vivant un phénomène de réconfort de même que les interactions instaurées entre l'infirmière et le client (Arruda, Larson & Meleis, 1992 ; Bottorff, 1991 ; Hamilton, 1989 ; Morse, 1983 ; 1992 ; Taylor, 1992). Malgré ces travaux, le réconfort demeure peu connu et plus particulièrement en ce qui concerne la manière dont il est vécu par la personne. Par conséquent, sa définition opérationnelle restera inopérante tant que le phénomène ne sera pas mieux décrit et mieux compris (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995). Ainsi l'exploration des expériences et des significations du phénomène de réconfort - à partir du double point de vue du soigné et du soignant - est indispensable tant pour documenter la pratique des soins que pour le développement des connaissances dans les différentes disciplines de la santé.

Lors de situations de maladie, de chirurgie ou de traumatisme, c'est l'expérience corporelle du patient qui domine sa narration relative à l'inconfort (ou à l'absence de réconfort). Cet aspect a été largement décrit par Merleau-Ponty (1945) qui soulignait que nous sommes toujours « incarnés » dans le monde, bien que nous n'en prenions conscience que lors d'une maladie ou d'un accident. Ainsi la limitation physique associée à la douleur, par exemple, restreint notre activité et interrompt cette incarnation silencieuse et a-symptomatique, laissant soudain émerger un corps douloureux, étranger, qui refuse de coopérer (Blecker & Mulderij, 1992). De plus, pendant la maladie et plus particulièrement lors d'une hospitalisation, le corps devient un objet, une chose à investiguer (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995) et à réparer. De ce fait, la vision holistique de l'être humain est à nouveau interrompue, mais dans ce cas, par ceux-là mêmes qui prétendent en prendre soin. Dans ces circonstances, il est difficile de réconforter la personne qui d'ailleurs ne se perçoit plus que comme un corps malade, désobéissant, décevant, vulnérable, violé, déloyal, résigné et qui endure (Morse et al, 1995).

À partir de cette expérience corporelle difficile, plusieurs menaces peuvent être perçues par la personne malade (physiques, psychologiques, sociales et spirituelles). Les menaces à l'intégrité du Soi conduisent à une souffrance supplémentaire (Cassell, 1991) qui, par un phénomène circulaire, potentialise les symptômes corporels. C'est pourquoi le réconfort dans un contexte de maladie ou de chirurgie devrait simultanément être centré sur le corps (non pas en tant qu'objet séparé du tout, mais en tant qu'un maillon d'une chaîne qui influence et est influencé par les pensées, les sensations et les comportements de l'être humain) et sur la souffrance psychosociale et spirituelle. Autrement dit, si nous admettons la circularité du phénomène de « douleur-

souffrance » telle qu'elle a été décrite précédemment (Marchand, 1998) et qui considère les quatre dimensions de la douleur, il devient dès lors logique que les interventions salvatrices soient également multidimensionnelles (physiques, psychologiques, sociales et spirituelles). Précisons néanmoins que ces interventions participent au réconfort, mais qu'elles ne sont pas le réconfort.

Morse, Bottorff & Hutchinson (1995) rappellent que le terme « réconfort » est dérivé du latin « renforcer ». Dès lors, il devient possible d'utiliser le sens étymologique du terme réconfort, c'est-à-dire de renforcer la personne. Cependant Morse et al. (1995), conçoivent le réconfort comme l'intégration d'un corps en santé. Il semble bien que cette manière d'appréhender le phénomène soit encore issue du dualisme cartésien du XVII^{ème} siècle. Ne sommes-nous qu'un corps ? Cette vision de l'être humain expliquerait, en partie, pourquoi dans les soins infirmiers le réconfort est le plus souvent décrit en termes de soulagement de la douleur, de diminution de la fatigue ou d'espace des nausées (Funk, Tourquist, Champagne, Copp & Weise, 1989 ; Jacox, 1989). D'autres chercheurs pensent que certains mots ne se comprennent que par paires telles que le confort et l'inconfort (King, 1971 ; 1981 ; Bottorff, 1991). Pour notre part, nous sommes plus proches de la pensée d'auteurs qui considèrent que le réconfort est atteint et reconnu par la personne, lorsque le soutien nécessaire pour vivre est retrouvé, et ceci malgré les traitements, et que la combinaison du réconfort et du traitement permet de vivre aussi « normalement » que possible (Cassell, 1991). Cette manière d'entrevoir le réconfort implique que les soignants soient sensibles à la façon singulière dont le patient retrouve ou maintient sa manière d'être dans le monde et qu'ils soient, en définitive, ses meilleurs « supporteurs ».

D'ailleurs à ce propos, Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) à travers une étude phénoménologique réalisée auprès d'infirmières qui soignent des personnes en phase critique, ont analysé la signification du réconfort en termes de « soutenir, aider, encourager aussi bien qu'apaiser et consoler » (p. 244). De plus, elles affirment que la compréhension du mot anglais « comfort » reconnaît les interrelations entre l'esprit, le corps, la personne ainsi que le monde environnant. Elles précisent que l'objectif du réconfort est de diminuer la souffrance en améliorant le confort et le bien-être de la personne malade. Elles ajoutent que le confort et le bien-être sont des notions centrales qui guident la relation infirmière – patient. De plus, le jugement clinique et les soins sont élaborés à partir des préconceptions de l'infirmière concernant le réconfort physique et émotionnel du patient.

Par ailleurs, Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) ont observé que les pratiques de réconfort concernent une foule de gestes comme toucher, prendre la main, être-là, essuyer une larme, offrir une couverture ou une parole apaisante mais elles constatent que réconforter, c'est aussi offrir de la distraction, un environnement agréable et ce qui est familier au patient. En d'autres termes le processus de réconfort (« comforting ») est occasionné par la perception d'une détresse, d'une perte ou d'une souffrance et il dépend du temps à disposition, de la confiance, de la relation et de l'ouverture du patient au réconfort. Benner et al. (1999) relèvent aussi que la souffrance est parfois inconsolable.

Elles soulignent que les significations du réconfort peuvent être si différentes d'une personne à l'autre et d'une situation à l'autre que leurs compréhensions et la pratique du réconfort ne trouvent pas aisément leurs voies dans le discours scientifique et technique actuel. Cependant, elles reconnaissent que la capacité de réconforter et d'être

réconforté repose à l'intérieur de la dyade bénéficiaire – infirmière, bien que leurs travaux portent essentiellement sur l'acquisition et l'usage de savoirs pratiques par l'infirmière.

Leurs analyses des données ont fait émerger huit catégories de soins de réconfort prodigués par l'infirmière : les soins du corps ; la relation et l'attachement ; la stimulation, la distraction et le repos ; apprivoiser l'environnement technique ; contrebalancer l'antalgie, la curarisation et les mesures de confort ; être disponible sans être intrusive ; limiter l'impact des procédures douloureuses et réconforter à travers les rituels familiers. De plus, Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) ont observé que l'antalgie est plus efficace lorsqu'elle est accompagnée d'autres stratégies de réconfort comme la relation et l'attachement.

En d'autres termes, réconforter l'autre, c'est l'accompagner, parfois le soutenir et renforcer ses capacités d'être au mieux un citoyen du monde. C'est aussi parfois l'accompagner vers une mort paisible.

À partir de cette analyse des écrits, nous avons délibérément choisi d'étudier le réconfort à travers l'expérience des deux partenaires de la dyade. Les narrations se réfèrent ainsi au même « espace – temps » et leurs analyses devraient permettre de dépasser les limites dues à un regard posé sur un seul des protagonistes de la dyade, comme cela a été le cas jusqu'ici. Cet éclairage dyadique est donc une particularité de la présente étude qui sera affinée dans le chapitre consacré à la méthode.

Voyons maintenant brièvement les liens existant entre les savoirs pratiques étudiés par Benner et ses collaboratrices (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999; Benner, Tanner, & Chesla, 1996), les écrits de Carper relatifs aux différentes sources de connaissances (1978) et le réconfort.

2.5. Sources de connaissances en soins infirmiers

Le moment semble venu de faire un lien entre ces savoirs « pratiques » et les quatre sources de savoirs de Carper (1978 ; 1988) auxquels nous avons fait référence au début de ce chapitre. En effet, il est probable que les infirmières qui offrent des soins de réconfort aux patients utilisent non seulement des savoirs issus de la pratique mais également les quatre sources de connaissances. C'est pourquoi ces dernières seront présentées maintenant.

En 1978, Carper a réalisé une analyse syntaxique et structurelle des savoirs en soins infirmiers. À partir d'une importante analyse des écrits, l'auteure a identifié quatre « patterns », soit : l'empirique (science) ; l'esthétique (art) ; le personnel (savoir être) ; et l'éthique (moral).

Le premier « pattern » fait référence à un savoir systématique, organisé à l'intérieur de lois générales et de théories dont le but est de décrire, expliquer, contrôler et prédire un phénomène d'intérêt pour la discipline. L'apprentissage de la physiologie humaine est un exemple de ce type de savoirs.

Le second « pattern » appréhende le monde comme un tout qui évolue. Ainsi l'esthétique nécessite de se situer dans un cadre où la transformation existe et dans laquelle la perception d'une unité est importante (Dewey, 1958). Par exemple, dans le réconfort, il y a une unité entre le moyen et la fin, entre « projeter dans un futur meilleur » et la transformation de l'autre. Une expérience esthétique implique la création et l'appréciation d'une expression singulière, particulière et subjective de possibilités imaginées avec « des projections qui résistent à la forme discursive du langage » (Langer, 1957). Pour Wiedenbach (1964), l'art des soins infirmiers est

visible à travers les interventions qui restaurent la capacité de faire face à la situation que vit le patient, tout en répondant à ses besoins. C'est un peu la différence que fait Dewey (1958) entre la reconnaissance et la perception. Selon lui, la première sert à identifier et consiste à mettre un nom sur une chose, alors que la seconde, va au-delà de la reconnaissance en ce sens qu'elle inclut un partage de détails, de particularités dispersées dans un tout, avec pour objectif de voir ce qui est là. La perception résulte de l'unité entre la fin et les moyens, donnant ainsi à l'action sa qualité esthétique. Orem (1971) voit l'art des soins infirmiers comme « exprimé par l'infirmière à travers sa créativité et son style dans l'expression et la pratique de soins efficaces et satisfaisants pour la personne.

Carper (1978) précise que le troisième « pattern » est le plus difficile à maîtriser et à enseigner. Car il y a une évidence entre la qualité des contacts interpersonnels et le devenir de la personne, sa manière de faire face à la maladie et à sa guérison (Mitchell, 1973). Le savoir personnel est concerné par la prise en compte et l'actualisation de soi. Il ne s'agit pas, précise Carper, de connaissances à propos du Soi, mais bien plus de se connaître, de manière à pouvoir accompagner l'autre dans son cheminement.

Quant au quatrième « pattern », il implique la compréhension de positions philosophiques différentes en regard de ce qui est bon, de ce qui devrait être et de ce qui est juste. Les dilemmes moraux surgissent dans des situations ambiguës et incertaines, lorsque les conséquences des actes entrepris ne sont pas prévisibles et que les principes et codes éthiques traditionnels n'apportent pas l'aide attendue, voire même semblent contradictoires. Les composantes morales de la discipline vont au-delà de la simple connaissance des codes et normes éthiques et de leur application.

En d'autres termes, il est probable que pour reconforter l'infirmière utilise des connaissances pratiques (Benner, Tanner, & Chesla, 1996), empiriques, esthétiques, personnelles et éthiques (Carper, 1978 ; 1988 ; Chinn, & Kramer, 1999). De plus, l'utilisation de ces connaissances est intuitive et par conséquent difficile à énoncer par l'infirmière. Néanmoins, dans le cadre de l'analyse des données, nous serons attentive au décryptage de l'utilisation de ces diverses connaissances. Car nous pensons qu'il y a des liens entre la complexité du phénomène de souffrance, l'approche holistique de l'être humain qui vise le réconfort et la pluralité des sources de connaissances utilisées à cette fin par l'infirmière.

2.6. Synthèse critique

Dans ce chapitre, nous avons vu que la douleur est un phénomène bien documenté et ceci plus particulièrement depuis 1965, date du développement de la théorie du portillon (Melzack & Casey, 1968 ; Melzack & Wall, 1965). De plus, la douleur peut être considérée comme proche de la souffrance lorsqu'elle est appréhendée par l'infirmière et la chercheuse de manière multidimensionnelle. Cette intégration favorise le passage d'une pratique et d'une recherche unidimensionnelles centrées sur la douleur et le soulagement, à l'étude de phénomènes complexes et holistiques que sont la souffrance et le réconfort.

L'analyse des écrits relatifs à la souffrance a permis de mettre en évidence que celle-ci peut se définir comme un état de détresse qui est induit par la perception d'une menace à l'intégrité du Soi (Cassell, 1982, 1991, 1992). Par conséquent, toute intervention chirurgicale voire toute maladie peut induire cette perception. Par la suite, cette définition a été affinée par l'ajout de trois précisions que sont la présence d'une

menace physique ou psychosociale, d'un sentiment négatif et d'une perception d'impuissance lorsque les ressources physiques, psychologiques, sociales et spirituelles de la personne sont épuisées (Chapman & Gavrin, 1993).

Enfin, le réconfort est un phénomène mal connu et peu développé alors même qu'il est présenté comme le centre de la discipline infirmière (Newman, Sime & Corcoran-Perry, 1991). Il a été abordé essentiellement par le biais de concepts annexes comme le « coping », la relaxation, la douleur, les nausées, la fatigue (Funk, Tourquist, Champagne, Copp & Weise, 1989). Il a également été analysé à travers les écrits professionnels (Cowles & Rodgers, 1991 ; Rodgers, 1989 ; Rodgers & Knafl, 1993 ; Westra & Rodgers, 1993 ;) et a émergé de narrations infirmières (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999). Toutefois, il est intéressant de souligner qu'à ce jour, le phénomène de réconfort - au sens d'un soutien holistique - n'a jamais été investigué simultanément du point de vue du patient et de celui de l'infirmière qui en prend soin.

Comprendre l'expérience de la personne nécessite pour la chercheuse de s'intéresser à l'expérience subjective du malade et à la signification qu'il lui donne. Ce changement de point de vue représente une rupture paradigmatique qui a trois implications majeures. La première, ontologique, nous conduit à investiguer la pluralité de la réalité ; la seconde, épistémologique, permet de s'intéresser à la subjectivité et la troisième, méthodologique, permet d'introduire un dialogue entre les participants et la chercheuse (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1998 ; Kikuchi & Simmons, 1992). Ces implications méthodologiques nous ont amenée à choisir une approche phénoménologique et plus particulièrement celle de Benner (1994) ; Benner, Tanner et Chesla (1996) et Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) afin de

mieux comprendre le phénomène de réconfort à partir de deux points de vue, celui du patient et celui de l'infirmière qui en prend soin.

Enfin, nous pensons que pour réconforter, l'infirmière met en œuvre une pluralité de connaissances qui vont des savoirs empiriques aux connaissances personnelles, esthétiques, éthiques et pratiques.

Voyons maintenant brièvement les origines philosophiques de l'approche de Benner (1994).

3. METHODE

Ce chapitre commencera par une argumentation liée au choix de l'approche méthodologique en regard du phénomène à étudier. Il continuera par la description de quelques éléments essentiels de la phénoménologie transcendantale et de la phénoménologie existentielle. Puis les principales caractéristiques de la phénoménologie herméneutique contemporaine seront abordées ainsi que l'approche phénoménologique de Benner (Benner, 1984 ; 1994 ; 1995 ; 2000a ; 2000b ; Benner, Tanner & Chesla, 1996 ; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999). Puis nous rappellerons la question de recherche et nous décrirons nos propres préconceptions relatives au réconfort, de même que l'activité de mise entre parenthèses. Ensuite, nous décrirons les critères d'inclusion et d'exclusion des participants, le contexte dans lequel s'est déroulée la présente étude ainsi que le contenu des deux guides d'entretien. Par ailleurs, les données consignées dans le carnet de bord seront mises en perspective afin d'éclairer certains événements. La procédure de codage des données sera présentée ainsi que les thèmes récurrents et les catégories thématiques qui en ont été extraits. Puis, nous présenterons brièvement la manière dont les observations ont été réalisées. Enfin, les critères de rigueur, les aspects éthiques et le calendrier de la recherche clôtureront ce chapitre.

3.1. Argumentation

Le choix de l'approche phénoménologique est issu de la problématique et de la nature de la question de recherche. En effet, s'intéresser au phénomène de réconfort dont nous ne savons en définitive que peu de choses, nous amène à choisir une approche descriptive - herméneutique qui permet et favorise l'émergence de la subjectivité des participants à travers leurs narrations. D'autre part, s'intéresser à la signification de l'expérience vécue par les acteurs de la dyade, conduit tout aussi directement à l'utilisation d'une approche phénoménologique - herméneutique. Les objectifs de cette dernière étant précisément de décrypter les structures qui gouvernent l'expérience vécue. De plus, le recueil des données se fait dans un contexte quotidien et naturel où le détenteur de la connaissance est bien le participant et non la chercheuse. Enfin, cette approche méthodologique découle d'une ontologie qui accepte une co-construction de la réalité et d'une épistémologie subjectiviste qui s'intéresse à l'expérience vécue par les protagonistes. Ce sont là les arguments essentiels qui nous ont amenée à choisir l'approche phénoménologique – herméneutique qui sera décrite dans un sous-chapitre à venir.

Parmi les « méthodologistes » de référence, nous avons choisi l'approche de Benner (Benner, 1994 ; Benner, Tanner & Chesla, 1996 ; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999) car l'auteure est infirmière et il nous paraît adéquat d'utiliser les travaux issus de la discipline. De plus, nous apprécions la philosophie de la recherche de l'auteure qui consiste à rendre visible l'invisible en demandant aux infirmières de décrire ce qu'elles font, parfois de manière intuitive. L'analyse de ces expériences individuelles permet de dégager, comme déjà mentionné, des structures qui gouvernent

l'expérience vécue. Ces structures ont une importance majeure pour la visibilité et la spécificité de la pratique professionnelle.

Les recherches de Benner et de ses collaborateurs mettent en lumière les savoirs pratiques développés sur le terrain par l'infirmière. Ces savoirs, une fois combinés aux savoirs théoriques, permettent d'accéder à l'expertise de l'infirmière. Cette centration sur la pratique et sur l'expertise potentielle qu'elle recèle, nous est apparue particulièrement appropriée pour investiguer le phénomène de réconfort. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le phénomène est individuel et complexe. Par conséquent, il est fort probable qu'il fasse appel à des stratégies subtiles, peu visibles, dont l'accès n'est possible qu'à travers l'observation et l'analyse de la narration des patients et des infirmières. C'est pourquoi la méthodologie de Benner a été choisie et elle sera présentée de manière plus détaillée dans un prochain sous chapitre. Mais voyons d'abord brièvement les origines de la phénoménologie européenne afin d'en extraire quelques éléments qui ont influencé la méthode.

3.2. Phénoménologie

3.2.1. Phénoménologie transcendantale.

Historiquement, le père de la phénoménologie est le philosophe allemand Husserl (1859-1938). L'œuvre de Husserl se répartit sur trois périodes caractérisées par des intérêts distincts : la première représente la naissance de la phénoménologie allemande (1891-1901) et se termine par la publication des « Recherches logiques », la seconde (1905-1929) débute avec l'élaboration de la réduction phénoménologique et se termine par les « Méditations cartésiennes ». La troisième et dernière (1930-1938) a pour thème

central la crise des sciences (Folscheid, 1993). Certains auteurs considèrent Husserl comme un platonicien dans les « Recherches logiques », alors qu'ils le voient cartésien dans « les Méditations cartésiennes » (Encyclopaedia Universalis, 1997). C'est dire la complexité de la pensée de ce philosophe dont nous ne reprendrons que quelques éléments susceptibles d'améliorer la compréhension des origines de la phénoménologie. Par ailleurs la pensée de Husserl est considérée par les exégètes comme arborescente et inachevée. D'ailleurs, une grande partie de ses écrits sont des publications posthumes. La troisième période de son œuvre sera délibérément laissée de côté car elle ne concerne pas notre propos.

Heidegger (1889-1976) fut son étudiant, mais il s'est distancé de la pensée cartésienne qui caractérisait la seconde partie de l'œuvre de Husserl pour s'intéresser à une perspective plus existentielle. La philosophie herméneutique de Heidegger considère que la compréhension de la personne ne peut intervenir sans l'appréhension de son environnement (Dreyfus, 1987). Il s'intéresse à ce qu'il appelle «un être-dans-le-monde ». Nous aurons l'occasion de revenir sur cet aspect dans un prochain sous-chapitre.

Précisons d'emblée que Husserl et Heidegger n'étaient pas des méthodologistes. Ce n'est que plus tard que des chercheurs en sciences humaines comme par exemple Giorgi en psychologie (1989, 1997), Van Manen en pédagogie (1990), Benner en soins infirmiers (1994) ont élaboré, utilisé et publié des méthodes phénoménologiques de recherche.

La pensée de Husserl est d'abord une théorie de la connaissance. Sa première étude¹¹ est une critique du psychologisme plus particulièrement lorsque celui-ci est vu

¹¹ Husserl. E. (1900). Prolégomène à la logique pure.

comme le fondement de toute vérité. Il pense que lorsqu'on fonde la logique sur le fonctionnement psychique, il n'y a plus de science possible, il n'y a plus de connaissance objective puisqu'il n'y a plus de loi. Le psychologisme conduit à un relativisme qui est inacceptable pour Husserl. Ce dernier se lance alors dans un examen rigoureux des actes de la conscience, s'intéressant ainsi à un sujet explicitement cartésien et intellectuel (Huneman & Kulich, 1997). En 1901, Husserl définit la phénoménologie comme un « domaine de recherches neutres » ne relevant ni de la psychologie, ni de la logique (...) (Folscheid, 1993).

Puis, toujours dans l'idée de se prémunir contre le psychologisme, Husserl développe le concept d'intentionnalité de la conscience. C'est-à-dire que la conscience est toujours la conscience de quelque chose ; elle n'est plus un ensemble de faits psychiques (impressions, sensations) elle a une visée, l'objet (Folscheid, 1993). Autrement dit, le regard de la conscience ne cesse pas d'être objectif pourvu qu'il se pose sur l'objet (Encyclopaedia Universalis, 1997).

À la suite de cette critique du psychologisme, Husserl met en évidence que tout existant doit être caractérisé par un noyau de sens qui ne varie pas et qu'il nomme l'essence. Ainsi, la phénoménologie est une description des essences. Elle inventorie les structures qui régissent tel ou tel domaine de la réalité. La phénoménologie est donc un retour aux choses mêmes (Encyclopaedia Universalis, 1997).

C'est autour de 1905 que Husserl parle de « mise entre parenthèses » du transcendant c'est-à-dire de l'objet réel qui appartient au monde extérieur, pour s'intéresser à l'immanent, soit à l'objet « mental » qui appartient à la conscience. Ici le principal souci de Husserl est d'éviter la confusion possible entre l'immanent et le transcendant par l'utilisation d'une procédure de « mise entre parenthèses ». Cette

procédure limite la phénoménologie aux composantes réelles des vécus et en exclut le contenu intentionnel qui vise un objet.

Or en 1907, Husserl élabore la « réduction phénoménologique ». Celle-ci va plus loin que l'absence de présuppositions, car elle change le statut de l'intentionnel. C'est-à-dire que le champ phénoménologique s'étend désormais au-delà du vécu pour y inclure les objets et leur « cogitatum » (Folscheid, 1993).

En d'autres termes, la phénoménologie est dite transcendantale puisqu'elle traite de problèmes qui relèvent de ce qui est au-delà de la conscience. En effet, elle s'intéresse aux contenus réels, matériels et formels des vécus (contenus hylétiques et noétiques) mais également à des éléments qui donnent sens (contenu noématique) (Folscheid, 1993).

La réduction phénoménologique est donc le passage d'une « attitude naturelle » qui croit à l'extériorité absolue des choses à une « attitude phénoménologique » à partir de laquelle la conscience se comprend elle-même comme constituant le sens des objets du monde. Autrement dit, la réduction phénoménologique met entre parenthèses notre compréhension ou plus exactement notre préconception du monde. Cette opération n'est ni un déni du monde, ni une mise en doute de son existence, mais une décision de ne porter aucun jugement sur celui-ci, sur les choses et sur les faits (Encyclopaedia Universalis).

Dans les « Méditations cartésiennes », Husserl découvre que la conscience transcendantale n'est pas anonyme, c'est-à-dire que tout vécu est celui d'un moi qui représente une forme de transcendance. Dire que le monde me transcende c'est reconnaître qu'il existe pour d'autres. Par conséquent, la porte s'ouvre sur une recherche sur l'intersubjectivité (Encyclopaedia Universalis, 1997).

3.2.2. Phénoménologie existentielle

La philosophie de Heidegger inaugure une attitude différente de celle de son maître. C'est ainsi qu'une pensée rigoureuse de « l'être-au-monde » ne doit plus passer par la purification de la conscience transcendantale mais bien par son rejet. Le souci de Heidegger est ontologique en ce sens qu'il s'intéresse à « l'être » unique en tant que distinct des « étants » c'est-à-dire des choses. C'est dans « Etre et temps » (1927/1986) que le philosophe dégage les structures du « Dasein »¹² en tant « qu'être-au-monde » (Encyclopaedia Universalis, 1997). Il est ainsi possible de dire que pour Heidegger l'homme est pensé à travers sa manière d'exister alors que Husserl le considère comme une conscience.

Nous ne reprendrons pas systématiquement les concepts reliés au « Dasein », cependant nous en mentionnerons quelques-uns qui influencent la méthode phénoménologique retenue. Par exemple la « quotidienneté » est ce dans quoi le « Dasein » est le plus souvent immergé. Dès lors pour Heidegger, le terme phénoménologie signifie « faire voir à partir de lui-même ce qui se montre tel qu'il se montre » (Huneman & Kulich, 1997 p. 47). Autrement dit, la phénoménologie permet de voir des phénomènes tels qu'ils se laissent voir dans leur quotidienneté, tels qu'ils se manifestent. Il est possible de dire qu'il s'agit là d'un retour aux choses elles-mêmes (Folscheid, 1993).

Parmi les grandes créations de la phénoménologie heideggerienne, se trouve « l'intuition catégorielle ». Il est intéressant de préciser que ce concept découle de celui de « l'intentionnalité » que nous avons décrit précédemment. La théorie de l'intuition catégorielle vise à contrer la pensée de Kant qui différencie la pensée et l'intuition et

¹² « Dasein » signifie littéralement être-là, mais également existence

qui affirme que les catégories sont dérivées des jugements. Puis Husserl voit la catégorie comme une donnée de l'expérience et non comme une simple structure de la pensée. Mais pour Heidegger, les catégories ne sont pas dérivées de jugements, elles sont des structures des phénomènes eux-mêmes (Folscheid, 1993). Nous verrons plus tard que cet aspect est capital dans le cadre d'une analyse phénoménologique.

Autrement dit la conception heideggerienne du phénomène s'éloigne de la conscience qui le constitue selon la vision husserlienne ; pour voir en lui - dans le phénomène - une dimension des choses elles-mêmes. Toutefois les deux hommes se rejoignent dans l'idée que le « phénomène pur » ne peut apparaître, ne peut se montrer que par la pratique de la « réduction » c'est-à-dire la mise entre parenthèses que nous avons décrite précédemment (Folscheid, 1993).

Par ailleurs, Heidegger qualifie sa phénoménologie d'herméneutique. En effet, s'il accorde à Husserl que la phénoménologie est par essence une description, Heidegger la considère plus comme une « interprétation ou une explicitation » que comme une réflexion sur les vécus. Nous aurons l'occasion de revenir sur cet aspect dans le cadre de l'approche de Benner (1994), car elle fait référence à Heidegger lorsqu'elle parle de phénoménologie interprétative.

Il est ainsi possible de dire que dans le terme « phénoménologie » la partie « logos » signifie selon son étymologie grecque « apophansis » littéralement « monstration » c'est-à-dire qui se montre », qui est décrit, qui est explicité. Cet aspect est important dans le cadre de l'analyse des données, car il implique que la chercheuse n'occupe pas une place de spectateur impartial mais qu'elle fait corps avec le phénomène. Ainsi Heidegger ne comprend pas l'ontologie comme une approche qui procède par

objectivation théorique, mais comme une approche très pratique qui n'est jamais détachée de sa racine existentielle concrète (Folscheid, 1993).

3.2.3. Processus herméneutique contemporain.

Voyons maintenant plus concrètement quel processus induit la phénoménologie herméneutique contemporaine. Cette approche est centrée sur l'étude de l'expérience vécue, dans sa quotidienneté, dans son contexte naturel, sans effort de conceptualisation ou de réflexion particulière pour le participant. C'est la narration de sa propre histoire qui permet certaines prises de conscience pendant le témoignage. Un peu comme si la parole, le dialogue, le « logos » participait à un approfondissement de l'expérience vécue et à une meilleure compréhension de celle-ci.

La philosophie herméneutique s'intéresse donc à tout ce qui a accédé à la conscience de la personne concernant un phénomène donné. Toutefois, ce n'est pas la conscience proprement dite qui est décrite, mais bien certains aspects de l'expérience vécue qui ont accédé à la conscience et auxquels la personne a donné un sens. Autrement dit, ce à quoi la chercheuse accède n'est pas l'expérience « réelle », mais ce qui a été cristallisé de celle-ci¹³. De ce fait, la réflexion phénoménologique est rétrospective et « introspective », elle a pour thème une expérience passée dont certains aspects ont été intégrés comme porteurs de sens, de significations.

La recherche phénoménologique s'intéresse à la nature d'une expérience, à la description d'un phénomène de manière à en extraire des « thèmes récurrents » qui peuvent être décrits à travers l'analyse des structures qui « gouvernent » l'expérience vécue. En outre, la recherche phénoménologique tente de décrire, d'interpréter et de

¹³ Ce concept est issu des travaux de Carkhuff (1969). Il est relié à ce que la personne apprend, intègre, garde d'une expérience et qui peut être réutilisé dans le futur.

comprendre les significations de l'expérience d'un phénomène tel qu'il est vécu dans sa banalité et son unicité. Ce type de recherche est systématique, explicite, autocritique et intersubjectif. La phénoménologie fait partie des sciences humaines en ce sens qu'elle s'intéresse aux structures de la signification de l'expérience dans le « monde de l'humain » (« human world »). Cette approche est également une pratique attentive et prévenante qui prend soin, est soucieuse des merveilles de la vie (Van Manen, 1990). En d'autres termes, la recherche phénoménologique est centrée sur ce que signifie d'être humain. Enfin, pour certains auteurs, comme Van Manen (1990), la phénoménologie est une activité poétique, car elle voit le langage comme une incantation, une évocation parlée ou comme le dit Merleau-Ponty (1973) « un langage qui chante le monde ».

Nous verrons maintenant que si la phénoménologie de Benner (1994) s'inspire de celle de Heidegger, elle va au-delà de la méthode pour mettre en évidence des pratiques de soins infirmiers intuitives, méconnues ; alors même qu'elles sont l'essence de la discipline. Mais arrêtons-nous d'abord quelques instants à l'aspect procédural.

3.2.4. Phénoménologie de Benner

Pour Benner, Tanner et Chesla (1996) il s'agit, dans un premier temps, d'écrire nos préconceptions et nos postulats relatifs au phénomène, de manière à prendre conscience de ce qui nous habite et qui précède la recherche. Ensuite, il est conseillé de faire une description de la manière dont la recherche est menée et de comment les choix sont faits (par exemple : pourquoi certains thèmes récurrents sont rassemblés sous telle catégorie thématique plutôt que sous telle autre), ceci afin de maintenir :

l'intégrité des données, l'ouverture intellectuelle lors de la collecte et de l'analyse de celles-ci, le dialogue entre nos préconceptions et les représentations issues des écrits ainsi que la rigueur des interprétations issues des verbatim. Dans le cadre du recueil de données, l'auteur est favorable à la triangulation des méthodes et préconise par conséquent l'utilisation d'observations directes. Le but poursuivi par cette triangulation vise à confronter les sources d'informations en vue d'en extraire ce qui est semblable et dissemblable. Cette pratique permet de mettre en évidence des comportements qui ne sont pas transmis verbalement par les infirmières, parce qu'elles n'y pensent pas sur le moment ou parce que ce comportement n'a pas d'importance à leurs yeux. Tout se passe comme si le contexte des soins était devenu pour ainsi dire invisible à l'infirmière en raison de sa familiarité avec le milieu, alors que ce dernier est surprenant pour l'observatrice extérieure.

Chaque entretien est enregistré à l'aide d'un enregistreur vocal puis il est transcrit mot à mot. Ensuite chaque transcription est lue en parallèle à l'écoute de la bande afin de rechercher et de corriger les éventuelles erreurs.

Il est usuel qu'une analyse préliminaire se fasse en parallèle au recueil des données afin d'identifier le moment où il y aura redondance des thèmes. Cela implique pour la chercheuse de maintenir cette ouverture intellectuelle indispensable afin de mettre entre parenthèses les entretiens antérieurs, tout en choisissant d'y avoir accès à certains moments précis, afin d'obtenir plus de détails par exemple. Il est usuel aussi de ne pas savoir combien de temps durera la phase de recueil de données ; même si le plus souvent le nombre d'entrevues ne dépasse guère la quinzaine (Ducharme, 1999).

L'interprétation se fait de manière consensuelle lorsqu'il y a plusieurs chercheurs et cela pour toutes les sources d'informations utilisées. L'unité de base de l'interprétation est l'histoire d'un patient, son contexte, ce qui précède et ce qui suit.

Selon Benner (1994) la compréhension d'un phénomène surgit lorsque nous rencontrons un ou des exemple(s) particulièrement frappant(s) du phénomène étudié. Ces exemples sont appelés des cas paradigmatiques ou « paradigm cases ». Une partie de l'interprétation consiste à repérer comment et pourquoi ces exemples surgissent, attirent l'attention ou au contraire comment et pourquoi ils vont à l'encontre de ce qui était pris pour acquis. En d'autres termes, étudier un cas paradigmatique a pour but de comprendre la situation à partir de l'expérience du participant, avec ses contraintes et ses possibilités. Le but n'est pas d'identifier le « processus social de base » qui soutend l'action ni des structures abstraites, mais de faire un mouvement théorique d'éloignement de l'action décrite dans le verbatim pour commencer un dialogue avec ce dernier et le comprendre à travers le souci du narrateur et celui de l'interprète. Toutefois, il faut souligner que la rigueur du processus d'interprétation requiert que l'interprète ne s'intéresse pas qu'aux cas paradigmatiques, mais qu'elle écoute et donne sens également aux silences et aux histoires dont elle n'attendait pas la narration, qui ne ressemblent pas aux autres. Benner (1994) appelle ces histoires des exemplaires (« exemplars »). Il est possible de dire que l'analyse des exemplaires apporte les nuances qualitatives qui n'étaient pas disponibles dans les cas paradigmatiques.

Le niveau d'interprétation suivant consiste à identifier des thèmes. Ce processus se fait à partir des mêmes textes dont sont issus les cas paradigmatiques et les exemplaires. Cette technique consiste à faire de multiples aller et retour entre le

verbatim et les interprétations de manière à sélectionner les parties qui soutiennent ou au contraire réfutent ces interprétations. Cette technique peut faire penser à celle de la comparaison constante qui est utilisée en « grounded theory ». Benner (1994) précise qu'il est important de citer les cas paradigmatiques qui soutiennent le thème de même que les exemplaires qui présentent une variation de celui-ci. De cette manière, l'interprète assume qu'il existe des incohérences par le fait même qu'elle les met à jour.

Enfin, le processus interprétatif ne serait pas complet si les observations directes ne participaient pas à améliorer la compréhension du phénomène. Elles aident à appréhender le contexte de la pratique des soins, du recueil de données et de l'interprétation. En résumé, il est possible de dire que l'analyse des observations directes nuance ou renforce les interprétations des verbatim.

Nous venons d'appréhender le paradigme de Benner (Benner, 1994 ; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999 ; Benner, Tanner & Chesla, 1996) qui est la « méthodologiste » retenue pour la présente étude. De fait, nous avons abordé trois aspects essentiels de son approche, soit : le premier, épistémologique, qui considère la subjectivité de l'expérience vécue comme source essentielle de connaissances, le second, ontologique, qui s'intéresse à la singularité de chaque point de vue et le dernier, méthodologique, qui fait appel à l'interprétation. Nous avons également esquissé un des buts du travail de la chercheure, c'est-à-dire l'extraction de cas paradigmatiques et d'exemplaires à travers l'analyse des structures qui sous-tendent l'expérience vécue.

3.3. Opérationnalisation

Voyons maintenant plus précisément les conséquences méthodologiques qui découlent naturellement de ce qui précède. Nous rappellerons tout d'abord les deux questions de recherche, puis nous présenterons brièvement nos propres préconceptions en regard du phénomène à l'étude. Par conséquent, cette section est plus personnalisée que les précédentes et les suivantes. Ensuite nous aborderons les participants, le contexte de l'étude, les deux guides d'entretien et les critères de rigueur.

3.3.1. Question de recherche

Comme cela a été précisé dans le premier chapitre consacré à la problématique de recherche, le phénomène de réconfort comporte souvent un aspect de soulagement de la douleur. La plupart des écrits consacrés au réconfort auxquels nous avons eu accès jusque-là, semblaient ne s'intéresser qu'au corps, alors que nous voulions justement rejeter le dualisme cartésien qui sépare le corps de l'esprit et prendre en considération la personne dans son entièreté. La question de recherche est la suivante :

Quelles sont les significations des expériences de réconfort de personnes en phase postopératoire et des infirmières praticiennes qui en prennent soin ?

3.3.2. Mise entre parenthèses

Husserl fut l'un des premiers à introduire la notion de « mise entre parenthèses » des savoirs, des croyances et des préconceptions du chercheur. Toutefois, l'objectif poursuivi initialement par cette procédure visait essentiellement à assurer l'objectivité de la description de l'observation. De nos jours, ce n'est pas tant l'objectivité qui importe que la mise à plat, voire la prise de conscience des préconceptions de la

chercheure, de manière à être ouverte à l'expérience de l'autre. D'ailleurs, Benner (2000b) pense qu'il est irréaliste de prétendre pouvoir effectuer une mise entre parenthèses totale. C'est pourquoi, la suite de ce chapitre est consacrée à cette « mise à plat » de nos préconceptions.

La première croyance relative au réconfort consiste à penser que le terme français « réconfort » n'a pas la même signification que le terme nord-américain « confort ». En effet, à travers la recherche, le terme « confort » semble beaucoup plus centré sur les aspects corporels (Funk, Tourquist, Champagne, Copp & Weise, 1989 ; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995) que sur un réconfort global. Par ailleurs, nous avons déjà relevé une difficulté liée à la traduction même du terme anglais « confort » qui peut aussi bien signifier « un état » c'est-à-dire le confort que le processus de reconforter.

Pour confronter cette croyance, nous avons interrogé informellement vingt infirmiers et infirmières européens francophones¹⁴. La quasi-totalité de ces professionnels considèrent le réconfort comme de nature davantage psycho-socio-spirituelle que physique (Annexe A). D'ailleurs à ce propos, nous avons déjà mentionné - dans la problématique - qu'étymologiquement le terme reconforter signifie « soutenir », « renforcer » moralement. En français, ces deux termes ne sont pas le contraire de l'inconfort. De plus, lors de la pré-enquête réalisée en août et septembre 1999 (Annexe C), les infirmières interrogées ont parlé aussi bien de réconfort physique que de réconfort psychosocial et spirituel. Or, cette appréhension du réconfort correspond tout à fait à celle décrite par Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999).

¹⁴ Les trois questions posées successivement étaient : (a) quelle est votre définition du soulagement, (b) quelle est votre définition du réconfort et dans un troisième temps, (c) quelles différences majeures faites-vous entre ces deux phénomènes ? Précisons qu'à cette époque nous cherchions à différencier le réconfort du soulagement. C'est ce qui explique le libellé des trois questions.

Par conséquent, il est possible que ce soit plus le paradigme auquel se réfère la recherche que la traduction du terme réconfort qui suscite notre difficulté en regard de l'aspect corporel du réconfort qui émerge de certains écrits. Notre compréhension est donc proche de celle de Benner et al. (1999).

La seconde croyance clairement identifiée tente d'affirmer qu'il y a une différence dans la manière de recevoir et la manière de dispenser du réconfort selon le sexe des personnes en présence. Pour consolider cette croyance, nous nous référons aux diverses sources qui démontrent que les femmes n'apprennent pas de la même manière que les hommes. En effet, deux études basées sur l'expérience des femmes démontrent l'importance et l'intrication du concept de soi dans l'appréhension des connaissances

(Belenky, Clinchy, Goldberger & Tarule, 1997 ; Goldberger, N. R., Tarule, J. M., Clinchy, B. M., & Belenky, M. F., 1996). Par ailleurs, les femmes ne parlent pas de leur douleur de la même manière, avec les mêmes mots, avec les mêmes explications que leurs compagnons (Howell, 1994). L'auteur observe que les hommes ont le plus souvent une vision mécaniste de leur corps qui les amène à le percevoir comme « dysfonctionnant » lorsqu'ils sont malades. Inversement, il semble que la plupart des femmes évoquent une origine psychogène ou morale de la maladie. Enfin, nos souvenirs d'anthropologie culturelle nous rappellent que Hall (1966) a finement décrit les différents comportements observés dans différentes cultures et selon l'appartenance sociale et sexuelle des participants.

Quittons maintenant l'activité de « mise à plat » des préconceptions pour aborder ce qui est habituellement connu sous l'appellation « échantillon » et « recueil des données » et que nous intitulerons à dessein « participants » et « partages d'expériences

vécues » telles qu'elles apparaissent à la conscience de la personne qui en fait la narration.

3.3.3. Participants

Les participants à cette étude sont des adultes francophones, hospitalisés dans les deux services de chirurgie générale du CHUV¹⁵. À partir de la suggestion des deux infirmières chefs de service, trois premiers critères de sélection ont été retenus, soit : avoir été opéré sous anesthésie générale, avoir fait un séjour aux soins continus¹⁶ et être au-delà du quatrième jour postopératoire. Ce dernier critère découle de la pré-enquête qui a démontré que jusqu'au troisième jour postopératoire, les patients bénéficient souvent de l'administration continue de Morphine par pompe et qu'ils sont somnolents et parfois déconnectés du contexte. Nous avons donc préféré les laisser se reposer et bénéficier pleinement de leur antalgie. De plus, les troisième et quatrième jours postopératoires sont souvent pénibles en raison de la reprise du transit. Ces raisons nous ont fait choisir des patients qui étaient au-delà du quatrième jour postopératoire.

Deux autres critères de sélection ont été prévus : parler couramment le français et posséder une capacité d'élaboration suffisante de son vécu pour faire des liens et donner du sens à son expérience.

Ces critères ont pour objectif l'obtention d'un groupe de participants relativement homogène quant à son contexte postopératoire. En effet, choisir de ne pas s'intéresser à une pathologie particulière, nous a amenée à utiliser l'anesthésie générale et le passage

¹⁵ CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

¹⁶ Les unités de soins continus peuvent recevoir 6 patients dont l'état de santé nécessite une surveillance infirmière et médicale rapprochée.

aux soins continus comme critères permettant une certaine « uniformisation », bien que très relative, de l'expérience passée. Par ailleurs, les capacités d'expression orale et d'élaboration¹⁷ seront également prises en considération afin de favoriser l'occurrence de propos pertinents pour le projet. Cependant, nous avons veillé à ne pas pénaliser des personnes qui auraient des difficultés d'élocution (et non d'élaboration) et qui de ce fait apporteraient une expérience singulière, dans le sens que ces personnes ont besoin de plus de temps pour exprimer ce qu'elles ont à dire.

L'exclusion de personnes présentant des difficultés d'élaboration fait prendre le risque de biaiser les résultats en ce sens que ces derniers ne refléteront pas l'expérience de ces personnes. Il est toutefois intéressant de relever que, dans le cadre de cette étude, cette situation n'a été observée qu'à deux reprises. Les résultats ne concerneront que l'expérience de patients ayant une bonne capacité d'élaboration.

Concrètement, il s'agissait de réunir plusieurs dyades : c'est-à-dire qu'il a été demandé à l'infirmière chef d'unité de soins de choisir une personne répondant aux critères ci-dessus¹⁸ de manière à ce que cette personne nous « raconte une histoire vécue » qui s'est passée après l'opération et au cours de laquelle, elle a été réconfortée. Ensuite, il s'agissait d'accéder à l'infirmière qui avait apporté du réconfort et de lui demander de nous « raconter sa propre histoire vécue » lorsqu'elle a réconforté cette personne en particulier. L'entrevue avec le malade précédait toujours celle avec la soignante et chaque participant ne pouvait appartenir qu'à une seule et unique dyade

¹⁷ Par capacité d'élaboration nous entendons la possibilité de donner une signification à l'expérience vécue, à partir de son histoire personnelle, de sa capacité de ressentir, de prendre conscience et de nommer ses sentiments et ses sensations de manière à pouvoir raconter cette expérience en lui donnant un sens et en l'intégrant.

¹⁸ Cette procédure a été proposée par la Commission d'Ethique de la Recherche Clinique de la Faculté de Médecine, en regard du fait que la chercheuse principale n'appartient pas au service de chirurgie et n'a par conséquent pas accès aux informations relatives aux patients qui y sont hospitalisés.

ayant vécu une expérience de réconfort, ceci afin de ne pas forcer la redondance des thèmes.

Quant à la détermination exacte du nombre de participants, elle s'est faite dès redondance des thèmes comme cela est préconisé par Benner (1994). Toutefois, la plupart des recherches utilisant une approche phénoménologique concernent rarement plus de quinze personnes, par conséquent dans le cadre de la présente étude il était possible d'anticiper qu'une quinzaine de dyades suffirait. Le chapitre consacré aux résultats décrira finement les 11 dyades qui ont participé à cette étude.

Rappelons que la notion de dyade est particulièrement intéressante dans le cadre de cette étude, car le phénomène de réconfort est élaboré dans cet espace transitionnel (Winnicott, 1970), situé entre deux êtres humains qui peuvent être considérés comme un système à part entière où se « construit » le réconfort. Dès lors, il est important d'appréhender l'expérience des deux partenaires de cette dyade de manière à pouvoir décrire et mieux comprendre ce qui s'y passe.

Nous décrirons les principales caractéristiques des participants et obtiendrons ainsi une représentation des deux sous-groupes, celui des patients et celui des infirmières.

En définitive, ce sont onze dyades qui ont été rencontrées dans le cadre de cette étude. (Annexe D). Il est intéressant de souligner que tous les patients interrogés nous ont conduit vers des infirmières alors même qu'il y avait six infirmiers dans les services concernés. Faut-il comprendre par-là que le réconfort est une affaire de femmes ou ce constat est-il dû à la sous-représentation masculine ? Nous aurons l'occasion de reprendre ce point dans la discussion. Voyons maintenant plus en détails le groupe des patients.

C'est ainsi que nous avons échangé avec six femmes dont l'âge s'échelonnait entre 32 et 78 ans, alors que les cinq hommes étaient légèrement plus âgés, soit entre 41 et 78 ans.

Sur les six femmes, deux d'entre elles étaient veuves, trois étaient mariées et une célibataire. Alors que sur cinq hommes, trois étaient mariés et deux étaient célibataires.

La quasi-totalité de ces personnes était de nationalité suisse à l'exception d'une patiente d'origine portugaise. En outre, deux patients naturalisés étaient originaires de Grèce et d'Italie et vivaient en Suisse depuis plus de 60 ans.

Pour ce qui est de la scolarité, les hommes ont soit une maîtrise professionnelle¹⁹, soit un certificat fédéral de capacité (CFC)²⁰ à l'exception d'un d'entre eux qui n'a eu accès qu'à la scolarité obligatoire²¹. Il faut préciser qu'en regard de son âge, cette situation est rare. Quant à la scolarité des femmes, elle est plus diversifiée. En effet, nous observons un diplôme de virtuosité, un diplôme d'école de commerce, trois certificats fédéraux de capacité et une scolarité obligatoire qui n'est pas anachronique au vu de l'âge de la personne. Dans le temps, il était fréquent de voir les femmes se marier jeunes, élever plusieurs enfants et ne pas avoir l'opportunité de faire des études.

Globalement²² les pathologies se répartissent ainsi : une personne a subi un polytraumatisme qui a nécessité de multiples interventions chirurgicales en raison de contusions multiples dont un hémopneumothorax ; une autre a bénéficié d'une greffe rénale alors qu'une autre faisait un rejet de greffe ; trois personnes ont bénéficié d'une

19 Maîtrise professionnelle : titre obtenu après neuf ans de scolarité obligatoire, quatre ans d'apprentissage professionnel et une formation supérieure théorique et pratique de deux ans dans le domaine de départ.

20 CFC : titre obtenu après neuf ans de scolarité obligatoire et 4 ans d'apprentissage professionnel.

21 Scolarité obligatoire : correspond à neuf degrés scolaires.

22 L'énumération des pathologies est volontairement globale de manière à ce que les personnes ne puissent pas être reconnues.

intervention sur le colon et une autre d'une duodéno pancréatectomie ; deux personnes ont eu des problèmes artériels aigus aux membres inférieurs qui ont nécessité des pontages, une personne a eu une pleuropneumectomie et enfin nous avons rencontré une personne qui a bénéficié d'une cure d'éventration.

Précisons encore que ces pathologies sont représentatives de celles qui sont habituellement rencontrées dans ces deux services de chirurgie générale (Annexe E).

Tous les patients se situaient entre le troisième et le treizième jour postopératoire à l'exception d'un d'entre eux qui totalisait soixante et un jours postopératoires.

En ce qui concerne leur score « PRN », ²³ c'est-à-dire l'anticipation réalisée 24h auparavant, de la charge en soins que représente chaque patient pour le jour suivant, ces scores s'échelonnaient entre 85 et 35 points.

Nous considérerons maintenant le sous-groupe des onze infirmières dont chaque membre représentait le second partenaire de chaque dyade. Précisons d'emblée que deux d'entre elles étaient des étudiantes en soins infirmiers et qu'elles étaient en fin de troisième année d'étude d'un programme qui en comprend quatre.

Les âges des infirmières s'échelonnaient entre 21 et 41 ans. Cinq d'entre elles sont suissesses et ont suivi leur formation à Lausanne, alors que trois sont d'origine québécoise et trois de nationalité française. Ces six personnes ont réalisé leur formation dans leur pays d'origine.

Six infirmières travaillaient à 100% alors que les deux étudiantes avaient un taux d'activité de 80% puisqu'elles avaient des cours un jour par semaine au centre de formation. Les trois femmes qui travaillaient à 60% ou 40 % étaient les plus âgées du

23 PRN : cette méthode de gestion des besoins en soins infirmiers consiste à anticiper la charge de travail que nécessite chaque patient pour le lendemain. Par conséquent les imprévus, les entrées et les transferts urgents ne sont pas pris en compte.

groupe. Enfin et à l'exception des étudiantes, les expériences professionnelles s'étendaient entre un an et 19 ans.

3.3.4. Contexte

En recherche phénoménologique herméneutique, la pluralité des sources d'informations est non seulement reconnue mais elle est indispensable. Benner (1994) ; Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) et Benner, Tanner et Chesla (1996) soutiennent cette appréhension diversifiée du phénomène. C'est pourquoi, nous avons retenu dans le cadre de la présente étude, les options suivantes : dans un premier temps, nous avons rencontré des adultes en phase postopératoire et les soignants qui les avaient réconfortés ; puis dans un second temps nous avons effectué des observations directes de ces mêmes soignants ; enfin, les notes qui ont été régulièrement transcrites dans un « carnet de bord » devraient nous permettre de suivre les méandres de notre propre expérience en regard du processus induit.

