

Université de Montréal

Le processus de production de savoirs dans la
pratique infirmière au moyen de la réflexivité

par

Pilar Delgado Hito

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de docteur
en sciences infirmières

© Pilar Delgado Hito, avril 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

Le processus de production de savoirs dans la
pratique infirmière au moyen de la réflexivité

Présentée par:

Pilar Delgado Hito

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Franco Carnevale, président-rapporteur

Michel Perreault, directeur de recherche

Jacinthe Pepin, co-directeure

Jacques Hamel, membre du jury

Clémence Dallaire, examinateur externe

Pierre Nonnon, représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Un nouveau cadre théorique pour concevoir le processus de production du savoir dans la pratique infirmière s'avère nécessaire pour tenir compte du processus sur les plans individuel et collectif et de l'influence du contexte dans cette production. Pour cette démarche, c'est la théorie de la réflexivité de Giddens qui nous a semblé être la plus pertinente pour guider la présente étude qui visait à décrire et à comprendre le processus de production du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité. Plus concrètement, l'étude s'est intéressée à découvrir les conditions et dynamiques des contextes institutionnel, pratique et professionnel qui peuvent influencer le processus de production du savoir dans la pratique infirmière ainsi qu'identifier les étapes de ce processus. Le constructivisme projectif fut le paradigme qui a guidé l'étude. Le devis de recherche ce fut l'analyse secondaire de données qualitatives. Le contexte de l'étude était une unité de soins intensifs d'un hôpital général et universitaire à Barcelone. La collecte de données avait été réalisée à l'aide de l'observation systématique, de six entretiens structurés, de sept réunions de groupe et d'une analyse documentaire. L'analyse des données a été effectuée selon des critères provenant de l'approche mixte de Miles et Huberman, du processus d'analyse des données qualitatives de Morse ainsi que des recommandations faites par des auteurs clés par rapport à l'analyse secondaire. Les critères de rigueur ont été utilisés et les aspects éthiques ont été assurés. Les résultats de cette étude démontrent que les conditions et dynamiques des contextes institutionnel, pratique et professionnel influencent profondément l'action infirmière et le développement du savoir. Ces conditions et dynamiques sont intériorisées dans la vie professionnelle des infirmières et constituent des façons «normales» d'aborder la pratique. Toutefois, bien qu'il existe une acceptation du *statu quo*, les sentiments contradictoires et la souffrance ressortent facilement. Ces conditions et dynamiques provoquent chez les infirmières une incapacité à agir de façon juste, éthique et responsable ainsi qu'une limitation face à l'exploration de nouvelles possibilités, formulations et manifestations de pratique. Les résultats mettent également en évidence les étapes du processus de production du savoir au moyen de quatre grands thèmes: la reconnaissance de la réflexivité quotidienne, l'examen systématique des pratiques, la construction d'un nouveau savoir et la reconstruction émancipatrice du savoir. Finalement, cette thèse met en relief l'importance de la théorie de Giddens pour l'étude de la production du savoir et de la relation entre l'infirmière et le contexte ainsi que l'utilisation du devis d'analyse secondaire des données qualitatives pour la discipline infirmière.

Mots-clés : production du savoir, réflexivité, contexte pratique, théorie de la structuration, soins intensifs, contexte professionnel, analyse secondaire, contexte institutionnel, soins infirmiers, pratique réflexive