Les équipes infirmières des deux Services de Chirurgie Générale dans lesquels a eu lieu le recueil de données sont composées chacune de 40 personnes dont 37 infirmières et 3 infirmiers. Ils peuvent accueillir 92 patients dont 12 nécessitant des soins continus.

Les deux unités dites de « soins continus » reçoivent des patients ayant une pancréatite aiguë, des varices œsophagiennes ou des polytraumatismes avec une suspicion d'hémorragie interne. Y sont transférés aussi tous les patients en provenance des soins intensifs de chirurgie ainsi que les patients développant une embolie pulmonaire massive, des troubles du rythme cardiaque, un delirium tremens aigu. Les patients porteurs d'une trachéotomie récente ou d'un drain thoracique sont également transférés aux soins continus.

Les personnes qui ont bénéficié d'une appendicectomie, d'une cure de hernie, d'une cholecystectomie, de l'ablation de varices aux membres inférieurs, d'une laparoscopie ou d'une thoracoscopie ne restent pas plus de quatre à cinq jours dans le Service et sont considérées comme vivant une situation « chirurgicalement simple », sauf en cas de complications de nature infectieuse. Précisons toutefois que les critères d'inclusion prédéterminés ne nous ont pas amenée à rencontrer de personnes ayant ce type de pathologie.

Enfin, en ce qui concerne les « diagnostics opératoires » des onze personnes rencontrées, il est difficile de dire avec précision quelle est la proportion de ces diagnostics sur l'année 1999. En effet, chaque code opératoire regroupe plusieurs diagnostics dont il est impossible d'extraire un composant spécifique. Par exemple un pontage poplité est sous le même code que d'autres pontages ou shunt vasculaires périphériques (Annexe F).

Service de Chirurgie Nord

Ce Service comprend 46 lits dont 6 de soins continus et il reçoit des personnes hospitalisées pour une chirurgie thoracique, une chirurgie vasculaire avec des pontages, la chirurgie oncologique pour un mélanome traité par circulation extracorporelle, ainsi que des patients polytraumatisés avec hémorragie interne.

Pendant la phase de recueil de données qui a eu lieu de septembre à décembre, le taux d'occupation des lits a varié entre 68% et 74% (annuel 70%), alors que le nombre de journées d'hospitalisation par mois oscillait entre 969 et 1023 unités (annuelle 11480).

Pendant cette même phase, l'équipe soignante était composée quotidiennement de 20.1 à 20.8 (ETP)²⁴ d'infirmières et infirmiers diplômés (annuel 20.5 ETP) et de 4.4 à 5.1 (ETP) d'aides hospitalières (annuel 4.9 ETP). Ces dotations mettent en évidence une pénurie effective absolue par 24 heures qui va de -3.4 à -5.7 (ETP) (annuel -4.0 ETP). Ces chiffres correspondent à des taux d'adéquation variants entre 81% et 88% (annuel 85.2%). Précisons enfin que dans ce service les infirmières ont des horaires d'une durée de 8h30 qui commencent à 7h00, à 10h00, à 13h30 et à 22h00.

Service de Chirurgie Sud

Ce service comprend également 46 lits dont 6 de soins continus et il reçoit des patients hospitalisés pour une greffe hépatique, rénale ou pulmonaire, une cholecystectomie, une résection colique, un hépatocarcinome, une cystectomie totale et un polytraumatisme avec hémorragie interne.

Pendant la phase de recueil de données, le taux d'occupation des lits a varié entre 74% et 81% (annuel 78%), alors que le nombre de journées d'hospitalisation par mois oscillait entre 1029 et 1116 unités (annuel 12 816).

Pendant cette même phase, l'équipe soignante était composée quotidiennement de 20.3 à 22.7 (ETP) d'infirmières et infirmiers diplômés (annuel 20.6 ETP) et de 3.5 à 4.4 (ETP) d'aides hospitalières (annuel 4.2 ETP). Ces dotations mettent en évidence une pénurie effective absolue par 24 heures qui va de -4.5 à -7.2 (ETP) (annuel -5.0 ETP). Ces chiffres correspondent à des taux d'adéquation variant entre 76.3% et 85% (annuel 82.3%). Dans ce service, la plupart des infirmières ont des horaires d'une durée de 12 heures qui commencent à 7h00 ou à 19h00. Une minorité d'infirmières pratique des horaires plus courts, c'est-à-dire d'une durée de 8h30.

²⁴ ETP : équivalent temps plein

Ce bref survol des principaux éléments descriptifs, permet de confirmer ce qui a été relevé par les patients et les infirmières tout au long de la phase de recueil de données, à savoir que les dotations étaient le plus souvent insuffisantes et que le temps pour écouter et « être avec » le patient manquait cruellement certains jours.

3.3.5. Carnet de bord

Il est intéressant, par exemple, de relever que ce manque de temps et d'anticipation a amené les infirmières chefs de Service à annuler deux séances d'information destinées aux soignants : la première (en août 1999), qui visait à présenter une seconde fois, en vingt minutes et à une semaine d'intervalle, le projet de la recherche de manière à toucher le plus grand nombre possible de soignants. La seconde (en janvier 2000), qui devait servir à transmettre l'analyse préliminaire des résultats. Les deux séances ont été annulées à l'heure où elles devaient commencer.

Les observations consignées dans le carnet de bord au fil des jours, permettent de retrouver des informations isolées et apparemment anodines qui, une fois mises en relation, permettent d'appréhender le contexte dans lequel le phénomène prend place. Il s'agissait de deux femmes âgées de plus de 70 ans qui répétaient inlassablement en parlant des infirmières : « elles sont toutes tellement gentilles ». Toutefois il n'a pas été possible de savoir plus précisément en quoi elles étaient si gentilles et si la gentillesse était perçue comme ayant un lien avec le réconfort. Quant aux quatre autres femmes, les premiers mots échangés en entrant dans la chambre nous informaient qu'elles étaient en phase de révolte. Elles étaient intarissables sur « tout » ce qui n'allait pas et il était difficile de les amener vers quelque chose de positif. Il n'est pas possible d'en dire plus sur ces personnes puisqu'elles n'ont pas signé de formule de consentement et

que par conséquent nous n'avons pas eu accès à leur dossier de soins. Cependant, a posteriori, trois caractéristiques relient ces personnes. En effet, ce sont des femmes, il semble qu'elles aient toutes plus de soixante ans et elles ont de la difficulté à élaborer une pensée sur le réconfort.

Nous avons aussi rencontré un homme d'une quarantaine d'années, également révolté et dans l'incapacité de parler de réconfort. Il était hospitalisé en Suisse en provenance d'un pays étranger qui ne possédait pas la technologie nécessaire pour traiter sa pathologie. Son vocabulaire français était pauvre. Il ne faisait confiance qu'à l'oncologue et au physiothérapeute. « Deux hommes » aimait-il à souligner dans sa langue maternelle. L'entretien devenait difficile dès qu'il quittait le domaine du concret pour celui de l'abstrait. Son témoignage a de ce fait été exclu de l'enquête après trente minutes d'entretien. L'épouse du patient, parfaitement bilingue (allemand et français), avait initialement proposé de traduire l'expérience de son mari, mais elle n'est pas venue au rendez-vous.

Nous avons eu peu d'opportunité de croiser les chirurgiens, ces derniers étant le plus souvent en salle d'opération lors de notre présence dans les services. Par contre, nous avons eu l'occasion de rencontrer à plusieurs reprises un jeune médecin anesthésiste. Ce dernier venait très régulièrement au chevet des opérés sous PCA²⁵ afin d'évaluer leur douleur. Il prenait le temps d'expliquer aux patients les grands principes d'une antalgie efficace et ceci en des termes simples et compréhensibles pour un néophyte. De plus, il échangeait spontanément et régulièrement avec les infirmières du service à propos de l'évolution de la situation de tel ou tel patient qui présentait des

²⁵ PCA : Patient Controlled Analgesia, c'est-à-dire que le patient contrôle lui-même son antalgie dans une fourchette autorisée par le médecin

douleurs persistantes. Il est possible de dire que ce médecin était un personnage-clé pour les patients qui souffraient de douleurs physiques et qu'il était de ce fait le meilleur allié des infirmières.

Il est à relever que ces aspects n'ont été mentionnés qu'en dehors des enregistrements, généralement à la fin de ceux-ci. Cet « appel à l'aide » traduit à nos yeux, la souffrance de l'infirmière qui ne peut plus « prendre soin » du patient comme elle sait le faire, de manière holistique et jusqu'à la fin de la vie. Ceci en raison du « turn over » des patients et de la surcharge de travail qu'il implique.

3.3.6. Entretiens

L'entrevue avec les patients et les soignantes a été guidée essentiellement par deux jeux de six grandes questions ouvertes (Annexe G) qui dérivent de la méthode phénoménologique choisie et qui sont soutenues par les résultats de la pré-enquête :

Guide d'entretien du patient

- a) J'aimerais que vous me racontiez une histoire durant laquelle vous avez été réconforté dernièrement (durant cette hospitalisation).
- b) Qu'est-ce qui vous a particulièrement réconforté ?
- c) Quelle est la personne qui vous a le plus réconforté et qu'a-t-elle fait ?
- d) Comment vous êtes-vous senti après avoir été réconforté ?
- e) Pour vous, quel serait l'inverse du réconfort ?
- f) Y a-t-il d'autres choses à propos de votre expérience de réconfort que vous estimez importantes et que vous aimeriez dire ?

Guide d'entretien de l'infirmière

- g) J'aimerais que vous me racontiez une histoire durant laquelle vous avez réconforté dernièrement Madame / Monsieur X ?
- h) Qu'avez-vous fait de particulier pour réconforter cette personne ?
- i) Comment vous êtes-vous rendue compte que cette personne avait besoin de réconfort ?
- j) Comment vous êtes-vous sentie après avoir réconforté cette personne ?
- k) Pour vous, quel serait l'inverse du réconfort ?

- 1) Y a-t-il d'autres choses à propos de votre expérience de réconfort que vous estimez importantes et que vous aimeriez dire ?

Le propos de la réflexion phénoménologique est de saisir la signification essentielle d'un phénomène. Et ceci est tout à la fois simple et complexe, car la prise de conscience de l'essence d'un phénomène implique un processus de réflexion, de clarification et d'explicitation de la structure de la signification de l'expérience vécue. Ce processus est complexe, car il est multidimensionnel, il ne peut se résumer en une définition succincte. C'est pourquoi la narration est si importante, car elle émerge d'une activité réflexive favorisée par la durée de l'entrevue. Il en est de même ultérieurement pour la chercheuse qui, à son tour, aborde l'activité réflexive dans l'écriture et la ré-écriture.

Toujours dans l'idée de saisir la structure de la signification du texte, il est aidant d'approcher ce dernier en termes d'unités de significations, de structures de significations ou par thèmes. C'est ainsi que la réflexion sur l'expérience vécue devient une analyse réflexive de la structure de cette expérience. En d'autres termes, il est possible de dire que la structure recherchée est une réduction, une concentration dont nous avons besoin pour donner sens, prendre conscience de notre interprétation des différents textes (verbatim, descriptions des observations). Rappelons que simultanément à cette phase de réflexion, commence celle de l'écriture phénoménologique herméneutique.

Les onze entretiens avec les patients ont commencé par une information orale, la lecture et la signature des formules de consentement écrites exigées par la Commission d'Éthique. Une seule personne a refusé l'enregistrement de l'entretien ainsi que l'autorisation de consulter son dossier infirmier. De plus, cette patiente ne se sentait

pas bien, elle transpirait, nécessitait des soins, si bien que nous avons mis un terme à l'entretien, après cinq à dix minutes. Ces propos furent faciles à transcrire.

Lors d'une autre rencontre, nous avons estimé que l'état de santé de la personne se péjorait et ne permettait pas de continuer l'entretien. Celui-ci a été clos après une vingtaine de minutes et il a été transcrit.

À l'exception de ces deux situations, les entrevues avec les opérés se sont déroulées dans des conditions optimales, c'est-à-dire le plus souvent dans leur chambre qui pouvait contenir un ou deux lits et dans laquelle nous étions seule avec notre interlocuteur. Un des entretiens, qui devait avoir lieu dans une chambre à cinq lits, a été conduit dans une petite salle attenante au service. Le patient qui ne nécessitait pas d'infrastructure particulière en a profité pour faire quelques pas dans le couloir. Les entretiens avec les opérés ont pu se réaliser dans une fourchette allant de dix minutes pour le plus court à deux heures pour le plus long. Précisons toutefois que la plupart des entrevues ont duré environ une heure.

Quant aux rencontres qui ont eu lieu avec les infirmières, elles étaient presque toutes précédées d'une sorte d'avertissement de leur part qui annonçait, qu'en cas d'urgence, l'entretien serait brusquement interrompu. L'entrevue se déroulait donc dans le service et pendant les heures de travail de l'infirmière. Toutes les rencontres ont eu lieu dans des locaux où il était possible tout à la fois d'être tranquille et rapidement atteignable en cas de besoin. Dès la première question, les infirmières étaient focalisées sur leurs expériences en lien avec tel ou tel patient et très rapidement la tension liée au contexte de l'entretien passait au second plan. La quasi-totalité des entretiens ont duré au-delà d'une heure.

Avant de passer à l'autre partie du recueil de données, c'est-à-dire aux observations directes, il est intéressant de relever un élément quelque peu surprenant. En effet, lorsque nous prenions contact avec l'infirmière qui avait été identifiée - par le patient - comme lui ayant apporté du réconfort, huit soignantes sur onze ont été surprises de cela. Elles n'arrivaient pas à imaginer qu'elles avaient participé au réconfort de l'opéré qui nous amenait auprès d'elles. Ce phénomène nous a interrogée et nous a confortée dans l'idée de pratiquer la triangulation des méthodes de recueil des données et d'organiser des observations directes.

Codage des entretiens

Chaque entretien a fait l'objet d'une première analyse individuelle et systématique, qui consistait à « coder »²⁶ toutes les phrases rattachées de près ou de loin au phénomène. Ces phrases ont été, ensuite, extraites du verbatim par une procédure de « copier - coller ». Seuls les propos totalement extérieurs au phénomène ont été écartés, comme l'arrivée d'un soignant dans la chambre, les interruptions pour boire ou reprendre son souffle. Concrètement, cette phase s'est terminée par la production de 22 documents dont la colonne de gauche contient des extraits de transcription d'entretien, alors que dans la seconde colonne se trouve un terme qui est une synthèse de la signification de l'extrait. La troisième colonne est destinée à recevoir ultérieurement de nouveaux « thèmes » qui émergeront lors de la prise en considération de toutes les analyses. La quatrième colonne attend des remarques diverses issues des multiples

²⁶ Le terme est entre guillemets car il ne s'agit pas d'une codification numérique usuelle. À ce propos, Benner et al.(1996) préfèrent le terme " nommer ", c'est-à-dire donner un nom plutôt que le terme " coder ". D'ailleurs le " codage " nous amène à identifier des " thèmes " et non des " codes ".

relectures des verbatim (Annexe H). Cette analyse préliminaire s'est faite parallèlement au recueil de données.

Dans un second temps, tous les « thèmes » ont été copiés et collés sur deux tableaux synoptiques comprenant chacun 11 colonnes, chaque colonne faisant référence soit à un patient, soit à une infirmière. Simultanément, de nombreux aller et retour étaient faits avec les verbatim afin de vérifier si le « thème » gardait toujours la même signification ou s'il y avait des différences d'interprétations et lesquelles. Cette manière de faire est appelée en « grounded theory » la méthode de comparaison constante.

Catégories thématiques

Elles sont brièvement citées ici, afin d'illustrer la chronologie du processus d'analyse. L'analyse des soixante et un « thèmes » récurrents (Annexe I), a permis d'extraire sept catégories thématiques. Ces catégories émergent de l'expérience de réconfort des patients et elles seront approfondies ultérieurement :

- (a) Etre ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre
- (b) Bénéficier d'une suppléance physique et émotionnelle
- (c) Ne pas être seul
- (d) Etre touché physiquement
- (e) Etre projeté dans un futur meilleur (être source de réconfort pour d'autres)
- (f) Etre entouré par ses proches, ses amis et ses collègues
- (g) Etre soutenu spirituellement

L'analyse des soixante-dix thèmes (Annexe J), a permis d'identifier sept catégories thématiques relatives à l'expérience de réconfort des infirmières :

- (a') Se sentir proche d'un être humain qui souffre
- (b') Prendre soin de manière holistique
- (c') Etre avec

- (d') Toucher physiquement, regarder
- (e') Projeter dans un futur meilleur et réaliste
- (f') Maintenir les liens avec l'environnement familial et social
- (g') Nihil
- (h') Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire

Ces différentes catégories seront reprises systématiquement et approfondies dans le chapitre consacré aux résultats.

3.3.7. Observations

Les observations directes ont eu lieu du 8 au 23 décembre 1999. Elles ne concernent que neuf infirmières sur les onze participantes aux entrevues. Deux cas de figures expliquent ce constat : d'une part, les deux étudiantes ont terminé leurs stages en chirurgie et poursuivent leurs études dans un autre contexte et, d'autre part, une infirmière était absente du service durant cette période. Toutefois, nous avons demandé à deux autres soignantes qui avaient participé à la pré-enquête si elles acceptaient de participer à cette phase de la recherche. C'est ainsi que nous obtenons un total de 41 séquences d'observation d'une dizaine de minutes, réalisées auprès de 20 patients qui se répartissent en 11 femmes et 10 hommes (Annexe K).

Chaque séquence forme un tout cohérent, c'est-à-dire qu'il y a un début et une fin d'interactions sur un sujet donné. Le plus souvent la fin de l'interaction était provisoire. Parfois plusieurs séquences se succédaient de manière rapprochée lorsque le problème à résoudre nécessitait des allées et venues de la part de l'infirmière. Dans d'autres circonstances, comme la tournée de l'après-midi, l'échange avec certains patients n'a comporté qu'une séquence unique d'interactions. Ces observations ont été réalisées dans le contexte naturel des soins et selon l'horaire habituel des infirmières.

Les observations ont toutes eu lieu entre 13h30 et 24h00. L'unique critère retenu pour effectuer la transcription de l'observation était que celle-ci avait un lien avec le phénomène de réconfort. Toutes les transcriptions ont eu lieu dans les 12 heures qui suivaient l'observation sur le terrain. En définitive, très peu d'observations n'ont pas été dactylographiées.

Les observations directes ont permis de confirmer que l'infirmière utilise beaucoup plus de stratégies de réconfort que celles dont elle parle. Par ailleurs, l'organisation des soins ressort comme un élément déterminant du contexte qui favorise ou empêche le réconfort. Enfin, la collaboration avec le médecin anesthésiste est un point majeur lors de la phase postopératoire précoce (retour de la salle d'opération). Nous reprendrons ces trois aspects plus longuement dans le chapitre consacré à la discussion.

3.3.8. Critères de rigueur

En recherche qualitative, quatre critères de rigueur dominants sont présents dans les écrits (Beck, 1994 ; Guba, & Lincoln, 1985 ; Rose & Webb, 1998 ; Sandelowski, 1986, 1993). Premièrement, la valeur vraie ou l'authenticité (Cara, 1999), assure que les résultats correspondent bien à l'expérience telle qu'elle a été vécue et transmise par les participants. Ce critère est atteint par le respect de la méthode et plus particulièrement par le processus de réduction phénoménologique et des multiples lectures des verbatim et de l'usage de l'intuition.

La « justesse » (Sandelowski, 1986) implique que l'étude du phénomène se déroule dans son environnement naturel et avec un minimum de contrôle. C'est pourquoi l'échantillon est théorique et sa taille ne peut être prédéterminée puisqu'elle dépend de

la redondance des thèmes (Benner, 1994). Une étude répond au critère de justesse lorsque ses résultats sont valables dans des contextes différents de celui où a eu lieu le recueil de données.

La « répliquabilité » ou la vérification vise la solidité des résultats. Ce critère est réalisé lorsqu'un autre chercheur peut clairement suivre le processus de décision utilisé par l'investigateur principal et qu'il arrive ainsi à des perspectives comparables et non contradictoires.

Et enfin, la « confirmabilité » ou la crédibilité (Cara, 1999) implique que les résultats décrivent réellement le phénomène à l'étude. Elle est effective lorsque les trois critères précédents, authenticité, justesse et répliquabilité sont établis. Ce critère est assuré par la diversité des participants, la poursuite des entrevues jusqu'à redondance des thèmes et par la pratique des variations libres par la chercheuse, de même que par la reconnaissance du phénomène par les participants ou des experts.

À ce propos trois types de pratiques émergent des écrits : certains chercheurs font « valider » tout le processus d'analyse en retournant aux participants, ceux-ci sont alors considérés comme des co-chercheurs (Cara, 1997 ; Colaizzi, 1978) ; d'autres consultent des experts de la méthode, dès les premiers regroupements d'unité de signification (VanKaam, 1966) ; alors que les troisièmes refusent que des néophytes aient accès à l'analyse disciplinaire ; mais ils consentent à ce que les participants puissent relire leur verbatim (Giorgi, 1997).

Dans le cadre de cette étude, la seconde option a été privilégiée, car après un séjour aux soins continus, nous avons pensé qu'il n'était pas souhaitable d'imposer une seconde entrevue aux bénéficiaires de soins. De plus, les deux infirmières chefs de

service nous avaient avertie que les dotations seraient insuffisantes durant toute la période de recueil de données, c'est pourquoi nous avons délibérément opté pour une seule et unique entrevue avec les infirmières.

Par contre, des contacts réguliers et fréquents ont été instaurés avec le directeur de thèse via Internet, afin de mener à bien une analyse rigoureuse des données. C'est à partir des verbatim et de leur analyse préliminaire que plusieurs rencontres ont eu lieu à Montréal en février 2000 afin de discuter et de définir les principales structures de significations qui émergeaient des données. Par ailleurs, le directeur ainsi que les membres du Comité ont régulièrement donné leur avis sur les textes intermédiaires rédigés en vue de la production finale.

3.4. Ethique

Le protocole a été soumis et approuvé par la Commission Permanente d'Ethique de Recherche Clinique de la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne (août 1999). Le consentement éclairé des participants a été obtenu à l'aide de deux formules répondant aux critères émis par la dite Commission (Annexes L et M), afin de respecter les us et coutumes du lieu, après que la personne eut reçu oralement et par écrit toutes les informations relatives aux buts de la recherche. Un délai de réflexion de quelques minutes à quelques jours était prévu entre l'information et la signature de la formule.

En échange de leur participation, les personnes ont reçu une écoute attentive de la part d'une professionnelle et elles ont eu une occasion unique de décrire leurs expériences et la signification qu'elles lui attribuaient. La durée de l'entretien pouvait

être longue, aussi leur a-t-il été proposé, à plusieurs reprises, de petites pauses, voire d'ajourner l'entrevue si nécessaire (fatigue, reprise des douleurs, soins, etc.). Ainsi, le ratio « bénéfices - risques » était maximal, en effet, il n'y avait que très peu de risques potentiels associés à cette étude pour les sujets qui y ont participé. De plus, la collaboration des patients et des infirmières à cette recherche entraînera une meilleure compréhension du phénomène de réconfort et participera par-là même à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

La confidentialité des sujets a été et est encore assurée par l'utilisation d'enveloppes et de documents portant un code nominal permettant d'identifier les dyades ; seule la chercheuse principale a accès à la liste nominative qui reste sous clé. Les noms et informations personnelles n'apparaissent sur aucun document dactylographié et les secrétaires qui ont transcrit les enregistrements ont signé un document relatif à la confidentialité des données. Enfin, les enregistrements restent sous clé et ils seront détruits dès l'acceptation de la thèse par le jury et la Faculté des Etudes Supérieures, de façon à respecter les exigences de la Commission d'Ethique de la Recherche Clinique de la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne.

3.5. Calendrier

Une brève pré-enquête a eu lieu en août 1999 en vue d'évaluer, pour chaque service, le meilleur moment de la journée pour organiser la rencontre avec le patient. Il s'agissait également de vérifier si la formulation des questions destinées aux infirmières favorisait la narration d'expériences personnelles et d'observer leurs

réactions à ces questions. Le dernier objectif était d'évaluer le temps nécessaire pour la transcription, la relecture et la correction des verbatim.

C'est ainsi qu'initialement trois infirmières ont été interrogées afin d'apprécier la faisabilité du projet et l'effet de notre présence dans les services. Cette première phase fut très positive, car elle a permis de reprendre contact avec des infirmières qui avaient participé à la recherche sur « la gestion infirmière de la douleur » que nous avons menée en 1996 (Bécherraz, Dessauls, van Melle & Braissant, 1998 ; Borel, Perrenoud & Schaub-Gentizon, 1998 ; Taillens, 1998). La pré-enquête auprès de trois dyades n'a débuté qu'ultérieurement. Toutefois, aux vues de la qualité des témoignages recueillis, ces derniers ont rapidement acquis le statut de dyades A, B et C.

Le recueil de données s'est étendu de septembre à décembre 1999 de manière à rencontrer une dyade par semaine et à permettre la transcription des entrevues, l'analyse préliminaire des expériences recueillies déterminant le nombre exact de dyades. Dès que nous avons observé une redondance des thèmes, nous avons organisé les observations directes avec les infirmières interrogées.

De janvier à mars de l'an 2000, l'analyse fine de toutes les données a été réalisée, aussi bien des verbatim que des observations dans le but d'en extraire des thèmes récurrents. Durant cette période, les données ont été placées sur deux axes orthogonaux afin de visualiser simultanément les propos du patient et ceux de l'infirmière (Annexe N). Puis d'avril à juin un important travail de rédaction de cas paradigmatiques et d'exemplaires a été entrepris de façon à orienter la recension des écrits. Cette dernière a commencé en juin et elle s'est poursuivie jusqu'en août. L'analyse des écrits a permis d'entamer une réflexion sur les aspects disciplinaires et philosophiques du phénomène

de réconfort. La rédaction de la discussion a eu lieu approximativement à la même période, soit durant l'été 2000. Une première rédaction globale de la thèse a été achevée en octobre de la même année. Suite à une rencontre avec les membres du Comité, la seconde rédaction fut terminée en décembre 2000. Le dépôt de la thèse s'est fait en janvier 2001. Nous passerons maintenant au chapitre consacré aux résultats et à leur mise en forme.

4. RESULTATS

Ce chapitre commencera par la présentation et le regroupement des onze dyades selon leurs caractéristiques propres. Ensuite, une analyse approfondie des entretiens selon les deux axes sera présentée avec de nombreux extraits de verbatim qui devraient permettre de se familiariser avec les données et d'illustrer les catégories thématiques. Puis un cas paradigmatique et trois exemplaires seront décrits de manière à résumer le phénomène de réconfort. Le processus d'analyse des entretiens sera présenté de façon à comprendre le regroupement des thèmes en catégories. L'analyse des observations directes permettra de mettre en évidence deux catégories thématiques supplémentaires par rapport aux entretiens. Enfin, chaque catégorie thématique sera analysée et éclairée par des écrits disciplinaires, philosophiques et sociologiques afin d'en extraire les concepts sous-jacents. Ces derniers seront présentés en termes ontologiques à la fin du chapitre.

4.1. Analyse des données

4.1.1. Caractéristiques de chaque dyade

Rappelons que cette analyse fait suite au codage de tous les verbatim, à l'identification de thèmes récurrents et au regroupement de ceux-ci en catégories thématiques. C'est alors que nous avons rédigé un texte détaillé qui reprenait la quintessence des propos de chaque dyade (Annexe O). Puis, nous avons élaboré un

second texte, plus synthétique cette fois, réalisé à partir des caractéristiques propres de chaque dyade. L'objectif était double : décrypter d'éventuelles « communautés » issues de particularités telles que l'âge, le sexe, la scolarité, les points PRN, le jour postopératoire des clients ou l'âge et le nombre d'années d'expérience professionnelle des infirmières. Identifier d'éventuelles constellations favorables ou défavorables aux stratégies de réconfort. Ce texte synthétique sera présenté maintenant.

Tout d'abord, cinq dyades (B-D-E-J-K) ressortent clairement du tout. Il s'agit de dyades composées de 2 hommes et de 3 femmes (qui ont respectivement 61 et 78 ans et 32, 34 et 78 ans). Premièrement, ces participants ont facilement nommé, par son prénom, l'infirmière qui les a réconfortés. Une des cinq infirmières a été nommée à trois reprises comme la personne qui réconfortait de manière admirable. Cependant les critères d'inclusion ne permettaient la participation qu'à une seule et unique dyade.

Il est également possible de dire que les attentes des patient(e)s concernant le réconfort étaient « conformes » à celles des infirmières, c'est-à-dire qu'elles touchaient aussi bien le somatique que l'émotionnel. Par ailleurs, leurs points PRN sont les plus élevés (85, 76, 64, 59 et 43²⁷) et la plupart d'entre eux disent avoir fait une expérience « émouvante » durant cette hospitalisation. La majorité d'entre eux possèdent les scolarités les plus élevées des onze informants (Maîtrise professionnelle, Diplôme du Conservatoire, Diplôme de l'Ecole de Commerce). Seule, une jeune femme, appartenant à ce sous-groupe, a suivi la scolarité obligatoire.

Par contre, la moitié des infirmières appartenant à ces dyades sont très étonnées d'avoir réconforté ces patients. Elles ont entre 23 et 38 ans (respectivement 31, 38, 23, 26 et 24 ans). Leurs expériences professionnelles s'échelonnent entre trois ans de

²⁷ Le PRN de B est le plus bas de ce groupe, il est de 43 points.

stages multiples pour une d'entre elles qui est étudiante en soins infirmiers, puis environ trois ans de pratique pour les trois autres et 17 ans pour la plus chevronnée (qui a été nommée à trois reprises). Cette dernière professionnelle sort clairement du lot à plusieurs égards. Néanmoins et à l'inverse de ce qui pourrait être attendu, la durée de l'expérience professionnelle de l'infirmière n'influence pas la qualité du réconfort offert. Par conséquent, il s'agira dans un second temps, d'investiguer d'autres caractéristiques plus subtiles que celles qui ont été investiguées ici.

Enfin, il est possible de dire que ce groupe de cinq patients est plus homogène (cohérent) que le groupe des infirmières qui les a réconfortés. En outre, ces cinq dyades sont des cas paradigmatiques (Benner, Tanner, & Chesla, 1996), car à elles seules, elles constituent l'ensemble des catégories thématiques du phénomène de réconfort. La dyade D ressort plus particulièrement de ce groupe. Ces aspects qualitatifs seront analysés ultérieurement.

Puis, se dégagent trois dyades (A-G-H) composées de deux femmes de 74 et 71 ans et d'un homme de 51 ans. Ces personnes ont des attentes essentiellement en termes de soulagement de leurs douleurs, d'une suppléance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'une attitude chaleureuse et avenante de la part de l'infirmière. Leurs points PRN sont les plus bas (respectivement 40 et 35 points²⁸). Seule Madame G. dit avoir vécu une expérience «émouvante» durant cette hospitalisation, alors que Monsieur H ne mentionne rien de particulier ; ce qui ne veut pas dire qu'il n'en a pas vécu ! Les deux (H-G) possèdent un certificat fédéral de capacité (CFC), mais Madame G. est actuellement à la retraite. Quant à Madame A, elle a suivi une scolarité obligatoire.

²⁸ le PRN de A n'a pas été collecté puisque la patiente a refusé l'accès à son dossier

Dans ces trois situations, les infirmières sont conscientes d'avoir tenu compte de leurs observations et des besoins exprimés par les patients et d'avoir créé une atmosphère qui permette l'ouverture et le dialogue. Elles ont également respecté leurs difficultés à identifier et à exprimer verbalement leurs émotions et ceci plus particulièrement pour Madame G. et Monsieur H. Malgré cela, à part l'étudiante, les diplômées ne considèrent pas avoir « réconforté » ces personnes ou s'être senties particulièrement proches d'elles. Mais elles n'ont pas non plus ressenti de frustration en regard de ces personnes. Elles ont respectivement 41 et 26 ans et l'étudiante a 21 ans. Leurs parcours professionnels ne permettent pas d'expliquer cet état de fait : l'une a 19 ans de pratique professionnelle alors que l'autre termine une Maîtrise en soins infirmiers. Quant à l'étudiante elle est en troisième année d'études d'un programme en quatre ans.

Ensuite, se détachent deux autres dyades (C-I) composées de deux hommes de la même génération (respectivement 43 et 41 ans) qui n'ont - semble-t-il pas - l'habitude de parler d'eux et d'exprimer leur vécu, le premier n'attend qu'une suppléance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), alors que le second n'accepte du réconfort que de son épouse. Les deux sont dans l'impossibilité de désigner par son prénom l'infirmière qui les a réconfortés. Ils décrivent son apparence physique et vaguement le moment auquel ils se réfèrent. Aucun des deux ne parle d'expérience existentielle. L'un des deux a refusé toute aide (excepté les vitamines) concernant son alcoolisme. L'un a un certificat fédéral de capacité et l'autre a suivi la scolarité obligatoire. Ils disent ne pas apprécier leur métier.

Les infirmières interrogées ressentent de la frustration face à ces deux hommes qui n'offrent aucun répondant d'ordre « affectif ». Elles ont respectivement 30 et 29 ans.

Là encore, aucune explication n'est trouvée dans leurs parcours professionnels. La première a dix ans de pratique professionnelle alors que la seconde a un an d'expérience. Les dyades C et I seront analysées ultérieurement en tant qu'exemplaires.

Enfin la dernière dyade (F) est riche en spécificités, en ce sens qu'il s'agit d'une femme de 66 ans en train de développer des complications postopératoires dont les manifestations ne sont pas encore évidentes pour l'observateur extérieur et qu'elle-même n'arrive pas à verbaliser. Ses points PRN s'élèvent à 61 et en cela, elle est proche du premier groupe ; la même proximité s'observe lorsqu'elle raconte une expérience existentielle. Elle possède un Certificat Fédéral de Capacités (CFC) et elle est actuellement à la retraite.

Cependant l'infirmière qui s'occupe d'elle est dans une toute autre dynamique, elle ne comprend pas ce qui arrive. Elle est âgée de 28 ans et malgré ses sept ans d'expérience et un solide bagage professionnel, elle continue à stimuler la patiente qui semble angoissée et déprimée. Cette dernière n'a qu'une envie : rester au lit parce qu'elle ressent des douleurs, qu'elle est fatiguée et nauséuse.

Cette situation semble être non seulement l'antithèse de ce qui a été vécu et narré par les protagonistes des cinq premières dyades (B-D-E-J-K), mais également de toutes les autres dyades. Par conséquent, la dyade F sera également analysée à titre d'exemplaire.

Il ressort de cette brève analyse des caractéristiques de chaque dyade, que le réconfort en phase postopératoire est influencé par les particularités telles que la durée du séjour, la scolarité des patients et le genre des deux protagonistes de la dyade. Par contre l'âge des personnes, le jour postopératoire, le score PRN au jour de l'entrevue ou encore l'âge de l'infirmière et la durée de son expérience professionnelle ne

semblent pas jouer un rôle primordial dans le phénomène de réconfort. Ce dernier aspect est surprenant, toutefois il est possible que la nature du phénomène qui émergera de l'analyse des entretiens, puisse éclairer ce constat préliminaire, basé essentiellement sur les caractéristiques de chaque dyade. Nous passerons dès maintenant à l'analyse des entretiens.

4.1.2. Axe orthogonal horizontal (patients)

La suite de l'analyse par dyade s'est faite à l'aide de deux axes orthogonaux. L'axe horizontal tenait compte du fait (de gauche à droite) que le patient « ne se sent pas réconforté » ou à l'opposé « se sent réconforté » et l'axe vertical considérait (de haut en bas) que l'infirmière « offre du réconfort » ou au contraire « n'offre pas de réconfort ». Cette approche fut des plus efficaces car l'analyse se faisait pratiquement visuellement. Par exemple, tous les propos des patients relatifs à leurs expériences pendant lesquelles ils ne s'étaient pas sentis réconfortés se trouvaient dans le quart où l'infirmière décrivait elle aussi une absence d'offre de réconfort et ainsi de suite. Il est donc possible de dire que deux sortes de sous-espaces géographiques se dessinaient, soit un sous-espace congruent, composé des quarts²⁹ « plus / plus » (+ / +) et « moins / moins » (- / -) et un autre non congruent, composé des quarts « moins / plus » (- / +) et « plus / moins » (+ / -).

L'analyse des verbatim disposés sur deux axes orthogonaux (Annexe P) permet de visualiser que tous les patients, à l'exception de Monsieur I, ont parlé d'une expérience pendant laquelle ils ont été réconfortés. Cependant, ils se sont également exprimés sans aucune difficulté sur ce qu'est pour eux l'inverse du réconfort. Il est ainsi possible de

²⁹ La dénomination des quatre espaces délimités par les deux axes orthogonaux se réfère à la terminologie utilisée en mathématiques.

dire qu'à l'occasion d'une hospitalisation, il est usuel d'expérimenter les deux versants opposés du même phénomène, soit être réconforté et ne pas être réconforté.

Voyons maintenant les éléments constitutifs des quatre cadrans délimités par les axes orthogonaux (Annexe Q). Nous analyserons tout d'abord ce qui caractérise l'absence de réconfort car il est intéressant dans le cadre de l'étude d'un phénomène donné de s'attarder aussi à son contraire. Cette manière de faire permet de compléter et d'affiner l'image obtenue à partir de positions différentes. Puis nous aborderons les contenus des deux cadrans « non superposables » dans lesquels les protagonistes ne sont pas en phase l'un avec l'autre. Nous terminerons par les éléments du cadran dans lequel l'attente du patient et l'offre de l'infirmière coïncident et sont « superposables ».

Dans l'espace (- / -)³⁰, la personne « ne se sent pas réconfortée » mais elle perçoit que l'infirmière « n'offre pas de réconfort ». Les opérés parlent en termes : de douleurs physiques qui ne sont pas apaisées pour différentes raisons, de désespoir, d'absence de parole, de soins peu individualisés, de manque d'information, d'indifférence ou de manque d'intérêt de la part de l'infirmière, de ce fait, ils se sentent oubliés, voire abandonnés.

Voici maintenant l'essentiel des propos recueillis en réponse à la question : *quel serait pour vous l'inverse du réconfort ?* »³¹

Un homme de 51 ans se souvient de ses douleurs en phase postopératoire :

Oui, parce que c'est le truc que je trouve un peu embêtant. J'avais une épidurale, puis à 8h. du soir, j'avais mal dans le ventre, un jour ou deux jours après l'opération, je crois, puis j'ai appelé, je pouvais pas causer, je faisais des signes et puis les infirmières, bon elles continuent à boire leur café et de discuter, et puis elles sont venues une ou deux fois vers moi, puis il y a rien qui se passait,

³⁰ Dans cette partie du texte, le premier signe se réfère toujours à la personne opérée.

³¹ Les phrases écrites en italique ont été prononcées par la chercheuse lors des entretiens.

elles trouvaient rien. Et puis au bout de 3h. de souffrances, elle a fait venir un anesthésiste, et l'épidurale s'était cassée et puis j'ai revécu 3h. sans calmant, sans épidurale, sans rien.

C'est ça.

Et puis j'ai eu beau faire signe, elles continuaient de discuter de leurs problèmes et puis de boire leur café, vous savez, c'est long 3h. quand on n'a pas de calmant après l'opération.

Vous aviez mal.

Oh, affreux. Ça alors, ça m'a dérangé ça. C'est le seul truc que je trouve négatif. À la fin, ils ont quand même fait venir l'anesthésiste qui a trouvé l'histoire. Il m'a mis de l'éther et puis tout était froid, partout. Donc l'épidurale faisait plus d'effet, ni des calmants, plus rien.

Oh, je voudrais jamais recommencer ça. Je ne dis pas que c'était pas de leur faute, parce que je pouvais pas savoir que c'était le truc qui était cassé. Ils auraient bien pu faire venir l'anesthésiste plus vite, je sais pas. Je peux pas dire ce qu'elles auraient dû faire, mais tout ce que je sais, c'est que c'est long trois heures quand on les appelle et que personne vient.

Une femme de 32 ans affirme :

« Ça serait le désespoir »

Un homme de 61 ans relève le manque d'information, l'indifférence et les oublis :

Je crois que le pire quand on est dépendant des autres, dans un hôpital c'est de ne pas être informé, ... d'avoir des interventions dont on ne connaît ni la raison ni le pourquoi, ni la manière ».

Oh le contraire du réconfort, ce serait un peu l'indifférence. L'indifférence d'une infirmière qui fait son travail mais d'une manière raccourcie, sans intérêt pour le patient.

Un travail un peu bâclé, des oublis. Si on (nous) oublie devant le lavabo et que la sonnette elle est là puis qu'on ne peut se lever.

Mais quand on est dépendant des autres et qu'on nous oublie, c'est très dur. c'est exactement l'inverse de l'attention, du réconfort.

(Ce patient a fait un malaise devant le lavabo et il ne pouvait pas attraper la sonnette pour appeler l'infirmière)

Un homme de 78 ans dénonce le manque d'anticipation des difficultés liées à son

hémiparésie :

Par exemple des petits détails ... la majorité viennent, elles savent que je ne peux pas bien manier cette main. Alors le soir « ah je vous coupe la viande, ce soir c'est pas nécessaire parce qu'il y a du poisson ... mais il y en a d'autres paf ! (elles posent le repas) et « au revoir ... » elles s'en vont.

Que c'est ... comme ça du vite expédié ...

Une femme de 78 ans parle d'un manque d'amour, d'un manque d'imagination, d'un manque de compréhension, d'un manque de délicatesse et d'une emprise :

Au fond un manque d'amour ... de sentir qu'on pèse et puis qu'on est désagréable à l'autre ... qu'on est un poids ou une expérience qui ne va pas ...

Quelque fois un manque même d'imagination de ce que l'autre ressent.

Dans le fond c'est ne pas pouvoir se mettre à la place de l'autre.

Mais ça serait surtout ... une petite animosité. Ça serait très le contraire du réconfort.

Ou la dureté qui serait plus que l'indifférence mais qui serait aussi plus rare.

La dureté dans quel sens ?

Un manque de cœur, un manque de compréhension un manque de délicatesse.

Parce qu'il y a des gens très bien intentionnés qui envahissent. ... Et ça ce n'est pas un réconfort, c'est une prise de, un peu ... une emprise, voilà, ça je n'aime pas du tout.

Les chirurgiens sont également cités comme sources de souffrances supplémentaires dans trois grandes circonstances : premièrement dans la manière décontextualisée d'annoncer une intervention chirurgicale, comme si celle-ci était banale. D'ailleurs les mots utilisés sont désincarnés, l'opérateur fait référence à une technique opératoire connue, maîtrisée, dont les conséquences ne peuvent être que positives, puisqu'il s'agit d'ôter, de couper, d'extirper les conséquences de la maladie ou du vieillissement.

Un homme de 78 ans pense qu'il est « foutu » après l'annonce de l'opération :

Tout d'un coup le docteur d'en bas dit non, vous restez ici. Il y aura des amputations de ceci, cela. Hou ! ça m'est tombé dessus. J'ai dit à ma femme, je suis foutu.

J'avais l'envie de dire au docteur, au professeur, vous n'avez pas une pastille de ... comment, cyanure, ... que je dise au revoir.

Alors que j'étais très actif. Alors, puis tout d'un coup se trouver là comme une loque, je ne pouvais pas l'avaler.

Et puis ne pas voir le bout du tunnel, vous comprenez.

Parce que le docteur me dit, on va déjà couper ça et puis si ça va, ça ira bien, autrement on coupera plus haut, plus haut.

Ah, j'étais prêt à ... je ne veux pas dire me suicider au CHUV, mais....

Deuxièmement, par la douleur physique infligée à l'occasion d'une réfection de pansement non programmée, pour laquelle l'antalgie n'a pu être adaptée, semble être minimisée par certains chirurgiens arrivant à l'improviste pour « faire un pansement ».

Une femme de 74 ans parle de la réfection de son pansement :

Ça faisait tellement mal, heureusement qu'il y avait la p'tite qui me tenait la main.

Enfin, certains patients observent le manque de disponibilité de certains médecins pressés, stressés et qui n'ont donc pas le temps de s'arrêter pour donner des informations adaptées à leurs savoirs naïfs.

Un homme de 41 ans a peur de faire perdre du temps aux soignants :

De demander aux gens, ... aux infirmières, aux personnes, aux médecins hm ... premièrement on n'ose pas. Deuxièmement on les sent quand même qui ont un travail à effectuer, donc automatiquement ben, ils ont pas toujours deux minutes ... On a l'impression qu'ils sont assez stressés donc euh tout de suite on essaie de bâcher pour pas leur faire perdre du temps.

Dans l'espace (- / +) la personne opérée « ne se sent pas réconfortée », alors qu'elle perçoit que l'infirmière « offre du réconfort ». C'est un patient qui n'accepte pas d'être réconforté par une autre personne que sa conjointe. Il s'agit là d'une situation unique qui a été analysée à titre d'exemplaire (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard., 1999). Voici la réponse du patient à la question : *avez-vous reçu du réconfort sans en demander, ici en chirurgie ?*

Un homme de 41 ans n'accepte pas de réconfort de la part des infirmières :

Oui, sans doute.

Est-ce que j'accepte aussi ... C'est le gros dilemme ? C'est que moi j'aime une personne et c'est tout pour elle donc.

Donc c'est pour ça que les autres infirmières elles ne le montrent pas, mais je pense qu'elles souffrent quand même un peu de, ...comment ça s'appelle ...

On sent trop qu'il n'y a que sa femme et lui, donc.

L'infirmière elle est à côté ... mais comment elle peut donner du réconfort à une personne qui pense psychologiquement à sa femme ?

Une seconde difficulté émerge du discours de cet homme : la fierté masculine qui empêche de demander du réconfort :

Mais la fierté d'une personne est tellement forte qu'ils ne vont pas demander de réconfort. Ben c'est un peu comme moi ; j'ai une fierté aussi ... Puisque je suis un homme. Mon père m'a dit que je suis un homme, donc un homme, un homme doit être fort, il ne doit pas avoir de faiblesses.

Il est d'ailleurs soutenu dans cette vision par un homme de 61 ans :

Oui et puis en tant qu'homme, on ne pleure pas facilement, on se cacherait presque.

Pour parler de l'espace (+ / -), il est nécessaire d'utiliser le conditionnel. En effet la personne « se sentirait réconfortée » alors même qu'elle percevrait l'infirmière comme « n'offrant pas de réconfort ». Cet espace n'est pas utilisé par les patients. Plusieurs interprétations peuvent être émises à partir de ce constat. La première envisage que les questions posées essentiellement centrées sur l'expérience de réconfort issue d'interventions infirmières, les patients n'ont pas évoqué de situations où ils pratiqueraient un auto-réconfort de nature cognitive par exemple. Leurs propos suggèrent une certaine « passivité », comme si dans un premier temps, ils n'étaient que le réceptacle du réconfort. Par contre, ils ont souvent abordé le réconfort spirituel ou celui apporté par leurs proches (conjoint, enfants, petits-enfants, collègues, voisinage) mais toujours dans la position de récipiendaire. Ce constat laisserait-il supposer que dans un premier temps le réconfort consiste à recevoir ? Car le silence de cet espace suggère que le réconfort n'est pas considéré par les opérés comme un auto-soin délibéré, conscient et volontaire. En d'autres termes, en phase postopératoire, l'origine du réconfort est extérieure à la personne. Et ce n'est que vers la fin de l'hospitalisation

que nous observons la catégorie thématique « être à nouveau source de réconfort pour soi et autrui ».

Enfin, l'espace (+ / +) est de loin le plus riche compte tenu de l'objectif poursuivi, c'est-à-dire de mieux comprendre la signification de l'expérience de réconfort à travers le double regard de l'opéré et de l'infirmière qui en prend soin. Ainsi, dans cet espace la personne « se sent réconfortée » et elle perçoit que l'infirmière « offre du réconfort ». Il est possible d'extraire des éléments communs à tous les patients (excepté Monsieur D) : une présence bienveillante, une attention à l'autre, un souci de l'autre avec le plus souvent un regard, un sourire, un contact physique qui sont accompagnés de paroles d'encouragement. Il est possible de dire que là, le registre est celui de la rencontre de deux êtres humains et de la compassion. En d'autres termes, il s'agit bien plus pour l'infirmière « d'être avec » que de faire. Écoutons ce que disent les opérés concernant ce réconfort de base essentiellement lié à la présence de l'infirmière. Ils sont unanimes à l'exception de Monsieur I. Précisons d'emblée que pour alléger le texte nous avons choisi de ne présenter que trois ou quatre témoignages significatifs sur l'ensemble.

Une femme de 74 ans relève l'importance de la présence et du toucher :

Qu'est-ce qui vous a le plus réconfortée ?

Sa présence, sa gentillesse, qu'elle me tienne la main ... ne pas être seule.

Une femme de 32 ans apprécie la proximité de l'infirmière, de ne pas être seule

et de recevoir un câlin :

Je vois que les gens prennent à cœur ce que j'ai ... les infirmières y sont aussi impliquées comme moi dans ma maladie ...

Elle (l'infirmière) a dit, je vis autant que vous, ... je me mets à votre place, c'est touchant à quelque part ...

Elle aime bien voir les gens ... moi ça m'aide bien sûr ...

Je ne suis pas seule (...)

Elles ont leur manière de me montrer qu'elles sont avec moi. Je voyais qu'elle s'intéressait beaucoup à ma maladie, qu'elle s'intéressait beaucoup à ma situation, j'sais pas, ça se sent. Mais il y a des gens qu'on sent plus que les autres.

un p'tit câlin, ... un petit mot quand on pleure ...

À quelque part on se sent utile, j'sais pas des fois, un petit mot, un petit geste, un petit quelque chose ... mais ça fait du bien ...

Un homme de 43 ans aime la présence de l'infirmière, son sourire et ses paroles

encourageantes :

Les infirmières sympathiques ... (un) sourire, ... elles sont là, ça c'est un réconfort ...

Une personne est venue me dire « quand vous partirez (de l'hôpital), venez nous dire « bonjour ». Ça m'a fait vachement plaisir ...

C'est qu'on ne me laisse pas tomber ... qu'on s'occupe de nous ...

C'est court mais ça fait plaisir ...

Ouais, ça suffit pour être bien dans sa peau ...

Il faut de l'accompagnement, quoi, quand on a un truc comme ça ...

Une femme de 78 ans aime être touchée et elle apprécie la compassion des

infirmières, le souci authentique de l'autre et de ne pas être seule :

J'ai trouvé déjà le fait d'en parler, d'accepter de s'arrêter pour parler avec l'autre comme on parlerait avec une amie..., j'ai trouvé ça très remarquable ...

Et un soir où j'ai eu une sorte d'hémorragie, où une petite artère a sauté... il y avait huit personnes autour de moi ; là il y avait une infirmière asiatique que je connais depuis le début de l'année, qui était là, qui me caressait la main. Et c'est vrai que c'était pas indispensable mais bienfaisant ...

Qu'est-ce qui fait du bien ?

C'est la qualité des gens, cette qualité d'abord de vocation d'aider ...

Qualité de sensibilité, de tact de ... on sent aussi de pensée, quelquefois et puis que ce soit sincère. Quand on peut être transparent et qu'on sente que c'est vrai.

C'est une attention sincère ... un souci de l'autre sincère ...

Et la compassion de l'autre fait du bien ?

Ça fait du bien et je trouve que ça enrichit de voir toutes les différentes manières, manifestations de compassion. Il y a ceux chez qui on le voit tout de suite et puis il y en a d'autres chez qui, tout à coup, on le rencontre.

(Je suis) toute émerveillée de cet, de ce fluide qui passe au point de vue humain... Oui, c'est que, à ce moment là on ne se sent pas seule à l'hôpital, on a l'impression qu'il y a, oui, qu'il y a vraiment quelque chose qui touche aussi l'autre.

C'est la qualité de l'humain, au fond, qui fait le réconfort.

Les catégories thématiques identifiées dans les extraits qui viennent d'être présentés sont les suivantes : « être ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre », « ne pas être seul » et « être touché physiquement ». Il est intéressant de souligner que dans cette première phase, toute personne attentive et attentionnée pourrait remplacer l'infirmière. Toutefois, cette chorégraphie « en miroir », ce rapprochement de deux êtres humains, joue un rôle primordial dans l'offre en soins que fera l'infirmière dans un second temps. Cet aspect sera repris ultérieurement dans la partie consacrée à « soigner de manière holistique ».

Puis il semble qu'intervienne un registre plus professionnel qui comporte plusieurs subdivisions de complexité croissante et qui ne sont perçues que par quelques patients.

La première est identifiée par certains patients en termes de « faire ce que je ne peux pas faire » et que le jargon professionnel nomme volontiers la suppléance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Cette suppléance est primordiale pour l'opéré qui la considère comme une source importante de réconfort. Curieusement, l'infirmière a tendance à banaliser cet aspect des soins.

Un homme de 43 ans apprécie la suppléance dans les activités de la vie quotidienne :

Physiquement quand on ne peut pas exécuter quelque chose soi-même ». Pour un malade, la première fois ça fait bizarre. Je pense que les infirmières sont formées pour ça. Heureusement ... Ça fait plaisir qu'on s'occupe de nous ...

Un homme de 78 ans décrit comment il est encouragé et aidé à faire des choses qu'il n'imagine pas pouvoir faire :

Parlant de l'infirmière : « Ah ben, elle me secouait de temps en temps ... il faut y aller, on va se mettre debout, je lui dis : mais je peux pas « je vous aide » Aller, comme aujourd'hui, « ah ! on a ¼ d'heure, je vais vous laver les cheveux », oh ben c'est gentil ! mais je ne m'y attendais pas.

Une femme de 34 ans est émerveillée qu'on l'aide à se lever le premier jour postopératoire :

Le lendemain matin quand ils ont réussi à me lever au fauteuil, j'en revenais pas moi-même, parce que je m'imaginai en tout cas pas sortir d'une greffe et que le lendemain je serais assise dans un fauteuil. Mais ils savent tellement bien expliquer déjà la position qu'il faut prendre, aider pour pas qu'on se fasse mal et, qu'ils (...) mettent en confiance ...

Une femme de 32 ans parle de suppléance émotionnelle :

Il y a quelqu'un qui fait quelque chose pour moi, que je ne suis pas capable de faire, mais je sens qu'elle m'aide de me mettre un peu en paix, ne pas avoir peur d'affronter, j'sais pas, l'avenir ...

Ici la catégorie thématique centrale est « faire ce que je ne peux pas faire moi-même ». Toutefois il est déjà possible d'observer, à travers le dernier témoignage, qu'il ne s'agit pas uniquement d'une suppléance banale liée à « faire pour l'autre », mais bien d'un soutien, d'une suppléance émotionnelle momentanée. Cette catégorie souligne l'importance, pour l'infirmière, de considérer la signification que le patient donne aux soins.

Ensuite et toujours dans ce registre professionnel, mais beaucoup plus subtil et plus complexe à décrire par le néophyte, intervient ce que certains patients appellent « le professionnalisme » et qui consiste à être soutenu, à pouvoir s'appuyer et finalement à être capable (physiquement et émotionnellement) de traverser cette épreuve et cette rupture que représente toute opération qu'elle soit mineure ou majeure. C'est dans cette catégorie que prend place l'anticipation de la douleur ou le fait d'être à l'affût des prodromes d'une complication. Plusieurs patients ont décrit ce qu'ils avaient vécu avec telle ou telle infirmière lors d'une phase aiguë. Leurs propos illustrent bien les diverses facettes du phénomène de réconfort en phase postopératoire et l'importance de se décentrer du présent pour se connecter au futur.

Une femme de 32 ans est consciente des difficultés liées au rejet de la greffe, mais

elle sait que le futur existe :

(Savoir) que le futur existe, (...) qu'il peut être encore mieux qu'aujourd'hui, voilà ...

Je sais que je suis en train de passer un mauvais moment (...) et que je vais outrepasser tout ça, aller en avant (...)

Savoir que la vie continue. (...). Que le futur existe ...

Un homme de 78 ans raconte comment il a été encouragé, soutenu, projeté dans le

futur et comment il réapprend à vivre :

Elles m'ont dit, mais vous pourrez prendre courage Monsieur E. ... Alors elles m'ont réconforté. Elles m'ont dit, écoutez, il faut vous cramponner, vous verrez, ça ira mieux, et puis c'est ce que j'ai fait, et puis bon, je m'en trouve réconforté.

Il y a eu de ces jeunes que je me serais jamais entendu dire, ben nom de bleu, elle va me remonter le moral cette infirmière, voyez.

Elle me disait, voyez ça s'est bien passé, donc vous allez sur le bon chemin ».

Mais elle me dit, il y a encore de belles journées, il y a encore des beaux jours qui vont se lever. Alors elles ont eu des paroles qui étaient, qui m'ont touché.

Gentiment je réapprends à vivre, si on veut bien dire, voyez.

Comment vous sentez-vous une fois que vous êtes réconforté ?

Oh ben ! on refait des projets ...

Une femme de 34 ans souligne la signification existentielle que peut renfermer une

information :

Oui, et puis bon, elle m'a bien fait comprendre que tout s'était bien passé, que le rein s'était mis à fonctionner tout de suite, qu'on avait une bonne diurèse, plein de choses que je ne m'étais pas encore rendu compte vu l'état dans lequel je me trouvais mais c'est vraiment réconfortant, parce que là tout de suite, j'ai eu le sentiment que c'était bon, que ça avait marché et puis voilà.

Une femme de 78 ans observe l'extrême attention de l'infirmière, sa capacité à écouter son souci et à y répondre. Elle parle également du réconfort lié à l'assurance de savoir qu'elle recevra ce dont elle aura besoin :

Une infirmière qui, un jour justement où je me faisais du souci ; je me posais des questions, qui s'est arrêtée, qui m'a gardée un bon moment.

C'est d'abord être attentif évidemment. Et puis, aussi, de ... de chercher à répondre à une angoisse peut-être, ou à une question qui se pose.

J'ai trouvé déjà le fait d'en parler, d'accepter de s'arrêter pour parler avec l'autre comme on parlerait avec une amie..., j'ai trouvé ça très remarquable.

Mais ça crée évidemment un lien. Cette infirmière qui maintenant ne s'arrête plus, eh bien je ne peux pas oublier qu'on a eu un entretien plus profond. Alors évidemment à ce point de vue là, il y a évidemment une proximité affective. Elle m'a aussi parlé de sa famille et ...ça crée aussi un lien de savoir ce que le soignant fait.

Quel lien faites-vous entre le réconfort et la souffrance ?

Je dirais un nœud, ce que le calmant est pour la douleur ...

Mais ça atténue la souffrance dans le sens qu'elle est partagée, portée, quelqu'un vous porte avec vous ...

Etre encouragée, être soutenue ...

Ce qui m'encourage au fond, c'est quelque chose de vrai ... les gens, peut-être, ne se rendent pas compte qu'ils donnent. On ne dit pas assez aux gens ce qu'ils donnent. Et je pense que le soignant, quand il sent qu'il donne, que c'est reçu, ça stimule ... Seulement, il y a la générosité qui est toute prête là, et qui n'attend au fond que, que de sentir que la porte est ouverte pour recevoir.

Et il y a des toutes petites choses qui sont du réconfort : comment on vous installe. Des choses toutes matérielles et qui sont une assurance pour le malade.

Une assurance

De sentir que on aura ce dont on a besoin ; que les gens savent au fond ce dont on a besoin. Même si on ne le dit pas.

Les catégories thématiques identifiées dans ces témoignages sont : « être ému d'être reconnu comme un être qui souffre », « faire ce que je ne peux pas faire moi-même » et « être projeté dans un futur meilleur ».

Par ailleurs, en dehors de la dyade « bénéficiaire - infirmière » qui demeure le focus de cette étude, il est intéressant de souligner que tous les patients ont fait référence au réconfort apporté par leur famille, leurs amis, leurs collègues, voire les voisins de chambre, mais également par la spiritualité. C'est dire qu'en dehors du réconfort offert par l'infirmière, il existe un réconfort ancré dans la sphère privée et sociale de la personne. D'ailleurs, nous verrons plus loin que les infirmières qualifiées d'expertes englobent cette sphère familiale et sociale dans leurs interventions visant le réconfort de l'opéré.

Mais pour l'instant, voici quelques expressions spontanées de patients à propos du rôle joué par leur entourage et la spiritualité.

Une femme 32 ans parle de la force du lien avec ses enfants :

Mes enfants, ils sont là, ils sont tout pour moi ... (11 et 7 ans)

Un homme 43 ans mentionne l'importance des liens avec l'extérieur de l'hôpital :

Les téléphones, les visites ...

Un homme 78 ans est conscient du réconfort qu'il a reçu de ses proches et des projets qu'ils ont faits ensemble. Il est reconnaissant envers Dieu :

(Mon épouse disait) Oh, prends courage, ça va t'aider. Ma fille, mon fils disaient la même chose. Puis je voyais mes petits enfants qui venaient.

Il te faut venir par ce que tu sais, l'année prochaine on va faire une croisière, y en a un qui me disait (petit fils).

Comme mon petit fils me disait « on va en croisière » ... on voit la vie en avant, voyez, on se dit, ben bon je pourrais faire ci, je pourrais faire ça encore, voyez.

Et puis, ma femme, mes enfants, mes petits enfants, ils ont encore besoin de moi.

Pas faire des choses grandissimes, vous voyez. Mais finir ma vie tranquillement et puis pas être trop à la charge de quelqu'un.

Mais bon, tout, par la grâce de Dieu, ça s'est ... comment, mis ensemble pour me remettre un peu sur les rails.

Une femme 66 ans est réconfortée par les messages de ses amies et la visite de son médecin traitant :

J'ai reçu un téléphone de Paris, une carte des Seychelles ... j'suis toute émotionnée, ça me fait plaisir qu'on pense à moi depuis, depuis là, oui (...) c'est une collègue, enfin une collègue qui travaille encore tandis que moi je suis à la retraite ...

Une chose qui m'est arrivée mais qui me fait très très plaisir, ça concerne pas le CHUV, mais ça concerne mon médecin de famille qui est venu me retrouver.

Oh oui, puis je dormais quand il est arrivé. Il ne m'aurait pas réveillée, ... mais j'ai senti sa présence et puis je me suis réveillée. Ça m'a fait du bien de le voir ...

Une femme de 71 ans raconte comment elle a protégé son conjoint pendant qu'elle était mal. Elle parle de l'importance des visites de ses ex-employées et de ses voisines.

Elle mentionne le réconfort spirituel.

Même s'ils ne viennent pas, un téléphone, pi ils disent « bonjour » et puis c'est tout ... Mais un après-midi, une voisine est venue me trouver, c'est gentil ... C'est même pas la famille ... mais je trouve que c'est joli ... je fais partie de la gym, elles ont presque toutes téléphoné ...
 Mon mari est plus âgé, il a 79 ans, alors j'ai vu qu'il était tout malheureux, il est venu tous les jours et je lui disais que ça allait bien. C'est pas vrai ; j'ai menti tout le long. C'est pour eux que j'ai pas voulu ...
 C'est, d'être entourée ... quelqu'un qui vient leur dire « bonjour »
 Ces serveuses qui sont encore gentilles avec nous parce que moi j'étais gentille aussi
 Si nous-mêmes on donne quelque chose et qu'on reçoit, c'est un réconfort.
 Ben je vais vous dire que moi ... je ne pratique pas. Mais je prie quand même tous les soirs » ... je crois quand même en Dieu.
 Il y a le réconfort dans la croyance.

Les catégories thématiques identifiées sont « être entouré par ses proches, ses amis et ses collègues » et « être soutenu spirituellement ».

Enfin, il semble bien que l'hospitalisation soit pour certains patients l'occasion d'une expérience existentielle intense qui les conduit à un bilan de vie qui bouleverse leurs croyances de base concernant la vie en général et la leur en particulier. Lorsqu'ils abordaient cette expérience, une forte émotion accompagnait leurs dires qui devenaient parfois un peu confus probablement de par la proximité et l'intensité de l'événement qu'ils avaient vécu. Toutes les personnes qui ont partagé ce genre d'expérience disent avoir frôlé la mort ou ont senti être perdues à un moment donné. Voici ce qu'elles disent :

Un homme de 61 ans fait son bilan de vie suite à un accident :

(ému) Je vous dis, je crois que je n'ai jamais pleuré, je crois que j'ai été trois semaines (...) aux soins intensifs, j'étais très mal en point (...). Je suis revenu par le petit trou. Ils m'ont sauvé. Ils ont fait un travail extraordinaire ... J'étais vraiment mal en point.

J'étais un légume, quoi.

Il n'y a pas de séquelles. Et ça c'est un miracle aussi.

(...) on a énormément travaillé. Puis on a fait son chemin. Mais ça a été dur. J'ai eu la chance d'avoir une bonne constitution, le réconfort c'est un peu la réussite de son entreprise.(...) On se contente finalement de peu. C'est un réconfort plus matériel qu'émotionnel ou intellectuel (...) c'est totalement différent (en dehors de l'hôpital).

Un homme de 78 ans fait son bilan de vie après avoir pensé qu'il était perdu :

(Emu) (...) mais pour être un patient lourd à la maison, je vais être d'aucune utilité, alors j'ai fait ma vie, (...). Elle est derrière moi, j'ai eu deux enfants, j'ai eu des petits-enfants, qu'est-ce que je fais encore là ? ». Voyez, j'ai été très actif dans ma vie et puis voilà.

Je me dis, mais si l'opération ne va pas réussir, etc. Parce que le médecin me dit, on va déjà couper ça et puis si (...).

Mais bon, tout, par la grâce de Dieu, ça s'est ... comment, mis ensemble pour me remettre un peu sur les rails. C'est une drôle d'image que je vous donne là.

Vous comprenez, je faisais mon bilan.

Femme de 71 ans constate qu'elle a changé depuis qu'elle a frôlé la mort. Elle regarde autour d'elle et constate qu'elle s'en sort bien. Elle ressent de la gratitude. Elle retourne à la messe et elle est émue.

(dyspnéique et émue) ... j'ai été bien soignée, continuellement pendant trois jours, et je crois que là, on m'a sauvée, ... parce que je ne pouvais plus souffler ... on m'a vraiment sauvée

(A la messe) ... mais on se touche la main, et puis ... beaucoup de larmes parce que d'autres personnes sont venues, pour nous toucher la main. Oui, ça m'a fait pleurer. Il y a une dame qui s'est levée, ... puis qui me dit « la paix » ... Ben je vais vous dire que moi ... je ne pratique pas. Mais je prie quand même tous les soirs.

Et j'ai le temps maintenant. Dans mon lit de prier et de beaucoup réfléchir, et de penser à ma famille, à tout le monde. Et je dis, il y en a de plus malheureux que moi ...

Et je vous dirais que, d'avoir une opération comme ça, pour la vie, ça nous enrichit ...

Et bien j'ai compris, ... j'ai mieux compris, beaucoup mieux compris quand quelqu'un ... était pas bien ...

Après j'ai dit, ben, ça m'enrichit ... de voir d'autres (souffrir)

Et je me disais – toi t'es pas bien. Mais la personne à côté n'est pas plus bien, pas mieux que toi.

Il semble que la narration de cette expérience permet à la personne de reconstruire une nouvelle identité physique, émotionnelle, sociale et spirituelle. Tout semble se passer comme si cette narration permettait de relier le passé, le présent et d'envisager un futur. Un peu comme la restauration d'une continuité suite à cette rupture de trajectoire. Cependant à ce stade de l'analyse nous n'entrevoyons pas encore de lien

direct avec le réconfort. Dans le sous-chapitre suivant, nous aborderons l'expérience des infirmières.

4.1.3. Axe orthogonal vertical (infirmières).

Dans cette sous-section consacrée à l'analyse des propos des onze infirmières, le canevas de présentation sera le même que celui utilisé dans la section précédente centrée sur l'analyse des verbatim des onze opérés. Chaque fois que cela sera possible et que cela permettra de donner du sens à l'analyse, les propos de l'infirmière seront superposés à ceux du patient. Le lecteur devrait ainsi obtenir un double regard sur le phénomène de réconfort, à savoir le point de vue du patient qui décrit son expérience et le point de vue de l'infirmière qui en prend soin.

Dans l'espace (- / -)³² l'infirmière imagine ou constate qu'elle « n'offre pas de réconfort » et par conséquent la personne « ne se sent pas réconfortée ». Ici la recherche de sens entre les propos de la personne opérée et ceux de l'infirmière est difficile puisque - dans cet espace - les deux partenaires de la dyade ne se réfèrent pas à la même situation. En effet, il est intéressant de relever que le patient fait le plus souvent référence à sa propre expérience, alors que l'infirmière parle plus volontiers d'une situation qu'elle imagine ou dont elle a été l'observatrice impuissante. Il est vrai que la question « quel serait pour vous l'inverse du réconfort ? » a déconcerté l'infirmière qui était approchée en raison du réconfort qu'elle avait apporté à un patient.

Néanmoins les infirmières relèvent également le manque de compassion de certains chirurgiens.

³² Dans cette partie du texte, le premier signe se réfère toujours à l'infirmière.

Anne se sent impuissante face à l'arrivée intempestive du chirurgien qui refait le pansement et face à la douleur de la patiente :

Ensuite, il y a un médecin qui est venu pour la stomie ... il a tiré, il a coupé des petits morceaux, donc c'était sans anesthésie, donc forcément ça ne faisait pas de bien. Oui, même moi, en regardant, ça me faisait mal pour elle. Donc si j'avais eu une baguette magique, j'aurais ... anesthésié la stomie, ... qu'elle puisse être soulagée, enfin ne pas sentir ces tiraillements que faisait le médecin. (je me suis sentie) forcément un petit peu impuissante, mais j'avais quand même envie d'apporter quelque chose à cette dame.

En l'occurrence, le médecin est venu en fait, comme ça, ... en fait ... on ne savait pas qu'il allait venir ... effectuer ce soin.

Elisabeth se sent impuissante lorsqu'elle attend les médecins des heures :

Des fois parce que les médecins (...) ne venaient pas (...) Alors on se sent impuissante de ne rien pouvoir faire.

Henriette ressent de la colère face au manque de transparence du chirurgien vis à vis du patient :

Ça me choque toujours un peu qu'il n'ait pas été mis au courant (par le médecin) de ce qui se passait dans son corps (infection). (...) j'ai ressenti un peu de colère (...)

Inversement, si l'infirmière reconnaît que parfois elle « n'offre pas de réconfort », ou plus exactement qu'elle est dans l'impossibilité d'offrir le réconfort qu'elle souhaiterait, elle constate que ce manque est lié essentiellement à trois composantes : la surcharge de travail, une difficulté liée au comportement du patient, comme l'arrogance ou le cheminement à travers deux phases du deuil clairement identifiées et enfin une difficulté dont l'origine se situe chez l'infirmière et qui le plus souvent est de nature « relationnelle » ou reliée à la peur de s'engager dans une relation qui finalement la fera souffrir.

Même si la surcharge de travail fut mentionnée durant toute la période de recueil de données, en aucun cas cette surcharge n'est présentée comme un motif qui justifie

l'absence de réconfort. Bien au contraire, la détérioration des conditions de travail est appréhendée par l'infirmière plus en termes de frustration et de négociation d'un délai « acceptable » pour le patient entre sa demande et l'offre en soins, qu'en termes d'alibi.

Carla exprime sa frustration en regard de la charge de travail croissante :

Parce que pouvoir, des fois c'est vrai que c'est très frustrant parce que des fois on ne peut pas (s'arrêter auprès du patient) mais des fois on essaie de revenir D'ailleurs, les fois où je n'ai pas le temps de parler, ... de répondre tout de suite à quelque chose, c'est quelque chose ... où je me dis, je n'ai pas bien fait mon travail.

Mais le côté frustrant c'est la charge de travail qui devient de plus en plus (lourde), où des fois j'ai vraiment l'impression qu'on ne s'arrête pas assez sur les personnes

Dominique observe qu'elle agit en contradiction avec ses valeurs :

Parfois, je suis en contradiction avec ce que j'aimerais et ce que je dois faire.

Jacqueline constate que cette nuit là, elle n'avait la responsabilité que d'une patiente et qu'elle était disponible :

J'ai eu de la chance cette nuit là d'être dans une nuit très calme justement et de n'avoir qu'elle comme patiente... Donc c'est important. Parce que si j'avais peut-être été débordée par d'autres patients, elle n'aurait peut-être pas rencontré cette euh, elle n'aurait pas ressenti ça (...)

Donc elle aurait peut-être ressenti la conscience professionnelle, ou je ne sais quoi, mais elle n'aurait peut-être pas ressenti la disponibilité.

Une difficulté liée au comportement du patient. Par exemple, Carla exprime sa frustration et sa réaction en regard d'un homme qui continue à taire son alcoolisme alors même qu'il est actuellement traité pour cette affection et qu'elle lui tend des perches pour éviter une convalescence dans un milieu, qu'elle estime, peu propice à sa guérison :

Carla observe qu'il y a des préalables relationnels pour pouvoir réconforter une personne :

D'un autre côté je pense aussi qu'on ne peut pas ... je n'ai pas la faculté d'entrer en réconfort avec tous les patients qui passent.

Disons que je me rends compte que je fais le travail, les soins et puis que, après j'aurais peut-être tendance, ça c'est peut-être aussi le problème, ... à ne pas aller plus loin.

Je ne dis pas que les gens qui ne parlent pas dès le premier jour ... je me ferme, mais bon après, (je me dis) il est comme ça, il a besoin de moi au niveau physique, mais il n'a pas besoin de moi pour le reste. Donc après je me dis c'est son choix.

Gilda raconte sa difficulté face aux personnes qui ont un comportement arrogant :

Non, je pense qu'il y a des gens qu'on arrive pas à réconforter, enfin que je ne pourrais pas arriver à réconforter.

S'il y a vraiment aucun feeling de part et d'autre.

Si j'arrive pas du tout à comprendre le comportement, qui sont trop exigeants (...) qui sont un peu méprisants (vis à vis des infirmières).

Katrin évoque une difficulté liée à l'attitude d'un patient :

Lorsqu'on s'est sentie froissée par l'attitude d'un patient.

Du côté du patient, le cheminement à travers certaines phases du deuil a également été observé comme influençant l'acceptation et par conséquent l'offre de réconfort.

Katrin identifie deux phases du deuil qui sont incompatibles avec le réconfort :

Etre face à une personne fermée, non réceptive, qui est dans une phase de déni, ou de révolte ...

Lorsqu'il faut attendre parce que le patient n'est pas prêt à recevoir du réconfort

Il serait d'ailleurs possible d'appréhender le comportement du patient qui refuse de parler de son alcoolisme comme un comportement lié à une phase de déni, plutôt que de l'interpréter comme un rejet d'une infirmière en particulier. Il serait tout aussi possible - selon la situation - d'envisager que le patient arrogant est en pleine révolte. Dans ce sens, les observations consignées dans le carnet de bord confirment que les personnes en phase de révolte étaient dans l'impossibilité de parler d'une expérience de réconfort. Elles se sont en quelque sorte auto-exclues du groupe des informants.

Par ailleurs, on aurait pu s'attendre à ce que cet espace relatif à l'absence de réconfort concerne les mêmes thèmes que ceux décrits par les patients, à savoir la douleur physique, les soins peu individualisés, le manque d'information, l'indifférence ou le manque d'intérêt et le désespoir. Et bien, il est intéressant de constater que les propos des infirmières ne se réfèrent que très peu à l'aspect physique du réconfort (douleur, installation), par contre un très fort accent est mis sur l'aspect relationnel, comme si ce dernier dominait alors même qu'il s'agit d'un contexte postopératoire, par conséquent largement somatique.

Dominique parle de banalisation, de négation de la signification de ce qui se passe, d'attitude mécanique et d'incompétence :

C'est la banalisation de ce qui va lui arriver (oh c'est juste une petite pose de drain). Et je pense que la négation de ce qui se passe, de ne pas percevoir que c'est quelque chose qui lui fait peur.

C'est une attitude mécanique de notre travail (...) sans le considérer dans ce tout, qui l'inquiète au fond (une complication).

L'incompétence, avoir une infirmière qui doute, qui ne sait pas, qui dit « peut-être, je ne sais pas, il faudra voir »

Et je crois que le non réconfort c'est de ne pas penser à ces choses (ne pas anticiper les difficultés du patient)

Elisabeth envisage l'inverse du réconfort comme une absence de plaisir à entrer en relation avec l'autre et comme de l'indifférence :

Considérer les patients comme des objets, en se disant « il faut que je fasse ça » ne pas prendre du plaisir à entrer en relation avec le patient, ne pas vouloir voir, ne pas vouloir savoir, ne pas vouloir s'investir, ne pas vouloir s'arrêter, (...) être indifférente, (c'est) du non-respect et de la non-écoute.

Gilda voit l'inverse du réconfort ainsi :

L'inverse du réconfort (...) c'est l'impatience, c'est la froideur, le mépris, l'indifférence, l'antipathie ...

Henriette est sensible aux émotions de la personne et à l'indifférence face à ses besoins :

En soi l'absence de réconfort peut-être l'inverse du réconfort (...) si quelqu'un n'est pas écouté dans ses émotions.

L'indifférence face aux besoins ...

Justement j'aurais pu le pousser (...) à boire sans lui expliquer trop pourquoi, sans écouter l'émotion qu'il y avait derrière.

Oui, froideur, indifférence, ça se rejoint tout finalement un peu.

C'est un peu ignorer, c'est robotiser peut-être, déshumaniser ...

Enfin, la peur de souffrir est mentionnée par l'infirmière de manière très pudique et souvent en termes de protection.

Carla parle d'impossibilité momentanée de donner afin de se protéger :

L'indifférence ou peut-être l'impossibilité momentanée de ne pas pouvoir non plus donner ou ne pas pouvoir encadrer la personne pour différentes raisons (personnelles).

Béatrice envisage l'incapacité de répondre à la demande en raison d'une centration sur les appareils environnant la personne (réglage et contrôle) :

C'est tourner le dos à la personne. ... C'est tourner le dos quand les personnes on sent qu'elles nous appellent, mais qu'on n'est pas capable de (répondre).

C'est avoir une attitude froide, se fermer, travailler mécaniquement. On a plein de tubes, on a plein de choses, mais on ne voit pas la personne entre les tubes.

Une infirmière du prétest affirme la nécessité de se protéger émotionnellement :

Oui parce que quand je l'ai pas cette protection, ce qui évidemment arrive, c'est extrêmement douloureux, c'est vraiment très, très difficile. J'ai vécu cela, il n'y a pas très longtemps avec un monsieur (...).

Elisabeth attend de la réciprocité de la part du patient, sinon elle se protège pour ne pas souffrir :

C'est vrai que je me suis occupée (...) d'une dame, où j'ai essayé d'apporter tant que je pouvais, mais je sentais pas de réciprocité, et c'est vrai qu'après un moment, j'avais peur de m'essouffler.

Ne pas vouloir souffrir (face à un être humain en situation de vulnérabilité).

Dans l'espace (- / +) l'infirmière « n'offre pas de réconfort » mais la personne « se sent réconfortée ». La situation qui sera décrite maintenant est capitale pour la

discipline. Elle met en évidence l'importance - pendant le développement de complications - d'un recueil de données aussi exhaustif que possible et d'un questionnement constant à leur égard qui permettent d'agir en conséquence et d'éviter le pire.

France raconte ce qu'elle a vécu avec une patiente qui développait une complication

à bas bruits :

Donc j'ai plutôt été le nouveau bourreau, donc, qui la stimulait (...)

Mais on ne peut pas dire quand même que j'ai fait du grand réconfort, euh, ... à mon sens.

Elle avait des questions (...) les patients sentent que ça ... ne va pas. Donc elle me posait tout un tas de questions, et je me disais, bon, j'essayais de répondre avec ce que j'avais sous la main.

C'est des choses comme ça ; donc je répondais de façon même pas, ben, optimiste, mais de façon purement simplement, comment on dit, euh (factuelle).

(...) Elle s'inquiétait parce que depuis son opération on n'avait jamais enlevé ces bouteilles (redons) et puis ça revenait toujours (ça coulait).

Mais un vrai réconfort, je crois pas.

On sentait quand même chez elle un terrain d'angoisse. Elle sentait qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, elle savait pas quoi, mais elle cherchait puis c'est vrai que, tout lui posait problème, tout l'angoissait.

Parce que cette dame, je vous dis, elle a, je l'ai vu ben se dégrader.

Physiquement, oui elle baissait, on savait qu'elle nous faisait quelque chose mais on ne savait pas quoi. Et ben, entre guillemets, j'ai pas pu « l'aider ».

Et puis je voyais qu'elle avait mal ... qu'elle se dégradait (...) peut-être qu'elle nous a, on aurait peut-être dû se rendre compte un peu plus tôt qu'elle allait moins bien.

Alors sûrement que je, qu'on aurait pu lui apporter autre chose ... mais. Je sais pas, bon, on était pas nombreux.

Je crois que j'ai oublié de le faire (...) donc il y a eu des signes, mais qui sont restés sans réponse.

Et puis, c'est vrai qu'on n'a jamais été (...) au-delà (des réponses aux questions factuelles de la patiente).

Pour tout ce qui est geste technique (...) il y a peu de sentiments

Quels sont les indicateurs qui vous ont permis de dire que cette femme aurait eu besoin de réconfort ?

... Disons que c'était, (...) elle posait ... beaucoup de questions ... (...) puis elle disait tout le temps « je suis fatiguée » et plus j'essayais de la stimuler pour se lever (...) elle disait « mais vous savez, je suis fatiguée »...

Donc elle avait besoin qu'on s'occupe d'elle, elle avait besoin qu'on (...) qu'on soit là, qu'on la chérisse un petit peu, qu'on s'occupe d'elle (...) mais c'est vrai que souvent, si on l'avait laissée, elle serait restée au lit du matin au soir et du soir au matin sans bouger.

Ah oui, j'ai eu peur (petit rire) très peur. Hm hm. Oui, je m'en suis occupée trois jours ... et sur les trois jours... elle n'a pas été, une journée, elle a pas été bien.

L'examen des propos de France démontre bien que la patiente et l'infirmière n'étaient pas sur la même longueur d'onde. Toutefois la patiente nous a dit s'être sentie réconfortée moralement mais pas soulagée de ses douleurs. Il est donc fort probable qu'une fois de plus la simple présence de l'infirmière soit perçue comme réconfortante et favorise l'absence de réactions plus affirmées de la part de la personne. Cependant là aussi, il est possible de dire que le réconfort de France est en termes relationnels alors que cette femme souffre de douleurs physiques. Dans cette situation, ce décalage a des conséquences qui vont au-delà de la frustration des infirmières dont il est question maintenant.

Dans l'espace (+/-) l'infirmière « offre du réconfort » alors que la personne « ne se sent pas réconfortée ». Cette offre est pour ainsi dire sans effet et ceci pour diverses raisons liées, par exemple, au fait que l'opéré n'accepte du réconfort que de sa conjointe ou qu'il ne souhaite pas aborder tel ou tel problème de santé. Dans de telles situations, l'infirmière ressent de la frustration, voire du rejet de la part du patient. En fait, il est possible de dire que cet espace « offre du réconfort » et « ne veut pas être réconforté » précède parfois chronologiquement l'espace (- / -) qui a été décrit précédemment, à savoir « n'offre pas de réconfort et « ne se sent pas réconforté ». Tout semble se passer comme s'il y avait soudain un coup de théâtre qui potentiellement fait passer l'infirmière du rapprochement à l'indifférence. Mais écoutons ce que disent les infirmières à ce propos :

Carla observe sa frustration face à un homme qui exprime peu son vécu et ses

sensations :

Je serais peut-être restée plus longtemps s'il m'avait renvoyé un signal, mais par exemple quand on parlait de la douleur, il disait toujours « eh ben, c'est comme ça ».

Il n'y a pas eu d'entrée en matière, comment il vivait ce qui s'était passé, etc.

Alors peut-être que ce Monsieur n'avait pas besoin de se confier à moi, enfin ... ou de se confier tout court (...) et puis je pense que les personnes aussi ont envie de parler plus avec telle ou telle (infirmière).

Enfin, pour ce patient, c'est vrai que (...) moi je ne le trouvais (...) pas demandeur ...

Des fois (...) on n'est pas assez clair dans nos possibilités d'offres (de réconfort).

Dominique se remet en questions lorsque le patient n'est pas réceptif à son

rapprochement car elle attend de la réciprocité :

Des fois, j'ai l'impression que je suis tout faux (...) je me demande pourquoi (...) qu'est-ce que je n'ai pas compris, qu'est-ce que j'ai pas senti, qu'est-ce que j'ai pas vu ?

Puis, parfois, je me dis que c'est peut-être aussi l'autre personne qui n'a pas envie (d'être réconfortée), que c'est pas le moment, que je ne conviens pas ...

Toute seule, je vais m'épuiser au bout d'un moment si je continue. Donc il faut qu'il y ait un retour (...).

Isabelle essaie encore et encore, alors que le patient ne veut rien :

J'ai essayé de lui expliquer que ce n'était peut-être pas définitif (la colostomie).

Mais bon, j'avais l'impression d'après ce qu'il me disait qu'il n'était pas très convaincu, quoi, donc je suis un peu restée sur ma faim malgré mes explications, mais bon.

Enfin je lui ai demandé des questions sur la douleur, enfin les questions habituelles qu'on pose, mais lui il m'a jamais dit « écoutez, ça va pas trop, qu'est-ce que je vais devenir ? » ou des choses comme ça quoi.

Puis, apparemment, il n'y a pas de douleur, ni rien. Je sais pas.

Elisabeth attend avec impatience le feu vert du patient qui l'autorisera à se rapprocher :

Et puis il y a des fois (...) c'est pas que je m'en fous, que j'en ai rien à faire de ce patient mais, (...) moi je laisse faire et puis quand il manifestera quelque chose eh bien je sauterai sur l'occasion.

Je respecte, oui. Moi-même il y a des moments où je ne veux voir personne, puis c'est comme ça. ...

(en tant qu'infirmière) Moi, je trouve que je dépense de l'énergie pour rien et si c'est un refus catégorique, ben j'attends, j'attends.

À ce stade de l'analyse des propos des infirmières, il ressort clairement que l'offre ne coïncide pas avec « l'attente » de réconfort qui, par ailleurs, dans le milieu des soins généraux, fait partie le plus souvent d'un contrat tacite qu'il serait bienvenu d'explicitier. Dès lors et dans ces conditions, il semble bien qu'apporter du réconfort devienne une tâche vouée à l'échec et source de frustration et ceci d'autant plus si dans les faits, le réconfort est considéré - a priori - comme essentiellement relationnel et que sa dimension physique est banalisée, voire dévalorisée.

Carla sous-estime la valeur des soins physiques qu'elle offre à cet homme :

C'est vrai que moi j'estime ... , je l'ai soigné, j'ai fait pour qu'il soit confortable, mais c'est vrai que je n'ai pas eu l'impression de lui apporter quelque chose au niveau réconfort.

Disons que je me rends compte que je fais le travail, les soins et puis que, après j'aurais peut-être tendance, ça c'est peut-être aussi le problème, ... à ne pas aller plus loin

(... je ne dis pas que les gens qui ne parlent pas dès le premier jour ... je me ferme, mais bon après, (je me dis) il est comme ça, il a besoin de moi au niveau physique, mais il n'a pas besoin de moi pour le reste. Donc après je me dis c'est son choix)³³

Ce qui est intéressant c'est que le patient dont il est question ici, se sent lui tout à fait réconforté, un peu comme s'il était impensable que l'infirmière ne lui apporte pas de réconfort. Pour cet homme de 43 ans, la simple présence de l'infirmière, son savoir faire et son sourire sont réconfortants. De plus, la consommation d'alcool n'est apparemment pas perçue comme un problème dans sa sphère familiale et sociale, dès lors il ne semble pas comprendre pourquoi les soignants souhaitent qu'il aille en convalescence ailleurs que dans sa famille. Il est nécessaire de préciser que le canton de Vaud est une importante région viticole où la consommation de vin est socialement

³³ Ce passage est entre parenthèses, car il a déjà été mentionné une fois.

bien vue, si ce n'est encouragée. Par ailleurs, il est intéressant de relever que cet homme ne perçoit pas la frustration de Carla.

Isabelle quant à elle, constate que l'unique source de réconfort du patient est son épouse :

« Ah eh bien ma femme est dans la maison » ça (...) le rassure beaucoup.

Cet homme de 41 ans pour sa part est très clair, il n'accepte du réconfort que de sa conjointe, car on se souvient qu'aucune infirmière ne pourrait le comprendre aussi bien que sa femme. Pour lui, le réconfort est une affaire privée (implicitement sexuelle). Par contre et à l'inverse du patient précédent, cet homme perçoit la frustration des infirmières et celle d'Isabelle en particulier face à cette sorte « d'imperméabilité » relationnelle vis à vis des femmes.

En reprenant les propos des patients dont il est fait mention ci-dessus, il est possible de dire que certains opérés se contentent d'un « réconfort de base » qui est prioritairement physique et qui ne porte pas sur l'élaboration de leur ressenti face à leur hospitalisation ou de questions existentielles en regard de leur pathologie. Il est possible d'imaginer que leur vision de la maladie est volontiers mécaniste, à l'image de celle de certains chirurgiens.

L'espace (+ / +) est, comme chez les patients, le plus riche des quatre. Ainsi, l'espace où l'infirmière « offre du réconfort » et où elle (l'infirmière) perçoit que le patient « se sent réconforté » permet de mettre en évidence les éléments communs à toutes les professionnelles rencontrées : tout semble commencer par un « feeling », par une sorte d'attraction réciproque entre l'infirmière et le patient. Plusieurs infirmières disent qu'elles se mettent à la place du patient ou que ce dernier leur rappelle tel ou tel

membre de leur famille ou qu'elles apprécient simplement leur manière d'entrer en relation et de répondre.

Anne se présente, précise son statut et s'intéresse à l'autre :

J'ai commencé (par) lui demander comment elle se sentait ... je me suis ... présentée en tant qu'élève infirmière, je lui ai aussi dit mon nom et ... que j'allais m'occuper d'elle aujourd'hui.

De voir qu'on s'intéresse à la personne, ça fait du bien, donc ça fait partie du réconfort pour moi.

Béatrice se sent très proche de la patiente et elle le lui dit. Cependant elle estime que

c'est une erreur :

Et puis là, moi, comment dire ... je savais l'âge de la patiente, ... , elle a mon âge ... j'ai fait quelque chose qu'on doit pas faire comme infirmière je lui ai dit que j'avais le même âge qu'elle, que je comprenais ce qu'elle pouvait ressentir face à cet échec (rejet de greffe) ... face à tout ce qu'elle allait devoir affronter dans les prochains mois ...

Je m'étais attachée à elle, il y a des personnes qu'on soigne mais on n'a pas un petit coup de cœur ... cette patiente là, oui, j'avais un coup de cœur pour elle ... c'est inexplicable.

J'ai vu dans ses yeux quelque chose qui m'appelait ... il y a quelque chose là qui se préparait. J'ai vu qu'elle pleurait, je lui ai dit ça (âge), je lui ai touché, pris la main. Peut-être caressé l'épaule.

Je me sentais impuissante parce que je n'avais aucun contrôle sur le déroulement (de sa maladie). J'essayais de ne pas avoir l'air paniqué face à cette situation.

Je pense que je la trouve sympathique ...

Elisabeth « retrouve » son grand-père à travers ce patient et elle ressent de la réciprocité :

Mais je crois qu'il y a aussi des affinités.

Ça pourrait être mon grand-père, je ne sais pas, je me suis peut-être plus rapprochée de lui (...) il y a un feeling qui passe des fois.

Lui, je sentais qu'il y avait de la réciprocité. Il y avait du répondant oui. Donc il me parlait un peu comme si j'étais sa petite fille.

Je crois que j'ai été moi, c'est tout. J'ai été authentique. J'ai été un être humain sensible et ouvert à la souffrance d'une autre personne, au vécu d'une autre personne à ses sentiments. Je crois que c'est tout simplement ça.

Oui, dans tout ce qu'il parlait, il était vraiment très touchant ; c'est peut-être ça aussi qui, qui invite l'autre à aller plus loin.

Jacqueline constate que lorsqu'il y a une affinité avec le patient, sa présence auprès

de ce dernier est plus longue :

On n'a parfois pas d'affinité avec les gens.

Mais je pense que si on a une affinité avec quelqu'un, on est (...) prêt à faire plus (...) une présence qui est plus longue ...

Katrin est émue face à l'humain, mais elle ne veut pas que le patient le sache :
C'est fou parce que des fois quand on est tellement émue face à l'humain ben c'est les larmes qui arrivent et puis je me dis: là il faut pas que le patient (se rende compte).

Les catégories thématiques identifiées dans ces extraits sont : « se sentir proche d'un être humain qui souffre », « être avec » et « toucher physiquement ». Nous sommes dans le contexte d'une rencontre d'humain à humain.

Puis intervient la compassion, l'envie d'aider, de soutenir, d'accompagner l'autre dans cette épreuve que représente l'hospitalisation et plus particulièrement l'opération et ses diverses significations individuelles et sociales. À ce stade, l'objectif sous-jacent semble de se faire une représentation adéquate de la situation que vit le patient à travers une observation minutieuse de ses réactions.

Henriette observe que son patient ne fait aucune demande alors elle anticipe et supplée aux manques :

C'est pas quelqu'un qui demande (...) surtout du réconfort, peut-être pour l'aider pour des choses qui peuvent sembler « normales » (les AVQ).

Mais bon, du réconfort, je pense que c'est parfois difficile à demander pour les gens. Et puis, (...) un peu plus (pour) les hommes en général (...).

Pour demander, il faut d'abord identifier en soi qu'on est mal, qu'on est pas bien, qu'on est nerveux qu'on est anxieux. Alors si cette démarche là n'est pas faite, il n'y aura sûrement pas de demande. Alors c'est à nous justement, je pense, d'évaluer à ce moment là, de savoir identifier (...)

Ben moi je pense qu'on est assez formée pour percevoir qu'il y a un inconfort chez le patient même si le patient n'est pas capable de faire sa demande lui-même.

Moi, ça m'est jamais arrivé (...) qu'un patient m'ait dit, donnez-moi votre main, j'en ai besoin, ça (ne) m'est jamais arrivé, je pense.

Elisabeth s'intéresse au vécu quotidien du patient et à ses projets :

Ça m'est arrivé de lui tenir la main quand il n'allait pas bien, ça m'est arrivé d'essayer de reparler avec lui quand il avait eu des examens, comment il avait vécu ces examens, qu'est-ce qu'il pensait par la suite ...

Pas de dédramatiser, mais de relativiser les choses ... j'ai essayé, par mes mots et peut-être par mes gestes, de toucher, de le réconforter. Pour moi, c'était naturel. Et là, j'étais contente de voir qu'en fait euh maintenant il allait beaucoup mieux et que maintenant il voyait d'autres horizons, il avait de l'espoir de pouvoir rentrer à domicile.

Les catégories thématiques qui émergent de ces extraits de verbatim sont : « être avec », « toucher physiquement » et « projeter dans un futur meilleur et réaliste ». Le témoignage d'Henriette explicite tout le cheminement de pensée effectué pour décider qu'elle va dépasser l'absence de demande du patient et agir. Précisons par ailleurs, qu'il développe, lui aussi, une complication postopératoire.

Plus spécifiquement, toutes les infirmières considèrent que « réconforter » comporte deux versants, l'un physique et l'autre moral. Cette représentation est cohérente avec la philosophie de la discipline qui voit l'être humain comme un être bio - psycho - social et spirituel. Paradoxalement le patient, lui, n'a pas forcément cette vision holistique des soins. Il vient se faire opérer, il a mal et, le plus souvent, il s'attend à des interventions réparatrices sur son corps, même s'il affirme volontiers que « le moral fait beaucoup ». De plus, les entretiens avec les patients permettent de constater que la plupart des attentes relatives au réconfort sont très simples. Pour mémoire, il s'agit d'une présence bienveillante, d'une attention à l'autre, d'un souci de l'autre avec le plus souvent un regard, un sourire, un contact physique qui sont accompagnés de paroles d'encouragement. Néanmoins quelques personnes ont relevé la nécessité que ces aspects « humains » soient accompagnés, voire précédés, de professionnalisme de la part de l'infirmière.

Dominique soigne de manière holistique et sait qu'elle fait partie d'une équipe :

Enfin je l'ai aidé à verbaliser sa peur.

Il a terriblement besoin d'être sécurisé (...) moi je le sens comme ça très attaché à moi parce que je le rassure, parce qu'il a l'impression que je vais savoir même si

je ne sais pas (...) je dois être là pour ... comment dire, pour qu'il puisse s'appuyer sur moi, (...) lui le vit comme un réconfort ça.

J'essaie d'être très attentive, je dirais « techniquement » aux choses qui me semblent être importantes.

Je suis très attentive à son évolution à ce qui se passe comme signes extérieurs, je ne sais pas moi, à ce qui coule, à ... sa température, à ce qu'il mange, enfin à toutes ces choses-là, à ses résultats de sang enfin à tout ce qui pourrait tout d'un coup me dire, ouf ! fais attention.

Alors je le dis plus loin (aux collègues) « faites attention » ...

C'est notre travail d'être attentif à ce qui se passe pour percevoir les signes de quelque chose qui n'irait pas ...

Je crois que c'est un partage parce que par moment c'est moi qui le porte, symboliquement (...) je dois le tirer ...

Si quelqu'un est là depuis très longtemps et que vous lui lavez les cheveux, après il dit, ah ! je me sens bien ! ils sont contents. Je crois que c'est quelque chose qui est source de réconfort, d'être attentif à ce corps qui est si abîmé, à ce moment là, et ma foi, c'est reprendre, pour moi, aller à la douche, c'est reprendre connaissance avec soi-même.

Henriette touche le patient, elle est attentive à tout ce qui le concerne et elle le

soigne de manière holistique :

Je pense que c'est vraiment d'une manière très interactive que ça c'est passé ...

Il y a des moments où je lui ai serré la main, et puis moi je touche beaucoup, je suis comme ça, je mets la main sur l'épaule, c'est ma manière de faire, je fais ça beaucoup (...)

Comment vous êtes-vous rendue compte qu'il avait besoin de réconfort ?

Ce patient pour moi ça allait pas bien, c'est-à-dire qu'il était sub-fébrile, (...). Il y avait sa plaie de « laparo » qui s'était mise à couler tout doucement à s'ouvrir un peu dans le bas (...) à sentir mauvais. (...) Donc je pense qu'au départ il y avait tout ça, c'était l'ensemble de son état, et puis il y avait son faciès aussi qui exprimait (...) il avait vraiment le faciès triste. Puis peu d'énergie.

Alors j'ai l'impression que ça circule ... (corps et esprit)

Oui ... je me rappelle. C'est un patient, oui, qui semblait très anxieux (...)

(...) bon puis j'ai aussi essayé de faire verbaliser, ça c'est un aspect qui m'a fait me rendre compte qu'il était - à fleur de peau - (...) c'est incroyable comme il devenait crispé (...) à ce moment là, je me rappelle, j'avais aussi donné un anxiolytique (...)

Jacqueline assure le réveil postopératoire d'une femme qui bénéficie d'une greffe.

Elle lui prodigue des soins holistiques :

C'était une prise en charge qui était euh, assez importante dans le sens que c'est des contrôles très réguliers aux heures, pointus ; où on est souvent présente envers eux (...). Donc il faut faire le réveil, il faut les orienter.

Ben, je lui ai tout (...) simplement expliqué et bien tout ce que je faisais, le pourquoi ...

Savoir si elle sent, si elle aurait besoin d'uriner (...) pour être bien sûre que la sonde est bien perméable.

Enfin, moi j'ai l'impression d'avoir été très (...) sur mon rôle médico-délégué.

Je suis quelqu'un quand même assez gaie, quelqu'un qui aime le contact, donc à quelque part c'est vrai que ... j'ai favorisé le contact mais il ne me semble pas avoir entrepris ce jour là ... une véritable relation d'aide ou de réconfort, voilà.

(Lorsque) elle avait mal aussitôt (...) je lui ai donné quelque chose contre les douleurs.

Vraiment répondre à ses demandes et puis les anticiper également.

Pour moi, c'était une nuit où il fallait qu'elle se repose ... qu'elle se réveille déjà de cette narcose ; qu'elle soit soulagée des douleurs pour être confortable (...) pour passer une bonne journée le lendemain, là où beaucoup de choses bougent après une greffe.

Je pense qu'on avait un bon contact parce que moi j'avais vraiment du plaisir à être là auprès d'elle (...).

Katrin raconte comment elle adapte les doses de calmants afin que la patiente soit

tout à la fois soulagée et consciente :

Et puis euh, bon ça c'est sûr que c'est avant, et puis... moi je pense que le réconfort ça comporte de (...) la soulager parce que c'est sûr que ça fait pas, ça fait pas du bien, ça fait mal. Alors je lui donne un anti-douleur avant qui, ouais, est assez fort. Je lui donne une piqûre de morphine mais je diminue la dose pour pas quand même qu'elle soit vaseuse après.

Oui, elle supporte mais il faut pas lui donner trop. Celle qui est prescrite, je sais, si je le lui donne, longtemps après elle reste un peu endormie.

Il semble que le Panadol et le Ponstan, c'est pas assez, pas assez fort, tandis que la Morphine c'est trop fort, c'est pour ça que j'essaie de jouer un peu entre les deux mais (...) sa fasciotomie, ça fait très mal (...).

Moi je le vois le pansement, moi je trouve ça assez impressionnant et puis j'imagine la personne qui est à l'autre bout et puis que c'est sa jambe et puis euh, on voit agrafée et puis tout ça donc j'essaie de me tenir plus près de, de sa tête quoi: Je lui tiens la main, je lui caresse les cheveux euh, on se regarde on se fait des sourires. J'essaie de lui demander justement si ça va bien: « vous sentez quelque chose? »: Ouais, et puis ça se peut aussi, moi même des fois je suis des fois tellement impressionnée que je suis fixée sur le pansement. Et je me dis: Bon Dieu, il faut que j'arrête parce que le silence total et puis, tu vois aussi la façon qu'elle grimace, elle fait des gestes euh au niveau du visage, avec ses mains. Ouais, je pense que c'est important de donner sa présence.

C'est sûr que je parle du réconfort peut-être psychologique, mais je veux dire ça comprend aussi pour moi le réconfort et euh, aussi (...) physique.

C'est autant psychologique que physique et puis ouais ça se voit visuellement autant que verbalement mais je trouve que je jette ce premier coup d'œil aussi comme ça on est capable de savoir si elle est bien ou

moins bien. Et puis bon, là, après, on lui pose des questions spécifiques puis voilà.

Les catégories thématiques identifiées sont : « prendre soin de manière holistique », « être avec » et « toucher physiquement ».

La famille du patient est également citée comme source d'attention de la part de l'infirmière et ceci en particulier lors d'un long séjour.

Dominique réalise des interventions auprès de l'entourage du patient de manière à ce qu'il reste relié à sa sphère sociale et familiale tout en épargnant le système :

Il faut travailler avec (...) sa femme qui s'occupe vraiment bien de lui, qui est très proche, et je pense que ça passe à travers, on doit composer avec les autres, mais pas seulement avec les autres de la famille, ça veut dire aussi composer avec les autres personnes qui s'occupent de lui (...).

Je crois que le réconfort passe aussi à travers ses proches.