ABSTRACT

A new theoretical framework for designing the process of knowledge production within nursing practice is necessary to take into account the individual and the collective process of knowledge production as well as the influence of the context on this production. The theory of reflexivity of Giddens seems to be most relevant. This study aimed to describe and understand the process of knowledge production within nursing practice through reflexivity. More specifically, it was important to uncover the conditions and dynamics of the institutional, professional and practice context which influence the process of knowledge production within nursing practice and to identify the steps of this process. Projective constructivism was the paradigm that has guided the study. The research design was a secondary analysis of qualitative data. The study context was a critical care unit of a general and university hospital in Barcelona. Data were collected through systematic observation, six structured interviews, seven focus groups, and documents analysis. Data were analysed according to the mixed approach of Miles and Huberman, the qualitative analysis of Morse, and recommendations from various authors on secondary analysis. The rigor criteria were used and the ethical aspects were covered. The study results suggest that the conditions and dynamics of institutional, practical and professional contexts impact profoundly the nursing action and knowledge production. These conditions and dynamics are internalized in the working lives of nurses and provide “normal” ways of nursing practice. However, although there is an acceptance of the status quo, the conflicting feelings and suffering emerge easily. These conditions and dynamics cause incapacity among nurses to act fairly, ethically and responsibly and limit their exploration of new possibilities, formulations and demonstrations of practice. The results propose also the stages of knowledge production through four major themes: the recognition of daily reflexivity, systematic review of practices, the construction of new knowledge and the reconstruction of emancipatory knowledge. Finally, this thesis suggests the importance of Giddens' theory for the study of knowledge production and the relationship between the nurse and the context, as well as the use of secondary analysis of qualitative data for the nursing discipline.

Keywords : knowledge production, reflexivity, practical context, structuration theory, critical care, professional context, secondary analysis, institutional context, nursing, reflective practice

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
DÉDICACE	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE	4
1.1. Problématique de recherche	5
1.2. But de la recherche	13
1.3. Questions de recherche	13
1.4. Position épistémologique	14
1.4.1. La complexité du phénomène	14
1.4.2. Le constructivisme	15
CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS	20
2.1. La production de savoirs dans la science infirmière	21
2.1.1. Les savoirs produits dans la discipline infirmière	21
2.1.2. La production de savoirs dans la pratique infirmière	28
2.2. Le concept de réflexivité dans la science infirmière	35
2.2.1. Introduction	35
2.2.2. Les définitions et les caractéristiques de la réflexivité	36
2.2.3. La production de savoirs au moyen de la réflexivité	41
2.3. Les théories qui portent sur la production de savoirs dans la pratique au moyen de la réflexivité	45
2.3.1. La théorie de Schön: Le savoir caché dans l’agir professionnel	45
2.3.2. L’approche de Racine: Un monde de connaissances à réhabiliter	52
2.3.3. La théorie de la réflexivité de Giddens comme approche théorique	55
CHAPITRE 3: MÉTHODE	62

3.1. Le devis de la recherche.....	63
3.2. La pertinence d'utiliser un devis d'analyse secondaire.....	64
3.2.1. La justification de l'analyse secondaire.....	64
3.2.2. La valeur de la première étude: la richesse des données.....	67
3.2.3. Le «fit» avec les nouvelles questions.....	72
3.3. Le contexte de l'étude.....	75
3.4. Le processus de recrutement des participantes.....	76
3.5. Les stratégies de collecte de données.....	78
3.5.1. Origine des données à analyser de nouveau.....	78
3.5.2. La collecte de données pour la présente étude.....	80
3.6. L'analyse des données.....	81
3.6.1. La préparation et l'organisation des données.....	82
3.6.2. Le processus d'analyse des données.....	83
3.7. Les critères de rigueur.....	86
3.8. Les considérations éthiques.....	88
CHAPITRE 4: RÉSULTATS.....	91
4.1. LES CONDITIONS ET DYNAMIQUES DES CONTEXTES INSTITUTIONNEL, PRATIQUE ET PROFESSIONNEL.....	92
4.1.1.- Le contexte institutionnel de la pratique infirmière dans une unité de soins intensifs.....	93
4.1.2.- Le contexte pratique dans une unité de soins intensifs.....	108
4.1.3.- Le contexte professionnel infirmier espagnol.....	121
4.1.4.- Résumé de la première partie des résultats.....	127
4.2. LES ÉTAPES DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU SAVOIR AU MOYEN DE LA RÉFLEXIVITÉ.....	128
4.2.1.- La reconnaissance de la réflexivité quotidienne.....	129
4.2.2.- L'examen systématique des pratiques.....	134
4.2.3.- La construction d'un nouveau savoir.....	151
4.2.4.- La reconstruction émancipatrice du savoir.....	169