Je pense que c'est faire le travail de lien, comme ça de permettre à sa femme, lui, un moment, il était très découragé parce que sa femme n'allait pas très bien, pour moi c'est important de lui faire comprendre qu'il fallait qu'elle ait un moment où elle puisse un peu lâcher prise, parce qu'elle avait tenu, qu'elle habite loin, qu'elle fait les trajets tout le temps et puis tout ça, il le savait, (...) ... il savait, enfin il a pu verbaliser lui-même, et puis on avait convenu ensemble (que), de temps en temps, (il) dirait à sa femme de ne pas descendre, qu'elle puisse rester à la maison (...).

Parce que une fois que les choses vont mieux après, nous on se retire, ce qui reste (c') est leur vie.

Ici la catégorie thématique est clairement « maintenir les liens avec l'environnement familial et social ».

En dehors de l'analyse des axes orthogonaux, plusieurs particularités émergent des verbatim reliées à ce qui pourrait être intitulé « la cible du réconfort ». En effet, si la cible proclamée de ce «souci de l'autre » est le patient, il n'est toutefois pas surprenant de découvrir une cible plus secrète et moins altruiste, qui procède du besoin de reconnaissance - du don que l'infirmière a effectué - par le patient et ses proches. Ce qui ne veut d'ailleurs pas dire que le patient est mal soigné, bien au contraire.

Anne relève la circularité de donner et de recevoir :

Du moment que je peux faire du bien (...) ça me fait du bien aussi, quoi.

Elisabeth attend un retour de la part du patient :

Mais c'est vrai qu'avec certaines personnes, euh, moi j'ai (...) beaucoup donné, mais la personne elle m'a rien rendu et puis je me suis sentie frustrée.

Isabelle constate la réciprocité du réconfort :

Ça nous remet un petit peu de vigueur, parce qu'on se dit « ah ben le patient il a confiance en moi ».

C'est la façon dont les patients nous, ben nous réconfortent presque (rire).

Je trouve que c'est par le retour (affectif) des patients qu'on se sent bien.

Ben c'est ce genre de chose (...) qui nous remontent, qui nous font du bien, quoi

Ben c'est une réussite ! On ne tombe pas dans l'échec médical, ou des choses comme ça (...). Ça fait du bien oui, et ça donne de l'élan.

Jacqueline parle en termes d'échanges, donner et recevoir :

Ben du fait qu'il y avait un échange quelque part parce que malgré tout (...) on aime bien réconforter, on aime bien (...) donner, on aime bien recevoir aussi en échange.

Sans vraiment recevoir mais de voir que ce qu'on donne (...) fait plaisir quoi, est bienvenu.

Alors « le recevoir » c'est simplement, je sais pas, ça peut être un sourire (...) un remerciement.

Ça c'est important, un remerciement. Le fait qu'on est aussi reconnu dans ce que l'on fait (...).

Qui rend un retour. Chez qui on voit que ce qu'on fait a de l'importance ; qu'on a atteint notre but dans ce qu'on donne, quoi.

Puis il y a (...) un respect, de l'estime aussi.

Il me semble qu'avec cette dame, justement, ça c'est passé spontanément quoi.

D'un moment à l'autre elle s'est ouverte et on a pu chacune être soi-même, je dirais ...

Katrin raconte comment elle trouve auprès de la patiente ce qu'elle a manqué avec

sa grand-mère :

C'est comme ... bon, c'est peut-être quelque chose qui part de moi aussi, ça, mais euh, ça peut aller très loin (petit rire) si on se sent proche de quelqu'un particulièrement. ... C'est, ouais, c'est peut-être qu'il y a quelque chose qui me fait penser à mes, ouais, à mon grand-père et ma grand-mère que j'ai perdus, puis que j'aurais voulu combler et puis que j'ai pas pu faire certaines choses puis que je me rattrape chez une personne parce que ça me fait penser un peu à eux ; soit

je sais que c'est pas eux mais dans la personnalité, dans leurs gestes en général ; je retrouve quelque chose que j'avais chez les personnes que j'ai perdues.

Puis à propos de Madame K particulièrement.

C'est un investissement plus personnel. D'être humain à être humain.

Ouais, parce que moi j'ai l'impression d'aller chercher quelque chose aussi auprès d'elle.

C'est sûr que quand j'arrive euh, je fais en sorte que ce soit moi qui s'occupe d'elle dans la répartition, euh, j'aime bien quand je vais vers elle. C'est quelque chose qui provoque vraiment un maximum (?) et que je sais pas par des mots (...) comment expliquer ...

Je (...) là, j'ai vraiment l'impression que je vais chercher là quelque chose que j'ai vraiment manqué ailleurs.

Comme, je sais pas, c'est sûr que, par exemple, comme ma grand-mère que j'ai perdue. Bon elle avait un gros problème aussi au niveau de la jambe et puis j'ai pris soins d'elle quand même longtemps et puis je l'ai perdue, j'étais ici (en Suisse, alors que Katrin est québécoise). Je l'ai pas vue (...) dans les derniers temps et à quelque part je m'en veux parce que j'ai tout le temps pris soins d'elle et puis comme quand je pars « wouups », elle part aussi. Puis, avec elle, je ressens comme le besoin de faire la continuité de ce que j'ai perdu. Puis, peut-être, oui peut-être bon je ne souhaite pas qu'elle meure ici ou quelque chose comme ça, mais j'ai l'impression comme de terminer, moi, une action que j'ai pas terminée avant.

Cependant la question qui émerge est de savoir ce qui se passerait pour un patient pour lequel l'infirmière n'a pas de « feeling » ou auquel elle ne peut s'identifier ou qui ne ressemble à aucun membre de sa famille.

Gilda apporte quelques éléments de réponse :

J'ai eu l'impression par rapport à cette personne précise que, en ayant une attitude chaleureuse et « familière » (...) que pour elle c'était quelque chose de très important.

J'ai eu un sourire (...) puis le soir même j'avais un retour direct de sa part me disant : mais, ce que vous êtes gentille, et puis avec un grand sourire et j'avais vraiment l'impression que c'était quelque chose de très important pour elle cette espèce d'empathie générale.

J'avais l'impression que je manifestais, par ma voix et par mon sourire, quelque chose d'affectueux et qu'elle était très sensible à ça.

Il y a certaines personnes pour lesquelles parfois j'ai une affinité très forte ou bien tout à coup un « feeling » qui se passe où il y a vraiment une relation qui semble pouvoir être plus importante qu'une autre.

C'est pas le cas pour elle, mais c'était quelqu'un de chaleureux, il y avait du répondant.

Oui, j'ai essayé de créer une atmosphère où elle se sente à l'aise et puis qu'il soit propice au fait qu'elle puisse me demander certaines choses, me solliciter, me

demander un service, ne pas être gênée, voilà, j'ai essayé de créer un climat comme ça.

Et puis, oui, pour ne pas oublier ça, que chaque être, chaque personne dont on s'occupe est un être humain et que c'est la chose la plus importante dont il faut se souvenir.

Il ne faut pas s'arrêter à la sympathie ou antipathie, aller au-delà de ça aussi (...)

Dans le sous-chapitre suivant, nous présenterons un cas paradigmatique et trois exemplaires de manière à cristalliser (Carkhuff, 1969) les expériences de réconfort ou d'absence de réconfort que nous ont transmises les dyades. Pour mémoire, cette phase de l'analyse visant à décrire des cas, est issue de la méthodologie de Benner (1994), Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) ; Benner, Tanner et Chesla (1996). Une partie de l'interprétation consiste à repérer comment et pourquoi ces cas surgissent, attirent l'attention ou au contraire comment et pourquoi ils vont à l'encontre de ce qui était pris pour acquis concernant le réconfort.

4.1.4. Cas paradigmatique

Le cas présenté ici, illustre presque l'entier des catégories thématiques qui ont été extraites de l'analyse des verbatim des patients et des infirmières. La seule catégorie qui n'apparaît pas explicitement dans le témoignage du patient est « être soutenu spirituellement ».

Monsieur D. est âgé de 61 ans. Il est de nationalité suisse, il est marié, père de quatre enfants et il vit à la campagne. Monsieur D. parle avec passion de son métier d'agriculteur, bien qu'il ait remis son domaine, il y a quelques temps déjà, à l'un de ses fils, également agriculteur.

Monsieur D est polytraumatisé : il a subi un traumatisme thoracique (hémopneumothorax droit avec volet costal), un hémopéritoine avec une contusion hépatique et une contusion mésentérique. Il est resté trois semaines dans le coma, aux soins intensifs. Il a bénéficié de plusieurs opérations majeures et il est actuellement au soixante et unième jour postopératoire. Il répond avec facilité et générosité aux questions posées.

Il raconte avec émotion comment depuis deux semaines, il est d'une sensibilité extrême et il ressent des émotions avec étonnement, ce qui l'amène à pleurer : « je suis devenu sensible, ma sensibilité est à fleur de peau ». Il exprime avec

admiration comment Dominique le réconforte, comment elle prend le temps de parler avec lui, comment elle le rassure sur l'expression de ses émotions. Il a également ressenti l'inquiétude de l'équipe face à ses pleurs soudains et une psychologue a été appelée, qui a estimé que pleurer n'était pas un problème, bien au contraire, et qu'il était souhaitable que Monsieur D. exprime ses émotions.

Monsieur D. dit recevoir également beaucoup de réconfort à travers le fait que plusieurs personnes prennent de ses nouvelles et il réalise qu'il est important pour d'autres que ses proches. Il raconte son passage aux soins intensifs comme une période « d'endurance » où il a frôlé la mort mais dont il n'a aucun souvenir. « Je suis revenu par le petit trou. Ils m'ont sauvé ».

Il se sent proche de Dominique qu'il dit être sa « préférée », car il reconnaît son professionnalisme et simultanément il reconnaît que le réconfort nécessite du temps. Il décrit avec minutie ce que Dominique fait : elle parle avec lui pendant qu'elle refait les pansements, elle lui explique qu'il s'en sort bien malgré un traumatisme violent. Ainsi, il réalise qu'il est « miraculé ». Il dit « elle sait trouver les mots, elle sait expliquer » Il ajoute : « elle sait parler de tout et surtout de mon cas, de moi ». Puis il raconte son efficacité lors d'une nouvelle complication. Il décrit comment elle a été là au bon moment, comment elle l'a descendu au scanner et la confiance qu'il a en Dominique. Puis en radiologie, elle a répondu à sa demande en appelant le médecin avec qui il souhaitait parler. Monsieur D relève également le réconfort apporté par ce médecin qui a instauré un réel partenariat avec lui. Il est impressionné par leur attention et ceci malgré le stress . Ainsi il a été sécurisé par Dominique et il était détendu au moment de la ponction. Il dit combien l'information et les explications sur ce qui va se passer et comment cela va se dérouler sont apaisantes. Le fait de ne pas être seul est également mentionné de même que l'importance d'être partenaire lors d'un soin comme la pose d'une sonde naso-gastrique.

Il a l'impression d'être « choyé » par Dominique et c'est cela qui lui fait dire à son épouse : « tu sais, elle est vraiment fantastique ».

Il termine l'entretien sur le fait qu'en tant qu'agriculteur, il était habitué à un réconfort plus matériel qu'émotionnel ou qu'intellectuel. Il fait en quelque sorte son bilan de vie et pour cela, il reçoit le soutien de Dominique.

Dominique a 38 ans, elle est d'origine suisse et elle a 17 ans d'expérience professionnelle. Elle est mariée, et mère de deux adolescents. Elle a été nommée par trois patient(e)s comme l'infirmière qui les a réconfortés, mais les critères d'inclusion ne permettaient l'appartenance qu'à une seule et unique dyade, c'est pourquoi Dominique n'appartient qu'à la présente dyade. Elle n'est pas étonnée d'avoir réconforté Monsieur D. et elle est généreuse dans les réponses aux questions posées. Elle reprend la même situation que le patient et la décrit de son point de vue.

Elle explique qu'elle a perçu l'angoisse de Monsieur D. face à cette ponction et à la douleur que celle-ci pouvait engendrer, mais aussi en regard de cet imprévu qui « venait contrarier la bonne évolution de sa situation ». La signification du geste technique est importante. Dès leur arrivée à l'étage de la radiologie, Dominique a présenté le patient au technicien et elle est restée avec lui, malgré le départ imminent de sa collègue. Elle sentait Monsieur D « comme un petit enfant (...) tout recroquevillé et qui dit : ah mon Dieu, qu'est-ce qu'on va me faire ». Et elle a pris le temps de lui expliquer « techniquement » comment cette pose de

drain allait se dérouler. Puis elle l'a aidé à verbaliser sa peur face à l'évolution incertaine. C'est ainsi que le patient a abordé la question du coma dont il ne perçoit que la perte d'un moment de sa vie qui a été douloureux pour les siens en raison de l'incertitude qui lui est liée. Cette pose de drain signait une dégradation de son état de santé.

Dominique dit être consciente que ce patient est très attaché à elle, car elle le sécurise, elle le rassure. Elle utilise la métaphore qui consiste à être là, à le laisser s'appuyer sur elle, afin d'être réconforté. Pour le rassurer, elle se demande quelle est la signification du présent dans un contexte global. En d'autres termes elle se demande qu'est-ce que l'événement présent signifie pour Monsieur D. De plus, elle est attentive à « tout » compte tenu de l'instabilité de son état de santé (complications infectieuses versus réaction allergique aux antibiotiques, etc.). Elle scrute ses signes vitaux mais aussi des éléments plus subtils comme son regard, sa voix, sa gestuelle, ses comportements. Elle se sent comme à l'affût de l'anormal. Par ailleurs, ils ont instauré un dialogue qui lui permet de répondre à ses besoins, à ses demandes. Elle a même suppléé au manque de physiothérapie pendant les fins de semaine en demandant de petites barres afin que le patient continue les exercices de musculation. Dans un tout autre créneau, si elle observe qu'il a besoin de repos, alors elle organise les soins et l'environnement de manière à ce qu'il puisse se reposer.

Dominique vérifie ses perceptions auprès de Monsieur D. mais pas toujours dit-elle, car elle ne veut pas lui transmettre sa propre inquiétude de soignante. Elle est également très attentive à ne pas transmettre d'informations qui pourraient le rendre insécure ou lui faire du mal. Ainsi elle dose l'information. Elle est également sensible au partenariat et parfois elle le « tire en avant » comme lorsqu'elle lui propose une douche alors qu'il a des drains et des pansements. Elle dit « mais il était tellement heureux de cette douche » ; « j'étais aussi mouillée que lui, mais il était heureux ». La signification de cette douche est également appréhendée comme source de réconfort, c'est-à-dire un peu comme cheminer vers la guérison en modifiant pour quelques minutes le rapport au corps douloureux et nauséabond. À l'opposé, Dominique respecte le rythme du patient et observe qu'à certains moments il est important qu'il régresse afin « de souffler un peu ».

Cependant, Dominique relève aussi le manque de personnel comme une source de souffrance. À titre d'exemple elle mentionne sa présence en radiologie, alors que sa collègue doit quitter le service. Mais dans sa conception des soins, elle souhaiterait pouvoir offrir chaque jour un cadeau comme la douche ou un shampoing à ses patients ; même si elle est consciente de la surcharge de travail que cela représente.

Dominique relève le travail en équipe comme nécessaire dans une telle situation, où le patient traverse une crise, réalise un bilan de vie et demande implicitement un accompagnement. Elle mentionne aussi que Monsieur est « facile à réconforter en ce sens qu'il participe à la démarche » et qu'il a une belle capacité de verbaliser et d'élaborer son vécu.

Elle mentionne également ses propres périodes de doute, d'inquiétude, de soucis face à l'évolution ou plutôt parfois à la non-évolution de l'état de santé du patient. Et à ce propos elle est très claire : il faut composer avec nos envies, nos espoirs de guérison et la réalité présente.

Dominique attache de l'importance au réconfort dispensé par les proches du patient, tout en étant attentive à ce qu'ils ne s'épuisent pas et se donnent la permission de prendre soin d'eux.

Enfin, elle est au clair qu'à un moment il faut se retirer lorsque les choses vont mieux car « ce qui reste c'est leur vie ».

Il est intéressant de relever qu'à travers les données, nous n'observons pas qu'un seul cas, mais cinq cas paradigmatiques. Leurs caractéristiques sont les suivantes : tous se situent dans l'espace + / + (Annexe Q), tous illustrent de manière différente et complémentaire les catégories thématiques. Pour éviter les redondances, nous ne présenterons qu'un cas afin de pouvoir analyser différents exemplaires qui apportent des nuances qualitatives importantes pour la discipline.

4.1.5. Exemples

Nous présenterons maintenant trois exemplaires dont les particularités font qu'ils représentent chacun une situation singulière en regard du phénomène de réconfort. Les deux premiers exemplaires présentés se situent dans l'espace - / + (Annexe Q).

Monsieur C. est âgé de 43 ans. Il est de nationalité suisse, il est célibataire et vit dans le même immeuble que sa mère et son frère. Monsieur C. exerce le métier de plombier au sein d'une petite entreprise, activité qu'il ne semble pas apprécier particulièrement.

Il a bénéficié d'une pleuropneumectomie et il est actuellement au neuvième jour postopératoire. Il a de la difficulté à répondre aux questions posées. Par ailleurs, il ne peut pas nommer une infirmière spécifique qui l'a particulièrement réconforté, car pour lui elles sont globalement toutes gentilles et il ne connaît pas leur nom.

Pour cet homme, le réconfort semble très simple : recevoir des téléphones, avoir des visites, regarder la télévision et lire le journal. Il relève également comme source de réconfort « la présence des infirmières sympathiques » et leur sourire. Pour Monsieur C, souffrir c'est avoir des douleurs physiques. Par ailleurs il semble qu'il conçoive l'existence de mauvaises douleurs « celles de la maladie » et de « bonnes douleurs », c'est-à-dire les douleurs postopératoires qui, selon lui, « font du bien ». Il considère aussi que la douleur postopératoire est normale.

Toutefois, il existe pour Monsieur C. un autre versant de la souffrance qui consiste à perdre un être cher, comme sa maman, son frère, un ou une ami(e). Il a de la difficulté à élaborer la notion de perte au-delà du fait « qu'il faut se cramponner » lors de celle-ci et « ne pas y penser tout le temps ».

Il décrit un épisode de réconfort qui s'est déroulé alors qu'il quittait les soins continus pour la division. Un infirmier ou une infirmière (il ne se souvient plus très bien) a pris congé de lui et lui a dit : « quand vous partirez de l'hôpital, venez nous dire bonjour ! » Cette phrase lui a fait très plaisir. Il mentionne aussi le fait qu'on se soit occupé de lui, qu'on ne l'ait pas laissé tomber, comme des éléments majeurs de réconfort.

Dans ses propos concernant l'antithèse du réconfort, on trouve une certaine dualité cartésienne. Il imagine des soins impersonnels et non individualisés où il n'y aurait pas de communication directe mais essentiellement une communication par haut-parleurs. Et il ajoute « alors ça, ça serait impossible pour la tête, hein, alors que pour le corps, il s'en fout ». Dans le même esprit, il n'a besoin des soignants que pour suppléer aux activités quotidiennes qu'il ne peut assumer momentanément en raison de l'alitement (se laver, jeter ses urines, etc.). Il conclut heureusement que « les infirmières sont formées pour cela » (la suppléance physique).

Carla a 30 ans, elle est d'origine française et elle a dix ans d'expérience professionnelle. Spontanément elle n'a pas l'impression d'avoir réconforté Monsieur C. qui n'a fait aucune demande de réconfort et a refusé toute tentative de rapprochement. Cependant, elle commence l'entretien en précisant que dès qu'elle a eu ce patient en charge, elle a réglé le problème de l'antalgie afin qu'il soit confortable. Puis dans un second temps, elle a tenté (sans succès) d'aborder avec lui le futur, le lieu de la convalescence, ayant appris par le médecin qu'il y avait également un problème d'alcoolisme chez le frère du patient chez qui ce dernier voulait se reposer. Refusant toute entrée en matière en regard de son alcoolisme, Monsieur C. n'a pas accepté une convalescence dans un établissement de soins (non spécialisé) pour aller chez sa mère qui habite le même immeuble que ses deux fils. Carla respecte donc la distance et l'absence d'ouverture du patient tout en continuant à ne s'occuper que de son physique.

Puis Carla souligne la frustration de ne pouvoir s'arrêter lors de demande de réconfort explicite. Elle relève également la notion d'affinité et le fait qu'on ne peut pas entrer dans un processus de réconfort avec tous les patients (ceci a déjà été dit). Elle a observé que partager des moments difficiles avec un ou une patient(e) favorise l'envie de le / la réconforter.

Elle relève aussi qu'une des limites du réconfort se situe chez l'infirmière qui traverserait elle-même une période de crise momentanée (personnelle, familiale, etc.).

Carla affirme qu'elle a choisi cette profession pour son côté relationnel et qu'actuellement, elle trouve agréable d'apporter un réconfort psychologique et pas uniquement des soins techniques. Ainsi elle estime que « le réconfort est un plus pour notre profession qui lui plaît énormément ». Toutefois, elle trouve pesant de ne pas avoir le temps ou de ne pas pouvoir répondre immédiatement à une demande en raison de la charge et du rythme actuel de travail. Elle pense également que toute personne hospitalisée a besoin de réconfort. Face à un patient qui n'a apparemment aucune attente de nature psychologique envers l'infirmière, tout à la fois elle respecte cette constatation tout en craignant le risque de se fermer et de ne dispenser que des soins physiques. Elle ajoute un élément hors du commun, qu'elle est la seule à mentionner, à savoir un éventuel manque de « marketing » de la part des infirmières concernant leurs habiletés de

réconfort psychologique, alors même que cet aspect est le centre de notre profession. Pour elle le bien-être moral est le centre de notre profession.

Monsieur I est âgé de 41 ans, il est d'origine suisse et il est marié mais n'a pas d'enfant. Il n'a pas de formation professionnelle, il travaille comme commissionnaire dans une grande institution lausannoise.

Il a subi une coloprotectomie avec anastomose ilio-anale. Il a également une anémie ferriprive. Il est au huitième jour postopératoire. Monsieur I. ne semble pas comprendre les questions posées, sa pensée est difficile à suivre. Par moment il est difficile de savoir s'il parle de sa propre expérience ou de l'expérience d'une tierce personne. Par ailleurs, il se contredit à plusieurs reprises et utilise beaucoup les généralisations.

Monsieur I. pense que demander du réconfort s'apprend en famille et qu'actuellement il n'ose pas en demander. Il précise à ce propos que les soignants sont stressés et qu'il essaie « de ne pas leur faire perdre du temps ». Par ailleurs, il ne demande du réconfort qu'à son épouse, car sinon il se sentirait mal à l'aise (je comprends en filigrane qu'il aurait l'impression de la tromper). De plus, il évoque toutes sortes de stéréotypes comme « mon père m'a dit que j'étais un homme, donc un homme (...) doit être fort, il ne doit pas avoir de faiblesses ». En résumé, il est possible de dire que cet homme confond un réconfort dispensé par une professionnelle dans le cadre d'une hospitalisation et le réconfort de nature plus privée et sexuelle qu'il partage avec son épouse. Tout semble se passer comme s'il trompait sa femme en acceptant du réconfort de la part d'une infirmière. Par conséquent il est très distant et superficiel dans sa relation avec les soignantes.

Enfin, il est à souligner que l'expression orale de cet homme ne facilitait pas la compréhension du cheminement de sa pensée. Néanmoins nous avons gardé ce témoignage, hors du commun, considérant qu'il était porteur d'éléments de compréhension significatifs en regard du phénomène étudié.

Isabelle a 29 ans, elle est d'origine française et elle a un an de pratique professionnelle. En fait, aucune infirmière n'a été nommée explicitement par Monsieur I. comme l'ayant réconforté, puisqu'il n'accepte pas de réconfort de la part des infirmières du service. Cependant, il a fait allusion à un événement qui a eu lieu ce matin. C'est pourquoi nous avons décidé de nous entretenir avec l'infirmière qui a vécu ce même événement. L'entrevue avec Isabelle a eu lieu directement après l'entretien avec le patient.

Isabelle est surprise des attitudes et propos de Monsieur I. En fait, l'unique moyen de s'approcher de lui est de chanter avec lui et son voisin de chambre, des chansons des années soixante. Sinon, elle confirme les dires du patient, à savoir qu'il ne fait aucune demande explicite ou implicite de réconfort. Il peut même avoir des paroles incohérentes dans un contexte précis comme le fait que son drain coule subitement abondamment et il dit : « j'espère que vous n'allez pas m'en vouloir parce que ça fait déjà trois fois ce matin » (que vous refaites le pansement) ou par exemple qu'il raconte à une visite qu'il vit « des hauts et des bas » alors qu'il est imperméable à toute approche de la part de l'infirmière concernant la douleur physique ou d'éventuelles craintes relatives à sa pathologie

qui est considérée comme importante. Elle constate et confirme par ailleurs que sa femme semble être l'unique source de réassurance et de réconfort de cet homme.

Nous sommes donc contraintes de parler du réconfort de manière plus globale, ou en lien avec d'autres personnes. Et dans ce cadre plus large, Isabelle amène des éléments intéressants.

Ainsi Isabelle lorsqu'elle a l'opportunité de réconforter une personne se sent « contente parce que je sens que la personne me fait confiance ». Elle se sent également « fière » de cette confiance. Elle précise que la quittance positive des patients est réconfortante et que c'est souvent l'unique reconnaissance que les infirmières reçoivent car « vous n'aurez jamais un merci d'un médecin ». « Heureusement qu'il y a les patients (...) c'est eux qui nous motivent ». « C'est une réussite ! On ne tombe pas dans l'échec médical (...) ça fait du bien, oui et ça donne de l'élan ».

Puis Isabelle ajoute que parfois on ne peut pas agir seule, par exemple elle cite la situation d'une dame qui ne voulait pas aller en convalescence dans une maison où elle ne pouvait pas pratiquer les rites de sa religion. Elle a donc dû revoir l'assistante sociale, cependant Isabelle précise que pendant ce type de transactions, ce sont les infirmières qui réconfortaient la patiente, la rassuraient et surtout parlaient de son souci prioritaire. Curieusement, les infirmières pensaient que ce serait l'annonce du diagnostic qui serait source de difficultés et elles furent surprises de constater que la priorité de la dame était de pouvoir pratiquer sa religion. Isabelle dit qu'elle pouvait très bien comprendre cela, car elle est de la même confession que cette patiente.

Par ailleurs, Isabelle confirme qu'en chirurgie l'information concernant le déroulement des suites postopératoires est primordiale et plus particulièrement lors de complications comme une fistule ou un lâchage de fil. Isabelle dit que dans ces cas il faut « rassurer » voir « minimiser » en attendant le médecin. Elle précise que cette collaboration n'est pas évidente.

Autrement dit, certains patients ne souhaitent pas recevoir de réconfort émotionnel lors de leur hospitalisation bien qu'ils apprécient les soins physiques dispensés par l'infirmière.

L'exemple suivant est différent des précédents. Ici la personne se sent réconfortée alors qu'elle ne reçoit qu'un réconfort partiel, de nature émotionnelle, alors que la situation suggère autre chose. La patiente est perçue comme angoissée et déprimée, alors qu'elle se plaint de douleurs, qu'elle vomit et qu'elle s'enquiert de ses résultats sanguins. Rappelons que le contexte du témoignage est relié au développement d'une

complication postopératoire majeure. Cet exemplaire se situe dans l'espace + / -

(Annexe Q).

Madame F est âgée de soixante-six ans, elle est d'origine suisse. Elle est couturière de formation, mais elle a travaillé dans l'informatique (secteur mieux rémunéré que la couture). Elle est veuve depuis plusieurs années car son mari s'est suicidé peu après leur mariage. Elle a un fils d'une quarantaine d'année qu'elle a élevé seule.

Madame F. a subi une duodéno pancréatectomie avec pose d'une jéjunostomie. Dans ses antécédents on note également une néphrectomie sur tumeur. Elle vit son treizième jour postopératoire.

L'entretien a lieu alors que Madame F. a reçu (il y a quelques minutes) de la Morphine sous cutanée en raison de douleurs importantes. Son débit de parole est lent et par moments elle perd le fil de la conversation. Cependant, elle raconte un événement qui date d'environ un an et pendant lequel elle s'est sentie réconfortée. Il s'agit d'une rencontre avec une psychologue qui lui a demandé de raconter sa vie. Pendant cette narration, la patiente a pleuré énormément et elle dit que cela lui a fait beaucoup de bien.

Puis, avec difficulté, elle parle de son séjour actuel en chirurgie. Elle dit combien les infirmières sont « douces et gentilles ». Toutefois, l'exemple de réconfort qu'elle décrit est exclusivement relationnel. Elle raconte qu'hier soir, un drain avait cessé d'être sous aspiration et qu'elle a eu affreusement mal durant la nuit qui a suivi. Elle pense que la veilleuse n'a pas osé appeler le médecin et n'a pas rebranché l'aspiration. La patiente a continué à souffrir. Toutefois, l'infirmière lui a caressé le bras, mais elle n'a semble-t-il rien fait pour soulager Madame F. Cette dernière ajoute : « enfin, à part les douleurs, moralement on se sent bien ». Sinon, Madame F. trouve réconfortant de recevoir des cartes postales de l'autre bout du monde, des téléphones et surtout la visite de son médecin traitant qui vient la voir régulièrement à l'hôpital. Elle dit « ça me fait du bien de le voir ».

Madame F. est dyspnéique, elle ne me semble pas assez bien pour continuer l'entretien, certains propos sont difficiles à comprendre. Je décide d'interrompre l'entretien et de le reprendre le lendemain. Mais plus tard, j'apprends qu'elle a été retransférée aux soins continus.

L'hypothèse que j'é mets est qu'il est difficile de parler de réconfort lorsqu'on souffre et durant le développement de complications majeures.

France a vingt-huit ans, elle est d'origine française et a sept ans d'expérience professionnelle. Au premier abord, elle est très surprise d'avoir réconforté Madame F. Le témoignage de cette infirmière est émouvant car elle n'a pas réalisé que l'état de santé de Madame F. se péciorait.

A posteriori, elle se sent comme « un bourreau (...) qui la stimulait ». De ce fait, elle n'estime pas avoir fait du « grand réconfort ». Elle relève que Madame F. posait beaucoup de questions médicales, mais qu'elle, en tant qu'infirmière, ne pouvait pas toujours y répondre puisqu'elles étaient en lien avec les résultats sanguins. Ces questions n'ont pas été perçues par France comme une tentative d'objectiver un malaise de la part de la patiente. France ajoute « tout lui posait problème, tout l'angoissait » et simultanément elle dit son impuissance « je l'ai vue se dégrader » (...) « physiquement, oui elle baissait, on savait qu'elle nous

faisait quelque chose, mais on savait pas quoi (...) et ben, entre guillemets, j'ai pas pu l'aider ». France continue « je voyais qu'elle avait mal (...) qu'elle se dégradait et puis on a agi à l'extrême limite ». Et elle confirme que Madame F. se plaignait d'être fatiguée, posait des questions et elle conclut « peut-être qu'on aurait dû se rendre compte un peu plus tôt qu'elle allait moins bien ».

France souligne le fait qu'il y avait un manque de personnel « on n'était pas nombreux » dit-elle. Ce qu'elle raconte me fait penser à l'image d'un processus linéaire de cause à effets : la patiente a été opérée, par conséquent elle va mieux et elle ne peut qu'aller mieux. Dès lors il devient difficile dans un tel contexte de lire et d'interpréter les signes contradictoires qui sont annonciateurs de complications. Ces signes ont été interprétés comme de la fatigue, de l'angoisse, du « laisser aller » et « de la déprime ».

France confirme « il y a eu des signes, mais qui sont restés sans réponse ». « Et puis c'est vrai qu'on n'a jamais été (...) au-delà ». Par ailleurs, il semble que toute la communication avec la patiente était centrée sur son corps, sur les écoulements, sur les résultats sanguins, sur ses douleurs. C'est ainsi qu'à l'occasion d'un mal de dos, France ne souhaitant pas augmenter le nombre de médicaments administrés, proposa un massage à Madame F. Ce qui fait dire à France « c'était la première fois que je faisais autre chose que du technique ». Cependant cette constatation la culpabilise « il y a un sentiment de culpabilité » et elle précise que d'effectuer ce massage lui permettait de se « déculpabiliser ». Ceci d'autant plus que France considère ce soin comme « la cerise sur le gâteau » et qu'elle a du plaisir à effectuer un massage .

France précise que pour elle les gestes techniques s'exécutent sans sentiment « pour tout ce qui est gestes techniques, il n'y a pas vraiment de (...), même si on parle, dans les gestes il y a peu de sentiment, c'est comme ça » dit-elle avec résignation. Toutefois, elle dit avec un petit rire « j'ai eu peur. Oui je m'en suis occupée trois jours (...) et sur ces trois jours (...) elle n'a pas été bien une (seule) journée » .

France termine l'entretien en reconstruisant a posteriori les événements Elle réalise qu'elle s'est dit « il y a quelque chose qui ne va pas ». Elle retrouve des éléments comme les globules blancs qui montaient, la température sub-fébrile, les vomissements. Elle dit, je lui demandais « comment ça va » (...) « mais simplement (...) des petites questions pour (...) me rassurer moi » et puis elle me disait « ça va » alors « c'est bon ».

L'analyse de ces trois exemplaires apporte des nuances qualitatives et des éclairages que nous n'avions pas dans le(s) cas paradigmatique(s) où une impression « d'accord parfait », « d'adéquation » dominait les témoignages dyadiques. Un peu comme si l'offre de réconfort et l'attente (non explicitée) coïncidaient. Cette nouvelle analyse permet donc de nuancer et de contrebalancer ces premières impressions.

4.1.6. Entretiens

Comme mentionné au terme du chapitre consacré à la méthode, l'analyse des entretiens dyadiques a permis de mettre en évidence deux fois sept catégories thématiques (sept pour les patients et sept pour les infirmières). Chacune d'elle est composée de plusieurs thèmes dont le libellé est proche des verbatim. De plus, six tandems de catégories thématiques sont complémentaires, c'est-à-dire que le patient trouve réponse à ses attentes (non explicitées), à travers les activités spontanées de l'infirmière.

À titre d'exemple, voici quelques thèmes composants les catégories thématiques du réconfort issues de l'analyse des verbatim des patients et des infirmières. Pour les détails, se référer aux annexes I et J.

Tableau N° 1 : exemples de thèmes composants les catégories thématiques du réconfort issues de l'analyse des verbatim des patients

Exemples de thèmes	Catégories thématiques
Etre touché(e) par la compassion de l'infirmière Etre ému(e) par les paroles de l'infirmière Ressentir un souci de l'autre sincère	(a) Etre ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre
Etre soulagé L'infirmière fait ce que je ne peux pas faire Reconnaître son professionnalisme (complication)	(b) Bénéficier d'une suppléance physique et émotionnelle (être soulagé et réconforté)
Sentir une présence continue Ne pas être seul(e) Quelqu'un qui prend à cœur ce que je vis	(c) Ne pas être seul
Des petits gestes gentils, un p'tit câlin Se laisser caresser la main Etre touché physiquement	(d) Etre touché physiquement
Etre projeté dans un futur positif par l'infirmière Refaire des projets Etre à nouveau source de réconfort pour d'autres	(e) Etre projeté dans un futur meilleur
Recevoir des téléphones, des cartes postales Voir les siens (conjoint, enfants, amis) Recevoir des nouvelles des voisins du village	(f) Etre entouré par sa famille, ses amis et ses collègues
Prier Dieu Croire en Dieu Un sourire porteur de foi	(g) Etre soutenu spirituellement

Le regroupement des thèmes issus de l'analyse des verbatim des patients a été relativement aisé, probablement en raison de la congruence des témoignages relatifs au réconfort. Seule, la catégorie (e) « être projeté dans un futur meilleur » appelle une précision. Nous y avons classé, le thème « être à nouveau source de réconfort pour

autrui » car celui-ci est mentionné par le patient comme le premier indicateur que son état s'améliore. Tout se passe comme si, lorsque la vie n'est plus en danger et qu'un premier niveau de réconfort est assuré, la personne se souciait de réconforter son entourage immédiat (les voisin(e)s de chambres) et les personnes significatives.

Tableau N° 2 : exemples de thèmes composants les catégories thématiques du réconfort issues de l'analyse des verbatim des infirmières

Exemples de thèmes	Catégories thématiques
Etre ouverte à la souffrance de l'autre Etre touchée par les dires du patient S'attacher rapidement au patient	(a') Se sentir proche d'un être humain qui souffre
Etre attentive aux besoins du patient Soutenir le somatique et le psychisme Etre professionnelle : surveiller, informer, soigner	(b') Prendre soin de manière holistique
Pratiquer l'humour, faire rire, taquiner, plaisanter Etre ouverte à l'autre et le rejoindre là où il est Etre centrée sur le vécu de l'autre	(c') Etre avec
Tenir la main Caresser les cheveux Mettre ma main sur son épaule	(d') Toucher physiquement, regarder
Parler du futur comme d'une réalité Mentionner les progrès Parler avec le patient de ses projets de croisière	(e') Projeter dans un futur meilleur et réaliste
Parler des fleurs et des personnes qui les envoient Penser à réconforter le conjoint Faire entrer le quotidien dans la vie hospitalière	(f') Maintenir les liens avec l'environnement familial et social
Constater le manque de temps, de personnel Subir les restrictions budgétaires Gérer des situations de plus en plus lourdes	(h') Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire

Le regroupement des thèmes issus de l'analyse des verbatim des infirmières a été facile à réaliser. Cependant de nombreux retours aux verbatim ont été effectués afin de vérifier le contexte dans lequel s'insérait le thème. En effet, au début de l'analyse, la proximité et la complémentarité des catégories thématiques des patients et des infirmières nous paraissaient suspectes. Nous avons donc consacré une attention particulière à cette complémentarité, le patient ne faisant que très rarement une demande explicite de réconfort. Autrement dit, tout se passe comme si l'infirmière qui offre du réconfort, anticipait en permanence et spontanément les attentes et les besoins des opérés. Cet aspect sera repris dans le chapitre consacré à la discussion.

Voyons maintenant quels éléments nouveaux produit l'analyse des observations directes, sur le phénomène de réconfort.

4.1.7. Observations directes

L'analyse des transcriptions d'observations a été réalisée sur un canevas proche de celui des entretiens (à l'exception des axes orthogonaux). Elle permet essentiellement un triple constat déjà mentionné au début de ce chapitre, à savoir que l'infirmière pratique beaucoup plus de stratégies de réconfort que celles qu'elle décrit durant les entretiens. De plus, elle collabore efficacement avec le médecin anesthésiste en phase postopératoire précoce en vue du mieux-être du patient. Cependant, elle introduit parfois une organisation du travail qui l'amène à s'auto-limiter dans ses opportunités de réconfort.

La première constatation est primordiale pour la discipline. À plusieurs reprises, les mêmes « patterns » ont été observés chez l'infirmière et ceci plus particulièrement lors

de situations critiques ou à l'approche de la fin de la vie. Lors du processus d'analyse, ces « patterns » sont devenus des « thèmes » comme par exemple : une écoute au-delà des mots, entretenir une relation soutenante, une proximité physique (sans contact), un contact physique (main, bras, épaule, cheveux), faire en sorte que les yeux soient au même niveau et se regarder, sourire, une modification du ton de la voix au moment d'énoncer un message de soutien pertinent et réaliste en regard de la situation et maintenir le lien pendant l'absence. Ensuite, l'ensemble des thèmes qui viennent d'être exposés ont été rassemblés sous la catégorie thématique « patterns » de réconfort en phase aiguë ou en fin de vie. Aucune chronologie n'a été observée dans ces séquences, sauf pour la dernière qui consiste à pérenniser le lien et qui clôt systématiquement l'interaction. Nous présenterons ultérieurement quelques transcriptions d'observations qui illustrent ces séquences de comportements spécifiques.

De plus, l'analyse des observations directes à travers les processus de codification, de classification et de catégorisation menés, permet de confirmer l'ensemble des catégories thématiques issues de l'analyse des entretiens. À partir d'une liste de 31 « thèmes » (Annexe R), neuf catégories thématiques émergent dont deux supplémentaires par rapport à l'analyse des entretiens. Il s'agit pour mémoire de :

- (a) Se sentir proche d'un être humain qui souffre (compassion qui amène à un engagement observable)
- (b) Prendre soin de manière holistique (soulager et réconforter)
- (c) Être avec
- (d) Toucher physiquement, regarder, changer de voix ou les patterns du réconfort en phase aiguë
- (e) Projeter dans un futur meilleur et réaliste
- (f) Maintenir les liens avec l'environnement familial et social
- (g) Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire

Plus :

- (h) Collaborer avec les médecins en phase postopératoire précoce (anesthésiste et médecin de garde)
- (i) S'auto-limiter dans les opportunités de réconfort par une répartition du travail par tâche

Nous présenterons maintenant à titre d'exemples, quelques « thèmes » composant les catégories thématiques extraites de l'analyse des transcriptions des observations.

Catégorie : se sentir proche d'un être humain qui souffre

Les thèmes « être attentionnée », « écouter le patient au-delà des mots qu'il prononce » et « parler de soi » ont été regroupés dans une catégorie thématique que nous avons identifiée comme (a) se sentir proche d'un être humain qui souffre. Une des observations qui nous a conduite à cette analyse est la suivante :

02-19h20 : L'infirmière ajuste l'attelle et demande si la jambe est confortablement installée, ce que la patiente confirme. L'infirmière demande si la dame a besoin de quelque chose avant qu'elle ne quitte la chambre. La réponse est négative.

L'infirmière s'approche de Madame K, lui touche l'épaule, lui dit qu'elle est là jusqu'à 23h00. La patiente répond qu'ainsi elle se sent entre de bonnes mains. L'infirmière continue et informe qu'elle sera absente une semaine parce qu'elle récupère quelques jours de congés. La patiente est ravie d'apprendre cela, dit « oh je suis contente pour vous chère Dominique », elle lui souhaite de bien se reposer et lui demande comment vont ses enfants, ce à quoi l'infirmière répond qu'ils sont en pleine forme et qu'ils vont encore à l'école jusqu'au 23 décembre. L'infirmière dit : « je penserai à vous pendant mes congés et je me réjouis de vous revoir dans une semaine, d'ici là que tout aille bien pour vous ».

Nous quittons la chambre, la patiente sourit, nous remercie et nous fait un petit signe de la main.

Dans l'extrait qui vient d'être présenté, nous observons le souci d'une installation confortable, une relation sociale chaleureuse et une attention réciproque. Dominique est reconnue par Madame K non seulement comme une professionnelle mais également comme une mère de famille. Simultanément, Dominique exprime qu'elle maintiendra le lien avec la patiente durant son absence et elle anticipe déjà avec plaisir

leurs retrouvailles. Ce fragment d'observation correspond bien à cet intérêt pour l'autre, à ce « feeling », à cette attirance dont les infirmières ont parlé durant les entretiens.

Catégorie : prendre soin de manière holistique.

Les thèmes « anticiper la douleur », « promouvoir le bien-être du corps », « effectuer des soins techniques selon les critères de qualité », « recueillir des données pertinentes », « écouter », « induire un partenariat », « informer le patient » en ce qui concerne les soins, les résultats d'examens ou l'antalgie et « favoriser le contact avec l'aumônier » ; ces thèmes ont été identifiés comme appartenant à la catégorie thématique (b) prendre soin de manière holistique.

O3-18h45 : (après avoir pris les signes vitaux, observé la fistule, testé la motricité et la sensibilité de la main et que le patient ait pris spontanément un comprimé de Trinitrine) l'infirmière s'accroupit à la tête du lit de manière à être très près du patient qui est allongé presque en position déclinée. Elle lui demande s'il ressent son malaise plutôt d'origine physique ou psychologique. Il redit qu'il a l'impression d'être saoul et que c'est très désagréable. Elle confirme qu'il y a effectivement plusieurs éléments qui peuvent expliquer ces vertiges, mais que pour sa part elle ne s'inquiète pas particulièrement, toutefois elle va informer le médecin de garde de ce qui se passe. Elle lui met la main sur l'épaule et lui dit qu'elle repassera tout à l'heure. Si entre temps, il avait besoin de quelque chose qu'il n'hésite pas à sonner. Monsieur X remercie l'infirmière.

Il ajoute qu'il n'a pas pris ses médicaments depuis hier matin et que c'est peut-être cela qui influence son état actuel. Elle demande quels sont ses médicaments usuels, sa femme les sort de l'armoire et les montre à l'infirmière. Puis il précise que normalement il aurait dû être dialysé ce matin et que cela doit aussi avoir une influence. Il revient sur le fait qu'il aurait aimé que les médecins lui parlent à la fin de l'intervention et lui disent ce qui était prévu : quand il sortait du CHUV, quand aurait lieu la prochaine dialyse, pourquoi cette fistule s'était bouchée, etc. Puis il termine en précisant qu'il est parfois un peu angoissé et que cela fait partie de sa nature depuis qu'il est malade.

O8-14h15 : Puis, pendant qu'elle vérifie l'état des pansements qu'elle a changés ce matin, Henriette cherche des solutions au manque de disponibilité de l'équipe infirmière. Elle demande à Madame V. si elle souhaiterait s'entretenir avec un

aumônier, que ces derniers sont très ouverts et qu'ils rencontrent très volontiers des personnes qui sont d'une autre confession que les plus « traditionnelles ». Madame V. refuse ... (silence)

Dans les passages retranscrits, nous pouvons observer que l'infirmière intervient à plusieurs niveaux simultanément. D'une part, elle vérifie, contrôle, évalue et mesure des paramètres qui lui permettent d'identifier la nature du problème auquel elle est confrontée et d'autre part, à l'aide de ses connaissances personnelles, elle réconforte la personne tout en recueillant de nouvelles informations qui l'aident à comprendre le problème et ceci grâce à ses connaissances empiriques.

Catégorie : être avec.

Les thèmes « respecter le refus de réconfort », « pratiquer l'humour », « bavarder simplement » ont été classés sous la catégorie thématique (c) être avec.

16-21h00 : Puis, je lui demande où elle habite dans l'Oberland bernois et elle m'explique qu'elle habite à M. (...) Elle est toute contente de parler de son village et son visage est plus détendu qu'à notre arrivée.

16-22h00 : nous venons distribuer les somnifères aux deux patientes et profitons de cette occasion pour échanger quelques propos sur la diversité des dialectes suisses alémaniques. L'atmosphère est détendue, nous plaisantons et leur souhaitons une « bonne nuit et de doux rêves » en suisse allemand. Cela fait rire les deux dames, car il s'agit là d'une plaisanterie légèrement grivoise.

09-14h30 : Alors que Madame S. doit prendre un petit verre d'eau pour avaler ses médicaments, elle attrape le verre en plastique, se prend les doigts dans la sonde gastrique qui fait un énorme coude près du nez et se trouve dans l'impossibilité de porter le gobelet à ses lèvres. Elle me regarde d'un air malin, nous éclatons de rire aux vues du comique de la situation. « Quand je vous dis qu'il faut l'ôter !!! » dit-elle avec un clin d'œil.

03-18h30 : 18h30 : une aide-hospitalière vient dire à l'infirmière que Monsieur X ne se sent pas bien. Il s'agit d'un homme d'environ 50 ans avec une belle barbe grise, généreuse et soyeuse dont l'infirmière a dit tout à l'heure qu'elle serait parfaite pour jouer le rôle du Père Noël dans quelques jours, ce à quoi le patient avait répondu non sans humour, qu'il devrait quand même la teindre en blanc pour ne pas être reconnu immédiatement par les enfants.

Dans les extraits rapportés, nous remarquons que les relations sociales, l'humour et la communication non verbale sont très efficaces lorsqu'il y a une difficulté liée à la langue ou à des préconceptions différentes concernant le problème de santé auquel est confrontée la personne. Dans ces cas, il s'agit d'échanger sur le plus petit dénominateur commun liant les personnes en présence et de ne pas poser des questions intrusives et menaçantes. Le plus souvent l'infirmière engage une relation en vue de faire connaissance et de parler de sujets qui relient la personne à sa vie quotidienne comme par exemple les enfants, la famille, le village, les traditions ou les activités de loisir. De plus, ces conversations ont l'avantage d'affiner les connaissances générales de l'infirmière en regard d'un domaine d'expertise de la personne. Nous avons observé que les infirmières en provenance de pays étrangers utilisent spontanément ce mode de communication avec les patients.

Catégorie : pattern de réconfort en phase aiguë ou en fin de vie.

Les thèmes « entretenir une relation soutenante », « toucher » la main, l'épaule, le bras, les cheveux, « regarder dans les yeux », « changer de ton de voix », « sourire », « maintenir le lien pendant l'absence » ont été classés comme appartenant à la catégorie thématique intitulée (d) pattern de réconfort en phase aiguë ou en fin de vie.

O5-13h55 : Henriette refait le pansement. Puis elle change de côté, vient tout près de Madame V., lui met la main sur l'épaule, la regarde et lui demande si elle a reçu de l'équipe toutes les informations dont elle a besoin en ce moment. Ce à quoi la patiente répond par l'affirmative. Ensuite, elle se positionne face à ce qui va se passer. Elle réaffirme qu'il est important d'évacuer le liquide qui est entre les plèvres car il peut devenir douloureux et surtout il risque de s'infecter. Madame V. dit comprendre la situation et qu'effectivement le changement de drain semble être la meilleure solution.

05-14h10 : Henriette injecte la Morphine et un autre produit dans les « butterflies » prévus à cet effet, tout en vérifiant que les injections ne soient pas trop douloureuses. La patiente dit qu'un des produits fait un peu mal, Henriette masse très légèrement le tissu sous-cutané où le liquide fait une petite bosse.

(...)

Avant de quitter la chambre de Madame V., Henriette vérifie que la patiente n'a besoin de rien d'autre maintenant, car dit-elle : « je vais poursuivre ma tournée et je ne reviendrai vers vous qu'à la fin de celle-ci ».

12-20h25 : le patient est à nouveau assis dans son fauteuil, il est très dyspnéique. Paule lui annonce qu'elle repassera tout à l'heure (...)

« À quelle heure revenez-vous? »

Paule s'accroupit, se rapproche du visage de Monsieur P., le regarde droit dans les yeux, lui touche l'avant bras et répond : « je reviens approximativement dans une heure, mais si vous avez besoin de moi avant n'hésitez pas à sonner, je ne suis pas loin et il y a également une aide avec moi » Paule s'assure que la sonnette est à portée de main de Monsieur P., elle la fixe sur le lit.

Les deux personnes dont il est fait mention ici sont en fin de vie et il est possible d'observer tout à la fois la disponibilité, la présence et le professionnalisme des infirmières. Toutefois, ces dernières relèvent qu'elles se sentent très seules pour accompagner la personne. Tout se passe comme si les chirurgiens baissaient les bras. En définitive, il n'y a que les interventions de l'équipe de soins palliatifs qui soutiennent les infirmières dans leur cheminement avec la personne vers une fin de vie digne et si possible paisible.

Catégorie : projeter dans un futur meilleur et réaliste.

Les thèmes « soutenir le projet du patient », « décentrer » et « faire des projets », ont été rassemblés sous la catégorie thématique intitulée (e) projeter dans un futur meilleur et réaliste.

08-14h30 : Avant d'entrer dans la chambre j'avais dit à Henriette que je proposerais à Madame V de parler si elle en ressentait le besoin. Henriette pensait que cette proposition serait probablement appréciée de la part de la patiente. Aussi, avant de quitter la chambre je demande à Madame V si elle souhaite parler un moment. Elle me regarda longuement, avec un léger sourire et dit en soupirant « je suis épuisée ». Je lui demande si elle préfère se reposer

plutôt que de parler. « oui, j'aimerais dormir » dit-elle. Je soutiens son projet en rappelant qu'avec la Morphine qu'elle venait de recevoir, elle pourrait certainement dormir un peu. Je la quitte en lui souhaitant un sommeil réparateur.

12-20h10 : Paule commence par injecter très lentement un antalgique intraveineux, pendant ce temps elle demande au patient comment évolue sa toux et il lui annonce qu'il essaie d'arrêter de fumer, qu'il a eu un entretien avec une personne qui lui a proposé et mis un « patch » afin qu'il supporte le manque de nicotine.

« Je veux essayer d'arrêter de fumer, je crois que c'est le bon moment » précise-t-il.

« Je vous félicite pour cette décision ! » dit-elle avec beaucoup d'enthousiasme.

Il tousse et expectore, elle l'encourage à expectorer malgré les douleurs et à bien faire ses exercices de physiothérapie afin d'évacuer tout ce qu'il a dans les poumons.

Dans les passages présentés, nous remarquons que le projet de la personne est soutenu inconditionnellement par l'infirmière qui va tout mettre en œuvre afin qu'il se réalise.

Catégorie : maintenir les liens avec l'environnement familial et social.

Les thèmes « favoriser la présence des proches », « favoriser la collaboration avec les proches », « rassurer les proches » et « renforcer les liens avec l'extérieur » ont été rassemblés sous la catégorie thématique (f) maintenir les liens avec l'environnement familial et social.

06-13h45 : Princesse informe Monsieur U. (70 ans) que l'heure des visites est arrivée et qu'elle va l'installer sur le côté droit afin qu'il soit confortable et qu'il puisse voir sa famille. Il acquiesce en clignant des yeux (il est aphasique).

11-14h30 : Madame Q dit que justement elle souhaitait se mettre au fauteuil avec l'aide de ses parents qui viennent d'arriver du Valais (environ 100km). L'infirmière lui propose son aide mais la patiente dit « vous avez bien assez à faire comme cela sans encore aider quelqu'un de mon âge ». Et puis « ils aiment bien se rendre utiles » dit-elle en parlant de ses parents.

Gilda ajoute qu'elle viendra refaire le pansement dès la fin des heures de visites. Madame Q apprécie cette organisation puisque ses parents ont fait une centaine de kilomètres pour la voir.

Les extraits ci-dessus, montrent que l'infirmière organise les soins en fonction des heures de visites afin d'empiéter le moins possible sur ces moments privilégiés qui permettent aux personnes de rester en contact avec des êtres significatifs. Nous avons également pu observer que l'infirmière informe, rassure et souvent demande des informations aux proches afin de compléter son recueil de données lorsque le patient, par exemple, présente des difficultés d'élocution ou qu'il est encore sous l'effet de produits anesthésiants.

Catégorie : considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire.

Les thèmes « manque de disponibilité », « contraintes organisationnelles » et « surcharge de travail » conduisent à la catégorie thématique (g) considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire.

08-14h10 : Lorsqu'Henriette revient des W-C où elle a mesuré et jeté le liquide verdâtre, elle dit avec douceur et en se rapprochant de la patiente, qu'elle se sent mal à l'aise de ne pas pouvoir lui accorder plus de temps depuis quelques jours, car le service est surchargé. Madame V répond qu'elle sait (silence). Aucune émotion n'apparaît sur son visage suite aux propos d'Henriette. Le contact visuel simultané est peu fréquent entre les deux femmes.

Avant d'entrer dans la chambre, Henriette m'avait fait part de son malaise en regard de cette patiente qui, aux vues de son état ne devrait plus être dans un service de pointe, mais qui simultanément est tellement appareillée qu'elle peut difficilement être transférée ailleurs.

03-19h00 : Le médecin de garde qui est aux urgences n'a pas le temps de monter à l'étage en ce moment. Il précise qu'il a été appelé la veille pour les mêmes symptômes, chez le même patient. Après une négociation serrée avec l'infirmière, il dit qu'il passera dès qu'il y aura une accalmie aux urgences.

Ces deux fragments illustrent les difficultés auxquelles sont confrontées les infirmières qui souhaitent dispenser des soins allant au-delà des actes médicaux délégués et qui considèrent l'être humain dans sa globalité. Ces difficultés se

concrétisent essentiellement à travers l'accélération du rythme de travail et de la production d'actes techniques, ce qui dans un premier temps diminue la disponibilité puis secondairement l'engagement de certains professionnels de la santé. Il s'agit là d'un mécanisme de défense naturel, car il y a des limites au don de soi (Ricoeur, 1994). Précisons qu'il n'y a pas que l'infirmière qui est soumise à cette pression mais bien la quasi totalité des professionnels de la santé. Le dernier exemple présenté ci-dessus en est une illustration.

Les deux catégories thématiques supplémentaires qui émergent de l'analyse des observations et qui n'apparaissent pas dans les entretiens sont la « collaboration avec le médecin en vue du mieux-être global du patient » et « le contexte organisationnel et l'auto-limitation des opportunités de réconfort ».

Catégorie : collaboration avec le médecin en vue du mieux-être global du patient.

Cette première catégorie thématique émerge essentiellement en phase postopératoire précoce, c'est-à-dire au retour de la salle d'opération, lorsque le patient est réveillé mais somnolent et qu'il se passe un incident inattendu. Rappelons que les patients rencontrés durant les entrevues étaient au-delà du quatrième jour postopératoire, il est donc probable qu'ils n'aient pas de souvenirs très précis de cette phase postopératoire précoce. Dans ce cas les observations complètent les entretiens et nuancent la pénurie de propos concernant le soulagement de la douleur relevée chez certaines infirmières. En d'autres termes, les observations démontrent que le soulagement de la douleur fait partie des stratégies de réconfort postopératoires précoces de l'infirmière bien que cette dernière en parle peu. Cependant, il est important de ne pas négliger les dires des patients qui ont affirmé avoir souffert physiquement durant la phase postopératoire

précoce comme d'ailleurs plus tardivement. Toutefois ces douleurs, survenant par exemple au troisième jour postopératoire, sont le plus souvent liées à la reprise du transit intestinal, à une mobilisation plus soutenue et au difficile passage de l'antalgie parentérale à l'antalgie « per os ».

04-17h00 : Dominique accueille Monsieur W qui remonte de la salle d'opération. Son père est à côté de lui. Le client est un jeune homme d'environ 20 ans qui est remonté de la salle avec deux drains thoraciques, une PCA et une perfusion d'entretien. Il est encore très somnolent mais se plaint de violents maux de tête et de douleurs thoraciques. L'infirmière lui explique en termes très simples le fonctionnement de la PCA et les grands principes de l'antalgie. Elle précise que les maux de tête ne seront pas calmés par la Morphine car ils sont dus à un excès de gaz carbonique dans le sang pendant l'opération. Cependant elle précise qu'elle va regarder si l'anesthésiste a prévu quelque chose à cet effet.

Le père demande si son fils peut boire, l'infirmière pense que c'est un peu prématuré, car il est encore très endormi, mais qu'il peut lui mettre une lavette humide sur le front s'il le désire et elle lui donne une lavette (le lavabo est à côté du lit). Elle dit au père qu'elle va demander à l'anesthésiste de passer afin de régler la dose de Morphine distribuée par la machine. Il est reconnaissant. (entre temps le patient a reçu un suppositoire de Ponstan et la dose de Morphine a été augmentée par l'anesthésiste alors que nous étions auprès d'un autre patient)

18h30 : ma collègue me demande si je peux l'aider pour la réfection du lit de Monsieur W., proposition que j'accepte volontiers.

L'infirmière lui explique minutieusement comment nous allons pratiquer afin qu'il ait le moins mal possible. Elle précise qu'elle sollicitera sa collaboration à certains moments précis et qu'ainsi tout se passera bien pour lui et pour nous. Elle lui propose une friction à l'eau de lavande qu'il accepte. Elle vérifie qu'il a bien saisi le fonctionnement de la PCA et lui rappelle les principes d'une antalgie efficace.

20h30 l'aide-hospitalière informe l'infirmière que Monsieur W ne se sent pas bien, qu'il a le hoquet et que tout à l'heure il se plaignait d'être nauséux.

L'infirmière étant près de la pharmacie, elle prépare immédiatement une injection de Primpéran, avant même de voir le patient.

Lorsque nous arrivons dans la chambre, Monsieur W est assis dans son lit secoué par un très violent hoquet, dont chaque assaut est suivi d'un « aïe ». Il a l'air épuisé et supplie « faites quelque chose ». Elle lui demande comment ce hoquet a commencé. Il explique : qu'il dormait tranquillement, qu'il n'avait plus mal et qu'il s'est réveillé avec le hoquet. Elle lui explique l'effet du Primpéran. En attendant l'effet de l'injection, nous essayons quelques « remèdes de bonnes femmes » qui consistent à retenir l'air dans les poumons après avoir inspiré

profondément, à boire de petites gorgées d'eau, mais sans succès. Après quelques minutes, l'infirmière décide d'appeler le médecin de garde.

Catégorie : auto-limitation des opportunités de réconfort.

Pour ce qui a trait à la seconde catégorie thématique relative au « contexte organisationnel et à l'auto-limitation des opportunités de réconfort », il a été observé de manière inattendue, que ce sont les infirmières, elles-mêmes, qui ont organisé un travail « en miettes » centré sur la tâche et non sur les besoins du client. Cette taylorisation, c'est-à-dire ce découpage du travail par catégorie de soins vise par exemple à mesurer toutes les tensions, puis à « préparer » toutes les injections. De ce fait, l'infirmière n'est plus responsable des soins à tel ou tel patient ou groupe de patients et elle n'a pas de vision globale de la situation du malade, elle n'agit que ponctuellement auprès de ce dernier. Cet aspect organisationnel ressort clairement de l'analyse comme étant un élément déterminant du contexte qui minimise les opportunités de réconfort.

O15-14h00 : Zora³⁴ vient juste de terminer son repas. Elle arrive dans le service et commence la tournée de l'après-midi. Une de ses collègues – qui est nouvelle dans le service – l'a visiblement précédée dans certains contrôles et Zora lui demande où elle en est exactement. (je ne comprends pas la réponse ne connaissant pas personnellement les patients) Par ailleurs, il semble que l'étudiant infirmier de deuxième année ait mesuré des tensions artérielles « pour s'exercer » dit-il à Zora (cette dernière constatera plus tard que l'étudiant n'a pas pris les pulsations !).

Zora prépare une perfusion dans le couloir. Puis, elle va chercher la patiente qui regarde la télévision. Au moment où elle branche la perfusion d'antibiotiques, elle découvre qu'une perfusion a déjà été préparée et que celle-ci a été posée sur la potence du lit. Sa collègue arrive et lui demande pourquoi elle a préparé un autre flacon d'Augmentin. Zora explique que la durée de vie du produit étant très courte après la dilution, environ 15 minutes, elle ne pouvait pas l'utiliser ne sachant pas à quelle heure le produit avait été préparé.

³⁴ Ce pseudonyme sert à assurer la confidentialité des données.

Puis nous rentrons dans une autre chambre et Madame M. (environ 30 ans) nous dit que l'autre infirmière a déjà donné les thermomètres et relevé la température sur les dossiers.

4.2. Phénomène de réconfort

Dans ce chapitre consacré aux résultats et à leur analyse, nous avons vu que les observations corroborent et permettent d'affiner les principaux éléments mis en évidence lors des entretiens. Toutefois, celles-ci amènent deux éléments supplémentaires qui ne ressortaient pas des entrevues, à savoir : une collaboration efficace avec le médecin anesthésiste en phase postopératoire précoce (retour de la salle d'opération) et une organisation des soins qui peut mener à une auto-limitation des opportunités de réconfort.

4.2.1. Expériences de réconfort.

Pour les patients, le phénomène de réconfort commence par la rencontre, le rapprochement de deux êtres humains qui constituent la dyade. Ce n'est qu'à partir de cette phase centrée sur l'affectivité que la personne sait qu'elle peut s'appuyer sur telle ou telle infirmière, qu'elle recevra ce dont elle a besoin et qu'elle sera accompagnée dans cette rupture que représente l'hospitalisation.

De plus, plusieurs personnes disent avoir vécu une expérience existentielle importante à l'occasion de ce passage en chirurgie et elles expriment spontanément le réconfort apporté par leur entourage familial, social et par la spiritualité.

Du côté de l'infirmière, le réconfort commence par un « feeling », par une sorte d'attraction réciproque entre les partenaires de la dyade. Cette attraction est subtile, difficile à raconter et elle semble non volontaire. Parfois, l'infirmière s'identifie à la personne soignée alors qu'à d'autres occasions elle dit voir un membre de sa famille à

travers le patient. Cette phase de rapprochement entre deux êtres humains est très réconfortante pour l'opéré qui se sent reconnu et confirmé.

Ce n'est qu'à partir de ce rapprochement « réussi » qu'intervient la compassion, l'envie d'aider, de soutenir, d'accompagner l'autre dans l'épreuve. Par ailleurs, lors de la narration d'expériences spécifiques, toutes les infirmières affirment que le réconfort comporte au minimum deux dimensions, l'une centrée sur le physique, l'autre sur le psychique. La dimension sociale n'est prise en compte qu'à l'occasion d'un long séjour, alors que l'aspect spirituel - à l'inverse des patients - n'est pas abordé explicitement par les infirmières, même si ce dernier apparaît en filigrane dans certains entretiens.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que « la cible du réconfort » n'est pas toujours aussi altruiste qu'il y paraît de prime abord. Plusieurs infirmières ont dit d'une manière ou d'une autre qu'elles attendaient de la reconnaissance de la part du patient ou tout au moins suffisamment de « répondant » et de réciprocité pour qu'elles puissent continuer à donner et à investir d'elles-mêmes dans la relation.

Pour clore cette partie de l'analyse consacrée à l'analyse et à la mise en forme des données, nous présenterons un tableau qui présente six « tandems » qui sont porteurs de significations dans le cadre de cette étude. La colonne de gauche reprend les catégories thématiques issues de l'analyse des verbatim des patients et la colonne de droite fait référence à l'analyse des verbatim des infirmières.

Tableau N°3 : catégories thématiques des patients versus des infirmières

Patients	Infirmières
(a) Etre ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre	(a') Se sentir proche d'un être humain qui souffre
(b) Bénéficier d'une suppléance physique et émotionnelle (être soulagé)	(b') Prendre soin de manière holistique
(c) Ne pas être seul	(c') Etre avec
(d) Etre touché physiquement	(d') Toucher physiquement, regarder
(e) Etre projeté dans un futur meilleur	(e') Projeter dans un futur meilleur et réaliste
(f) Etre entouré par sa famille, ses amis et ses collègues	(f') Maintenir les liens avec l'environnement familial et social
(g) Etre soutenu spirituellement	Nihil
Nihil	(h') considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire

Nous constatons d'emblée que six « tandems » cohérents et complémentaires émanent d'une dynamique intra-dyade basée sur ce qu'une infirmière a appelé « donner et recevoir ». La juxtaposition de ces deux colonnes démontre que cette dynamique

intra-dyade est puissante car elle permet de répondre à la plupart des besoins du patient. De plus, il est important de relever que la catégorie thématique (b) « bénéficier d'une suppléance physique et émotionnelle (être soulagé) » peut être facilement comprise comme proche de la catégorie (b') « prendre soin de manière holistique ». De la même façon, il est possible de trouver des liens importants entre la catégorie (f) « être entouré par ses proches, ses amis et ses collègues » et (f') « maintenir les liens avec l'environnement familial et social ».

Cependant, la catégorie (g) « être soutenu spirituellement » demeure isolée. Et il en est de même du côté infirmier avec la catégorie (h') « considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire ». Relevons que l'isolement de ce dernier point se comprend facilement parce qu'il est directement lié aux conditions de travail des infirmières. Par contre, l'isolement de la catégorie (g) « être soutenu spirituellement » questionne. Nous reprendrons ces éléments de manière détaillée dans le sous-chapitre suivant.

Mais pour l'instant et dans un souci d'exhaustivité, terminons cette synthèse en rappelant les situations dans lesquelles le patient a vécu une absence de réconfort.

4.2.2. Absence de réconfort.

Pour les patients rencontrés, l'absence de réconfort est essentiellement liée à une douleur physique non maîtrisée, à un manque d'espoir, à l'absence de parole, au manque d'information et à l'indifférence des soignants, aussi bien des infirmières que des chirurgiens en regard de ce qu'ils vivent.

Paradoxalement, l'infirmière ne parle que rarement d'une absence de réconfort physique et elle ne mentionne jamais la persistance d'une douleur comme une absence de réconfort, alors que ce point est prioritaire pour l'opéré. Par contre, l'absence de

réconfort « psychologique » envahit complètement le discours de l'infirmière. De plus, l'infirmière fait référence à une situation dans laquelle elle est observatrice alors que le client est toujours l'acteur principal qui expérimente l'absence de réconfort. Enfin, dans les éléments semblables aux deux partenaires de la dyade, l'infirmière reconnaît également que le chirurgien est parfois à l'origine d'une absence de réconfort et en particulier lorsqu'il vient faire un pansement à l'improviste, sans prévoir d'antalgie supplémentaire ou lorsqu'il n'informe pas le patient que celui-ci développe une complication, alors même que ce dernier est fébrile, que sa suture coule et que le liquide devient nauséabond.

Néanmoins, l'infirmière reconnaît qu'elle n'a parfois pas le temps de répondre, comme elle le souhaiterait, aux demandes implicites de réconfort et ceci en raison de la surcharge actuelle de travail. Elle relève également deux sources de difficultés qui l'amènent à ne pas offrir de réconfort. La première se situe chez elle, sous forme d'un problème personnel momentané qui l'empêche de donner et d'être attentive à l'autre. Elle considère ce retrait comme une protection afin d'éviter de souffrir. La seconde provient du patient qui par exemple traverse une phase de déni ou de révolte et de ce fait présente des comportements déplaisants. Dans cette situation, l'infirmière se sent rejetée en tant que personne et elle ne semble pas pouvoir conceptualiser ce qui appartient au processus de deuil que traverse la personne.

Nous avons également observé que la personne est dans l'impossibilité de demander l'aide nécessaire lorsqu'une complication postopératoire se développe à bas bruits. Ses questions peuvent paraître incongrues. Cette situation est une source d'informations importantes pour la discipline, car elle permet de mettre en évidence que ce n'est qu'à partir du point de vue de la personne et de son état clinique qu'une interprétation des

questions qu'elle pose, peut être faite. En effet, ce n'est pas parce que la patiente pose des questions sur ses résultats sanguins, sur la nature de l'écoulement de ses drains, sur sa plaie opératoire qu'elle est forcément « angoissée ». Elle peut l'être, mais les douleurs, la fièvre, les vomissements, la fatigue, suggèrent d'autres interprétations.

Un point important à retenir dans le cadre de cette étude, est qu'une personne peut se sentir réconfortée moralement par la présence de l'infirmière et simultanément continuer à dire qu'elle a mal. Cette situation devrait alerter l'équipe soignante, en particulier lorsqu'il s'agit d'une femme de plus de 65 ans qui par son éducation et son histoire de vie n'a pas l'habitude de se faire entendre et d'exiger qu'on réponde à ses questions.

4.2.3. Refus de réconfort

Deux exemplaires reflétant un refus de réconfort sont présents dans les verbatim. Il s'agit d'hommes âgés de 41 et 43 ans. La première situation est celle d'un ouvrier du bâtiment qui ne souhaite pas parler de son alcoolisme socialement bien accepté dans son milieu mais que l'infirmière perçoit comme problématique. L'autre situation est celle d'un patient, manutentionnaire, qui ne veut recevoir aucun réconfort de la part de l'infirmière, estimant que le réconfort est une affaire privée qui se vit exclusivement à l'intérieur de son couple.

Dans ces deux cas, les infirmières se sentent terriblement frustrées de ne pouvoir « aider plus » la personne opérée, alors même que cette dernière ne fait aucune demande explicite ou implicite et qu'elle n'est pas intéressée par ce qui lui est offert en termes relationnels. Tout se passe comme si la personne recevait ce dont elle a besoin à travers l'attention qui lui est prodiguée à l'occasion des soins physiques. La présence, la gentillesse et le sourire des infirmières sont réconfortants et suffisants.

Face à ce que les infirmières perçoivent comme une absence d'ouverture et de dialogue, le patient lui, n'a aucun besoin de parler de son vécu. Il est dans une dynamique de réparation de son corps et son objectif est d'être sur pieds afin de retrouver le plus vite possible son réseau social et familial. Il est possible de dire que les infirmières sont décontenancées face à ces deux patients qui sont des hommes d'une quarantaine d'années et qui n'ont pas l'habitude de se préoccuper et de parler de leurs émotions. Dans ces deux situations, il est possible de dire que les infirmières ne sont pas en contact avec les besoins réels du patient mais avec ceux qu'elles projettent sur lui. D'une certaine manière le patient prive involontairement l'infirmière du soin relationnel qu'elle souhaite lui offrir mais dont il ne sait que faire.

À ce moment, l'infirmière s'interroge, se pose des questions sur son attitude, et s'auto-critique. Elle peut aussi désinvestir émotionnellement le patient.

Dans le sous-chapitre suivant, nous tenterons d'extraire un phénomène central qui résume l'expérience de chaque partenaire de la dyade.

4.3. En deçà et au-delà du phénomène de réconfort

Dans le sous-chapitre précédent, nous avons mis en évidence que le phénomène de réconfort est composé de plusieurs catégories thématiques qui représentent autant de dimensions du phénomène. C'est pourquoi, nous reprendrons dès maintenant les six « tandems » de catégories thématiques à la lumière d'écrits de plusieurs disciplines afin d'en extraire les processus sous-jacents.

4.3.1. Etre ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre versus se sentir proche d'un être humain qui souffre

Plusieurs patients interrogés ont relevé l'importance de cette *rencontre intersubjective*³⁵ d'être humain à être humain qui semble tout à la fois susciter de l'émotion et initier l'expérience de réconfort. De leur côté les infirmières utilisaient le terme de « feeling » pour transmettre tout à la fois cette attirance vers l'autre, mais aussi l'aspect irrationnel de cette rencontre avec le patient. Voyons maintenant plus précisément ce qu'implique *l'intersubjectivité* et ce qui pourrait éclairer ce mouvement de rapprochement entre deux êtres humains.

L'intersubjectivité se réfère à une compréhension partagée de significations entre deux ou plusieurs personnes soit directement en relation soit à distance. Cette compréhension partagée de significations se réalise à travers le langage. L'intersubjectivité peut être vue comme ce qui rend la signification possible (Cody, 1995 ; Daly, 1995). Historiquement, dans la discipline infirmière, la notion d'intersubjectivité a été traitée initialement par Peplau (1952/1988), puis par Paterson et Zderad (1976/1988) et plus récemment par Parse (1981/1992) et par Watson (1985/1990). Paterson et Zderad se réfèrent à la pratique des soins humanistes comme « une transaction intersubjective dont le but est le bien-être et le « plus-être » des personnes (1976, p.18). L'élément inter-humain ou intersubjectif, c'est-à-dire cet « entre deux » est le lieu des interactions de soins, là où passe un courant sous-jacent porteur de croissance et de guérison » (1976, p.21).

³⁵ Les termes en italique sont soulignés par l'auteure, ils seront repris dans le chapitre consacré à la discussion.

Les patients et les infirmières rencontrés ont insisté sur le fait que cette première rencontre se déroulait entre êtres humains et non entre une professionnelle et un malade. Nous avons retrouvé cet aspect dans les écrits de Watson (1988) qui affirme que « l'intersubjectivité est une relation d'humain-à-humain dans laquelle la personne de l'infirmière influence et est influencée par la personne de l'autre » (p. 58). Ici, ce sont les notions de relation égalitaire et de *réciprocité* qui sont importantes, mais la finalité est précisée ailleurs : « la transcendance est comme une union spirituelle entre individus dont le résultat est la création d'un nouveau champ phénoménal qui est une partie d'un ensemble plus complexe, plus large et plus profond de la vie » (Watson, 1988, p. 67). Alors que Parse introduit la finalité immédiatement et met l'accent sur l'engagement, la co-création et d'autres possibles : « L'intersubjectivité est un engagement de sujet-à-sujet dans l'idée de co-créeer de nouvelles possibilités » (Parse, 1995, p.82). Nous pensons que l'intérêt majeur de ces deux définitions est d'être suffisamment vastes pour être comprises comme suggérant les notions de possibilité, de mouvement et de transformation des partenaires de la relation.

Dahlberg (1996) confirme qu'une rencontre vraie et significative a lieu entre deux êtres humains et non entre personnes agissant à partir de leurs rôles respectifs d'infirmière et de malade. Cet aspect fut souligné tant par les patients que par les infirmières rencontrés dans le cadre de la présente étude. De plus, cette rencontre est caractérisée par l'ouverture à l'autre (Buber, 1970 ; Gadamer, 1989), par conséquent, elle est largement imprévisible et elle implique la réciprocité. En d'autres termes, cette ouverture et cette attention ont lieu aussi bien envers soi-même qu'envers l'autre. Cette notion de réciprocité semble être un élément majeur pour l'infirmière, alors que le patient, lui, n'y est pas toujours sensible.

Aborder la notion d'intersubjectivité nécessite de situer le paradigme de référence. Le paradigme qui sous-tend ces philosophies de soins se réfère à une perspective inductive, subjective qui met l'accent sur l'expérientiel, l'existentiel et le phénoménologique (Watson, 1988 ; Linsey & Hartrick, 1996). Ces trois approches favorisent la compréhension de la signification de l'expérience humaine dans un contexte de santé et de maladie. De plus, l'épistémologie est subjectiviste et accepte que la signification de l'expérience soit contextuelle, individuelle et qu'elle ne puisse être généralisée. Il n'y a donc pas de « vérité » en dehors de la signification donnée par celui ou celle qui vit l'expérience.

Ainsi l'infirmière expérimentant la relation intersubjective avec un patient, est dans un état de complète attention qui crée la possibilité d'une unité composée de deux sujets. L'altérité de chacun est reconnue et permet à la connaissance et à la compréhension d'évoluer à travers *un engagement mutuel* (Heshusius, 1994 ; Noddings, 1994 ; Parse, 1995 ; Quinn, 1992 ; Schultz & Carnevale, 1996 ; Watson, 1988).

Toutefois, il semble important de souligner, à ce stade de l'analyse, que l'intersubjectivité fait non seulement appel aux savoirs personnels, éthiques et esthétiques, mais également aux savoirs empiriques (Carper, 1978). En effet, le processus intersubjectif favorise l'application de savoirs théoriques à une situation spécifique (Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993). D'ailleurs le mandat social de la discipline est de « soigner » et il ne peut être rempli sans l'utilisation consciente de toutes les sources de savoirs. Nous aurons l'occasion de reprendre ce point dans les détails dans le sous-chapitre consacré aux *soins holistiques*.

Dahlberg (1996) a étudié l'intersubjectivité avec un regard alterné, c'est-à-dire en accordant de l'importance au processus qui se déroule chez l'infirmière alors que jusque-là, le focus était essentiellement sur le patient. L'auteure a réalisé une analyse du construit d'intersubjectivité dont les résultats soutiennent la présente analyse, raison pour laquelle nous ne les reprendrons pas dans le détail. Par contre, son intérêt pour les prérequis à l'engagement de l'infirmière dans une rencontre intersubjective a retenu notre attention. Il s'agit : d'une bonne connaissance de soi et d'avoir accès aux soins pour soi-même.

Premièrement, Dahlberg (1992) insiste sur la connaissance de soi en tant que soignant. En effet, l'auteure pense qu'une vraie rencontre intersubjective est facilitée lorsque l'infirmière reconnaît ses propres sentiments et ses propres expériences et qu'elle a le projet d'être ouverte à l'autre. Autrement dit, être au clair avec soi-même facilite le respect de l'autre. Ainsi on peut « se tenir debout avec ses acquis et essayer de regarder l'autre personne » (Dahlberg, 1992, p. 146). Inversement, si l'infirmière vit la rencontre en n'étant pas pleinement consciente de l'altérité des deux protagonistes, alors le dialogue sincère, la confirmation et l'essence de la rencontre intersubjective sont perdus.

Deuxièmement, avoir accès aux soins pour soi-même représente un aspect majeur de la rencontre intersubjective en ce sens que des appels continus, en vue d'une vraie rencontre, peuvent aussi devenir un fardeau pour l'infirmière, particulièrement si les situations sont lourdes. Dahlberg (1996) suggère aux soignants de trouver des options en regard de ces situations difficiles qui impliquent le Soi et qui comportent des risques lorsqu'on est proche des patients. La question demeure de savoir quand l'intensité de la rencontre intersubjective peut devenir dommageable et que le soignant

a besoin de prendre soin de lui. Néanmoins, il est raisonnable de penser que le soignant devrait lui-même bénéficier d'une rencontre intersubjective régulière à l'intérieur ou à l'extérieur de son lieu de travail. Rappelons que ces deux positions correspondent tout à fait aux espoirs de plusieurs infirmières rencontrées qui aimeraient bénéficier de supervision dans le cadre de l'institution afin de pouvoir partager leur vécu puis, l'analyser.

Nous avons découvert un second aspect présent dans les écrits et que les patients ont verbalisé ainsi : « être ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre ». À ce propos, Lindström (1990) considère qu'être « confirmé » en tant qu'être humain est la base de la santé, alors que pour d'autres la confirmation « donne un espoir pour l'accomplissement de soi » (Gustafsson, 1992, p. 77). La confirmation demande de se présenter comme sujet et de se préparer à laisser le patient venir près de soi également en tant que sujet (Drew, 1986 ; Lindström, 1990). Inversement, lorsque le patient perçoit l'infirmière comme une personne froide, impersonnelle et qui agit comme un robot, ce patient peut vivre une expérience d'exclusion dans laquelle il ressent de la peur, de la colère et de la honte. Précisons que ces observations ont été également mises en évidence à travers une approche phénoménologique (Drew, 1986). D'ailleurs, certains patients ont raconté le désespoir et l'abandon ressentis face à l'indifférence de telle ou telle infirmière et ceci plus particulièrement alors qu'ils se sentaient déjà vulnérables.

Enfin, la rencontre en tant que dialogue est vue comme un flot de significations qui influencent aussi bien l'infirmière, le patient et leurs propos. En fait, il n'y a pas de position fixe à partir de laquelle pourrait naître une argumentation. Ainsi, « lorsqu'un échange mutuel de pensées, de sentiments et d'expériences a lieu, nous nous sentons

satisfaits, emplis de chaleur et de proximité » (Carlson, 1991, p.47). C'est probablement pour cela que les infirmières ont tant insisté sur le fait qu'elles recevaient énormément des personnes qu'elles reconfortaient. L'auteur ajoute que le but d'un tel dialogue, est de constituer la base à partir de laquelle deux processus peuvent commencer : « prendre soin de manière holistique » (« caring ») et le processus de guérison.

Mieux comprendre l'intersubjectivité est une manière de mieux comprendre ce que signifie « prendre soin de l'autre ». D'ailleurs Dahlberg (1996) affirme que l'intersubjectivité est la dimension centrale du « caring ».

« Prendre soin de l'autre » est considéré comme une activité dynamique, prévenante, délibérée basée sur des interactions humaines. C'est la première activité de l'infirmière (Benner & Wrubel, 1989 ; Bevis & Watson, 1989 ; Roach, 1992 ; Watson, 1988). Les auteurs ajoutent qu'il s'agit bien plus que d'un sentiment de bienveillance envers l'autre. C'est un idéal éthique profondément ancré dans notre sens de l'humanité, qui souligne une relation intersubjective dynamique. Les éléments constitutifs de la relation de « caring » comprennent : un sens actif de l'engagement, une authentique réponse, une présence, une réciprocité et l'engagement d'encourager le bien-être de l'autre (Benner & Wrubel, 1989 ; Noddings, 1984 ; Roach, 1992 ; Watson, 1988).

À ce stade de l'analyse, il semble bien qu'il existe un lien étroit entre ce rapprochement décrit par les partenaires de certaines dyades et la notion d'intersubjectivité telle qu'elle est présentée par les théoriciennes en soins infirmiers. En outre, le concept de réciprocité ressort comme un aspect central et déterminant pour l'infirmière. En d'autres termes, les concepts d'intersubjectivité et de réciprocité ont en commun la relation égalitaire entre deux êtres humains qui de ce fait s'influencent

mutuellement. De plus, l'engagement réciproque conduit à une transformation des partenaires et à l'accession à d'autres possibles. En définitive, c'est cette intersubjectivité, cette réciprocité et cet engagement qui permettent à l'infirmière d'exister et de supporter les conditions de travail actuelles. Ces aspects seront affinés dans le chapitre consacré à la discussion.

4.3.2. Ne pas être seul versus être avec.

Plusieurs patients ont insisté sur l'importance de ne pas être seuls à certains moments, par exemple lors de la perception d'une menace à l'intégrité du Soi, c'est-à-dire lors d'une souffrance physique ou morale. Certaines infirmières ont bien perçu cet aspect du réconfort. Nous pensons en particulier à Dominique qui est descendue en salle d'examen avec le patient qui présentait une complication supplémentaire dans un contexte de polytraumatisme. Elle a également fait appel au médecin avec qui le patient souhaitait discuter car elle devait retourner dans le service. Précisons que lorsque les infirmières nous ont parlé de l'importance « d'être là », elles faisaient également référence à cet engagement émotionnel qui est caractéristique « d'être avec ».

Dans la même perspective, nous avons vu que parfois « être avec » n'implique pas pour l'infirmière d'être physiquement à côté du patient, mais d'être simplement dans le service. Comme si le lien, l'engagement entre les partenaires de la dyade étaient suffisamment forts pour durer dans l'absence. Nodding (1984) affirme à ce propos que la présence peut exister lors d'une absence physique. Inversement, pour d'autres personnes « ne pas être seul » signifie quelque chose de l'ordre de pouvoir échanger sur ce qui m'arrive, sur ce que je ressens et sur ma souffrance présente. C'est l'aspect

que nous investiguerons maintenant en décrivant les composantes principales d'une « conversation qui prend soin de l'autre » (« a caring conversation »). Lorsque le malade dit « qu'est ce qui m'arrive et pourquoi cela m'arrive-t-il maintenant ? », il y a deux manières d'entrevoir la réponse : soit en termes de causalité, soit en termes de sens. Certains auteurs affirment que le patient est en droit de recevoir les deux types de réponses. Pour cela, il a le plus souvent besoin d'un(e) partenaire capable de l'écouter et de l'aider à trouver du sens à sa souffrance et par-là même d'être soulagé (Eriksson, 1992, Lindholm & Eriksson, 1993). Dans ces circonstances, trois composantes « aident le patient et l'infirmière à se connecter de manière à rendre le patient capable de mettre des mots sur sa souffrance, d'en parler et de l'interpréter de manière significative pour lui » (Fredriksson, 1999, p. 1168). Les trois composantes sont la présence, le toucher et l'écoute (Fredriksson, 1998).

Rappelons que ces trois composantes ont également émergé des observations directes effectuées sur le terrain dans le cadre de la présente étude. Il est intéressant de souligner que nous avons aussi observé une modification du ton de la voix de l'infirmière et de la posture lui permettant ainsi d'avoir son regard au même niveau que celui du patient. Notons que Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard (1999) ont également observé le changement de voix de l'infirmière.

Fredriksson (1999) a effectué une importante revue des écrits de 1989 à 1997 sur ces trois concepts. Précisons d'emblée que nous sommes au niveau d'une compréhension ontologique et théorique de la *présence, du toucher et de l'écoute*. Nous allons examiner ces trois aspects successivement.

L'analyse met en évidence que la présence correspond à un mode d'être interpersonnel et intersubjectif. Toutefois, la présence est divisée en deux modalités d'intensité variable quant à l'intersubjectivité : « être là » et « être avec ».

« Etre là » comprend la présence physique, l'attention à l'autre (Cohen, Hausner & Johnson, 1994), la communication et la compréhension. Ce type de présence est décrit comme une intervention ou une action infirmière qui vise à soutenir, à encourager, à diminuer l'intensité de sentiments indésirables (Pederson, 1993) et à rassurer (Fareed, 1996). L'efficacité de cette présence a été relevée à de nombreuses reprises par les patients comme porteuse de réconfort, en ce sens qu'ils n'étaient pas seuls pour traverser un moment difficile (douleur aiguë, réfection de pansement inattendue, investigation, annonce d'une intervention modifiant le schéma corporel, etc.). Curieusement, certaines infirmières ne semblent pas accorder le même crédit à cette présence, elles la banalisent volontiers. Il est vrai qu'en chirurgie la tentation est de faire plutôt que d'être et ceci plus particulièrement en période de pénurie de personnel. Il est possible que cette banalisation soit reliée au fait que l'infirmière est insatisfaite car un décalage existe avec ce qu'elle aimerait offrir. Elle souhaiterait être présente différemment, de façon plus régulière afin de permettre un suivi. Il est intéressant de souligner que le patient peut être réconforté par la simple présence dans le service de telle ou telle infirmière. Il n'est pas nécessaire qu'elle soit à côté de lui. C'est ce que certaines infirmières ne peuvent concevoir : cette présence dans l'absence. Par exemple, lorsque Paule vérifie que le patient puisse atteindre la sonnette, c'est dans un but concret, qu'il puisse l'appeler. L'aspect symbolique qui vise à maintenir le lien n'est pas toujours présent ou plus exactement il n'est pas aussi explicite que lorsque Dominique dit « je penserai à vous pendant mes congés ».

« Etre avec », pour d'autres auteurs, cette modalité englobe « le don » et « l'invitation » (Doona, Haggerty, & Chase 1997 ; Pederson, 1993). L'infirmière est disponible et donne d'elle-même et, si le patient est réceptif, qu'il accepte ce don, alors il l'invitera à se rapprocher. Il laissera émerger et partagera sa vulnérabilité et sa souffrance (Pettigrew, 1990). Lorsque l'infirmière en retour accepte cette invitation, il est possible de dire qu'elle « entre dans le monde du patient », elle expose son humanité et elle offre du réconfort (Pettigrew, 1990. p. 505). Dans cet espace, le patient est capable de mettre des mots sur ses sensations et sur ses pensées. Il est en contact avec lui-même et peut faire des choix (Gilje, 1997).

L'engagement personnel, authentique et profond de l'infirmière (et de tous les professionnels de la santé) face à la souffrance d'un être humain est un aspect essentiel des soins qualifiés de « responsables ». Ce sens de la responsabilité engendré par l'engagement et l'expertise clinique amènent à une « phronesis clinique ». Celle-ci fait appel à une qualité de la relation et de la communication qui peuvent être comprises comme une dimension éthique. La mise en pratique de ce sens de la responsabilité à travers le soin, va bien au-delà du simple désir d'aider l'autre (Schultz & Carnevale, 1996).

Par ailleurs, la « phronesis clinique » implique la réciprocité car les êtres humains sont reliés de manière fondamentale et existentielle. En ce sens, les sentiments et sensations ne sont pas privés, mais bien une expérience intersubjective. La réciprocité existe lorsque la souffrance du patient se reflète dans l'expérience de l'infirmière à travers des images, des métaphores, des symboles ou le dialogue. Ce phénomène si souvent rejeté dans les soins infirmiers est *la sympathie* et il implique une réciprocité authentique entre soi et l'autre de même qu'entre les différentes parties du Soi. Il est

ainsi possible de dire que chaque partenaire de la dyade partage son essence commune et les mêmes sentiments. L'expression de la sympathie peut varier d'une personne à l'autre selon sa propre trajectoire de vie (Schultz & Carnevale, 1996).

4.3.3. Etre touché versus toucher

Fredriksson (1999) constate, comme pour la présence, qu'il existe deux dimensions au toucher : le « toucher prendre soin » et le « toucher protecteur ».

Le premier est considéré comme plus positif que le second car ils n'ont pas le même but. Toutefois, l'interprétation adéquate du toucher est complexe puisqu'elle implique d'être sur la même longueur d'onde. Dans la première situation, l'infirmière est sensible aux réactions du patient et attend en quelque sorte son feu vert pour le toucher en dehors des soins usuels. Ce toucher peut être « perçu comme procurant confiance et acceptation du patient en tant que personne pendant sa maladie » (Morales, 1994, p. 467). Plusieurs infirmières rencontrées dans le cadre de la présente étude ont insisté sur cette notion de protection qu'elles mettent en place afin de ne pas souffrir lorsqu'elles traversent une période de vulnérabilité. Toutefois, aucune d'elles n'a mentionné quelque chose qui s'apparente au « toucher protecteur ». De même, ce dernier n'a pas été mis en évidence par les observations directes.

Enfin, l'écoute est décrite comme un processus, comme un comportement délibéré et actif. « Nous essayons de participer aux sensations internes de l'autre (...) afin de voir le monde de son point de vue avec autant de compréhension que possible. Pour aller au-delà de la proximité, pour comprendre l'expérience vécue de l'autre, nous devons commencer par écouter » (Gibbons, 1993, p.598).

En outre, Fredriksson (1999) relève que dans les 28 articles analysés, le terme écoute est systématiquement suivi d'un qualificatif (écoute active, écoute réflexive, écoute thérapeutique) mais que ces variations de vocabulaire n'entraînent aucune différence dans l'utilisation du concept.

À cette étape de la réflexion, il semble bien qu'il y ait une proximité importante entre les catégories thématiques « ne pas être seul » versus « être avec » et les écrits d'auteurs se réclamant du « caring » ou d'une approche visant « à soigner de manière holistique » (Fredriksson, 1999 ; Gibbons, 1993 ; Gilje, 1997).

4.3.4. Bénéficiaire d'une suppléance physique et émotionnelle (être soulagé) versus soigner de manière holistique.

Plusieurs patients ont laissé entendre que les soins physiques dispensés par l'infirmière sans autre forme d'intervention au niveau émotionnel, étaient une source de réconfort tout à fait suffisante et bénéfique pour eux. Dans ces circonstances, l'infirmière se sent frustrée car elle a l'impression de ne pas offrir toute la palette de soins dont elle dispose. Paradoxalement, elle a tendance à banaliser les soins physiques au profit de soins relationnels qui ne correspondent pas forcément aux besoins du patient.

Rappelons que la capacité d'être réconforté, d'être consolé et apaisé est une capacité sociale qui se développe principalement dans l'enfance et qui varie d'un être humain à l'autre. Il est donc important d'être nuancée dans nos interprétations et au clair sur nos préconceptions. Il semble que pour certains hommes rencontrés, le soulagement de la douleur, les soins du corps, la suppléance dans les activités de la vie quotidienne et la gentillesse de l'infirmière - son sourire - représentent un réconfort qui se suffit à lui-même. Ces hommes ne semblent pas avoir besoin d'un réconfort d'ordre émotionnel.

Cette observation est importante pour la pratique professionnelle, car elle correspond à ce que Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) nomment « prendre soin du corps » et « être disponible sans être intrusive ». Prendre soin du corps fait également référence à la pensée de Nightingale (1859/1969) qui affirmait que le réconfort était associé au fait de mettre le corps dans les meilleures conditions de manière à ce qu'il s'auto-répare et guérisse. Aujourd'hui, cette pensée peut paraître trop centrée sur le corps et dénoter d'un dualisme suspect. Toutefois, ce sont les patients eux-mêmes qui affirment que leur seuil de « consolabilité » est vite atteint et nous n'avons aucune raison de ne pas leur faire confiance.

À ce propos, il est possible de dire que ceux qui ont parlé du professionnalisme de l'infirmière décrivaient en fait sa capacité d'anticiper leurs besoins ou leurs demandes, ou d'intervenir rapidement et efficacement lors d'une complication. Autrement dit, le patient est émerveillé lorsque l'infirmière a perçu son besoin prioritaire, qu'elle est capable d'imaginer ce qui le réconfortera, qu'elle intervient et qu'elle évalue l'efficacité de son intervention avec lui. Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) affirment que :

« ces habiletés sont apprises à travers l'expérience pratique et à l'intérieur de relations particulières. Elles ne pourront jamais être formalisées adéquatement ou décrites en tant que techniques car elles n'existent qu'à travers la relation développée avec le patient et impliquent confiance, ouverture et acceptation » (p. 246).

Toutefois, les auteures précisent que ce n'est pas parce que ces habiletés reliées au « savoir faire » (« know how ») sont acquises à travers la relation avec le patient et basées sur la réponse de celui-ci, qu'elles doivent être dévalorisées en tant que savoir (p. 255). Il est vrai que ces savoirs pratiques ne correspondent pas aux critères des

savoirs théoriques qui prétendent prédire et contrôler l'efficacité des actions entreprises.

Nous avons observé que les infirmières les plus « réconfortantes » utilisaient non seulement des habiletés reliées au « know how » mais également des savoirs empiriques, personnels, éthiques et esthétiques (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 1995 ; 1999) et ceci indépendamment de leur âge et de la durée de leur expérience professionnelle. Cette constatation est intéressante car elle va à l'encontre d'une représentation de l'expertise qui découle du cumul des savoirs, pour envisager une compréhension qualitative et expérientielle de celle-ci (Benner, 1999).

4.3.5. Etre projeté dans un futur meilleur versus projeter dans un futur meilleur et réaliste.

À plusieurs reprises les patients ont affirmé qu'un élément majeur du réconfort était de pouvoir refaire des projets ou d'être capable d'envisager un futur meilleur. Dans ces deux situations, l'infirmière et l'entourage jouent un rôle important qui permet ainsi au patient de supporter le présent. Les éléments de compréhension et d'analyse liés à ce processus ont été trouvés dans le champ de la philosophie et de la sociologie. Nous les aborderons maintenant.

D'un point de vue philosophique, il semble que le réconfort ait un lien avec la temporalité. En effet, si nous considérons la souffrance comme un état induit par la perception d'une menace à l'intégrité du Soi (Cassell, 1982, 1991, 1992) qui crée simultanément une rupture dans le déroulement de l'histoire de l'individu et une remise en question de son avenir, alors le réconfort pourrait être envisagé comme une invitation à une rencontre intersubjective et à la narration qui permette à la personne de

retrouver l'harmonie à travers de nouvelles significations attribuées à son passé, au présent et à son futur et ceci en tenant compte de son contexte familial et social.

Cette notion de temporalité est présente dans la pensée de Husserl (1929/1934) qui l'envisage comme le temps vécu par la conscience, celui dont elle fait l'expérience et qui déploie, à partir du présent, d'une part un passé qui est fait de « rétentions » utilisées comme acquis pour l'action et d'autre part un futur qui est fait de « protentions », c'est-à-dire de projets, de possibilités nouvelles. Mais c'est le présent qui permet d'interpréter ce qui est actuel et ce qui ne l'est plus, de même qu'il anticipe l'avenir en fonction des souvenirs. Par la suite, Heidegger (1927/1986) réalise une synthèse et conçoit le temps comme « une succession de maintenant ». Merleau-Ponty (1945) quant à lui, trouve cette définition inconsistante car elle détruit la notion de « maintenant ». Il voit dans le temps un aspect relationnel entre l'homme et son environnement : « il naît de mon rapport avec les choses ». Plus récemment, cette notion de temporalité a été reprise par Taylor (1998) qui dit :

« ma vie possède toujours ce degré de compréhension narrative, par laquelle je comprends mon action présente sous la forme d'un « et ensuite » : il y avait A (ce que je suis), et ensuite je fais B (ce que je projette de devenir). Mais ce récit doit jouer un rôle plus important que simplement structurer mon présent. Ce que je suis doit être compris comme ce que je suis devenu » (p. 72).

De plus, la temporalité porte en elle une menace, celle de l'instant ultime, qui signera la fin, la « caducité » de tout projet. Un accident, une hospitalisation, une opération ou une complication postopératoire sont autant de menaces à la temporalité, de ruptures imprévisibles dans une trajectoire de vie. Plusieurs narrations vont dans ce sens et plus particulièrement celle de cet homme de 61 ans qui a subi un polytraumatisme ou celle de cet homme de 78 ans à qui le médecin suggère une succession d'amputations à un membre inférieur.

Tout semble se passer comme si le temps s'arrêtait, le présent ne s'annonce plus comme un passé imminent qui serait chassé par un avenir prometteur. C'est le chaos, il n'y a que le présent envahissant, douloureux, interminable, là, immobile. Le temps semble s'être arrêté.

À l'opposé, dans la banalité du quotidien : « le passage du présent à un autre présent je ne le pense pas, je n'en suis pas le spectateur, je l'effectue, je suis déjà au présent, (...) je suis moi-même le temps » (Merleau-Ponty, 1945, p. 481). Autrement dit, Merleau-Ponty nous rappelle que la vie dans sa banalité ne fait pas référence à la temporalité. Il n'y a une notion « d'avant » et « d'après » que lorsqu'une subjectivité vient briser la plénitude de l'être et y introduire le non-être (p. 481). Cette citation est intéressante dans le cadre de la présente étude car ici le non-être peut être compris comme ne plus être comme avant, avoir perdu en quelque sorte son identité.

Il est également possible d'envisager cette rupture comme une perte d'identité personnelle et sociale. En effet, si nous reprenons les termes utilisés par ces deux hommes : être comme un « légume » ou se trouver comme une « loque » ou « être en dessous de zéro », on comprend par-là qu'ils n'arrivent pas à se re-connaître comme étant le même qu'avant et ceci alors même que le temps écoulé entre les deux comparaisons ne peut expliquer l'absence de « mêmeté » (Ricoeur, 1990). Par conséquent, la continuité est bel et bien interrompue et c'est probablement la signification donnée par chaque personne à cette rupture qui complexifie le rapprochement entre deux êtres humains.

En effet, si une des caractéristiques de la souffrance est de « donner sens à », il a été démontré que la signification attribuée à la situation présente est intensément négative et qu'elle implique une perte de l'intégrité de la personne, de son autonomie, du

contrôle de la situation, voire de la perte de son « humanité » et de sa dignité (Rodgers & Crowles, 1997). En d'autres termes, ce sont ces multiples pertes qui conduisent à la perte d'identité et à l'absence de « mêmeté ».

Dans un contexte de rupture de continuité temporelle, il est possible d'envisager le réconfort comme ayant un lien avec le changement de trajectoire, comme permettant à la personne de donner une signification au présent afin d'accéder à un nouvel « à venir ». La personne tient compte de la rupture présente mais également de la richesse du passé sur laquelle elle peut s'appuyer pour envisager le futur.

Cette manière d'appréhender le réconfort donnerait du sens aux observations réalisées auprès des personnes en phase de déni ou de révolte qui ne peuvent momentanément intégrer les changements liés au présent. Tout se passe comme si la rupture était inacceptable en regard du passé et du projet initial qui demeure momentanément inchangé. D'ailleurs, il semble que ce soit en partie cette impossibilité de se décentrer du présent pour envisager un futur différent qui potentialise la souffrance actuelle de ces personnes (Bakan, 1968), créant ainsi un cercle vicieux.

De manière caricaturale, tout se passe comme si la personne s'accrochait au projet original alors qu'il est obsolète, se mettant ainsi dans l'impossibilité de développer un nouveau projet qui tienne compte du présent. Il est d'ailleurs intéressant d'envisager les deux phases que sont le déni et la révolte en termes de temporalité : le déni peut être vu comme le refus de l'influence du présent sur le futur alors que la révolte est liée à l'impossibilité de nier maintenant ce qui a été nié précédemment (sans pour autant être en harmonie avec les conséquences).

De plus, comme nous l'avons souligné dans la section précédente, ce cheminement ne peut se faire qu'à travers la narration, l'écoute et une connaissance mutuelle. Ce

cheminement prend donc du temps alors que la durée du séjour à l'hôpital ne cesse de diminuer. S'il est fréquent que le processus soit initié en milieu hospitalier, il est évident qu'il doit se poursuivre et se terminer à l'extérieur de celui-ci.

Ajoutons que toute rupture au niveau individuel implique des ruptures micro et macro sociales en cascades (familiales, amicales, professionnelles et sociales) qui nécessitent chacune un processus qui consiste à « défaire » et à « refaire » (Carnevale, 1991 ; 1997 ; 1999).