4.2.5.- Résumé de la deuxième partie des résultats.....	182
CHAPITRE 5: DISCUSSION	184
5.1. Les aspects structurels du processus de production de savoir.....	185
5.1.1. Règles et ressources qui maintiennent le <i>statu quo</i>	186
5.1.2. Une pratique infirmière loin de l'idéal.....	196
5.1.3. Une profession marquée par l'histoire de la soumission à la médecine	200
5.1.4. Réflexions finales.....	210
5.2. La transformation des pratiques et des savoirs au moyen de la réflexivité.....	210
5.2.1. La réflexivité technique et institutionnelle comme point de départ.....	212
5.2.2. La réflexivité fondée sur la recherche.....	216
5.2.2. La perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices.....	217
5.2.4. Le projet réflexif individuel	219
5.2.5. Le projet réflexif collectif.....	224
5.2.6. La révision des projets réflexifs	228
5.2.7. L'action pour le changement.....	235
5.2.8. La réflexivité émancipatrice.....	236
5.2.9. Le savoir transformateur des infirmières et leurs contextes.....	238
5.3. L'apport de la théorie de la structuration de Giddens dans l'étude du processus de production de savoir dans la pratique infirmière.....	242
5.4. Les forces et les limites de l'étude	248
5.4.1. Les forces	248
5.4.2. Les limites.....	250
5.5. Les recommandations pour la pratique, la gestion, la formation et la recherche infirmière.....	252
5.5.1. Les recommandations pour la pratique	252
5.5.2. Les recommandations pour la gestion.....	253
5.5.3. Les recommandations pour la formation.....	255
5.5.4. Les recommandations pour la recherche.....	256
CHAPITRE 6: CONCLUSION	260

RÉFÉRENCES.....	264
ANNEXE 1: Le modèle de réflexion structurée	i
ANNEXE 2: Modèle modifié de réflexion structurée.....	ii
ANNEXE 3: La production de savoirs pratiques à partir de la théorie de Giddens.....	iii
ANNEXE 4: Les étapes du modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988).iv	
ANNEXE 5: Guide pour la réflexion sur les changements.....	v
ANNEXE 6: Guide pour la réflexion sur la méthode	vi
ANNEXE 7: Les étapes de la recherche de la première étude.....	vii
ANNEXE 8: Outil élaboré par Hinds et al. (1997) pour évaluer la réutilisation de données	viii
ANNEXE 9: Outil élaboré par Heaton (2004) pour évaluer la réutilisation de données	ix
ANNEXE 10: Cohérence entre les concepts clés de la théorie de Giddens et les thématiques de la première étude.....	x
ANNEXE 11: Guide pour l'observation directe de la pratique infirmière	xiii
ANNEXE 12: Grille pour évaluer la collecte de données infirmières	xiv
ANNEXE 13: Guide pour les entrevues structurées avec les infirmières.....	xv
ANNEXE 14: Fiche de synthèse de documents selon Miles et Hubermas (2003)	xvi
ANNEXE 15: Formulaire de consentement en français	xvii
ANNEXE 16: Formulaire de consentement en espagnol.....	xxii
ANNEXE 17: Document d'autorisation de la direction des soins de l'Hôpital de la Santa Creu i Sant Pau.....	xxvii
ANNEXE 18: Certificat d'éthique par le comité d'éthique de l'Hôpital de la Santa Creu i Sant Pau.....	xxviii
ANNEXE 19: Certificat d'éthique par le comité d'éthique de la Recherche des Sciences de la Santé.....	xxix
ANNEXE 20: Renouvellement du Certificat d'éthique par le comité d'éthique de la Recherche des Sciences de la Santé.....	xxx
ANNEXE 21: Évaluation de la collecte des données infirmières lors de l'admission et 24 heures après.....	xxxii

ANNEXE 22: Les aspects légaux de la profession infirmière en Espagne (1857-1977)	
.....	xxxiii
ANNEXE 23: Les changements sur la formation infirmière en Espagne.....	xxxiv
ANNEXE 24: Étapes du processus de production de savoir au moyen de la réflexivité.....	xxxvi
ANNEXE 25: Exemples d’auto-observation de la pratique infirmière	xxxviii
ANNEXE 26: Le processus de prise de conscience selon Gélinau (2001).....	xli
ANNEXE 27: Étapes du développement d’une identité infirmière positive	xlii

DÉDICACE

À mon père qui m'a quitté très tôt

REMERCIEMENTS

Un travail de cette ampleur n'aurait pu voir sa conclusion sans le soutien indéfectible de personnes généreuses et disponibles comme ma famille, mes amis, les professeurs et les collègues qui m'ont soutenue pendant la réalisation de mes études. Je les en remercie infiniment.

J'aimerais remercier Monsieur Michel Perreault, mon directeur de recherche, pour sa patience et sa générosité; ses critiques, commentaire et réflexions m'ont permis de cheminer tout au long du processus. Entre autres, je souligne son aide inestimable pour que je parvienne à élaborer mon travail en français. Je remercie également Madame Jacinthe Papin, ma co-directrice de recherche pour ses éclaircissements.

Je suis reconnaissante envers la direction de l'hôpital de la Santa Creu i Sant Pau pour l'appui institutionnel qui m'a été accordé pendant la réalisation de mes études doctorales. Je remercie l'École des sciences infirmières de l'Université de Barcelona et plus concrètement, Mesdames Rosa Blasco, Carmen Fernández et Mariví Navarro pour leur appui car elles m'ont motivée de façon constante tout au long du processus de recherche et jusqu'à la toute fin de la rédaction de ma thèse.

Je voudrais remercier Madame Denise Gastaldo pour les brefs mais intéressants moments intellectuels que nous avons partagés; son enthousiasme et sa confiance en moi ont été des apports indispensables.

Parmi les conditions nécessaires à la réalisation d'une thèse, le soutien financier n'est pas le moindre. J'aimerais remercier le Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Instituto de Salud Carlos III, et le Ministère de la Santé de l'Espagne, pour leur soutien financier qui m'a permis la réalisation des cours de doctorat (2002-2004) ainsi que la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal qui m'a accordé la Bourse Alice-Girard (2004).

Merci à Madame Claire de Ravinel pour les corrections linguistiques apportées à cette thèse.

Mille mercis à mon mari Jorge qui m'a rendu la route plus facile, a pris soin de moi et m'a choyée, et a soutenu chacun de mes pas. Merci d'être dans ma vie, d'avoir confiance en moi et de me soutenir car, sans son appui, cette thèse n'aurait pu voir le jour.

Merci à mes enfants, Marta et Jorge pour leur patience et compréhension pendant mes absences; ceci a été très important pour moi.

Merci à mes collègues de l'unité des soins intensifs qui ont vécu avec moi les moments les plus difficiles et les plus extraordinaires du déroulement de la thèse; leur soutien généreux a été pour moi essentiel.

Merci à Catherine Forbes qui a facilité l'étape finale de la thèse; sa disponibilité, le travail d'impression, la mise en pages et le dépôt des copies de la thèse ont facilité ma vie.

Merci à toutes les infirmières qui ont participé à cette étude. Leur confiance et leur générosité ont constitué de précieux appuis.

INTRODUCTION

Au XXI^{ème} siècle, on met l'accent sur la pratique, celle-ci étant vue comme une caractéristique de la modernité avancée et génératrice ou productrice du savoir. C'est dire que de nouveaux modes de génération de savoirs peuvent être observés dans le domaine de la pratique professionnelle. Ainsi, le processus de réflexion ou de la réflexivité semble être privilégié pour reconnaître, développer et améliorer le savoir pratique et plusieurs théories et approches, portant sur le processus de production du savoir dans la pratique professionnelle par le biais de la réflexivité, sont en train de gagner de la popularité et font de plus en plus l'objet de recherches.

Toutefois, la plupart de ces théories et approches ne mentionnent ni le processus collectif de production du savoir ni l'influence des contextes institutionnel, pratique et professionnel dans cette production du savoir dans la pratique infirmière. C'est ainsi que la théorie de la structuration de Giddens s'avère appropriée pour comprendre l'action infirmière ainsi que les structures dans le processus de production du savoir.