Il serait intéressant pour l'infirmière de concevoir le réconfort comme le début de cette « reconstruction » individuelle, familiale et sociale que la personne initie avec les interlocuteurs de son choix (une aide soignante, une infirmière, un aumônier ou exclusivement dans sa sphère privée comme nous l'avons observé chez Monsieur I).

Cette manière d'appréhender le réconfort aurait l'avantage de situer immédiatement cet « étayage » à la « reconstruction » dans un contexte plus vaste que celui de la réparation du corps. Envisager « d'être avec » pendant toute cette phase d'endurance de manière à ce que l'autre puisse persévérer dans le désir d'être et l'effort pour exister « en dépit de ... » (Ricoeur, 1994, p. 69) en vue d'accéder à ce que certaines appellent « la reformulation du Soi » (Morse & Carter, 1995 ; 1996) et qui, tôt ou tard, influence le rapport à autrui.

Le réconfort peut ainsi être appréhendé comme une relation intersubjective qui favorise l'émergence de significations en regard d'expériences passées et présentes en vue de restaurer une continuité et de permettre de nouvelles projections dans le futur.

Certains sociologues se sont également intéressés à l'expérience subjective de la maladie (Conrad, 1987) et ils ont étudié le concept de rupture biographique (Bury, 1982 ; Baszanger, 1992 ; Strauss & Glaser, 1975). Ils ont appréhendé essentiellement

la rupture liée à la maladie chronique. Or la présente étude démontre bien que la phase postopératoire contient aussi des fluctuations dans la symptomatologie, des incertitudes en ce qui concerne les résultats (histologique, chirurgical et thérapeutique) et une rupture sociale. Ces trois aspects sont volontiers reliés à la durée mais celle-ci ne semble pas être le phénomène central du processus de rupture. Ici, il est important de rappeler que la douleur chronique et la douleur aiguë ont suscité le même raisonnement de notre part, à savoir que ce n'est pas tant la durée de la douleur (Turk, 1996) que la menace à l'intégrité du Soi qui est à l'origine de la souffrance (Cassell, 1982 ; 1991 ; 1992). Dans la même lignée sociologique, Bury (1982) relève trois aspects de la maladie chronique qui se retrouvent également en phase postopératoire : une rupture dans les pris pour acquis concernant sa propre santé et l'irruption de comportements qui s'orientent vers l'inspection de son corps, une rupture dans le système d'explications utilisé habituellement par la personne, plus particulièrement en ce qui concerne le futur et enfin un appel à l'aide et une mobilisation des ressources en regard de cette situation altérée. En d'autres termes, il semble que ce qui a été conceptualisé il y a une vingtaine d'années en lien avec la maladie chronique, soit aujourd'hui pertinent pour la phase postopératoire. C'est-à-dire que toutes deux nécessitent de repenser fondamentalement le concept de Soi et le concept de trajectoire de vie. Ce travail de « reconstruction biographique » (Corbin & Strauss, 1985) est capital pour la reconstitution du Soi. Il se fait à travers la narration et il ne se fait pas seul, mais avec l'aide de professionnels de la santé et de personnes significatives.

Le phénomène central (« core variable ») est ni la pathologie, ni sa durée mais bien la rupture de la trajectoire de vie (ou rupture biographique). Par conséquent, le

réconfort vise « la reconstruction », « la restauration » de cette biographie singulière et unique. Cet aspect sera repris dans le chapitre consacré à la discussion.

4.3.6. Etre entouré par ses proches, ses amis et ses collègues versus maintenir les liens avec l'environnement familial et social.

À partir de ce qui a été dit précédemment concernant le rôle des personnes significatives, il devient aisé d'affirmer que les proches sont des acteurs importants dans cette « reconstruction biographique ». En effet, les personnes significatives sont tout à la fois les interprètes, les tampons, les aidants naturels et les « supporteurs » de la personne malade (Conrad, 1987). Cependant, il est important de tenir compte du fardeau que ressent le malade lorsqu'il observe la fatigue physique et émotionnelle que vivent ses proches suite à sa maladie. C'est pourquoi Strauss et Glaser (1975) ont relevé l'importance de ces multiples travaux qu'effectuent le malade et sa famille en regard de la maladie : travail de crise, travail de gestion des symptômes, travail lié au traitement mais également travail de réconfort. Les auteurs soulignent que cette charge n'est jamais considérée comme un réel travail.

4.3.7. Etre soutenu spirituellement

Les infirmières restent très en retrait lorsqu'il s'agit d'aborder les aspects liés à la spiritualité. Elles font volontiers appel aux aumôniers présents dans l'hôpital et elles favorisent la participation aux cérémonies religieuses organisées le dimanche matin à l'hôpital. Mais il est rare qu'elles abordent les questions spirituelles directement avec le patient.

Cette observation nous interroge car comment s'intéresser à l'expérience existentielle que traverse la personne sans aborder ses croyances ? Précisons d'emblée que s'intéresser à la dimension spirituelle des soins ne signifie pas qu'il faille avoir les

mêmes croyances que le patient. Il s'agit bien de reconnaître que ce qu'il croit est une part essentielle et unique de son expérience de vie et qu'il existe une interaction dynamique entre le corps et l'esprit (Hamilton, 1998). Dans cette acception, le terme « spiritualité » est relié à l'expérience de base d'une personne en relation avec sa vision du monde, à son système de valeurs et à son sens de l'ultime. Alors que la « religiosité » implique une relation au Divin, la spiritualité n'implique donc en soi aucune référence à Dieu.

Certains auteurs considèrent l'engagement spirituel et religieux comme le facteur oublié des soins de santé (Larson & Larson, 1994). Les médecins estiment souvent les croyances du patient comme l'antithèse de la culture scientifique à laquelle ils sont attachés. Par ailleurs, l'aspect subjectif, affectif et expérientiel des croyances est souvent dévalorisé au profit du rationnel. Cette vision dichotomique conduit le médecin à nier l'influence des croyances du patient sur son état de santé.

« Repartir de l'archétype du guérisseur, serait une attribution potentiellement plus puissante et plus positive que celle du médecin scientifique que notre société moderne connaît » (Hamilton, 1998, p. 278). À cela l'auteur ajoute que bâtir une alliance thérapeutique en vue de l'amélioration de la santé globale - ou d'une fin de vie remplie de sens - est un projet plus noble que celui de combattre le mal par le déni des croyances du patient. Cet archétype du guérisseur tient de l'intégration d'une sensibilité spirituelle aux connaissances médicales et permet d'appréhender l'être humain dans sa globalité.

À ce propos, nous avons eu l'occasion d'observer un jeune médecin anesthésiste et une équipe de soins palliatifs qui répondent à la description du médecin-guérisseur.

Une discussion intéressante a lieu entre l'Equipe et France. Les questions majeures qui sont abordées concernent : l'état de conscience de Madame L (fluctuant avec des moments de confusion), l'efficacité de l'antalgie (des douleurs constantes, évaluées à 50 mm sur 100 mm), les résultats des investigations radiologiques (une occlusion intestinale), le soutien à domicile (sœur, médecin traitant, infirmières) et la relation mère - fils (le fils a demandé que sa mère soit maintenue en vie et à domicile jusqu'à son anniversaire, dans quelques jours). La patiente soutient ce projet.

L'Equipe de Soins Palliatifs a constaté que la patiente est dans une phase d'opposition et de déni importante suite à la prise de conscience de sa mort prochaine, raison pour laquelle l'Equipe a suggéré la prescription d'un neuroleptique. De plus, elle a modifié la voie d'administration des médicaments (per os) en vue du retour à domicile. La douleur est maintenant gérée efficacement. Et l'occlusion est traitée avec des lavements et des anti-constipants puissants. Par ailleurs, son ictère est important et l'Equipe a demandé aux chirurgiens de pratiquer une dérivation biliaire palliative. Actuellement l'Equipe essaie d'atteindre le médecin traitant afin de savoir s'il est présent pendant les fêtes et s'il est prêt à assumer les éventuelles urgences entre le 24 décembre et le 1^{er} janvier, mais ce dernier semble difficilement atteignable. Enfin, dans son évaluation de la situation, l'Equipe a tenu compte de la relation « intense » observée entre la patiente et son fils et elle estime ne pas avoir à intervenir dans cette dynamique (observation N° 18).

4.3.8. Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire

Le sous-chapitre consacré aux dotations démontre qu'il y avait une réelle pénurie d'infirmières diplômées dans le service de chirurgie générale. Les infirmières se

disaient très fatiguées car cette situation durait depuis plusieurs mois. Il devenait par conséquent très difficile de continuer à offrir des soins de qualité dans ces conditions.

Par ailleurs, nous avons constaté que la demande d'une infirmière chef de service qui visait la « fermeture » de quelques lits, pendant une pénurie extrême de personnel, a été rejetée par les chirurgiens du service. Cet exemple est significatif d'une absence de collaboration qui paraît antinomique en regard des résultats de la présente étude. Pourtant ces deux mondes coexistent auprès du même malade et les infirmières continuent à reconforter ce dernier.

Si la demande documentée d'une infirmière chef de service n'est pas entendue par le corps médical, il est probable qu'il en soit de même au niveau des infirmières. Rappelons qu'à plusieurs reprises et dans des circonstances différentes, des patients et des infirmières se sont sentis mal à l'aise face à l'attitude de certains chirurgiens. Il s'agit essentiellement de trois types de situations : le patient n'est pas informé qu'il développe une complication infectieuse, alors même que son état général baisse, le médecin ne vient pas lorsque l'infirmière lui demande d'informer un patient des probabilités qu'il se réveille avec une modification du schéma corporel et enfin l'infirmière n'est pas informée de l'horaire de la réfection du pansement et de ce fait le patient souffre inutilement. Les deux premières circonstances ont toujours été décrites par l'infirmière ou le patient comme des obstacles non maîtrisables à la compréhension de ce que le patient vivait, voire à la signification qu'il pouvait attribuer à son expérience. Il est donc possible d'affirmer que ces attitudes empêchent le processus de « reconstruction » mentionné précédemment. Tout se passe comme si le seul détenteur de la signification du symptôme refusait de la partager avec celui-là même qui a

autorisé que son corps soit scruté, ponctionné, radiographié, analysé de manière à livrer de l'information inintelligible pour lui et dont il est en définitive dépossédé.

Ces situations dénoncent un rapport de pouvoir basé sur l'expertise, elle-même potentialisée par l'autorité morale du médecin (Kalisch, 1975). De ce fait le patient et l'infirmière sont pris dans deux logiques contradictoires et incommensurables : d'une part, la participation aux soins avec un certain partage de connaissances (Ashworth, Longmate, & Morrison, 1992) et d'autre part, la perte de statut. À ce propos Turner (1987) affirme que l'hôpital est une institution de soins, mais qu'il est également symbolique du pouvoir social de la profession médicale. Dans ce contexte, il est inévitable que le patient et l'infirmière expérimentent une rupture dans leur travail d'élaboration et de reconstruction d'une trajectoire qui ait du sens.

Face à une éventuelle remise en cause de ce rapport de pouvoir, Sloane (1993) décrit que de nombreux médecins deviennent défensifs et se mettent en retrait face aux propos des patients. Squier (1990) observe chez le médecin une tendance à dominer l'entretien clinique et à questionner le malade en vue d'obtenir des informations factuelles, au lieu d'écouter le patient et de refléter ses perceptions. Sloane (1993) pense que le manque de « nourriture » observable dans les relations avec celui qui souffre provient du fait qu'il ne lui est pas consacré autant d'attention qu'aux progrès technologiques. Il pense que les praticiens ne savent pas quels processus relationnels sont responsables des bénéfices thérapeutiques pour ceux qui souffrent ou expérimentent une situation de crise. Cette manière d'analyser la situation est soutenue par William (1992) qui observe que certains systèmes hospitaliers semblent conduire à l'appauvrissement de l'humanité de leurs employés.

Pour sa part Saillant (1994) s'appuie sur les rapports historiques et culturels des hommes et des femmes et elle affirme que :

« le clivage que nous observons aujourd'hui entre les soins et la médecine est un clivage qui s'opère en fonction du sexe : il exprime les rapports historiques et culturels distincts que vivent les hommes et les femmes face au corps, à la santé et à la vie en général » (p. 95)

C'est en effet au Moyen - Age que les femmes soignantes européennes ont été exclues des facultés de médecine et que les soins qu'elles dispensaient furent dévalorisés et subordonnés au pouvoir médical perdant, par là-même, leur statut de savoir et leur effet thérapeutique d'antan (Saillant, 1994). Dès la fin du XIV^{ème} siècle jusqu'au début du XVIII^{ème}, tous les instruments et tous les repères propices à la chasse aux sorcières sont mis en place dans la majeure partie de l'Europe occidentale. C'est approximativement durant cette même période qu'il est possible d'observer une recrudescence des infirmières religieuses. Elles représentent l'antithèse de la sorcière et le nouveau modèle de la femme soignante, consacrée, dévouée et soumise à Dieu, aux hommes d'église et aux hommes de science que sont les médecins. Il faudra attendre la fin du XIX^{ème} siècle et l'avènement des écoles d'infirmières laïques pour esquisser la fonction d'auxiliaire du médecin, que ce dernier soit un civil ou un militaire (Collière, 1982).

En effet, il apparaît que cette double subordination de l'infirmière, à une institution hiérarchisée (église, armée, hôpital) et à l'homme de science, s'inscrit comme une constante depuis le Moyen - Age. Pour notre part, nous voyons cette organisation coercitive non seulement comme une manière de (pré)dire l'insubordination dont l'infirmière est capable, mais surtout d'affirmer la puissance de ses connaissances ancestrales en regard du « prendre soin » de l'autre. En définitive, il semble bien que ce soit ce soin holistique (« to care / caring ») qui représente une menace pour le corps

médical, alors même qu'il ne s'intéresse qu'à traiter (« to cure »). Les liens entre le « caring » et le réconfort seront traités dans le chapitre consacré à la discussion.

Ce survol historique permet de situer la problématique du manque de collaboration infirmière – médecin dans un contexte plus large, celui des rapports de genre. Ces derniers sont volontiers niés par certaines infirmières, alors même qu'ils constituent la base des comportements de l'être humain.

Ce nouvel éclairage permet de donner sens à une donnée que nous avons volontairement laissée de côté, à savoir le fait que tous les patients nous ont parlé d'une infirmière et non d'un infirmier, alors même que chaque équipe de soin comprenait trois hommes. Cet aspect souligne l'influence du genre dans les soins. En effet, les filles sont très vite préparées au fait de prendre soin de l'autre, de prendre soin du corps, de s'entraider en cas de difficulté, de se sentir responsable des aspects liés à l'entretien de la vie (Collière, 1982) et à la prévention de la maladie. Autrement dit, la socialisation inscrit le « prendre soin » dans l'identité féminine. Il s'agit là aussi bien d'un soin préventif que thérapeutique (par exemple : cueillette et préparation de plantes médicinales) (Saillant, 1994). Toutefois, la valeur accordée aux soins est directement reliée à l'accueil réservé aux femmes par la société. Or les soins sont trop souvent « méprisés, dévalorisés, déqualifiés, banalisés » (Saillant, 1994, p. 96). Cette constatation est à mettre en lien avec le fait que sept infirmières sur onze étaient surprises d'avoir réconforté le patient qui nous envoyait vers elles. Autrement dit, l'intériorisation des normes dominantes de la société amène la femme-infirmière à auto-dévaloriser le réconfort qu'elle offre de son propre chef et qui appartient à sa sphère autonome.

Enfin, il n'est pas possible de réfléchir sur les conditions de travail des infirmières, sans reprendre quelques concepts clés des travaux de Carpentier-Roy (1995a ; 1995b). Si l'identité sociale de la jeune fille se construit, comme on vient de le voir, d'abord dans la sphère privée, elle se poursuit dans la sphère publique, plus particulièrement dans la sphère professionnelle et à travers la reconnaissance sociale du travail effectué.

Mais depuis quelques années, l'anomie sociale fait du travail l'axe central de la quête identitaire, comme si l'identité ne pouvait plus se construire en dehors de celui-ci. L'anomie sociale se définit comme l'absence ou l'extrême faiblesse des règles, des normes et des lois communes. En d'autres termes, elle défait les solidarités collectives, effrite la dimension affective et affaiblit la cohésion du système social (Carpentier-Roy, 1995a).

Le travail devient ainsi un lieu privilégié où se cristallise la quête identitaire. Par conséquent, il est surinvesti par le travailleur qui ne trouve plus à l'extérieur suffisamment de liens significatifs pour continuer à exister. À travers ses recherches, Carpentier-Roy (1995b) observe que la reconnaissance est un aspect central de l'équilibre au travail. Cette reconnaissance se traduit par l'autonomie qui est accordée au travailleur, c'est-à-dire au pouvoir qu'il a sur l'activité pour laquelle il est formé et légalement responsable. Dans ce contexte, la reconnaissance est vue comme un jugement favorable posé sur la beauté et sur l'utilité du travail effectué (Dejours, 1995). C'est, par exemple, reconnaître les connaissances théoriques et les savoirs pratiques indispensables à l'exercice des soins.

Or Carpentier-Roy (1995b) constate qu'en dehors de la pénibilité physique, c'est avant tout l'absence de reconnaissance de ce que font et de ce que sont les infirmières qui engendre la souffrance. Paradoxalement, l'infirmière a d'énormes responsabilités,

toutefois celles-ci ne s'accompagnent pas d'un réel pouvoir sur l'acte. Tout se passe comme si le potentiel valorisant de la responsabilité était spolié au profit des effets anxiogènes liés aux sanctions en cas d'erreur. La peur de la sanction devient ainsi une épée de Damoclès qui ne fait que renforcer la vulnérabilité et la soumission.

À partir de ces résultats, il devient possible d'interpréter les propos des infirmières relatifs au « turn over » des patients, à la complexité de leurs situations, à l'augmentation des actes médicaux délégués et au raccourcissement du séjour hospitalier comme autant de contraintes qui diminuent l'opportunité de prodiguer des soins autonomes, dont le réconfort fait partie. Et c'est bien contre cela que les infirmières luttent en silence mais avec pugnacité, afin de préserver cet espace de liberté et de plaisir.

Au terme de cette analyse des données, nous sommes confiante dans la capacité de l'infirmière de s'investir là où elle trouve du plaisir, c'est-à-dire dans les échanges avec le patient, là où elle est pleinement reconnue et où elle expérimente la réciprocité.

4.4. Trois phénomènes centraux

Au terme de ce chapitre consacré à l'analyse et à l'interprétation des résultats, il est possible d'affirmer qu'au niveau ontologique, le phénomène de réconfort est profondément enraciné dans quelque chose de l'ordre de l'intersubjectivité, de la réciprocité et de l'engagement de deux êtres humains. L'aspect holistique est également présent à travers les soins du corps, le toucher et le soutien émotionnel. De plus, le phénomène est en lien avec la temporalité et il prend place dans un contexte familial, social et sanitaire. Enfin, le réconfort est indubitablement de nature phénoménologique dans le sens où il s'inscrit dans la dimension existentielle de

l'expérience humaine. Ces constatations ont des implications épistémologiques qui feront l'objet du prochain chapitre.

Trois « phénomènes centraux » représentatifs de la quintessence de l'expérience du patient et de l'infirmière seront discutés. Le premier concerne la « rupture biographique » (Corbin et Strauss, 1988) et les multiples ajustements dont les patients ont témoigné tout au long des entretiens. En effet, le bilan de vie que la plupart d'entre eux ont commencé à l'occasion de cette phase postopératoire, nous amène à considérer le réconfort comme un processus d'étayage à la reconstruction d'une nouvelle identité de nature bio, psychosociale et parfois spirituelle.

Le second « phénomène central » émerge de l'analyse des témoignages des infirmières. Dans ce contexte de rupture biographique et de perte d'identité, l'infirmière qui offre du réconfort est d'abord un être humain éprouvant de la sympathie pour une personne qui vit une souffrance. C'est donc, à partir de cette souffrance humaine reconnue et partagée, que l'infirmière et le patient s'engagent dans une « relation transpersonnelle » (Watson, 1985), authentique, intense et réciproque. Cette dernière est source de réconfort pour les deux partenaires de la dyade.

Le troisième « phénomène central » émerge d'une vision panoramique réalisée sur l'entier des témoignages concernant le réconfort. Il s'agit du « caring » (Swanson, 1991 ; 1993). et de la « phronesis » clinique (Schultz et Carnevale, 1996). C'est à travers cette « relation transpersonnelle » que l'infirmière s'engage dans un processus de compréhension de ce que vit la personne et qu'elle offre des soins de qualité. Ces derniers sont guidés par la rigueur du raisonnement formel que nécessite la situation clinique du patient. Pour ce faire, l'infirmière utilise donc toutes les sources de connaissances à sa disposition (Carper, 1978).

5. DISCUSSION

La première partie de la discussion sera consacrée au développement de connaissances que la présente étude suscite et, plus particulièrement, aux trois « phénomènes centraux » qui émergent de l'analyse des données. C'est ainsi que les phénomènes de ruptures et d'ajustements biographiques, de relation transpersonnelle, de « caring » et de « phronesis » clinique seront mis en évidence et discutés. Puis nous envisagerons les forces et les limites de ce travail. Enfin, quelques recommandations pour la formation, la clinique, la gestion et la recherche en soins infirmiers clôtureront cette étude.

5.1. Développement de connaissances

5.1.1. Ruptures et ajustements biographiques

Le phénomène central, qui ressort de l'analyse des témoignages des bénéficiaires, est la rupture biographique ainsi que les nombreux ajustements qu'elle implique.

C'est à partir des travaux de Glaser et Strauss (1965 ; 1968) et de Wiener, Strauss, Fagerhaugh, et Suczek (1979) que Corbin et Strauss (1988) ont élaboré le concept de trajectoire en lien avec la maladie chronique et ses conséquences sur l'identité. Ces auteurs ont mis en évidence l'éclatement de l'identité provoquée par la maladie

chronique et la discontinuité qu'elle entraîne entre le « moi » du passé et celui du présent. Puis, ils ont réfléchi sur le « travail biographique » nécessaire pour rétablir le sens de la continuité perdue. Ces mêmes auteurs considèrent que ce travail s'accomplit en « fermant » certaines facettes de l'identité passée et en « ouvrant » d'autres facettes pour le futur.

Dans le cadre de la présente étude, l'intérêt des phénomènes de ruptures et d'ajustements de trajectoire biographique évitent la référence à la maladie - chronique ou aiguë - pour ne s'intéresser, en définitive, qu'au « travail » qu'exige cette perte d'identité bio, psycho, sociale et parfois spirituelle. En d'autres termes, nous sommes à l'opposé de la proposition du sociologue Conrad (1987) qui voulait créer une taxonomie des maladies chroniques afin d'en augmenter la maîtrise conceptuelle.

Bien plus, s'intéresser à restaurer le sens de la continuité, c'est-à-dire gérer la rupture biographique et gérer la vie quotidienne, sont des activités correspondant bien aux soins dispensés par les femmes-soignantes. Elles n'entrent pas en compétition avec les activités du médecin qui elles, visent principalement à gérer la maladie.

De fait, ces trois lignes d'interventions que représentent la biographie, la vie quotidienne et la maladie sont interdépendantes et complémentaires (Corbin & Strauss, 1988). L'ajustement biographique devient le processus central par lequel la personne malade et ses proches entreprennent des actions pour regagner un certain degré de contrôle sur la biographie interrompue par la maladie. Dans le cadre de la présente étude, nous avons pu observer que ce travail commence à l'hôpital et le plus souvent, avec l'aide de l'infirmière.

Selon Strauss (1973 ; 1992) et Strauss et Glaser (1975) la biographie est constituée de trois éléments : le temps biographique, les conceptions du Soi et le corps.

Les conceptions du Soi renvoient à l'identité individuelle, au « qui je suis ici et maintenant », dans la trajectoire supposée de ma vie. Les multiples facettes intégrées du Soi correspondent à des actions qui se développent dans le temps biographique : passé, présent et futur. Pour réaliser ces actions, la personne a besoin d'un corps qui fonctionne adéquatement. Les conceptions de Soi naissent directement ou indirectement, à travers le fonctionnement du corps. Ainsi, une performance implique des processus mentaux et physiques qui interagissent en vue d'une réalisation qui, le plus souvent, influence à son tour l'identité de la personne. De toute évidence, l'intervention chirurgicale ébranle la conception et le fonctionnement du corps qui peut entraîner l'échec de la performance qui, elle-même, engendre un état de panique, de désespoir, de colère et de frustration relié à la perte de l'identité.

Le degré d'atteinte de l'identité dépend du nombre et de l'importance des aspects du Soi qui sont perdus, de la possibilité de les récupérer, de la capacité à découvrir de nouveaux modes d'action, de la capacité à transcender le corps et de la capacité à surmonter des pertes et à construire une nouvelle conception de soi-même autour de ses limitations ou, comme les personnes malades le disent « à redevenir entier à nouveau » (Corbin & Strauss, 1988 p. 65).

C'est en définitive ce triple travail de reconstruction corporelle, d'ajustements identitaire et biographique qui est l'aspect principal du phénomène de réconfort tel qu'il émerge des témoignages des opérés. Dès lors, on comprend mieux pourquoi les

soins du corps ont tant d'importance aux yeux des patients. Tout se passe comme si, prendre soin du corps, était le préalable à de multiples ajustements plus subtils.

Par ailleurs, il faut souligner que, ce qui a été mentionné précédemment, à propos de la maladie chronique, se vérifie dans le cadre de la présente étude qui concerne la phase postopératoire donc une phase aiguë.

En outre, nous ne pensons pas qu'il y ait « des trajectoires de routine » ou « des trajectoires anodines », comme l'énoncent Fagerhaugh et Strauss (1977). Il est vrai qu'il existe des protocoles de soins postopératoires standardisés, mais l'expérience individuelle demeure unique et singulière, de même que ce qui se vit à l'intérieur de chaque dyade.

Enfin, les liens existant entre le réconfort et les ajustements biographiques concernent le travail d'étayage qui s'effectue à l'intérieur de la dyade, par petites touches successives, et qui vise à traverser la rupture présente et à la dépasser pour envisager un nouvel avenir. Cet aspect ressort très clairement des témoignages des bénéficiaires qui disent que le réconfort c'est « ne pas être seul » et c'est « être projeté dans un futur meilleur », sous-entendu meilleur que le présent, difficile et douloureux à accepter.

De son côté, l'infirmière témoigne du soutien émotionnel qu'elle offre dans ces moments de déstabilisation dus à l'annonce d'une opération, d'une complication inattendue ou à l'occasion d'un accident de travail. Par son engagement, elle devient porteuse des transformations nécessaires que le patient doit initier en vue d'accéder à de nouveaux possibles dont, parfois, la fin de la vie fait partie. À cet effet, elle utilise

toutes les sources de connaissance à sa disposition (empirique, esthétique, éthique et personnelle), car une des facettes du réconfort vise à « se projeter dans un futur meilleur et réaliste ». L'infirmière insiste beaucoup sur l'aspect « réaliste », c'est-à-dire sur la prise en compte des connaissances empiriques, afin de ne pas tromper la personne et d'être authentique dans son engagement.

Autrement dit, les phénomènes de ruptures et d'ajustements biographiques sont en lien avec la notion de temporalité du réconfort. Ce dernier rassemble, en effet, tout à la fois le passé, le présent et il permet d'envisager un futur différent de celui qui était envisagé initialement par la personne.

5.1.2. Relation transpersonnelle

Le phénomène principal qui émerge des témoignages des infirmières est en lien avec l'engagement et la réciprocité qu'elles y trouvent. Précisons d'emblée que le terme « intersubjectivité », qui a été utilisé jusqu'ici, constitue le fondement de la relation transpersonnelle dont il sera question dès maintenant. Le terme transpersonnel suggère une relation plus vaste qui va au-delà de ce que vivent les personnes en présence, pour s'ouvrir sur d'autres dimensions de l'humanité.

Selon Watson (1985), une relation transpersonnelle peut être vue comme « une union avec une autre personne », avec une attention particulière pour la globalité et l'altérité de cet être-dans-le-monde. Elle conceptualise le « caring » comme un idéal moral qui se traduit par une attention pour la dignité et la préservation de l'humanité. Le soin peut commencer lorsque l'infirmière entre dans le champ phénoménal de la

personne. Elle est capable de détecter la situation, de la ressentir et d'y répondre de telle manière que la personne puisse se libérer des sentiments et sensations qu'elle garde en elle depuis longtemps. À ce moment, un flot intersubjectif existe entre le bénéficiaire et l'infirmière. Il s'ensuit une modification des sensations, des pensées et de l'énergie qui deviennent plus harmonieuses, porteuses de bien-être et d'attention mutuelle de la part des partenaires de la dyade et finalement envers l'humanité. Watson (1985) affirme que ce processus tout à la fois simple et complexe, d'humain-à-humain, représente les fondations d'une relation transpersonnelle harmonieuse.

Cette rencontre de deux êtres humains peut être en conflit avec la vision traditionnelle de l'infirmière qui apprend très tôt à garder une distance et à ne pas s'impliquer dans la relation avec le patient. Le message transmis à propos de la proximité et de l'investissement affectif porte le plus souvent sur le manque de professionnalisme. Il est aussi important de garder à l'esprit que la relation transpersonnelle, induite par l'infirmière, vise l'intégration de l'expérience subjective, des émotions et de la situation par le patient. Si, de surcroît, cette relation est gratifiante, source de plaisir et de croissance pour l'infirmière, c'est magnifique, mais ces aspects ne devraient pas être l'objectif prioritaire de la relation. Ceci étant clarifié, il est vrai que les infirmières, ayant mentionné cette notion de réciprocité, ne ménageaient pas leurs efforts pour entrer en relation avec le patient et l'aider à cheminer à travers un problème de santé qu'elles avaient identifié.

Pendant le recueil de données, plusieurs infirmières nous ont parlé de cette attirance inexplicable et réciproque qu'elles ressentaient parfois face à telle ou telle personne.

Ce phénomène est décrit par Watson (1985) comme l'art des soins transpersonnels. L'art est basé sur la perception subtile à travers l'écoute, la vue ou l'intuition, des sensations et des sentiments de l'autre. Les indicateurs en sont parfois imperceptibles : une modification du ton de la voix, un mouvement de paupière ou un geste inhabituel. L'auteure a observé que l'être humain possède cette capacité de recevoir et d'expérimenter les sensations et les émotions d'un autre être humain. Elle pense que c'est sur cette capacité que l'art des soins repose. Toutefois, Watson précise qu'il s'agit pour l'infirmière de détecter ses sensations, d'en être consciente et ensuite de les exprimer de manière à ce qu'elles deviennent intelligibles pour l'autre. L'autre peut, ainsi, en prendre conscience à son tour et s'en libérer.

Pour notre part, nous pensons que ce sont ces expériences transpersonnelles que l'infirmière aime partager avec le patient. Expérience pendant laquelle l'infirmière et la personne malade sont dans une relation intersubjective d'humain-à-humain qui les transcende et les connecte à d'autres dimensions de l'esprit humain. Watson (1999) pense que la conscience, l'amour, la confiance et la compassion sont présents à ce moment, et permettent de se relier à une source d'énergie de guérison aussi puissante que les traitements conventionnels. L'auteur précise que ces « moments transpersonnels » permettent de contacter simultanément le monde subjectif et la conscience des deux êtres humains, tout en allant au-delà des deux protagonistes et avec un sentiment d'harmonie intérieure. À ce propos, Dossey (1984) considère que ces moments génèrent et potentialisent le processus d'auto-guérison en facilitant l'accès à nos propres forces de guérison intérieures.

Watson (1999) précise que dans ce cadre de référence, les deux personnes qui entrent dans cette relation transpersonnelle sont, toutes les deux, dans un processus de devenir. Les deux apportent leur histoire de vie et leur expériences singulières et sont influencées par la nature du « moment ». Ainsi les deux personnes, séparées et uniques, créent un nouveau champ phénoménal. Les deux sont une partie de ce nouveau tout qui, à ce moment, devient une partie de leur propre histoire de vie.

L'occasion d'un « moment de relation interpersonnelle » implique, pour les deux individus, de choisir comment être en relation et que faire pendant ce moment. Cette compréhension est basée sur la croyance que nous apprenons avec l'autre comment « être humain », à travers l'identification à l'autre, à travers la reconnaissance que son dilemme est aussi le nôtre et en nous connectant à l'universalité de nos expériences. En d'autres termes, nous apprenons à nous reconnaître en l'autre, par-là même, à pérenniser notre humanité commune. Dans ce type d'expérience transpersonnelle, la personne qui soigne peut entrer en contact avec l'expérience de l'autre et réciproquement et ce, dans des dimensions métaphysique et spirituelle qui transcendent le temps, l'espace et la corporalité (« physicality »). De ce fait, la réification de l'autre n'est plus possible puisque la personne qui soigne est face à un autre elle-même. De plus, tout semble se passer comme si le passé, le présent et le futur étaient contenus dans le moment présent, ce qui rend la narration de l'expérience difficile (Watson, 1985 ; 1999).

C'est certainement à ces expériences transpersonnelles que se référaient les infirmières que nous avons rencontrées. Elles racontaient cette réciprocité des

échanges, cette implication du patient dans la relation, cette attirance, ce « feeling », cette identification à l'autre, précisant même parfois que cela n'était pas « correct » de ressentir cela. En définitive, ces mots issus de l'expérience traduisent bien ce que Watson a conceptualisé et que nous avons synthétisé précédemment. Il est d'ailleurs intéressant de relever, une fois de plus, l'importance des connaissances personnelles, esthétiques, éthiques mais aussi des croyances et de la spiritualité lors d'un « moment de relation transpersonnelle ».

Autrement dit, l'intersubjectivité exposée au chapitre précédent est la base de la relation transpersonnelle qui vient d'être présentée. Toutefois, en phase postopératoire, il est possible de s'interroger sur l'apparente faiblesse du discours de l'infirmière portant sur le corps et les soins physiques, alors même que ceux-ci sont incontournables et qu'ils ont été largement mis en évidence à travers les observations directes. Il est donc possible de dire que, du point de vue de l'infirmière, le corps fait l'objet de soins dont elle parle peu, alors que pour l'opéré, son corps est à l'origine du discours.

Après avoir décrypté le phénomène principal qui émergeait des propos des bénéficiaires en termes de ruptures et d'ajustements biographiques, nous avons mis en évidence le phénomène principal des témoignages des infirmières traduit dans le processus de relation transpersonnelle. Maintenant, il nous paraît intéressant d'amener la discussion simultanément sur l'entier des données afin d'obtenir une vision panoramique du phénomène de réconfort en phase postopératoire. Nous aborderons

donc maintenant le phénomène principal qui se dégage des verbatim et des observations.

5.1.3. « Caring » et « phronesis » clinique

Le phénomène de réconfort, en phase postopératoire, est composé de multiples facettes qui englobent apparemment toutes les activités de l'infirmière lorsqu'elle vit et expérimente le « caring ». Alors la question qui se pose est la suivante : réconforter en phase postopératoire, n'est-ce pas vivre une expérience de « caring » ?

Pour répondre à cette question, et par souci de cohérence, nous avons choisi d'utiliser la théorie intermédiaire du « caring » de Swanson (1991, 1993). En effet, une théorie intermédiaire est élaborée, à partir de recherches menées sur le terrain et à l'aide de méthodes permettant au chercheur d'atteindre l'essence du phénomène étudié. La plupart du temps, il s'agit d'un phénomène dont on sait peu de choses mais dont, paradoxalement, les théoriciennes aiment à dire qu'il est le centre de la discipline (Newman, Sime & Corcoran-Perry, 1991; Watson, 1988). La cohérence se situe donc dans la comparaison de résultats obtenus à l'aide d'une approche phénoménologique.

C'est à travers un programme de recherches mené dans un contexte de néonatalogie que Swanson (1991, 1993) a développé sa théorie intermédiaire. Pour mener à bien son projet, elle a choisi une approche méthodologique mixte, c'est-à-dire que dans un premier temps elle a utilisé la phénoménologie pour ensuite organiser les données à l'aide de la « grounded theory ».

C'est ainsi que l'auteure énonce les cinq processus interdépendants et chronologiques du « caring », identifiés et validés empiriquement à travers plusieurs études (Swanson-Kauffman, 1986 ; Swanson-Kauffman & Schonwald, 1988 ; Swanson, 1990). Par ailleurs, sa définition du « caring » valorise des dimensions que nous avons également observées dans nos données :

« caring is a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility » (1991, p. 165).

Le « caring » est une manière donnante d'être en lien avec un(e) autre qui est perçu(e) comme ayant de la valeur et à l'égard duquel (de laquelle) on ressent un engagement et une responsabilité personnels (traduction libre).

La comparaison des résultats obtenus par Swanson dans le cadre de plusieurs recherches sur le « caring » avec l'analyse des propos des patients et des infirmières relatifs à leurs expériences de réconfort est étonnante et mérite un détour.

Pour Swanson (1993) le processus, « connaître », a pour but de comprendre les événements avec le regard de l'autre. L'infirmière met de côté ses présupposés afin d'approcher la réalité du patient de son point de vue à lui, tout en répondant à ses propres besoins. L'auteur précise que, dans cette première phase, l'infirmière utilise les quatre sources de connaissance de Carper (1978 ; 1988). C'est-à-dire qu'elle gère aussi bien des données empiriques que des savoirs personnels, éthiques et esthétiques. L'auteur pense que ce premier processus pose les bases « d'être avec » qui sera de nature plus aidante, plus thérapeutique.

Le second processus, « être avec », est une présence émotionnelle qui permet à l'infirmière de partager les significations et les expériences vécues par le malade. Sa

disponibilité et sa capacité d'endurer avec la personne sont explicitées. Une présence authentique et une écoute attentive et réflexive caractérisent ce processus.

L'auteur relève que les infirmières ont elles-mêmes besoin d'une telle relation au sein de l'équipe de soin, afin que les exigences liées à cette présence émotionnelle ne soient pas douloureuses et ne perturbent pas la relation avec le patient et sa famille. Swanson précise que cet aspect est du ressort des infirmières-gestionnaires.

Le troisième processus, « faire pour », est très proche de la pensée d'Henderson (1966) qui préconisait d'assister l'individu malade ou en santé en faisant pour lui ce qu'il ferait, s'il en avait la force, la volonté et les connaissances. Pour Swanson (1993) « faire pour » inclus reconforter, anticiper les besoins, agir avec habileté et performance, protéger des dommages et préserver la dignité humaine.

Le quatrième processus, « rendre capable », est défini comme « faciliter le passage à travers les transitions de la vie et les événements non familiers » (Swanson 1991). En définitive, l'auto-soin est l'objectif sous-jacent du processus. En effet, « rendre capable » peut nécessiter une phase de « faire pour », cependant l'infirmière veillera à ne pas faire plus que nécessaire afin de favoriser l'apprentissage de l'auto-soin et d'éviter la dépendance voire la co-dépendance.

Le cinquième et dernier processus, « maintenir les croyances », affirme la confiance en l'autre et en sa capacité à traverser l'événement présent et à faire face au futur, en y trouvant du sens. La personne est approchée avec la conviction qu'il y a une signification personnelle à trouver dans le défi auquel elle est confrontée ici et maintenant.

La comparaison (Annexe S) démontre que les cinq processus décrits par Swanson (1991, 1993) sont proches des six catégories thématiques issues de l'analyse des données de la présente étude. Cependant, deux catégories thématiques isolées ne correspondent pas aux processus décrits par Swanson. Il s'agit de la catégorie (f) qui a trait aux interactions du patient avec son environnement familial et social et de la catégorie (g') qui considère les limitations, dénoncées par les infirmières, et liées au contexte socio-sanitaire. Ces deux catégories sont des composantes contextuelles du « caring » et du réconfort qui affectent l'occurrence et la qualité du réconfort pour le patient et l'infirmière.

Le plus souvent, les liens avec la famille augmentent le réconfort du patient. Au contraire, les opportunités et les habiletés de réconfort peuvent être limitées par les facteurs environnementaux problématiques, tels que : le roulement rapide des patients, les situations aiguës, une pénurie de personnel, etc.). De plus, ces facteurs peuvent empêcher l'infirmière de dispenser le réconfort souhaité et mettre en lumière le fossé entre l'idéal et le possible. Dans cette recherche, les infirmières ont offert du réconfort dans des conditions de travail de plus en plus difficiles.

Quand l'infirmière crée un lien avec les proches du patient, ces derniers bénéficient d'un support. De ce fait, le patient peut se sentir réconforté, car il se perçoit comme un fardeau plus léger. De plus, les informations de l'infirmière orientent la famille et peuvent soulager l'opéré puisqu'il n'est plus le seul porteur des mauvaises nouvelles.

Le réconfort peut être vu comme un processus qui rend, le patient et ses proches, capables de traverser une épreuve existentielle. Les éléments majeurs auxquels

l'infirmière, qui offre du réconfort, est attentive sont : faciliter, encourager et médiatiser les contacts entre le patient et ses proches.

Rappelons que ces deux catégories ont émergé spontanément et ont été présentées par l'ensemble des participants comme influençant grandement les opportunités et la qualité du réconfort. Par conséquent, il est difficile, voire impossible, de les occulter. C'est pourquoi notre analyse tient compte, contrairement à la théorie de Swanson (1991 ; 1993), de ces facteurs environnementaux. Cet aspect est incontestablement une des forces de cette recherche.

Dans les écrits de Swanson (1991 ; 1993), les raisons pour lesquelles le contexte n'apparaît pas ne sont pas explicitées. Toutefois, nous pouvons suggérer que l'intérêt pour le phénomène pouvait être si intense, que la tentation d'évincer le contexte est présente. Souvent l'espace limité d'un article ne permet pas de citer tous les résultats de sa recherche. Enfin, il serait intéressant de communiquer avec Swanson, afin de connaître les conditions de travail à l'époque de ses recherches. En effet, il est possible d'imaginer que nous avons eu accès aux facteurs environnementaux, en raison de la forte pénurie de personnel qui sévissait depuis plusieurs mois et au moment du recueil de données. Par ailleurs, une brève recherche sur CINAHL, permet de mettre en évidence une recrudescence globale des articles concernant la famille de 1994 à 2000, comparativement à la période allant de 1982 à 1993.

Nos résultats suggèrent que ces facteurs environnementaux ne sont pas seulement importants mais limitatifs. Par conséquent, ils peuvent influencer les différents processus du « caring » en vue du bien-être de l'autre. Dans le même sens, plusieurs

auteurs ont relevé l'importance du contexte dans leurs écrits (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 1999; Carnevale, 1991, 1997, 1999 ; Carpentier-Roy, 1995a, 1995b ; Dejour, 1995).

Les points de divergence précisés, nous observons globalement de nombreux points de convergence entre cette théorie du « caring » et le phénomène de réconfort. Il est même possible d'affirmer que la présente étude permet d'affiner, de préciser et de concrétiser les cinq processus qui sont forcément à un niveau d'abstraction plus élevé puisqu'ils représentent les concepts qui constituent la théorie.

D'autre part, nous observons que le phénomène « relation transpersonnelle » correspond, a priori, aux quatre processus « connaître », « être avec », « rendre capable » et « maintenir les croyances ». En d'autres termes, le « phénomène central » du réconfort, tel qu'il est vécu et transmis par les infirmières, correspond à quatre des cinq processus de la théorie du « caring » (Swanson, 1991 ; 1993). Par ailleurs, le processus « faire pour » correspond à la catégorie « prendre soin de manière holistique ». Nous sommes donc confrontée à des concepts qui se chevauchent et qui par conséquent nécessitent d'être retravaillés et précisés ultérieurement.

Pour notre part, nous nous engageons à continuer les recherches sur le réconfort, et ceci, dans d'autres contextes de soins de manière à confronter, critiquer et argumenter cette ressemblance avec le « caring ».

À la fin de ce sous-chapitre, il est possible de dire que le phénomène de réconfort est suscité par la souffrance associée à la rupture que vit un être humain et dans

laquelle la personne de l'infirmière se reconnaît. La sympathie éprouvée, conduit cette dernière à un engagement authentique et profond qui va permettre à l'autre de traverser cette phase de chaos et d'incertitudes liée à la perte de son identité corporelle, psychologique, sociale et potentiellement spirituelle. Du point de vue du patient, le phénomène de réconfort peut donc être compris comme un étayage à la reconstruction des multiples dimensions du Soi.

Du point de vue de l'infirmière, le phénomène de réconfort est essentiellement un engagement émotionnel envers la personne et l'expérience clinique qu'elle vit. Cet engagement se traduit par un souci de l'autre et l'instauration d'une relation intersubjective qui vise la compréhension et le partage de significations de ce que vit la personne. Toutefois cet engagement, basé sur la sympathie, n'est pas une fin en soi. En fait, il exacerbe les perceptions qui guident le jugement clinique de l'infirmière, lui donnant ainsi accès à une pratique responsable qui va au-delà de la technique, pour s'orienter vers l'idéal de « phronesis » clinique (Schultz & Carnevale, 1996).

La « phronesis » clinique implique une connaissance du patient en tant que personne et un dialogue continu avec celui-ci, de manière à choisir la meilleure décision clinique et éthique. Elle nécessite un certain degré de sympathie avec le patient. C'est un processus d'acquisition de connaissances et de compréhension de ce que vit la personne, qui se construit à travers le dialogue, la narration et l'interprétation. C'est une manière d'aboutir à une décision clinique responsable qui prend en compte l'avis du patient (Schultz & Carnevale, 1996).

Enfin le phénomène de réconfort, tel qu'il apparaît à travers l'ensemble des témoignages recueillis, présente des similitudes avec la théorie du « caring » de Swanson (1991 ; 1993) et avec la « phronesis » clinique (Schultz & Carnevale, 1996). Cette dernière fait appel à un sens profond de la responsabilité en regard de la souffrance humaine, qui peut être comprise comme une valeur éthique. Elle est éclairée simultanément par la relation transpersonnelle et par la rigueur du raisonnement formel que nécessite la situation du patient. De plus, la « phronesis » clinique tient compte du contexte dans lequel intervient la relation. Ce dernier aspect est un avantage par rapport à la théorie du « caring » qui apparaît comme décontextualisée.

5.2. Forces et limites

5.2.1. Forces

Une des forces de cette étude réside dans l'approche par dyades, composées d'un patient et de l'infirmière qui l'a réconforté. Cette manière d'aborder les participants, favorise l'émergence de deux discours basés sur un même processus. Autrement dit, le phénomène de réconfort est décrit à partir de deux points de vue, celui du patient et celui de l'infirmière, mais tous deux parlent du même phénomène. Ce point méthodologique nous a toujours intéressée, car il nous paraissait pertinent d'aborder un phénomène éminemment intersubjectif, en accédant à cet « entre deux », à cet espace symbolique, par le regard et le discours de chaque protagoniste.

À plusieurs reprises, nous avons eu l'opportunité de « vivre » auprès du patient cette attirance, cette envie de connaître l'autre que les infirmières nous ont racontées par la

suite. Chaque fois que ce phénomène s'est produit, nous avons remarqué que l'entretien durait au-delà d'une heure, le temps n'avait plus d'importance.

Cette observation, nous amène à dire que l'approche phénoménologique de Benner (1994) ; Benner, Tanner et Chesla (1996) et Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) est, non seulement conviviale pour tous les acteurs impliqués (partenaires et chercheurs) puisqu'elle permet de leur accorder du temps et une écoute attentive, mais que de surcroît, elle a favorisé un dialogue authentique, un retour sur soi, que certains patients nous ont dit être source de réconfort. De plus, notre propre engagement avec certains opérés a été d'une telle intensité qu'il a été nécessaire d'envisager (d'un commun accord) une seconde entrevue, dans les jours suivants, afin de clore la relation. Nous avons non seulement vécu, en tant que chercheuse, cette « attirance » réciproque dont parlent les infirmières, mais nous pouvons témoigner qu'elle mène à un engagement mutuel profond auquel il est parfois difficile de mettre fin.

De plus, l'approche de Benner (1994) ; Benner, Tanner et Chesla (1996) et Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) favorise l'accès au contexte dans lequel interviennent les acteurs et le phénomène. Ainsi, deux facteurs environnementaux ont pu être identifiés en tant que limitation de l'opportunité et de la qualité du réconfort.

En outre, l'observation et l'analyse des savoirs pratiques, dans leur contexte naturel, sans facticité, est certainement favorable à l'utilisation des résultats. En effet, nous avons eu l'opportunité d'échanger à plusieurs reprises avec des infirmières qui disaient combien ce type de recherche ancrée dans la réalité, était cohérente avec leurs questionnements. Nous pensons donc que cette approche « naturaliste » favorise

l'utilisation ultérieure des résultats aussi bien par nos collègues cliniciennes que par les enseignants en soins infirmiers.

Enfin, et un peu paradoxalement, alors que le système de soins vaudois est financièrement en crise et que la pénurie de personnel infirmier est importante, il a été possible, à travers cette étude, de mettre en lumière l'expertise des infirmières en regard du phénomène de réconfort. Nous considérons que le fait d'avoir été témoin de cette face cachée des soins infirmiers et d'avoir eu l'opportunité de mettre par écrit ces savoirs pratiques est, non seulement un privilège, mais surtout une opportunité de mieux faire connaître la valeur des soins infirmiers, là où ils font la différence.

5.2.2. Limites

La signification des résultats de la présente étude est contextuelle, c'est-à-dire que sa transposition à d'autres contextes est à vérifier. C'est pourquoi nous avons, d'ores et déjà, soumis un second protocole de recherche dont l'objectif est d'évaluer l'influence du contexte sur le phénomène de réconfort. La future recherche commencera en janvier 2001, elle aura lieu dans un service de médecine et au sein d'une petite équipe de trois chercheurs. Précisons que notre projet a reçu des subsides du Fond National de la Recherche (Annexe T).

Il est également important de souligner que la présente étude ne reflète pas ou peu l'expérience de personnes présentant des difficultés d'élaboration de la pensée, à l'exception de deux personnes sur onze. Cet aspect est à considérer à l'occasion d'une troisième étude qui pourrait être, par exemple, entièrement consacrée à des personnes

ayant des difficultés d'élaboration. Ces personnes ont accès, le plus souvent, à une pensée concrète et présentent des difficultés à passer à un niveau abstrait (Piaget, 1977). Par conséquent, il est probable que les interventions de nature symboliques, telles que les ajustements biographiques, la relation transpersonnelle ou la projection dans un futur meilleur ne leur conviennent pas. C'est pour le moins ce que suggèrent les témoignages de Monsieur C. et de Monsieur I., analysés en tant qu'exemplaires.

En outre, les Hôpitaux Universitaires, comme le CHUV, drainent des patients de tous les milieux sociaux – économiques et plus particulièrement des personnes au bénéfice de l'assurance maladie obligatoire de base. Celle-ci rembourse intégralement les actes médico-chirurgicaux et les soins dispensés en « classe commune », à l'opposé d'une hospitalisation en « privé » ou en « semi-privé » qui n'est pas remboursée. Autrement dit, la majorité des patients opérés dans les Hôpitaux publiques, appartiennent aux classes moyenne, modeste ou défavorisée.

Les liens existant entre l'appartenance à un milieu social, la scolarité, la profession exercée et l'accès aux soins ont été mis en évidence par les sociologues helvétiques dans les années quatre-vingt (Fragnière et Gilliland, 1981 ; Fragnière et Vuille, 1982 ; Gilliland, 1982).

Ainsi, la rupture biographique que vit un patient issu d'un milieu socio-économique modeste, s'inscrit dans une trajectoire de vie différente de celle d'un homme provenant d'un milieu favorisé. Les répercussions financières, familiales et sociales sont différentes, alors même que la souffrance est le dénominateur commun. Par conséquent, offrir du réconfort à ces deux personnes, nécessite des ajustements subtils

de la part de l'infirmière, que nous n'avons pas pu observer dans le cadre de la présente étude.

L'appartenance de genre est également à investiguer plus finement. Nous avons été particulièrement prudente dans l'interprétation des témoignages d'hommes issus de milieu modeste, car l'influence du genre fait partie de nos préconceptions. Ces dernières ont été mises entre parenthèses le plus longtemps possible afin de ne pas biaiser l'analyse des données. Il semble toutefois, qu'à formation comparable (scolarité obligatoire ou CFC), les femmes rencontrées aient plus de facilité à parler du corps, de leurs vécus et de leurs émotions que les hommes (Harper, Berthet, Granjean, & Darcy de Oliveira, 1980). Cette observation est, d'une part, liée aux stéréotypes féminins et masculins qui imprègnent notre culture suisse romande. Certains hommes réfutent, d'ailleurs, cette image de l'homme fort, imperturbable et détaché de ses émotions pour laisser émerger cette sensibilité qui leur est propre (Corneau, 1989). D'autre part, il apparaît que l'homme issu d'un milieu modeste entretient une relation avec son corps essentiellement mécaniste, alors que la femme considère plus volontiers les interrelations du corps et de l'esprit (Darcy de Oliveira, Gramoni, Schultz, & Harper, 1980).

S'intéresser à l'appartenance de genre des bénéficiaires, amène tout naturellement à s'intéresser à l'autre partenaire de la dyade, l'infirmière et l'infirmier. Or, la présente étude est entièrement centrée sur le réconfort offert par des femmes. Nous ne savons donc rien sur les pratiques réconfortantes des infirmiers. Il serait intéressant de savoir si elles diffèrent fondamentalement de celles des femmes et en quoi.

Ainsi, l'influence du milieu socio-économique du patient, appréhendé à travers la qualité de l'élaboration de sa pensée, de même que l'influence du genre des partenaires de la dyade, devraient être menées ultérieurement. Ces aspects seront repris dans le sous chapitre que nous abordons maintenant, qui est consacré aux recommandations pour la formation, la clinique, la gestion et la recherche.

5.3. Recommandations

5.3.1. Recommandations pour la formation

Les recommandations sont au nombre de trois : deux sont générales et la troisième est spécifique. La première concerne la présence dans chaque institution de formation ou chaque hôpital, d'une infirmière porteuse d'un PhD en soins infirmiers, qui serait habilitée à élaborer des protocoles et à mener à bien - en collaboration avec les praticiennes et les enseignants - des recherches qui permettraient de développer des connaissances disciplinaires. Ces recherches auraient le double avantage de créer une émulation au sein des institutions concernées et de renforcer les liens existants entre les partenaires. Ces derniers ayant l'opportunité de faire connaître et de partager leurs talents spécifiques.

La méthode du « learning by doing » (Freire, 1974) est intéressante dans ce contexte, puisqu'il s'agit d'apprendre à réaliser une recherche dans les conditions réelles de la pratique. Par ailleurs, cette recommandation s'inscrit dans l'accession des institutions de formation au rang de « Hautes Ecoles Spécialisées » et à leur futur rattachement à l'Université. L'objectif vise l'appropriation, par les infirmières et pour

la discipline, du processus de changement désiré et décidé, il y a quelques années, par les responsables de la formation en soins infirmiers suisses.

Concrètement, il s'agit de mettre en évidence les savoirs pratiques des cliniciennes en regard du réconfort, dans un nouveau contexte, tout en s'appuyant sur les compétences en recherche des enseignants. Le rôle du PhD est non seulement d'être garante de l'approche méthodologique et des apprentissages qui s'y rapportent mais surtout de développer des connaissances en soins infirmiers pratiquées quotidiennement, et qui ne demandent qu'à être conceptualisées et théorisées. Si la méthode du « learning by doing » est liée, de part son histoire, à l'émancipation des paysans brésiliens, il semble qu'aujourd'hui elle puisse participer à l'émancipation des infirmières de suisses romandes.

Dans cette perspective, il paraît également intéressant d'associer dès le début du projet les étudiants du centre de formation, puisqu'ils sont les futurs cliniciens. Ainsi, la seconde recommandation générale, invite les responsables de programmes à introduire simultanément des séminaires de recherche qualitative et quantitative de manière à ce que les étudiants maîtrisent rapidement les différents paradigmes et leurs questions ontologique, épistémologique et méthodologique (Guba, 1990 ; Guba & Lincoln, 1998). Par exemple, d'un point de vue ontologique, le chercheur est-il persuadé qu'une seule réalité existe ou qu'au contraire de multiples réalités cohabitent sous forme de représentations mentales issues d'expériences et d'interactions sociales, spécifiques à chaque personne ? Autrement dit, sommes-nous confronté à des relations linéaires de causes à effets ou à la circularité et la simultanéité des phénomènes ? De

même, au niveau épistémologique, est-ce l'objectivité ou la subjectivité qui est recherchée ? En définitive, le choix de la méthode de recherche dépend de la réponse à ces questions philosophiques avant même de solutionner la question de recherche.

Enfin, la troisième recommandation est spécifique à la présente étude. Elle suggère de s'assurer que l'enseignement de phénomènes comme la sympathie, l'engagement et la relation transpersonnelle tienne compte des résultats de recherches issues du paradigme dont découle la phénoménologie. En effet, il serait intéressant que la formation, destinée aux étudiantes généralistes, aborde les savoirs pratiques, la « phronesis » clinique et les liens existant entre l'engagement et l'acuité perceptuelle, par exemple. Dans ce même esprit, il serait également pertinent de proposer - à moyen terme - un programme de maîtrise en soins infirmiers, en français, et en collaboration avec différentes Facultés ou Ecoles de Soins Infirmiers dont les Professeurs appartiendraient à des paradigmes différents afin de favoriser une réflexion intellectuelle de niveau académique ainsi que des prises de positions argumentées et basées sur des connaissances issues de la recherche.

Cette stratégie, qui vise à intervenir simultanément auprès de trois sous-groupes (enseignantes, cliniciennes et étudiantes), est basée sur deux observations : d'une part, elles sont proches des patients et leur formation a un impact direct sur l'offre en soin. En effet, l'amélioration de la qualité du soin est bien l'objectif de la recherche en soins infirmiers, telle que nous la concevons et la pratiquons. D'autre part, ces trois sous-groupes sont interdépendants et il paraît adéquat de leur offrir simultanément les

mêmes sources de connaissances, de manière à favoriser des échanges professionnels riches et l'appartenance à un groupe social en évolution.

Dans cette perspective, les recommandations qui suivent sont destinées aux cliniciennes, cependant, elles concernent aussi bien les enseignantes que les étudiantes qui prennent soin des bénéficiaires.

5.3.2. Recommandations pour la clinique

Les recommandations pour la pratique sont spécifiques et directement issues des résultats de la présente étude. Elles sont au nombre de trois.

Les patients ont exprimé combien la spiritualité est une source de réconfort pour eux et nous avons été surprise de constater que l'infirmière ne parle pas de cet aspect avec l'opéré ou plus exactement qu'elle ne mentionne pas la spiritualité comme faisant partie de ses préoccupations. Watson (1985 ; 1999) cependant, a très bien démontré qu'il n'y avait pas de « moment de relation transpersonnelle » sans référence à quelque chose qui va au-delà des deux personnes en présence, qui les transcende et les connecte à d'autres dimensions de l'esprit humain, dont la spiritualité peut être une expression. Dès lors, notre recommandation est formulée en des termes nuancés qui visent à vérifier que la spiritualité n'est pas le facteur oublié des soins de santé (Larson, & Larson, 1994) dont elle est une dimension majeure.

La seconde recommandation se rapporte aux personnes qui traversent une phase de déni ou de révolte et qui se sont auto-exclues de la présente recherche puisqu'elles n'avaient rien à dire sur le réconfort. Il paraît plus important que ces personnes voient,

entendent et sachent que l'infirmière connaît ces phases de deuil liées aux ruptures et aux ajustements biographiques. Elle comprend, n'en fait pas une affaire personnelle et est habilitée à en parler lorsque la personne sera prête à le faire.

La troisième recommandation concerne les hommes (quarante-cinq ans, scolarité obligatoire ou CFC) qui n'ont pas l'habitude de parler de leurs sensations ou de leurs émotions et qui ont une relation au corps que nous pourrions qualifier de mécaniste. Il est possible de dire que ces personnes sont maladroitement gauches dans leurs manières d'exprimer leur mal-être. Souvent, ces personnes ne sont pas grandes consommatrices de soins de santé et elles ne connaissent pas le monde hospitalier. Par ailleurs, elles sont réconfortées par les soins usuels et ne font aucune demande de nature émotionnelle. Les investigations plus fines de l'infirmière identifiant un problème de santé sont souvent éconduites. De fait, il semble n'y avoir aucune porte d'entrée en vue d'un dialogue plus approfondi. Par ailleurs, la courte durée du séjour hospitalier et la charge de travail permettent à ces personnes de passer souvent inaperçues.

Ici, la recommandation s'exprime en termes d'ouverture à l'autre, d'attention subtile et de disponibilité. Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (1999) proposent de discuter de choses et d'autres avec la personne, un peu comme si nous faisons connaissance de notre nouveau voisin, sans autre but que le plaisir d'échanger. Les auteurs affirment que cette conversation sociale ordinaire permet de diminuer les peurs du patient et de le connecter à un monde connu, pendant quelques minutes. Ces personnes peuvent, aussi, trouver du réconfort à travers des rituels familiers, comme la sieste, un téléphone à un membre de la famille ou la vision de leurs émissions de

télévision préférées. Elles retrouvent ainsi les notions de prédictabilité, de cohérence, de continuité et de confort qu'elles ont perdues au moment de la rupture biographique.

5.3.3. Recommandations pour la gestion

Les recommandations pour la gestion sont au nombre de deux. La première concerne la répartition du travail par tâches qui amène à la taylorisation, au travail en miettes. Les conséquences majeures observées, dans cette étude, sont la diminution des opportunités de réconfort, voire l'impossibilité de réconforter, la perte du sens et l'insatisfaction du client et de l'infirmière. Le patient devient « l'informateur » qui transmet à l'infirmière ce qui a été fait par sa collègue quelques minutes auparavant, il est en quelque sorte le garant de la continuité des soins. Nous sommes loin du « primary nursing » qui octroie la responsabilité de l'entier de la situation du patient à une infirmière.

Notre recommandation vise à éviter l'ajout de nouvelles ruptures liées à l'organisation du travail et à réintroduire du sens dans l'exécution de soins qui paraissent simples (mesure des pulsations, de la tension artérielle, de la température, etc.) mais qui deviennent des indicateurs performants, uniquement s'ils sont pris au même moment et associés à une observation rigoureuse de l'état général de la personne et de son histoire de santé.

La seconde recommandation s'appuie sur le besoin et la demande des infirmières d'un espace et d'un « moment de relation transpersonnelle » qui leur soient offerts par l'institution. La plupart des praticiens qui utilisent leur personne comme « outil »

thérapeutique (Peplau, 1952/1988) ou qui utilisent leurs connaissances personnelles (Carper, 1978 ; 1988), bénéficient de supervisions régulières avec des pairs. La présente étude a démontré les exigences liées à l'investissement de l'infirmière, en tant que personne, auprès de certains opérés qui sont prêts à se reconstruire. Cet investissement n'est pas sans limites, et certaines infirmières ont affirmé s'en protéger, en restant à un niveau superficiel avec les patients, et ce, suite à un accompagnement long, douloureux affectivement et réalisé sans soutien spécifique.

En raison de la courte durée du séjour hospitalier, il est possible d'envisager que l'équipe infirmière vit, elle aussi, des ruptures successives et de plus en plus rapprochées. Par conséquent, elle a besoin d'un soutien intellectuel, émotionnel et social qui permette non seulement la narration et l'élaboration de son expérience en vue d'un mieux-être, mais aussi la construction de l'appartenance à un collectif de travail. Ce dernier devient rapidement source de reconnaissance, de solidarité et de collaboration (Carpentier-Roy, 1995a ; 1995b).

5.3.4. Recommandations pour la recherche

Les recommandations sont au nombre de trois. La première est générale et vise le développement de connaissances en soins infirmiers. En effet, il paraît important qu'une jeune discipline relève les défis auxquels elle est confrontée. Il s'agit, par exemple, de conceptualiser les savoirs qui émergent de la pratique, pour ensuite les restituer de manière intelligible aux infirmières, aux gestionnaires et aux enseignants. Si, par le passé, les infirmières ont été amenées à poursuivre leurs études et leurs

recherches de troisième cycle dans d'autres disciplines, il semble que l'existence et la création de facultés de soins infirmiers en Europe permettent, maintenant, de s'atteler à la tâche. Précisons d'emblée que notre discours peut paraître corporatiste mais il est surtout fortement influencé par le paradigme auquel nous nous référons depuis quelques années. Ce paradigme nous a permis de mettre en évidence la face cachée et méconnue des soins infirmiers, celle de l'expertise de l'infirmière. De ce fait, nous pensons que les résultats seront utilisés par nos collègues du terrain, car non seulement ces résultats sont ancrés dans leur quotidienneté, mais ils émergent de la pratique de leur art, celui des soins infirmiers.

En d'autres termes, notre recommandation, pour la recherche à venir, est d'étudier des phénomènes que nous connaissons mal, sur lesquels peu d'écrits sont publiés mais qui sont en définitive des phénomènes permettant d'éclairer et de conceptualiser certaines pratiques intuitives des femmes soignantes, depuis le moyen-âge jusqu'au troisième millénaire.

La seconde recommandation est spécifique car elle concerne le choix des participants. Si dans la présente étude, nous nous sommes intéressée prioritairement, mais pas exclusivement, à des personnes ayant une « bonne capacité d'élaboration » de leur vécu, il n'est pas souhaitable que les patients présentant des difficultés dans ce domaine soient systématiquement exclus de futures recherches. En effet, les deux opérés qui n'étaient pas très prolixes et dont la pensée était par moment difficile à suivre, ont apporté des aspects essentiels du réconfort (suppléance dans les activités de la vie quotidienne et refus de réconfort émotionnel).

Notre recommandation promeut la souplesse quant à l'utilisation du critère de choix des bénéficiaires qui porte sur la capacité d'élaboration de leur vécu. Il sera ainsi possible d'obtenir des informations pertinentes en regard du but poursuivi qui vise une meilleure compréhension de l'expérience et de la signification du réconfort.

Enfin, la troisième recommandation spécifique propose d'observer les soins de réconfort dispensés par les infirmiers, afin d'investiguer si leur offre est différente et en quoi elle est différente de celle des infirmières.

Dans le malheur, la consolation s'offre comme une lueur d'humanité, de fraternité, de chaleur qui ne répare pas, qui n'efface rien, mais qui soulage un peu, comme un sourire, une caresse, un chant, une parole soulagent même si la douleur taraude.(Huisman-Perrin, 1997, p. 161)

Références

- Arruda, E.N., Larson, P.J., & Meleis A.I. (1992). Comfort: Immigrant Hispanic cancer patients' views. Cancer Nursing, 15, 387-394.
- Arnold, J.M., & Sherwen, L.N. (1986). Belief systems which influence research in nursing: implications for preparing future investigators. Journal of Nursing Education, 25, 325-327.
- Ashworth, P.D., Longmate, M.A., & Morrison, P. (1992). Patient participation: its meaning and significance in the context of caring. Journal of Advanced Nursing, 17, 1430-1439.
- Bakan, D. (1968). Disease, pain and sacrifice; toward a psychology of suffering. Chicago: University of Chicago Press.
- Bécherraz, M., Desaulles, C., van Melle, G., & Braissant, C. (1998). Gestion de la douleur par les équipes infirmières: recherche exploratoire auprès de neuf services du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, Lausanne, Suisse). Recherche en Soins Infirmiers, 55, 9-22.
- Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. Western Journal of Nursing Research, 16, 254-267.
- Belenky, M.F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R., & Tarule, J.M. (1997). Women's ways of knowing. New York: Basic Books.
- Benner, P. (1984). From novice to expert. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1994). Interpretive phenomenology. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Benner, P. (1995). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Paris: InterEditions.
- Benner, P. (1999). Claiming the wisdom & worth of clinical practice. Nursing and Health Care Perspectives, 20, 312-119.
- Benner, P. (2000a). Clinical wisdom. Conference at the Department of Nursing. February 11. Montreal: Jewish Montreal Hospital.
- Benner, P. (2000b). Interpretive phenomenology. Seminar at the McGill School of Nursing. February 10. Montreal: McGill University.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). Clinical wisdom and interventions in critical care. A thinking-in-action approach. Toronto: Saunders Company.

- 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., & Wrubel, J. (1989). The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Bevis, E., & Watson, J. (1989). Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing. New York: National League for Nursing.
- Blecker, H., & Mulderij, K.J. (1992). The experience of motor disability. Phenomenology + Pedagogy, 10, 1-8.
- Borel, C., Perrenoud, B., & Schaub-Gentizon, C. (1998). La douleur au rapport. Une mosaïque. Soins Infirmiers, 10, 78-83.
- Bottorff, J.L. (1991). The meaning of comfort: The lived experience of being comforted by a nurse. Phenomenology + Pedagogy, 9, 237-252.
- Bottorff, J.L. (1993). The use and meaning of touch in caring for patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 20, 1531-1538.
- Bottorff, J.L., Gogag, M., & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. Journal of Advanced Nursing, 22, 1077-1084.
- Bowlby, J. (1968). Precocious of mourning. In W. Gaylin (Ed.), The meaning of despair (pp. 263-320). New York: Science House.
- Bowlby, J. (1978a). L'attachement. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bowlby, J. (1978b). La séparation: angoisse et colère. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bowlby, J. (1978c). La perte: tristesse et dépression. Paris: Presses Universitaires de France.
- Buber, M. (1970). I and thou. New York: Charles Scriber's Sons.
- Burbage, F., & Chouchan, N. (1997). Est-ce que la vie continue? In La consolation. Mots pour maux (pp. 138-152). Collection Morales N°22. Paris: Editions autrement.
- Burokas, L. (1985). Factors affecting nurses' decisions to medicate pediatric patients after surgery. Heart & Lung, 14, 373-379.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health and Illness, 4, 167-182.

- Cameron, B.L. (1993). The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. Journal of Advanced Nursing, 18, 424-436.
- Cara, C. (1997). Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses. Doctoral dissertation. Denver: University of Colorado.
- Cara, C. (1999). Communication personnelle. Faculté des Sciences Infirmières. Montréal: Université de Montréal.
- Carkhuff, R.R. (1969). Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers. New York: Holt, Rinehard and Winston.
- Carnevale, F.A. (1991). Promoting family nursing in an intensive care unit. Canadian Nursing Management, 37, 38-42.
- Carnevale, F.A. (1997). The experience of critically ill children: Narratives of unmaking. Intensive and Critical Care Nursing, 13, 49-52.
- Carnevale, F.A. (1999). Striving to recapture our previous life: The experience of families with critically ill children. DYNAMICS – Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses, 10, 16-22.
- Carlson, D. (1991). Dialoguering in caring. Lund: Natur och Kultur.
- Carpentier-Roy, M-C. (1995a). Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale. Santé mentale au Québec, 20, 119-138.
- Carpentier-Roy, M-C. (1995b). Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier. Montréal: Liber.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science, 1, 13-23.
- Carper, B.A. (1988). Response to « Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge ». Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal, 2, 141-144.
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. The New England Journal of Medicine, 306, 639-645.
- Cassell, E.J. (1991). Recognizing suffering. Hastings Center Report, 24-31.
- Cassell, E.J. (1992). The nature of suffering: physical, psychological, social, and spiritual aspects. In P.L. Starck, & J.P. McGovern (Eds.), The hidden dimension

- of illness: human suffering (pp. 1-10). New York: National League for Nursing Press.
- Chapman, C.R., & Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. Journal of Palliative Care, 9, 5-13.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (1995). Theory and nursing. A systematic approach. (4th Ed.). St Louis: Mosby.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (1999). Theory and nursing. Integrated knowledge development. (5th Ed.). St Louis: Mosby.
- CINAHL (1982 – 2000). Cumulative Index of Nursing and the Allied Health Literature. Electronic database.
- Clarke, E.B., French, B., Bilodeau, M.L., Capasso, V.C., Edwards, A., & Empoliti, J. (1996). Pain management knowledge, attitudes and clinical practice the impact of nurses characteristics and education. Journal of Pain and Symptom Management, 11, 18-31.
- Cody, W.K. (1995). Intersubjectivity: Nursing's contribution to the explication of its postmodern meanings. Nursing Science Quarterly, 8, 52-54.
- Cohen, M.Z., Hausner, J., & Johnson, M. (1994). Knowledge and presence: accountability as described by nurse and surgical patients. Journal of Professional Nursing, 3, 177-185.
- Colaizzi, P. (1971). Analysis of the learner's perception of learning material at various phases of a learning process. Duquesne's Studies in Phenomenology. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle, & M. King (Eds.), Existential Phenomenological Alternative for Psychology (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Collière, M-F. (1982). Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris: InterEditions.
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions. Research in the Sociology of Health Care, 6, 1-31.
- Corbin, J., & Strauss, A.L. (1985). Managing chronic illness at home. Qualitative Sociology, 8, 224-247.
- Corbin, J., & Strauss, A.L. (1988). Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass.

- Corneau, G. (1989). Père manquant, fils manqué. Que sont les hommes devenus? Montréal: Editions de l'Homme.
- Cowles, K.V., & Rodgers, B.L. (1991). The concept of grief: A foundation for nursing research and practice. Research in Nursing and Health, 14, 119-127.
- Craig, A.D., Reinman, E.M., Evans, A.C., & Bushnell, M.C. (1996). Functional imaging of an illusion of pain. Nature, 384, 259-260.
- Chapman, C.R., & Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. Journal of Palliative Care, 9, 5-13.
- CHUV (1999). Guide pratique d'utilisation quotidienne du système PRN à l'usage du personnel infirmier cadre des services cliniques. Direction des Soins Infirmiers. Lausanne: CHUV.
- Culver, M.D., & Kell, M.J. (1995). Assessment. Working with chronic pain patients: spirituality as part of the treatment protocol. American Journal of Pain Management, 5, 55-61.
- Dahlberg, K. (1992). The holistic perspective in nursing education. Acta Universitatis Gothoburgensis. Göteborg Studies in Educational Sciences, 91.
- Dahlberg, K. (1996). Intersubjective meeting In holistic caring: A Swedish Perspective. Nursing Science Quarterly, 9, 147-151.
- Dagerman, S. (1981). Notre besoin de consolation est impossible à rassasier. Arles: Actes Sud.
- Dalens, B. (1991). La douleur aiguë de l'enfant et son traitement. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 10, 38-61.
- Daly, J. (1995). The view of suffering within the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), Illuminations: the human becoming theory in practice and research (pp. 45-59). New York: National League for Nursing Press.
- Darbyshire, P. (1994). Understanding the life of illness: learning through the art of Frida Kahlo. Advances in Nursing Science, 17, 51-59.
- Darcy de Oliveira, R., Gramoni, R., Schultz, P., & Harper, B. (1980). Féminin pluriel (II) de la santé des femmes. Document IDAC, 22, 1-41.
- De Coninck, P. (1996). De la disciplinarité à la transdisciplinarité. Info-stoper: le journal du groupe de recherche « Stratégies d'optimisation d'écosystèmes régionaux » de l'Université de Sherbrooke, 4, 3-7.

- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? Le travail humain, 58, 1-16.
- Descartes, C. (1637/1989). Discours de la méthode pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences. In D. Huisman (Ed.), Les pages les plus célèbres de la philosophie occidentale (pp. 151-159). Paris: Perrin.
- Deschamps, C. (1995). L'approche phénoménologique en recherche. Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine. Montréal: Guérin Universitaire.
- Dewey, J. (1958). Art as experience. New York: Capricorn.
- Doona, E., Haggerty, L.A., & Chase, S.K. (1997). Nursing essence: an existential exploration of the concept. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1, 3-21.
- Dossey, L. (1984). Beyond illness. Boulder: New Science Library.
- Dreyfus, H. (1987). Husserl, Heidegger and modern existentialism. The Great Philosophers: An Introduction to Western Philosophy. BBC, 252-274.
- Drew, N. (1986). Exclusion and confirmation: A phenomenology of patients' experiences with caregivers. Image: Journal of Nursing Scholarship, 18, 39-43.
- Ducharme, F. (1999). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Faculté des Sciences Infirmières. Montréal: Université de Montréal.
- Ekstrom, D.N. (1995). Gender and perceived nurse caring in nurse-patient dyads. Doctoral dissertation. New York: New York University.
- Encyclopaedia Universalis (1997). CD-rom. Version 3.0. Paris: Encyclopaedia Universalis.
- Eriksson, K. (1992). The alleviation of suffering. The idea of caring. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 6, 119-123.
- Eland, J.M., & Anderson, J.E. (1977). The experience of pain in children. In A. K. Jacox (Ed.), Pain: A source book for nurses and other professionals (pp. 453-473). Boston: Little, Brown.
- Estabrooks, C.A. (1989). Touch: a nursing strategy in the intensive care unit. Heart and Lung, 4, 392-401.
- Fagerhaugh, S. & Strauss, A. (1977). Politics of pain management: staff-patient interaction. Menlo Park: Addison Wesley.

- Fareed, A. (1996). The experience of reassurance: patients' perspectives. Journal of Advanced Nursing, 23, 272-279.
- Fawcett, J. (1993). Analysis and evaluation of nursing theories. Philadelphia: Davis Company.
- Ferrel, B.A. (1991). La douleur chez les personnes âgées. L'année g rontologique, 76-85.
- Ferrell, B.R., Rhiner, M., Cohen, M.Z., & Grant, M. (1991). Pain as a metaphor for illness: impact of cancer pain on family caregivers. Oncology Nursing Forum, 18, 1303-1309.
- Ferrel, B.A., Wisdom, C., Rhiner, M., & Aletto, J. (1991). Pain management as a quality of care outcome. Journal of Nursing Quality Assurance, 5, 50-58.
- Flaherty, G.G., & Fitzpatrick, J.J. (1978). Relaxation techniques to increase comfort level of postoperative patients: a preliminary study. Nursing Research, 27, 352-355.
- Foldscheid, D. (1993). La philosophie allemande de Kant   Heidegger. Paris: PUF.
- Foster, R.L., & Hester, N.O. (1990). The relationship between assessment and pharmacologic intervention for pain in children. In S.G. Funk, E.M. Tornquist, M.T. Champagne, L.A. Copp, & R.A. Wiese, (Eds.), Key aspects of comfort: management of pain, fatigue, and nausea (pp. 72-79). New York: Springer,
- Fragnière, J-P., & Gilliland, P. (1980). Santé et politique sociale. Vevey: Delta.
- Fragnière, J-P., & Vuille, M. (1982). Assister,  duquer et soigner. Lausanne: R alit s Sociales.
- Fredriksson, L. (1998). The caring conversation - talking about suffering. A hermeneutic phenomenological study in psychiatric nursing. International Journal for Human Caring, 1, 24-32.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. Journal of Advanced Nursing, 30, 1167-1176.
- Freire, P. (1974). P dagogie des opprim s. Paris: Petite collection Maspero.
- Fuller, B.F., & Conner, D.A. (1997). The influence of length of pediatric nursing experience on key cues used to assess infant pain. Journal of Pediatric Nursing, 12, 155-168.

- Funk S.G., Tornquist, E.M., Champagne, M.T., Copp, L.A., & Wiese, R.A. (1989). Key aspects of comfort: management of pain, fatigue, and nausea. New York: Springer Publishing Company.
- Gadamer, H.G., (1989). Truth and method. New York: Crossroad.
- Gibbons, M.B. (1993). Listening to the lived experience of loss. Pediatric Nursing, 6, 597-599.
- Gilje, F. (1997). Presence: US-Norway nursing research perspectives. Nordiska Perspektiv Papsykiatrisk Omvardnad, 122-134.
- Gilliand, P. (1982). Vieillir aujourd'hui et demain. Lausanne: Réalités Sociales.
- Giorgi, A. (1989). Some theoretical and practical issues regarding the psychological phenomenological method. Saybrook Revue, 7, 71-85.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. In J. Poupart, J-P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière., R. Mayer, & A.P. Pires (Eds.), La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 341-364). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Goldberger, N.R., Tarule, J.M., Clinchy, B.M., & Belenky, M.F. (1996). Knowledge, difference, and power. Essays inspired by: Women's ways of knowing. New York: Basic Books.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1965). Awareness of dying. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1968). The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Greelee, K.K. (1990). Pain and analgesia: Consideration for the elderly in critical care. AACN's Clinical Issues in Critical Care Nursing, 1, 720-728.
- Guba, E. G. (1990). The alternative paradigm dialog. In Guba E. G (Ed.), The paradigm dialog (pp. 17-28). Newbury Park: Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1985). Naturalistic Inquiry. Newbury Park: Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N.K. Denzin, & S.L. Lincoln (Eds.), Strategies of qualitative inquiry (pp. 195-220). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Gustafsson, B. (1992). Living with dysphagia. Some aspects of the experiential meaning of handicap, adaptedness and confirmation. National Institute of Psychosocial Factor and Health. Stockholm: Karolinska Institute.
- Hall, E.T. (1966). The hidden dimension. New York: Doubleday and Cy.
- Hamilton, D.G. (1998). Believing in patients' beliefs: Physician attunement to the spiritual dimension as a positive factor in patient healing and health. The American Journal of Hospice & Palliative Care, 11, 276-279.
- Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. Journal of Gerontological Nursing, 15, 28-33.
- Harper, B., Berthet, C., Granjean, M., & Darcy de Oliveira, R. (1980). Féminin pluriel (I) de l'éducation des femmes. Document IDAC, 21, 1-46.
- Hegel, G.V.F. (1968). L'esthétique. Paris: Aubier.
- Heidegger, M. (1927/1986). Etre et temps. Traduction Vezin. Paris: Gallimard.
- Heitman, E. (1992). The influence of values culture in responses to suffering. In P. L. Starck, & J. P. McGovern (Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering (pp. 81-103). New York: National League for Nursing Press.
- Henderson, V. (1966). The nature of nursing: A definition and its implications for practice research and education. New York: Macmillan.
- Herr, K.A., & Mobily, P.R. (1991). Complexities of pain assessment in the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 17, 12-19.
- Heshusius, L.(1994). Freeing ourselves from objectivity: managing subjectivity or turning toward a participatory mode of consciousness? Educational Researcher, 23, 15-22.
- Hester, N.O. (1993). Pain in children. Annual Review of Nursing Research, 11, 105-142.
- Hester, N.O., & Foster, R.L. (1990). Cues nurses and parents use in making judgments about children's pain. Pain, 5, Suppl. S31.
- Howell, S.L. (1994). A theoretical model for caring for women with chronic nonmalignant pain. Qualitative Health Research, 4, 94-122.
- Huisman-Perrin, E. (1997). Une illusion réconfortante. In La consolation. Mots pour maux (pp. 161-170). Collection Morales N°22. Paris: Editions autrement.

- Huneman, P., & Kulich, E. (1997). Introduction à la phénoménologie. Paris: Armand Colin.
- Hurley, A.C., Volicer, B.J., Hanrahan, P.A., Houde, S. & Vilicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. Research in Nursing and Health, 15, 369-377.
- Husserl, E. (1929/1934). Méditations cartésiennes. Traduction Lévinas & Peifer. Paris: Vrin.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (1979). Pain terms: a list definitions and notes on usage. Pain, 6, 249-252.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (1982). Pain terms: a supplementary note. Pain, 14, 205-206.
- Jacobs-Kramer, M.K., & Chinn, P.L. (1988). Perspectives on knowing: A model of nursing knowledge. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 2, 129-139.
- Jacox, A.K. (1989). Key aspects of comfort. In Funk SG., Tornquist, EM., Champagne, MT., Copp, LA., & Wiese, RA. (Eds.), Key aspects of comfort: management of pain, fatigue, and nausea (pp. 72-79). New York: Publishing Company.
- Kahn, D.L., & Steeves, R.H. (1986). The experience of suffering: Conceptual clarification and theoretical definition. Journal of Advanced Nursing, 11, 623-631.
- Kahn, D.L., & Steeves, R.H. (1994). Witnesses to suffering: Nursing knowledge, voice, and vision. Nursing Outlook, 42, 260-264.
- Kalisch, B.J. (1975). Of half gods and mortals: aesculapian authority. Nursing Outlook, 23, 22-28.
- Kelley, P., & Clifford, P. (1997). Coping with chronic pain: assessing narrative approaches. Social Work: Journal of the National Association of Social Workers, 42, 266-277.
- Kidd, E., & Morrison, F.P. (1988). The progression of knowledge in nursing: A search for meaning. Image: Journal of Nursing Scholarship, 20, 222-224.
- Kikuchi, J.F., & Simmons, H. (1992). Philosophic inquiry in nursing. Newbury Park: Sage Publications.
- King, I.M. (1971). Toward a theory for nursing. New York: John Wiley and Sons.

- King, I.M. (1981). A theory for nursing: Systems, concept, process. New York: National League for Nursing.
- King, J. C., Kelleher, W. J., Stedwill, J.E., & Talcott, G. (1994). Physical limitations are not required for chronic pain rehabilitation success. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 73, 331-337.
- Kodiath, M.F. (1998). Cultural influence on the assessment and treatment of chronic pain. Home Health Care Management & Practice, 11, 46-51.
- Kolcaba, K.Y. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Advances in Nursing Science, 15, 1-10.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, 19, 1178-1284.
- Kolcaba, K.Y., Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing, 16, 1301-1310.
- Kuhn, T.S. (1983). La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion.
- Langer, M. (1957). Learning to live as a widow. New York: J. Messner.
- Larson, D.B., & Larson, S. S. (1994). The forgotten Factor in Physical and Mental Health: What Does the Research Show? John Templeton Foundation, 88-91.
- Le Breton, D. (1995). Anthropologie de la douleur. Paris: Métailié.
- Leininger, M.M. (1985). Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In M. M. Leininger (Ed.), Qualitative research methods in nursing (pp. 33-73). Philadelphia: Saunders.
- Leners, D., & Beardslee, N.Q. (1997). Suffering and ethical caring: incompatible entities. Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals, 4, 361-369.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. Journal of Advanced Nursing, 18, 1354-1361.
- Lindström, U.A. (1990). Confirmation as a base for health. Nordiska Perspektiv Papsykiatrisk Omvardnad, 6-8.
- Linsey, E., & Hartrick, G. (1996). Health – promoting nursing practice: the demise of the nursing process? Journal of Advanced Nursing, 23, 106-112.
- Lockhart, J.S. (1992). Female nurses' perceptions regarding the severity of facial disfigurement in patients following surgery for head and neck cancer: a

- comparison based on experience in head and neck oncology. Doctoral dissertation. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Loeser, J.D. (1980). Perspectives on pain. In C. Padgham, A. Hedges, & P. Turnere (Eds.), Clinical pharmacology & therapeutics (pp. 313-316). Baltimore University Park Press.
- Loeser, J.D., & Fordyce, W.E. (1983). Chronic pain. In J.E. Carr, & H.A. Dengerink (Eds.), Behavioral science in the practice of medicine (pp. 331-345). New York: Elsevier Biomedical.
- Marchand, S. (1998). Le phénomène de la douleur. Montréal: Chenelière-McGraw-Hill.
- Martinez, A., Simmonds, M.J., & Novy, D.M. (1997). Physiotherapy for patients with chronic pain: an operant-behavioural approach. Physiotherapy Theory & practice, 13, 97-108.
- Matthews, D., Larson, D.B., & Larson, S.S. (1993). The faith factor: An annotated bibliography of clinical research on spiritual subjects. National Institute for Healthcare Research.
- McGrath, P.A. (1990). Pain in children: Nature, assessment and treatment. New York: Guilford.
- McGrath, P.A., & Hillier, L.M. (1996). Controlling children's pain. In R.J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), Psychological Approaches To Pain Management (pp. 331-370). New York: Guilford Press.
- McIlveen, K.H., & Morse, J.M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. Clinical Nursing Research, 4, 127-148.
- Melzack, R., Abott, F.V., Zackon, W., Mulder, D.S., & Davis, M.W. (1987). Pain in a surgical ward: a survey of the duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. Pain, 29, 67-72.
- Melzack, R., & Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. R. Kenshalo (Ed.), The skin senses (pp. 423-443). Illinois: Thomas, Springfield.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. Scientific American, 150, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1989). Le défi de la douleur. Montmagny: Edisem.
- Merleau-Ponty, M. (1945). Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard.

- Merleau-Ponty, M. (1973). The prose of the world. Evanston: North-western University Press.
- Mitchell, P.H. (1973). Concepts basic to nursing. New York: McGraw-Hill.
- Morales, E. (1994). Meaning of touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. Cancer Nursing, 6, 464-469.
- Moss, M.S., & Lawton, M.P., & Glicksman, A. (1991). The role of pain in the last year of life of older persons. Journal of Gerontology, 46, 51-57.
- Morse, J.M. (1983). An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation. Nursing Papers, 15, 6-19.
- Morse, J. M. (1992). Comfort. The refocusing of nursing care. Clinical nursing research, 1, 91-106.
- Morse, J.M., Bottorff, J.L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. Journal of Advanced Nursing, 20, 189-195.
- Morse, J.M., Bottorff, J.L., & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. Nursing Research, 44, 14-19.
- Morse, J.M., & Carter B.J. (1995). Strategies of enduring and the suffering of loss: Modes of comfort used by a resilient survivor. Holistic Nursing Practice, 9, 38-52.
- Morse, J.M., & Carter, C.S. (1996). The essence of enduring and expressions of suffering: The reformulation of self. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 10, 43-60.
- Morse, J.M., & Johnson, J.L. (1991a). Toward a theory of illness: the illness constellation model. In J.M. Morse, & J.L. Johnson (Eds.), The illness experience. Dimensions of suffering (pp. 315-342). Newbury Park: Sage.
- Morse, J.M., & Johnson, J.L. (1991b). Understanding the illness experience. In J.M. Morse, & J.L. Johnson (Eds.), The illness experience. Dimensions of suffering (pp. 1-12). Newbury Park: Sage.
- Moss, M.S., & Lawton, M.P., & Glicksman, A. (1991). The role of pain in the last year of life of older persons. Journal of Gerontology, 46, 51-57.
- Munhall, P. (1993). Unknowing: toward another pattern of knowing in nursing. Nursing Outlook, 41, 125-128.
- Nation, P.W., & Warfield, C.A. (1989). Pain in the elderly. Hospital Practice, 15, 113-118.

- Newman, M.A., Sime, A.M., & Corcoran-Perry, S.A. (1991). The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science, 14, 1-6.
- Nightingale, F. (1859/1969). Notes on nursing. Toronto: Dover.
- Noddings, N. (1984). Caring: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: a method for nursing research. Advances in Nursing Science, 1, 49-63.
- Orem, D.E. (1971). Nursing: Concepts of practice. New York: McGraw-Hill.
- Orlando, I. (1961). The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Parse, R.R. (1981). Man-living-health: A theory of nursing. New York: Wiley.
- Parse, R.R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 5, 35-42.
- Parse, R.R. (1995). Illuminations: the human becoming theory in practice and research. New York: National League for Nursing.
- Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1976(1988). Humanistic Nursing. New York: Wiley.
- Pederson, C. (1993). Presence as a nursing intervention with hospitalized children. Maternal-Child Journal, 3, 75-81.
- Pedinielli, J-L. (1990). Figures du pathique. In Douleur et souffrance. Psychologie Clinique, 4, 13-28.
- Peplau, H.E. (1952/1988). Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. London: Macmillan Education LTD.
- Pettigrew, J. (1990). Intensive nursing care - the ministry of presence. Critical Care Nursing Clinics of North America, 3, 503-508.
- Piaget, J. (1977). La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Proctor, A., Morse, J.M., & Khonsari, E.S. (1996). Sounds of comfort in the trauma center: how nurses talk to patients in pain. Social Science & Medicine, 42, 1669-1680.
- Quinn, J. (1992). On healing, wholeness, and the healan effect. Nursing & Health Care, 10, 553-556.

- Reynolds, W.J., & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? Journal of Advanced Nursing, 31, 226-234.
- Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. In Souffrances: Corps et âme, épreuves partagées. Autrement, 142, 58-69.
- Roach, M.S. (1992). The human act of caring: a blueprint for the health professions. Ottawa: Publications Canadian Hospital Association.
- Robert, P. (1979). Le petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris: Société du nouveau Littré.
- Rodgers, B.L. (1989). Concepts, analysis, and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. Journal of Advanced Nursing, 14, 330-335.
- Rodgers, B.L., & Cowles, K.V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. Journal of Advanced Nursing, 25, 1048-1053.
- Rodgers, B.L., & Knafl, K.A. (1993). Concept development in nursing. foundations, techniques and applications. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rodgers, B.L., & Knafl, K.A. (2000). Concept development in nursing. foundations, techniques and applications. Second Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rose, K., & Webb, C. (1998). Analysing data: Maintaining rigor in a qualitative study. Qualitative Health Research, 8, 556-562.
- Roy, C., & Roberts, S.L. (1981). Theory construction in nursing: an adaptation model. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Saillant, F. (1994). La part des femmes dans les soins de santé. Revue Internationale d'Actions Communautaires, 28, 95-105.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8, 27-37.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis. The problem of rigor in qualitative research revisited. Advances in Nursing Science, 16, 1-8.
- Shultz, D., & Carnevale, F.A. (1996). Engagement and suffering in responsible caregiving: on overcoming maleficence in health care. Theoretical Medicine, 17, 189-207.

- Sénèque, (50/1992). Consolations de Sénèque. Paris: Petite Bibliothèque des Editions Rivages.
- Sloane, J. (1993). Offences and defences against patients: a psychoanalytic view of the borderline between empathic failure and malpractice. Canadian Journal of Psychiatry, 38, 265-273.
- Snelling, J. (1990). The role of the family in relation to chronic pain: review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 15, 771-776.
- Solberg, S., & Morse, J.M. (1991). The comforting behaviors of caregivers toward distressed postoperative neonates. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 14, 77-92.
- Squier, R. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimes in practitioner-patient relationships. Social Science Medicine, 30, 325-339.
- Starck, P.L., & McGovern, J.P. (1992a). Foreword. In P. L. Starck, & J.P. McGovern (Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering (pp. xi-xiii). New York: National League for Nursing Press.
- Starck, P.L., & McGovern, J.P. (1992b). The meaning of suffering. In P.L. Starck, & J.P. McGovern (Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering (pp. 25-42). New York: National League for Nursing Press.
- Steeves, R.H., Kahn, D.L., & Benoliel, J.Q. (1990). Nurses' interpretation of the suffering of their patients. Western Journal of Nursing Research, 12, 715-731.
- Steeves, R.H., Kahn, D.L. (1987). Experience of meaning in suffering. Image: Journal of Nursing Scholarship, 19, 114-116.
- Stern Gadish, H., Gonzales, J.L. & Hayes, J.S. (1988). Factors affecting nurses decisions to administer pediatric pain medications postoperatively. Journal of Pediatric Nurses, 3, 383-390.
- Strauss, A. (1973). Chronic Illness. Society, 10, 33-39.
- Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A.L., & Glaser, B.G. (1975). Chronic illness and the quality of life. Saint Louis: Mosby.
- Swanson-Kauffman, K.M. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. Topic in Clinical Nursing, 8, 37-46.

- Swanson-Kauffman, K.M., & Schonwald, E. (1988). Phenomenology. In B. Sarter (Ed.), Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing (p. 97-105). New York: National League for Nursing.
- Swanson, K.M. (1990). Providing care in NICU: Sometimes an act of love. Advances in Nursing Science, *13*, 60-73.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research, *40*, 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: Journal of Nursing Scholarship, *25*, 352-337.
- Taillens, F. (1998). Gestion de la douleur par les équipes. Le patient a mal: que transmet l'infirmière ? Soins Infirmiers, *3*, 89.
- Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D.R., (1993). The phenomenology of knowing a patient. Image, *25*, 273-280.
- Taylor, B.J. (1992). Caring: being manifested as ordinariness in nursing. In D. Gaut (Ed.), The presence of caring in nursing (pp. 181-200). New York: National League for Nursing.
- Taylor, C. (1998). Les sources du moi. La formation de l'identité moderne. Paris: Seuil.
- Tesler, M.D., Wilkie, D.J., Holzemer, W.L., & Savedra, M.C. (1994). Postoperative analgesics for children and adolescents: Prescription and administration. Journal of Pain symptom Management, *9*, 85-95.
- Treyer, C., & Wespi, M. (1987). Apprendre à gérer la violence. Soins infirmiers, *12*, 70-77.
- Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspectives on chronic pain. In R.J. Gatchel, & D.C. Turk, (Eds.), Psychological approaches to pain management (pp.3-54). New York: Guilford Press.
- Turner, B.S. (1987). Medical power and social knowledge. London: Sage.
- VanKaam, A. (1966). Existential foundations of psychology. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Van Manen, M. (1990). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. Albany: State University of New York Press.
- Walloch, C.L. (1998). Neuro-occupation and the management of chronic pain through mindfulness meditation. Occupational Therapy International, *5*, 238-248.

- Watson, J. (1979). Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (1985/1990). Nursing: human science and human care. A theory of nursing. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1988). Nursing: human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1999). Postmodern nursing and beyond. San Francisco: Churchill Livingstone.
- Webster's Seventh New Collegiate Dictionary (1963). Springfield : G & G Merriam Corporation.
- Westra, B.L., & Rodgers, B.L. (1993). The concept of integration: A foundation for evaluating outcomes of nursing care. Journal of Professional Nursing, 7, 277-282.
- Weissman, S.J., & Schechter, N.L. (1991). The management of pain in children. Pediatrics in review, 12, 237-243.
- Wiedenbach, E. (1964). Clinical nursing. A helping art. New York: Springer.
- Wiener, C., Strauss, A., Fagerhaugh, S., & Suczek, B. (1979). Trajectories, biographies, and the evolving medical scene: labor and delivery and the intensive care nursery. Sociology of Health and Illness, 1, 261-283.
- Williams, A. (1992). Where has all the empathy gone? Professional Nurse, 8, 134.
- Winnicott, D.W., (1970). Processus de maturation chez l'enfant. Paris: Payot.

**Pré-enquête réalisée auprès d'infirmières et infirmiers francophones
suisse, français et belges.
(juin 1999)**

De janvier à avril 1999, alors que nous lisions des recherches sur le réconfort, nous sommes heurtées à de multiples reprises au fait qu'en français le terme « réconfort » n'avait pas la même signification que dans les écrits consultés. Par exemple « le réconfort » en français ne correspond pas à l'inverse de « l'inconfort ». Il apparaissait de manière de plus en plus claire que le « réconfort » - en France, en Suisse et en Belgique - ne considère pas uniquement l'aspect physique des soins infirmiers mais également l'aspect émotionnel et peut-être même prioritairement l'aspect émotionnel.

Il faut préciser qu'à cette époque nous n'avions pas encore entrepris de vérification l'étymologique des termes. C'est pourquoi à l'occasion d'un voyage en Suisse nous avons profité de multiples contacts avec nos collègues pour leurs poser quelques questions à ce propos.

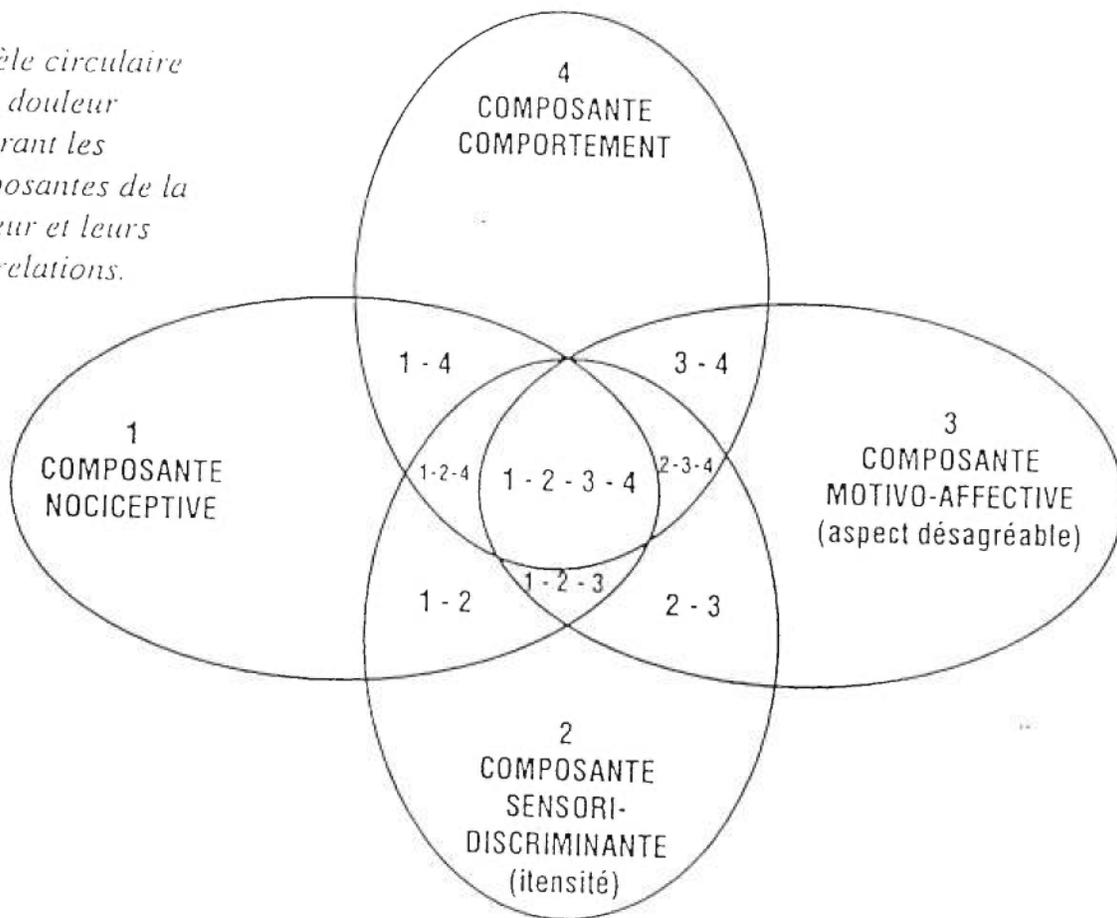
Les trois questions posées successivement étaient : (a) quelle est votre définition du soulagement, (b) quelle est votre définition du réconfort et dans un troisième temps, (c) quelles différences majeures faites-vous entre ces deux phénomènes ?

C'est ainsi que nous avons interrogé informellement vingt infirmiers et infirmières européens et francophones. La quasi-totalité de ces professionnels considèrent le réconfort comme de nature plus psycho-socio-spirituelle que physique. Inversement le soulagement est appréhendé comme le résultat d'interventions diverses (massages, injection d'antalgiques, etc.) qui visent la diminution ou la disparition de douleur de nature physique.

La conclusion évidente de cette pré-enquête, était qu'il devenait prioritaire de vérifier l'étymologie des termes « réconfort » et « confort » car les différences d'appréhensions nord-américaine et européenne du terme « réconfort » venaient d'être confirmées.

Modèle circulaire de la douleur selon Marchand (1998, p. 19)

*Modèle circulaire
de la douleur
illustrant les
composantes de la
douleur et leurs
interrelations.*



Pré-enquête réalisée dans deux services de chirurgie
août - septembre 1999

Cette pré-enquête poursuivait un triple objectif, soit : a) examiner la faisabilité du projet et plus particulièrement l'approche de la dyade, b) permettre une approximation du temps nécessaire en vue de la transcription du verbatim, et enfin c) éprouver notre manière de conduire ce type d'entretien.

La pré-enquête a commencé le 26 août 1999 par trois entrevues avec des infirmières diplômées des deux Services de chirurgie retenus. Puis elle s'est poursuivie avec l'approche de deux dyades. C'est ainsi qu'un ensemble de cinq infirmières et deux patientes a pu faire part de son expérience liée au phénomène de réconfort.

Il est intéressant de souligner que les entretiens avec les infirmières ne posent aucun problèmes (organisation, déroulement, suivi, capacité d'élaboration), par contre les entretiens avec les personnes hospitalisées nécessitent un temps de présence important dans le service en raison de la nature des questions posées. En effet, ces dernières déconcertent la majorité des patient(e)s rencontré(e)s à ce jour. Tout semble se passer comme si c'était la première fois qu'ils se posaient une question relative au réconfort. Il est probable que la nature « pre-reflexive » du phénomène crée cet embarras. Toutefois, nous maintenons notre choix qui consiste à appréhender la dyade « infirmière-patient » car nous restons persuadée qu'il se passe quelque chose d'intéressant à l'intérieur. D'ailleurs l'analyse des entrevues réalisée avec deux dyades nous le confirme.

Il est possible de retenir les éléments suivants des premières analyses : le réconfort semble prioritairement relié au fait de ne « pas être seule » dans une situation de santé postopératoire, momentanément difficile. Cet aspect a déjà été relevé par Cassell dans un de ses écrits en lien avec la souffrance (1991). Un second élément important semble être relié au fait d'être touché par l'infirmière (main, épaule, joue) et que cette dernière soit présente physiquement, à un moment crucial (douleur exacerbée, pleures, peur, etc) signifiant par là qu'elle « prend à cœur » ce que vit la personne. C'est un peu comme si la personne était touchée par la « compassion » et l'attention qui lui est offerte et qu'à partir de ce moment la processus de réconfort est engagé et il semble être bidirectionnel, voir multidirectionnel.

Les éléments suivants semblent plus groupés, en ce sens qu'ils n'émergent que d'une entrevue. Nous les mentionnerons tout de même : être soutenue et apaisée face à l'avenir incertain ; partager l'espoir que le futur sera mieux qu'aujourd'hui ; avoir des alliés pour se battre contre la maladie ; garder l'envie de vivre, malgré la maladie ; reconnaître ses enfants comme source de réconfort et être soi-même source de réconfort pour une autre patiente.

Alors que du côté des infirmières, les éléments prioritaires semblent être la disponibilité (temps et esprit), l'attention, l'écoute, de manière à percevoir l'appel qui est envoyé. Il semble également que se soit les limites de la technologie qui amènent l'infirmière à être sensible à la situation de la personne et au réconfort ; de même que l'impuissance et la perte de contrôle de la situation. Un phénomène d'identification est aussi ressorti, voir même la sympathie (sentir comme). Et toutes les infirmières ont mentionné le plaisir qu'elles ont à réconforter les patients qui envoient un appel, ou qui répondent lorsqu'elles leur tendent une perche, affirmant qu'il s'agit là de notre raison d'être en tant que professionnelles de la santé. Mais les contraintes budgétaires et les restrictions de personnel ont aussi été relevées comme autant d'obstacles au réconfort.

Quant au temps nécessaire pour avoir en main la transcription et son analyse, il faut compter environ sept jours. Par conséquent, la prévision de rencontrer une dyade par semaine est correcte.

Enfin, nous avons eu beaucoup de plaisir à rencontrer et à nous entretenir avec les personnes qui ont accepté de participer à cette pré-enquête. Lors de chaque entrevue, il y eu un moment d'émotion intense, où les sentiments authentiques étaient exprimés et nous avons pu éprouver notre manière d'être pendant ces moments très émouvants.

Caractéristiques des onze dyades

Dyade	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Patient	74	32	43	61	78	66	71	51	41	34	78
Age (ans)	F	F	M	M	M	F	F	M	M	F	F
Sexe	SO ¹	SO	CFC ²	MF ³	MF	CFC	CFC	CFC	SO	DEC ⁴	DVCM ⁵
Scolarité	suisse	portugaise	suisse	suisse	italienne	suisse	suisse	suisse	suisse	suisse	grecque
Nationalité											suisse
Jour PO	3	5	9	61	10	13	8	11	8	5	7
PRN⁶	--	43	48	76	64	61	40	35	55	59	85
Chirurgie	Sud	Sud	Nord	Nord	Nord	Sud	Nord	Nord	Nord	Sud	Nord
Infirmière	21	31	30	38	23	28	41	26	29	26	24
Age	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Sexe	--	Québec	France	Lausanne	--	France	Lausanne	Québec	France	Lausanne	Québec
Diplôme	étudiante				étudiante						
Expérience (années)	--	3	10	17	--	7	19	1.5	1	3	2.5
Activité %	80%	100%	60%	60%	80%	100%	40%	100%	100%	100%	100%

¹ SO : scolarité obligatoire, soit 9 années

² CFC : certificat fédéral de capacité qui sanctionne un apprentissage professionnel d'une durée de 3-4 ans (après la scolarité obligatoire)

³ MF : maîtrise fédérale

⁴ DEC : diplôme de l'Ecole de Commerce

⁵ DVCM : diplôme de virtuosité du Conservatoire de musique

⁶ PRN : anticipation théorique de la charge de travail du patient, calculée à 15h., pour les 24h à venir

Pathologies usuelles des deux services de chirurgie générale

PATHOLOGIES PRINCIPALES	
CHIRURGIE NORD	CHIRURGIE SUD
<p>chirurgie thoracique</p> <p>chirurgie vasculaire avec pontages greffes hépatiques, rénales pulmonaires infectées mélanome sous Circulation Extra Corporelle</p> <p>polytraumatisé avec hémorragie interne</p>	<p>cholecystectomie hernie épi résection colique hépatocarcinome urologie avec Soins Continus Cystectomie totale</p> <p>polytraumatisé avec hémorragie interne</p>

Exemples de codes opératoires du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Colostomie définitive :

Code ICD9 : 46.10 COLOSTOMIE, SANS AUTRE PRECISION

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
				2

Code ICD9 : 46.13 AUTRE COLOSTOMIE DEFINITIVE

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
1	2		1	9

2) Hémi-colectomie :

Code ICD9 : 45.73 HEMICOLECTOMIE DROITE / COLECTOMIE DROITE RADICALE / ILEOLECTOMIE DROITE

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
4	5	7	2	38

Code ICD9 : 45.75 HEMICOLECTOMIE GAUCHE

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
5	2	9	4	51

3) Coloproctectomie :

Code ICD9 : 45.8 COLECTOMIE TOTALE / EXCISION DU CAECUM, DU COLON ET DU SIGMOIDE

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
2		3	1	13

4) Rejet de greffe rénale :

Code ICD9 : 55.53 Ablation de rein transplanté ou rejeté

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
				0

5) Seconde greffe rénale : ☞ Je ne puis pas faire la différence entre une greffe rénale et une seconde greffe

Code ICD9 : 55.61 Autogreffe rénale / Autogreffe de rein

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
1	1			6

Code ICD9 : 55.69 Autre greffe rénale

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
2	3	2	1	26

6) Pleuropneumectomie :

Code ICD9 : 32.5 PNEUMONECTOMIE / EXCISION PULMONAIRE , SAP / PNEUMONECTOMIE (AVEC CURAGE MEDIASTINAL)

Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 1999
2	2	1		15

7) Polytraumatisé : ? ? Dans la recherche des codes ICD9 pour l'hémopneumothorax ou l'hémopéritoine rien ne signale si celui-ci provient d'un polytraumatisé.

Code ICD9 : 34.04 INSERTION DE CATHETER INTERCOSTAL POUR DRAINAGE / DRAINAGE FERME DU THORAX

**Guide d'entretien destiné au patient
ayant vécu une expérience de réconfort
en phase postopératoire**

1. J'aimerais que vous me racontiez une « petite histoire » durant laquelle vous avez été réconforté(e) dernièrement et qui s'est passée durant cette hospitalisation ...
2. Qu'est-ce qui vous a réconforté particulièrement ?
3. Comment vous êtes-vous senti(e) après avoir été réconforté(e) ?
4. Pour vous, quel serait l'inverse du réconfort ?
5. Quel(le) est l'infirmier (ère) qui vous a le plus réconforté(e) et qu'a-t-il (elle) fait ?
6. Y a-t-il d'autres choses à propos de votre expérience de réconfort que vous jugez importantes et que vous aimeriez dire ?

**Guide d'entretien destiné à l'infirmière
ayant apporté du réconfort
en phase postopératoire**

1. J'aimerais que vous me racontiez une « petite histoire » durant laquelle vous avez réconforté(e) dernièrement Madame / Monsieur ...
2. Qu'avez-vous fait de particulier pour réconforter cette personne ?
3. Comment vous êtes-vous rendu compte que cette personne avait besoin de réconfort ?
4. Comment vous êtes-vous senti(e) après avoir réconforté Madame / Monsieur ?
5. Pour vous, quel serait l'inverse du réconfort ?
6. Y a-t-il d'autres choses à propos de votre expérience de réconfort que vous jugez importantes et que vous aimeriez dire ?

Exemple d'analyse d'un entretien

Interprétations du verbatim	thèmes provisoires	thèmes en évolution
<p>17 Je crois qu'il était très angoissé par le geste, par la douleur qu'il pouvait ressentir, par le fait que pour lui c'était quelque chose qui venait contrarier la bonne évolution de sa situation</p> <p>19 et je crois que le réconfort, il commence par la perception de ce que ça peut entraîner pour lui, comment il peut se sentir à ce moment là, quand on lui dit, voilà on va devoir vous reposer un drain parce que vous avez une collection</p>	<p>comprendre les effets d'une rupture dans l'évolution positive de l'état de santé</p> <p>percevoir la signification qu'un geste technique peut avoir pour le patient</p>	
<p>24 (...) pour lui c'est quand même quelques choses qui veut dire que ça va un peu moins bien.</p>	<p>la signification du geste technique (pose de drain)</p>	<p>la péjoration passagère ne peut être vécue comme passagère par le client</p>
<p>58 Et puis déjà depuis quelques temps (...) il prend conscience de ce laps de temps qui lui a échappé (...) enfin il récupère une partie de sa vie qu'il avait perdue, au fond, et puis ça pour lui c'est quelque chose d'assez douloureux surtout par rapport à sa famille</p>	<p>la souffrance liée à une perte d'un moment de sa vie</p> <p>souffrance due à la souffrance des siens pendant ce temps (cf. Cassell)</p>	
<p>79 il a terriblement besoin d'être sécurisé (...) moi je le sens comme ça très attaché à moi parce que je le rassure, parce qu'il a l'impression que je vais savoir même si je ne sais pas (...)</p>	<p>être attaché / rassurer</p> <p>laisser projeter des choses sur nous, qu'on sait ne pas être justes</p>	
<p>84 (...) je dois être là pour ... comment dire, pour qu'il puisse s'appuyer sur moi, (...) lui le vit comme un réconfort ça</p>	<p>laisser la personne s'appuyer sur nous (ponctuellement)</p>	
<p>96 (...) j'essaie de ne demander ce que ça représente pour lui, qu'est-ce que ça veut dire au fond, ça veut dire que j'essaie de</p>	<p>se demander quelle est la signification du présent dans</p>	

- situer ce moment dans le contexte de tout ce qui se passe pour lui, donc globalement le contexte global
- 99 (...) j'essaie d'être très attentive, je dirais « techniquement » aux choses que me semblent être importantes, Je suis très attentive à son évolution, à ce qui se passe comme signes extérieurs, je ne sais pas moi, à ce qui coule, à ... sa température, à ce qu'il mange, enfin à toutes ces choses-là, à ses résultats de sang enfin à tout ce qui pourrait tout d'un coup ne dire, ouf ! fais attention
- 104 (...) alors je le dis plus loin « faites attention » transmettre à l'équipe
- 106 c'est notre travail d'être attentif à ce qui se passe pour percevoir les signes de quelque chose qui n'irait pas être à l'affût de l'anormal créé la confiance du patient
- 113 (...) je vais m'arrêter parce que je vais lui dire : mais, qu'est-ce qui ne va pas ? Comment vous sentez ça instaurer un dialogue
- 124 (...) je vois sur le moment et puis je vois sur un plus long terme et puis j'essaie de faire cohabiter ces deux événements, penser au présent et au futur (exercices de physiothérapie)
- 131 Je dois faire attention à ce qu'il a besoin. Si je pense qu'il a besoin de se reposer, alors je vais faire ce qu'il faut pour qu'il puisse se reposer, enfin ... et puis, ben on fait ensemble (...) d'atteindre un objectif moi je dois le percevoir et puis après je lui demande (...) qu'est-ce qu'il en pense
- 148 parfois je ne demande pas parce que je pense que c'est mieux que je ne lui donne pas trop d'information pour certaines choses ne pas transmettre d'informations qui pourraient inquiéter inutilement le patient 151 - 153 exemples
- 162 mais est-ce que ça lui est nécessaire cette information maintenant, est-ce que tu penses que c'est vraiment biens ou se questionner, être consciente de la portée de ses

est-ce que ça peut attendre ?	informations
167 (...) je me rendais compte que (...) j'avais été trop loin dans mes informations et que ça avait fait plutôt plus de mal que de bien	apprendre d'expériences passées souci de faire du bien et de ne pas faire de mal
175 (...) alors je trouve que c'est difficile de ... oui de naviguer (...) je dois respecter ce qu'il sent (...) et puis en même temps je dois lui donner suffisamment d'information mais pas trop	doser l'information pertinente
179 (...) je crois que c'est un partage parce que par moment c'est moi qui le porte, symboliquement (...) je dois le tirer	porter / tirer
194 S'il allait prendre une douche, ça veut dire qu'il allait quand même mieux	signification importante de la reprise d'activités de la vie quotidienne
225 je dois le laisser un peu aller à son rythme (...) moi je l'accompagne, je ne peux pas le faire aller plus vite que lui veut aller	aller à son rythme (229-239 métaphore)
254 Si quelqu'un est là depuis très longtemps et que vous lui lavez les cheveux, après il dit, ah ! je me sens bien ! ils sont contents. Je crois que c'est quelque chose qui est source de réconfort, d'être attentif à ce corps qui est si abîmé, à ce moment là, et ma foi, c'est reprendre, pour moi, aller à la douche, c'est reprendre connaissance avec soi-même	modifier pour quelques minutes son apport à son corps douloureux et meurtri
276 (...) je me souviens, il disait, j'aurais jamais cru que j'aurais pu prendre une douche aujourd'hui.	faire entre le quotidien dans la réalité hospitalière =
292 (...) parfois, je suis en contradiction avec ce que j'aimerais et ce que je dois faire	la réalité des restrictions budgétaires comme source de souffrance pour les infirmières

307 (...) ça fait partie de quelque chose que j'ai envie de lui offrir aujourd'hui	vouloir offrir / faire un cadeau (la douche !)
310 Alors (...) souvent ça se passe sous forme d'humour parce que ... on rigole	humour
373 (... 9 on va voir avec le Dr Y ce qu'il en pense, on va regarder ensemble, et puis que vous êtes là quand il y a la réponse, je crois que lui, il sent bien qu'il y a un intérêt autour de lui	le travail en équipe = réconfort
412 (...) j'essaie de me mettre à sa place, de me dire, mais qu'est-ce qu'il pourrait bien ressentir (...)	se mettre à la place du patient
422-435 description du patient tel que l'infirmière le perçoit	caractéristiques du patient qui suscite le réconfort
482 Des fois, j'ai l'impression que je suis tout faux, donc, je me dis, bon ben voilé, je me demande pourquoi, qu'est-ce que je n'ai pas compris, qu'est-ce que je n'ai pas senti, qu'est-ce que je n'ai pas vu ?	réconforter c'est aussi douter
484 Puis, parfois, je me dis que c'est peut-être aussi l'autre personne qui n'a pas envie, que c'est pas le moment, que je ne conviens pas	l'autre a envie d'être réconforté (donner-recevoir)
503 je ne pense pas être la seule supporter	travail en équipe
Là je n'en sais rien du tout, ça veut dire que je n'ai pas l'assurance que c'est le creux et puis qu'après ça va aller bien, donc j'ai aussi cette inquiétude là au fond	être inquiète et soucieuse de l'évolution
516 (...) je suis pas sûre, non. Mais ça c'est nouveau, parce qu'avant j'étais sûre en fait, si vous m'aviez demandé ça il y a deux semaines, je vous aurais dit que j'étais sûre qu'il s'en	incertitude / doute quant à la guérison,

sortirait

(...) je ne peux pas aller lui dire que j'ai des doutes, mais ça veut dire que ... oui ... vous naviguer entre le fait de rester vraie tout en gardant l'espoir que quelque chose qu'on ne peut pas confirmer, donc voilà, (...) enfin c'est comme ça que j'essaie d'être proche de lui, je crois, c'est quelqu'un d'intelligent qui a une perception des choses et qu'il serait bien malvenu de faire semblant de pas le voir.

554 (...) je crois que le réconfort passe aussi à travers ses proches
inclure la famille

566 (... 9 pour moi c'est important de lui faire comprendre qu'il fallait qu'elle ait un moment où elle puisse un peu lâcher prise, parce qu'elle avait tenu, elle habite loin ...
penser au réconfort du conjoint

575 (...) parce que une fois que les choses vont mieux après, nous on se retire, ce qui reste ce qui est leur vie
savoir se retirer

589 (...) ça reste quelque chose qui est une petite lumière
comme ça en moi
une petite lumière au fond de soi

602 (...) je crois quelqu'un qui vous a fait du bien, (...) je crois qu'on doit garder ça à l'esprit, au fond, toujours (...) je crois que c'est le moteur de la vie (...)
réconfort = le moteur de la vie

612 (...) pour que quand il était seul ou qu'il se sentait seul, il y a quelqu'un qui était là
ne pas être seul

615 (...) c'est comme un bébé au fond qui sent tout d'un coup la chaleur de sa mère, on est un réconfort maternel
aspect maternel du réconfort

622 Ben voilà, c'est ça, c'est un partage, oui
réconforter c'est partager

contraire du réconfort:

- 341 c'est la banalisation de ce qui va lui arriver (oh c'est juste une petite pose de drain)
- 345 Et je pense que la négation de ce qui se passe, de ne pas percevoir que c'est quelque chose qui lui fait peur
- 350 (...) c'est une attitude mécanique de notre travail (...) sans le considérer dans ce tout, qui l'inquiète au fond
- 354 l'incompétence avoir une infirmière qui doute, qui ne sait pas, qui dit :peut-être, je ne sais pas, il faudra voir
- 386 et je crois que le non réconfort c'est de ne pas penser à ces choses (ne pas anticiper les difficultés du patient) (377 et suivantes =exemple)

Thèmes récurrents issus de l'analyse de l'expérience des patients

Thèmes	Catégories thématiques provisoires (en évolution)	
Être touché par la compassion de l'infirmière	attention de l'autre, être reconnu, émotion, souffrance, humain relation d'être humain à être humain	
Ressentir de la sympathie pour et de la part de l'infirmière		
Être sensible à l'attention de l'infirmière		
Être émotionné que l'infirmière prenne du temps pour moi		
Être ému par les paroles de l'infirmière		
Sentir que ma souffrance est reconnue, comprise		
Constater que l'infirmière est attentionnée		
Sentir que les infirmières sont proches de nous		
Ressentir l'attention de l'autre		
Ressentir un souci de l'autre sincère		
Être soulagé, le reste n'a pas d'importance	être soulagé(e) de ses douleurs physiques, être soigné(e), professionnalisme	
Ne plus avoir de douleurs		
Elle a anticipé la douleur		
Elle m'a informée pour prévenir la douleur		
Reconnaître son professionnalisme (lors d'une complication)		
Elle fait ce que je ne peux pas faire		
Ne pas être seule (dit par plusieurs personnes)		ne pas être seul, sentir une présence
Quelqu'un qui s'intéresse à nous		
Quelqu'un qui prend à cœur ce que je vis		
Présence de l'infirmière chaque heure (contrôles)		
Sentir une présence continue		
Continuité des horaires de 12h		
Être touché physiquement, un p'tit câlin	être touché(e) physiquement, des petites choses	
Être regardé dans les yeux		
Des petits gestes gentils		
Voire le visage, les yeux de l'infirmière, la reconnaître (en comparaison aux soins intensifs où elle est masquée)		
Se laisser caresser la main Des gestes simples		

De toutes petites choses

Partager l'espoir que le futur sera mieux qu'aujourd'hui
Etre projeté dans un futur positif par l'infirmière
Etre projeté dans un futur meilleur que le présent
Refaire des projets
Avoir encore un bout de vie devant soi
Retrouver le plaisir de vivre
Garder l'espoir
Signification positive d'une information transmise par l'infirmière (la diurèse a repris après une greffe de rein)

un futur meilleur

Etre à nouveau soi-même source de réconfort pour d'autres
Etre encore utile à son épouse
Pouvoir à nouveau aider les autres
Pouvoir à nouveau prendre soins des autres (famille)
Pouvoir à nouveau donner
Réciprocité de l'attention et des échanges avec l'infirmière

être à nouveau source de réconfort pour soi et autrui, donner

Ma fille, mon fils me disaient de prendre courage
Mon petit fils venait me voir
Avoir du plaisir à voir les siens
Etre entouré(e) par d'anciens collègues
Pouvoir téléphoner à son mari après l'opération
Mon fils est source de réconfort
La famille est source de réconfort
Le sourire d'un proche est source de réconfort
Recevoir des téléphones, des cartes postales
La visite de mon médecin traitant
Recevoir des nouvelles des voisins du village

être entouré par ses proches, ses amis et ses collègues

Prier Dieu
Croire en Dieu
Une force spirituelle
Un sourire porteur de foi
Chaque soignant est une face de Dieu

spiritualité

Thèmes récurrents issus de l'analyse de l'expérience des infirmières

Thèmes récurrents

Intérêt pour l'autre
Rencontre de deux êtres humains
Laisser raconter
Etre ouverte à la souffrance de l'autre
Se mettre à la place de l'autre
S'identifier au patient (j'aurais pu être à sa place)
Se sentir proche « voir » son grand-père
Etre attentive, attentionnée
Etre disponible
Etre prévenante
Affinité, « feeling », quelque chose de spécial se passe
Rapprochement de deux êtres humains
Etre touchée (émue) par les dires du patient, par sa situation
S'attacher rapidement au patient
Aller au-delà des apparences, au-delà des mots

Partir des besoins individuels
Etre attentive aux besoins du patient
Initier la relation, se présenter, rompre le silence
Utiliser ses compétences professionnelles
Souci de faire du bien et de ne pas faire de mal
Etre professionnelle : surveiller, informer, agir (soigner)
Accompagner dans la limitation momentanée
Anticiper l'épuisement et le découragement
Soutenir le somatique et le psychisme
Informier de manière pertinente et adaptée
Anticiper la douleur et soulager la douleur
Modifier pour quelques instants son rapport au corps douloureux et nauséabond (douche)
Offrir un massage
Offrir une douche

Catégories thématiques provisoires (en élaboration)

quelque chose en lien avec l'intérêt, la rencontre, le rapprochement, l'émotion (relation d'être humain à être humain)

quelque chose en lien avec soigner de manière holistique, une relation professionnelle, faire le bien et ne pas faire le mal (éthique), anticiper la douleur, les soins du corps

Proposer de lui laver les cheveux	quelque chose en lien avec être là, une relation sociale, qui peut évoluer vers autre chose si le patient le désire (accompagnement → être avec)
Pratiquer l'humour, faire rire, sourire, taquiner, plaisanter	
Chanter avec les patients	
Bavarder simplement	
Montrer des photos de sa filleule	
Tendre la perche et laisser l'autre libre de se taire	
Laisser la personne « s'appuyer » sur nous un moment	
Attendre la réceptivité de l'autre	
Etre là, écouter	
Créer un climat de confiance par son attitude	
Etre à l'écoute de l'autre	
Etre centrée sur le vécu de l'autre	
Respecter le rythme du patient	
« Porter tirer » le patient	
Offrir une présence, un climat	
Donner et recevoir (échange mutuel)	
Donner sa présence	
Etre ouverte à l'autre et le rejoindre là où il est ici et maintenant	
Serrer sa main	quelque chose en lien avec les contacts physiques, le toucher
Mettre ma main sur son épaule	
Tenir la main (plusieurs fois)	
Caresser ses cheveux	
Echanger des sourires, des regards	
Etre proche physiquement	
Projeter le patient dans un futur meilleur	quelque chose en lien avec un futur meilleur (possible - réaliste)
Soutenir	
Mentionner les progrès	
Parler du futur comme d'une réalité	
Parler avec le patient de ses projets (croisière)	
Soutenir les envies de faire quelque chose tout en étant réaliste	
Donner une signification positive à la reprise d'activités simples	
Proximité de sa femme le rassure	quelque chose en lien avec maintenir les liens avec l'extérieur (famille – amis- collègues)
Parler des fleurs qu'elle reçoit et des personnes qui les envoient	
Penser à réconforter le conjoint (permission de se reposer)	
Faire entrer le quotidien dans la vie hospitalière	

Respecter et maintenir les habitudes diverses du patient (TV, téléphones)

Manque de temps

Manque de personnel

Restrictions budgétaires

« Turnover » rapide des patients

Situations de patients plus en plus lourdes

la réalité économique du contexte qui limite le réconfort

Répartition des séquences d'observation selon les infirmières

Pseudonymes	Caractéristique	Patient(e)	Patient(e)	Patient(e)
Paule	A participé à la pré-enquête	Monsieur P. \approx 60 ans	Monsieur O. \approx 60 ans	Madame N. \approx 50 ans
Princesse	A participé à la pré-enquête	Monsieur U. \approx 70 ans	--	--
Anne	n'est plus dans le service	--	--	--
Béatrice	Dyade B	Madame M. \approx 30 ans	Monsieur L. \approx 30 ans	--
Carla	absente	--	--	--
Dominique	A participé à la pré-enquête	Monsieur Z. \approx 60 ans	Madame K. 78 ans	Monsieur X. \approx 50 ans
Elisabeth	n'est plus dans le service	--	--	--
France	Dyade F	Madame Li \approx 75 ans	Monsieur Yo \approx 70 ans	--
Gilda	Dyade G	Madame R. \approx 45 ans	Madame Q. \approx 30 ans	--
Henriette	Dyade H	Madame V. \approx 35 ans	Monsieur T. \approx 60ans	Madame V. \approx 35 ans
Isabelle	Dyade I	Madame S. \approx 85 ans	--	--
Jacqueline	Dyade J	Monsieur Xo \approx 70 ans	--	--
Katrin	Dyade K	Madame K. 78 ans	--	--

Nous avons choisi d'accompagner les infirmières qui ont participé aux entretiens et à la pré-enquête. Comme les observations ont eu lieu durant le mois de décembre 1999, nous avons eu l'opportunité de rencontrer plusieurs fois la même personne, qui a toujours la même identification, même si elle est soignée par des infirmières différentes.

Par ailleurs, chaque patient a souvent fait l'objet de plusieurs séquences d'observation de 10 minutes à l'occasion de notre présence dans le service.

A la lecture du tableau, nous constatons que toutes les infirmières ont été accompagnées au moins une fois (troisième colonne) alors que d'autres l'ont été deux fois ou trois fois voire même quatre fois (dernière colonne).

Le hasard nous a fait observer 10 hommes et 11 femmes, soit un total de 42 observations d'une durée d'environ 10 minutes.

**Participation à une étude infirmière concernant
l'expérience et la signification du réconfort chez l'adulte
en phase postopératoire et chez l'infirmière qui le soigne**

Chercheuse principale : Madame Maud Bécherraz, Infirmière., MA, PhD (C)
téléphone xxx xx xx (depuis l'extérieur de l'hôpital)

Cette recherche en soins infirmiers concerne des personnes qui ont bénéficié d'une chirurgie. Le but de cette étude est de décrire le vécu de la personne après une expérience de réconfort, ainsi que l'expérience de l'infirmière qui a soigné cette personne. Le projet m'a été expliqué et toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. Il m'a été dit que si j'acceptais de participer, j'aurai un entretien d'environ une à deux heures (ou deux fois une heure) avec Madame M. Bécherraz concernant :

- mon expérience du réconfort,
- la signification que je donne à cette expérience,

J'accepte que Madame M. Bécherraz accède à mon dossier afin qu'elle puisse obtenir des informations supplémentaires sur ma santé et mon hospitalisation actuelle.

Il m'a aussi été dit que :

- mon anonymat sera assuré, que l'entrevue sera enregistrée (enregistrement audio) et transcrite mot à mot, cependant mon nom n'apparaîtra sur aucun document dactylographié,
- le contenu nominatif de mes propos ne sera pas transmis à des tiers, toutefois le contenu de la transcription sera analysé avec d'autres chercheuses et certains passages seront utilisés à titre d'illustration dans la thèse de Madame M. Bécherraz
- ma participation est volontaire,
- ma décision de ne pas ou plus participer à l'étude n'aura aucun effet sur la qualité des soins ou services que je reçois et recevrai au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,
- je suis libre de retirer mon consentement et d'interrompre ma participation à tout moment et ceci sans explication de ma part,
- si j'ai des questions à propos du projet, elles recevront une réponse en début d'entretien. De plus, je peux toujours prendre contact avec Madame M. Bécherraz au numéro de téléphone xx xxx (depuis l'intérieur de l'Hôpital), mon appel me sera retourné dans les meilleurs délais,
- je n'aurai pas forcément de bénéfices directs à participer à cette recherche, mais les informations recueillies seront utiles dans le future, pour aider d'autres personnes vivant un phénomène de réconfort,
- à ma demande orale, j'aurai accès à la transcription de mon entretien et à ma demande écrite, un résumé de la recherche me sera envoyé à la fin de celle-ci.

Sur la base de l'accord ci-dessus, j'accepte de participer à ce projet. J'ai reçu une copie de la formule de consentement, dûment signée par les deux parties.

Signature du participant

lieu et date

Signature de la chercheuse principale

lieu et date

**Participation à une étude infirmière concernant
l'expérience et la signification du réconfort chez l'adulte
en phase postopératoire et chez l'infirmière qui le soigne**

Chercheure principale : Madame Maud Bécherraz, Infirmière., MA, PhD (C)
téléphone xxx xx xx (depuis le CHUV xx xxx)

Cette recherche qualitative en soins infirmiers concerne des personnes qui ont bénéficié d'une chirurgie et l'infirmière qui les soigne. Le but de cette étude est de décrire le vécu de la personne après une expérience de réconfort, ainsi que l'expérience de l'infirmière qui a soigné cette personne. Le projet m'a été expliqué et toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. Il m'a été dit que si j'acceptais de participer, j'aurai un entretien d'environ une à deux heures avec Madame M. Bécherraz concernant :

- mon expérience du réconfort,
- la signification que je donne à cette expérience,

Il m'a aussi été dit que :

- mon anonymat sera assuré, que l'entretien sera enregistré (enregistrement audio) et transcrite mot à mot, cependant mon nom n'apparaîtra sur aucun document dactylographié,
- le contenu nominatif de mes propos ne sera pas transmis à des tiers, toutefois le contenu de la transcription sera analysé avec d'autres chercheuses et certains passages seront utilisés à titre d'illustration dans la thèse de Madame M. Bécherraz
- ma participation est volontaire,
- ma décision de ne pas ou plus participer à l'étude n'aura aucun effet sur mon emploi au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,
- je suis libre de retirer mon consentement et d'interrompre ma participation à tout moment et ceci sans explication de ma part,
- si j'ai des questions à propos du projet, elles recevront une réponse à la fin de l'entretien. De plus, je peux toujours prendre contact avec Madame M. Bécherraz au numéro de téléphone xx xxx (depuis le CHUV), mon appel me sera retourné dans les meilleurs délais,
- je n'aurai pas forcément de bénéfices directs à participer à cette recherche, mais les informations recueillies seront utiles pour faire avancer les connaissances en soins infirmiers et plus particulièrement celles reliées au réconfort,
- à ma demande orale, j'aurai accès à la transcription de mon entretien et à ma demande écrite, un résumé de la recherche me sera envoyé à la fin de celle-ci.

Sur la base de l'accord ci-dessus, j'accepte de participer à ce projet. J'ai reçu une copie de la formule de consentement, dûment signée par les deux parties.

Signature de l'infirmière

lieu et date

Signature de la chercheure principale

lieu et date

Exemple d'analyse d'un engagement sur deux axes orthogonaux
Offre du réconfort

<p>Ne se sent pas réconforté</p> <p><i>Quel serait pour vous l'inverse du réconfort ?</i></p> <p>Je crois que le pire quand on est dépendant des autres, dans un hôpital c'est de ne pas être informé, ... d'avoir des interventions dont on ne connaît ni la raison ni le pourquoi, ni la manière » L. 248</p> <p>« Oh le contraire du réconfort, ce serait un peu l'indifférence » L.284</p> <p>« L'indifférence d'une infirmière qui fait son travail mais d'une manière raccourcie, sans intérêt pour le patient » L.287</p> <p>« un travail un peu bâclé, des oublis. Si on oublie devant le lavabo et que la sonnette elle est là puis qu'on ne peut se lever » L. 298</p> <p>« Alors elle m'a dit : je reviens tout de suite alors j'ai pas regardé autour de moi si tout était là, si la sonnette était au bon endroit. Alors je me suis senti un peu délaissé. Mais je pardonne » L. 303</p> <p>« mais quand on est dépendant des autres et qu'on nous oublie, c'est très dur » L.312</p> <p>« c'est exactement l'inverse de l'attention, du réconfort » L. 314</p>	<p>Patient D, 61 ans polytraumatisé / 61^{ème} JPO / PRN = 76 / Maîtrise Fédérale / Suisse</p> <p>« je suis devenu sensible, ma sensibilité est à fleur de peau » L.11 « ...j'ai fait la croix sur l'extérieur. Je vis dans mon monde de l'hôpital ... mon seul but c'est : guérir » L.33 « il y a eu un moment où je me suis effondré » L.37 « elle est venue me réconforter, elle a pris le temps de me réconforter ... et ça m'a fait un énorme bien » L.40 « on a parlé. Elle m'a dit que c'était normal que je pleure. Il fallait laisser aller les choses. Elle s'inquiétait encore après ce réconfort » L.55</p> <p>« Oui et puis en tant qu'homme, on ne pleure pas facilement, on se cacherait presque » L.62 « Et à chaque fois on s'est occupé de moi en discutant » L.72 « Elles se sont inquiétées » L.73 « Enormément de monde prend des nouvelles de moi ... j'ai des émotions de savoir ça » L.90 « Hier soir (un ami) prend des nouvelles de moi auprès de ma fille, c'est vrai que ça c'est quelque chose qui m'émeut » L.98 « Alors le réconfort, je dois le retrouver chez moi » L.109 « Je suis revenu par le petit trou. Ils m'ont sauvé » L.114 « Les infirmières sont très gentilles avec moi, il y a ... celle qu'on préfère à d'autres parce qu'elles ont des méthodes plus professionnelles » L.119 « Elles sont plus attentionnées, il y en a notamment une qui ... qui pour moi est mon infirmière préférée, ... elle est très proche de moi, elle s'occupe beaucoup de moi » L.123</p>
<p>Se sent réconforté</p>	

N'offre pas de réconfort

Exemple d'analyse d'un entretien sur deux axes orthogonaux

<p>Ne se sent pas reconforté</p>	<p>« elles ne peuvent pas être partout en même temps » L126 « elles ont tellement de travail » L129 « Tout en me soignant, en faisant mes pensements, elle parle » L134 « elle m'explique ... quand elle fait mes pensements ... que finalement ... je m'en sort bien » L 145 « elle connaît tellement bien son métier qu'elle sait trouver des mots, elle sait expliquer » L153 « C'est merveilleux de voir comment elle travaille. Elle m'a pris en charge de manière tout à fait professionnelle (lors d'une complication) » L172 « Elle est efficace » L 177 « C'est elle qui est venue en bas au scanner ... puis j'ai dit j'aimerais voir le Dr X ... alors elle a téléphoné que je voulais le voir. Et il est venu. Il m'a reconforté aussi » L183 « Ils sont fort attentionnés vis à vis du patient » L202 « Elle m'a sécurisé ... j'étais finalement détendu...j'étais confiant » L214 « Une partie du reconfort c'est des informations, des explications ? Oui absolument » L242 « Et puis d'être présent, d'être avec nous ... être attentif » L245 « c'est justement cette attention, ce petit plus » L329 « ...ce petit plus qui fait qu'on a l'impression d'être plus choyé. Ça j'apprécie beaucoup » L 332 « quand je vois le travail de cette infirmière, le dynamisme, la réaction professionnelle, ben ça m'émue » L334 « J'ai dit à ma femme « tu sais elle est vraiment fantastique » L335 « Chez nous le reconfort, c'est la famille » L352 « ... le reconfort, c'est un peu la réussite de son exploitation, avec ses cultures, avec le bétail » L369</p>
<p>Se sent reconforté</p>	<p>Se sent reconforté</p>

N'offre pas de reconfort

Exemple de rédaction de texte pour une dyade

Dyade D

Monsieur D. est âgé de 61 ans. Il est de nationalité suisse, il est marié, père de quatre enfants et il vit à la campagne. Monsieur D. parle avec passion de son métier d'agriculteur, bien qu'il ait remis son domaine il y a quelques temps déjà à l'un de ses fils, également agriculteur.

Monsieur D est polytraumatisé : il a subi un traumatisme thoracique (hémopneumothorax droit avec volet costal), un hémopéritoine avec une contusion hépatique et une contusion mésentérique. Il est resté trois semaines dans le coma, aux soins intensifs. Il a bénéficié de plusieurs opérations majeures et il est actuellement au soixante et unième jour postopératoire. Il répond avec facilité et générosité aux questions posées.

Il raconte avec émotion comment depuis deux semaines, il est d'une sensibilité extrême et il ressent des émotions avec étonnement, ce qui l'amène à pleurer : « je suis devenu sensible, ma sensibilité est à fleur de peau » (L 11). Il exprime avec admiration comment Dominique le reconforte, comment elle prend le temps de parler avec lui, comment elle le rassure sur l'expression de ses émotions. Il a également ressenti l'inquiétude de l'équipe face à ses pleurs soudains et une psychologue a été appelée, qui a estimé que pleurer n'était pas un problème, bien au contraire et qu'il était souhaitable que Monsieur exprime ses émotions.

Monsieur D. dit recevoir également beaucoup de réconfort à travers le fait que plusieurs personnes prennent de ses nouvelles et il réalise qu'il est important pour d'autres que ses proches. Il raconte son passage aux soins intensifs comme une période « d'endurance » (Morse) où il a frôlé la mort mais dont il n'a aucun souvenir. « Je suis revenu par le petit trou. Ils m'ont sauvé » (L 14)

Il se sent proche de Dominique qu'il dit être sa « préférée », car il reconnaît son professionnalisme et simultanément il reconnaît que le réconfort nécessite du temps. Il décrit avec minutie ce que Dominique fait : elle parle avec lui pendant qu'elle refait les pansements, elle lui explique qu'il s'en sort bien malgré un traumatisme violent. Ainsi, il réalise qu'il est « miraculé ». Il dit « elle sait trouver les mots, elle sait expliquer » (L 154). Il ajoute : « elle sait parler de tout et surtout de mon cas, de moi » (L 162). Puis il raconte son efficacité lors d'une nouvelle complication. Il décrit comment elle a été là au bon moment, comment elle l'a descendu au scanner et la confiance qu'il a en Dominique. Puis en radiologie, elle a répondu à sa demande en appelant le médecin avec qui il souhaitait parler. Monsieur D relève également le réconfort apporté par ce médecin qui a instauré un réel partenariat avec lui. Il est impressionné par leur attention et ceci malgré le stress (L 201). Ainsi il a été sécurisé par Dominique et il était détendu au moment de la ponction. Il dit combien l'information et les explications sur ce qui va se passer et comment cela va se dérouler sont apaisantes. Le fait de ne pas être seul est également mentionné de même que l'importance d'être partenaire lors d'un soin comme la pose d'une sonde naso-gastrique (L 264).

Il a l'impression d'être « choyé » par Dominique et c'est cela qui lui fait dire à son épouse : « tu sais, elle est vraiment fantastique ».

Il termine l'entretien sur le fait qu'en tant qu'agriculteur, il était habitué à un réconfort plus matériel qu'émotionnel ou qu'intellectuel. Il fait en quelque sorte son bilan de vie et pour cela, il reçoit le soutien de Dominique.

Dominique a 38 ans, elle est d'origine suisse et elle a 17 ans d'expérience professionnelle. Elle est mariée, et mère de deux adolescents. Elle a été nommée par trois patient(e)s comme l'infirmière qui les a réconfortés, mais les critères d'inclusion ne permettent l'appartenance qu'à une seule et unique dyade, c'est pourquoi Dominique n'appartient qu'à la présente dyade. Elle n'est pas étonnée d'avoir réconforté Monsieur D. et elle est généreuse dans les réponses aux questions posées. Elle reprend la même situation que le patient et la décrit de son point de vue.

Elle explique qu'elle a perçu l'angoisse de Monsieur D. face à cette ponction et à la douleur que celle-ci pouvait engendrer, mais aussi en regard de cet imprévu qui « venait contrarier la bonne évolution de sa situation ». La signification du geste technique est importante. Dès leur arrivée à l'étage de la radiologie, Dominique a présenté le patient au technicien et elle est restée avec lui, malgré le départ imminent de sa collègue. Elle sentait Monsieur D « comme un petit enfant (...) tout recroquevillé et qui dit : ah mon Dieu, qu'est-ce qu'on va me faire » (L 44). Et elle a pris le temps de lui expliquer « techniquement » comment cette pose de drain allait se dérouler. Puis elle l'a aidé à verbaliser sa peur face à l'évolution incertaine. C'est ainsi que le patient a abordé la question du coma dont il ne percevait que la perte d'un moment de sa vie qui a été douloureux pour les siens en raison de l'incertitude qui lui est liée. Cette pose de drain signalait une dégradation de son état de santé.

Dominique dit être consciente que ce patient est très attaché à elle, car elle le sécurise, elle le rassure. Elle utilise la métaphore qui consiste à être là, à le laisser s'appuyer sur elle, afin d'être réconforté. Pour le rassurer, elle se demande quelle est la signification du présent dans un contexte global. En d'autres termes elle se demande qu'est-ce que l'événement présent signifie pour Monsieur D. De plus, elle est attentive à

« tout » compte tenu de l'instabilité de son état de santé (complications infectieuses versus réaction allergique aux antibiotiques, etc.). Elle scrute ses signes vitaux mais aussi des éléments plus subtils comme son regard, sa voix, sa gestuelle, ses comportements (L 405ss). Elle se sent comme à l'affût de l'anormal. Par ailleurs, ils ont instauré un dialogue qui lui permet de répondre à ses besoins, à ses demandes. Elle a même suppléé au manque de physiothérapie pendant les fins de semaine en demandant de petites barres afin que le patient continue les exercices de musculation. Dans un tout autre créneau, si elle observe qu'il a besoin de repos, alors elle organise les soins et l'environnement de manière à ce qu'il puisse se reposer.

Dominique vérifie ses perceptions auprès de Monsieur D. mais pas toujours dit-elle, car elle ne veut pas lui transmettre sa propre inquiétude de soignante. Elle est également très attentive à ne pas transmettre d'informations qui pourraient le rendre insécure ou lui faire du mal (L 168). Ainsi elle dose l'information. Elle est également sensible au partenariat et parfois elle le « tire en avant » comme lorsqu'elle lui propose une douche alors qu'il a des drains et des pansements. Elle dit « mais il était tellement heureux de cette douche » (L 188) « j'étais aussi mouillée que lui, mais il était heureux » (L 189). La signification de cette douche est également appréhendée comme source de réconfort, c'est-à-dire un peu comme cheminer vers la guérison en modifiant pour quelques minutes le rapport au corps douloureux et nauséabond. A l'opposé, Dominique respecte le rythme du patient et observe qu'à certains moments il est important qu'il régresse afin « de souffler un peu » (L 222).

Cependant, Dominique relève aussi le manque de personnel comme une source de souffrance. A titre d'exemple elle mentionne sa présence en radiologie, alors que sa collègue doit quitter le service. Mais dans sa conception des soins, elle souhaiterait pouvoir offrir

chaque jour un cadeau comme la douche ou un shampoing à ses patients ; même si elle est consciente de la surcharge de travail que cela représente.

(J'ai l'impression que la satisfaction du patient passe avant l'effort qu'implique la douche ou le cadeau)

Dominique relève le travail en équipe comme nécessaire dans une telle situation, où le patient traverse une crise, réalise un bilan de vie et demande implicitement un accompagnement. Elle mentionne aussi que Monsieur est « facile à reconforter en ce sens qu'il participe à la démarche » (L 423) et qu'il a une belle capacité de verbaliser et d'élaborer son vécu.

Elle mentionne également ses propres périodes de doute, d'inquiétude, de soucis face à l'évolution ou plutôt parfois à la non-évolution de l'état de santé du patient. Et à ce propos elle est très claire : il faut composer avec nos envies, nos espoirs de guérison et la réalité présente.

Dominique attache de l'importance au réconfort dispensé par les proches du patient, tout en étant attentive à ce qu'ils ne s'épuisent pas et se donnent la permission de prendre soin d'eux (L 567).

Enfin, elle est au clair qu'à un moment il faut se retirer (L 575) lorsque les choses vont mieux car « ce qui reste c'est leur vie » (L 576).

**Répartition des dyades sur deux axes orthogonaux
(cas paradigmatiques et exemplaires)**

<p>+</p> <p align="center">l'infirmière reconforte</p>	<p>Monsieur C et Carla Monsieur I et Isabelle</p> <p>(2 exemplaires)</p>	<p>Madame B et Béatrice Monsieur D et Dominique Monsieur E et Elisabeth Madame J et Jacqueline Madame K et Katrin</p> <p>(5 cas paradigmatiques)</p>
<p>- le patient n'est pas reconforté</p>	<p>Madame A (le chirurgien exécute un acte douloureux) Monsieur H (la péridurale ne fonctionne pas)</p> <p>tous les patients ont expérimenté une absence de reconfort à un moment donné de leur hospitalisation</p>	<p>dix patients sur onze ont expérimenté un reconfort de la part de l'infirmière, comme Madame G ou Monsieur H, toutefois les infirmières ne se sentaient pas proches de ces personnes</p>
<p>-</p> <p align="center">l'infirmière ne reconforte pas</p>		<p>le patient est reconforté +</p> <p>Madame F et France</p> <p>(1 exemplaire)</p>

**Synthèse de l'analyse des dyades sur deux axes orthogonaux
(catégories thématiques)**

<p align="center">+</p> <p align="center">l'infirmière reconforte</p> <p>Le patient refuse d'entrer en matière sur son alcoolisme Le patient n'accepte du réconfort que de sa conjointe</p> <p>Frustration de l'infirmière qui ne peut réconforter Remise en questions personnelle</p>	<p>Etre reconnu comme un être humain qui souffre Bénéficier d'une suppléance physique et émotionnelle (être soulagé) Ne pas être seul Etre touché physiquement Etre entouré par ses proches, ses amis et ses collègues Etre projeté dans un futur meilleur Etre soutenu spirituellement</p> <p>Se sentir proche d'un être humain qui souffre Prendre soin de manière holistique Etre avec Toucher physiquement Projeter dans un futur meilleur et réaliste Maintenir les liens avec l'environnement familial et social Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire</p>
<p>- le patient n'est pas réconforté</p> <p>Ressentir des douleurs physiques Ressentir du désespoir et se sentir abandonné Le manque d'information L'absence de parole L'attitude de certains chirurgiens</p> <p>La surcharge de travail Le comportement de certains patients (deuil) Des difficultés personnelles L'attitude de certains chirurgien</p>	<p align="center">+</p> <p align="center">le patient est réconforté</p> <p>nil</p> <p>Ne pas réaliser que la patiente développe une complication</p> <p align="center">-</p> <p align="center">l'infirmière ne reconforte pas</p>

NB : Les caractères gras correspondent aux patients et les caractères normaux correspondent aux infirmières

Thèmes récurrents issus de l'analyse des observations directes

Thèmes	Catégories thématiques
1) être attentionné	se sentir proche d'un être humain qui souffre (relation d'être humain à être humain)
2) écouter au-delà des mots	
3) parler de soi, de son ressenti	
4) anticiper et soulager la douleur	soigner de manière holistique (relation professionnelle)
6) promouvoir le bien-être du corps	
7) effectuer des soins techniques de qualité	
8) rechercher de l'information sensible	informer cc soins résultats etc.
9) informer cc présence + disponibilité	
10) informer cc douleur + antalgie	
11) induire un partenariat avec patient	
12) favoriser la spiritualité	
13) respecter le refus de réconfort du patient	être là (ce thème ne correspond pas à être avec) (relation sociale)
14) pratiquer l'humour, faire rire, sourire	
15) bavarder simplement	« pattern » de réconfort en phase aiguë ou en fin de vie
16) entretenir une relation soutenante	
18) proximité corporelle (sans toucher)	
19) toucher (main, bras, épaule)	
20) modification du ton de la voix	
21) regarder dans les yeux	
22) sourire au patient	
23) renforcer les liens avec l'extérieur	maintenir les liens avec l'environnement familial et social
24) rassurer les proches	
28) manque de disponibilité	considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire
29) contraintes organisationnelles (imposées)	
30) collaborer avec médecin.	
31) travail organisé selon les taches	collaborer avec le médecin pour le bien du patient auto-limitation des opportunités de réconfort

NB : les caractères gras soulignent la présence de deux catégories thématiques supplémentaires issues de l'analyse des observations comparativement à l'analyse des entretiens.

**Catégories thématiques du réconfort versus
les processus de la théorie du « caring » de Swanson (1991-1993).**

Catégories thématiques du réconfort (patients versus infirmières)	Processus de la théorie du « caring » de Swanson (1991-1993)
(a) Etre ému d'être reconnu comme un être humain qui souffre (a') Se sentir proche d'un être humain qui souffre	Processus (1) « connaître »
(b) Bénéficier de suppléance physique et émotionnelle (être soulagé) (b') Prendre soin de manière holistique	Processus (3) « faire pour »
(c) Ne pas être seul (c') Etre avec	Processus (2) « être avec »
(d) Etre touché physiquement (d') Toucher physiquement, regarder	Processus (2) « être avec »
(e) Etre projeté dans un futur meilleur (e') Projeter dans un futur meilleur et réaliste	Processus (4) « rendre capable »
(f) Etre entouré pas ses proches, ses amis et ses collègues (f') Maintenir les liens avec l'environnement familial et social	Nil
(g) Etre soutenu spirituellement	Processus (5) « maintenir les croyances »
(h') Considérer les limitations liées au contexte socio-sanitaire	Nil

Annexe T - xxx

Division Programmes de recherche

Christian Mottas

Fax +41(0)31 305 29 70

Madame
Maud Bécherraz
7 Chemin du Marais Bresson
1270 Trélex

Berne, le 6 décembre 2000

Significations de l'expérience de réconfort pour l'adulte hospitalisé dans un service de médecine et pour l'infirmière qui en prend soins. Etude phénoménologique.

Madame,

Nous avons le plaisir de vous informer que le Conseil de la recherche a décidé, lors de sa dernière séance, d'octroyer un montant de _____ à votre projet de recherche

« Significations de l'expérience de réconfort pour l'adulte hospitalisé dans un service de médecine et pour l'infirmière qui en prend soins. Etude phénoménologique. »

Ce montant correspond à la moitié de la somme allouée par l'action DO-RE. L'autre moitié vous parviendra par la CTI.

Le secrétariat de la CTI se tient à votre disposition pour toutes informations d'ordre administratif ou financier. Les rapports financier et scientifique devront être renvoyés au secrétariat CTI en temps voulu.

Tout en vous souhaitant plein succès lors de votre travail de recherche, nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations les meilleures.


Christian Mottas
Pour le groupe DO-RE