Cette thèse présente donc, dans le chapitre de la problématique, un aperçu des nombreuses sources de savoirs utilisées par les infirmières pour développer leur pratique professionnelle. Ce chapitre aborde également la nouvelle façon de voir la pratique dans une modernité avancée comme génératrice de savoirs et des stratégies de production du savoir dans la pratique infirmière, et ce tant en Espagne que dans le reste du monde. Puis, le but de l'étude et les questions de recherche sont posés. Finalement, le paradigme du constructivisme projectif est présenté; celui-ci peut, en effet, contribuer à la compréhension de la complexité du phénomène à l'étude.

La recension des écrits décrit des études réalisées dans divers pays concernant la production du savoir dans la discipline et la pratique infirmières. Par la suite, le concept de réflexivité est développé ainsi que sa relation avec la production du savoir. De plus, un portrait des théories qui portent sur la production du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité est présenté en tenant compte de l'importance des approches ainsi

que des limites. Finalement, la théorie de la structuration de Giddens est davantage élaborée puisqu'elle sert de cadre théorique à cette étude.

Le chapitre sur la méthode décrit la démarche réalisée pour le développement de l'étude qualitative d'analyse secondaire de données qualitatives ainsi que la justification de la pertinence de ce devis. Ensuite, le contexte de l'étude, le recrutement et la collecte de données lors de la première et la présente étude sont abordés. Finalement, les procédures d'analyse des données ainsi que les critères de rigueur et les considérations éthiques sont présentées.

Le chapitre des résultats permet de répondre aux questions de recherche. La première partie des résultats décrit le contexte institutionnel (les règles et les ressources), le contexte pratique et le contexte professionnel (l'identité et l'autonomie infirmière) des infirmières travaillant dans l'unité de soins intensifs, alors que la deuxième partie des résultats développe les concepts clés du processus de développement du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité et identifie les étapes incluses dans ce processus. Ces aspects sont repris dans le chapitre suivant, celui de la discussion.

Le chapitre de la discussion examine les données à l'aide d'un processus de réflexivité sur la réflexivité des infirmières et les compare avec les études réalisées dans divers pays et en Espagne. Premièrement, les aspects structurels du processus de production du savoir sont abordés et, en second lieu, la discussion illustre la transformation des pratiques et des savoirs au moyen de la réflexivité. De plus, la discussion présente l'apport de la théorie de la structuration de Giddens au processus de production du savoir dans la pratique infirmière ainsi qu'au développement des connaissances. Les forces et limites de l'étude et les recommandations pour la pratique, la gestion, la formation et la recherche sont présentées en fin de chapitre.

Finalement, la conclusion souligne la contribution de l'étude au processus de production du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité, et l'influence

du contexte dans cette production ainsi que les principales contributions de la théorie de Giddens aux sciences infirmières.

CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE

1.1. Problématique de recherche

Au sein de chaque discipline, des professeurs et des chercheurs ont pour rôle de développer des connaissances à travers la recherche et le transfert des connaissances. La relation la plus évidente entre les différentes disciplines professionnelles c'est leur association avec un champ de pratique. Dans ces disciplines, il existe non seulement des professeurs-chercheurs mais également des praticiens qui mettent leur art au service de la société, par le biais de l'exercice pratique, de l'enseignement et de la recherche (Donaldson et Crowley, 1978). En fait, notre champ d'intérêt porte sur le développement du savoir¹ dans la pratique professionnelle.

Quotidiennement, les infirmières utilisent plusieurs sources de savoirs pour développer leur pratique professionnelle. La nature de ces savoirs a été explorée par plusieurs auteurs (Carper, 1975, 1978; Jacobs-Kramer et Chinn, 1988; Kennedy, 2004; Mantzoukas et Jasper, 2008; Silva, Sorrell et Sorrell, 1995; White, 1995). L'analyse des écrits de ces auteurs permet d'affirmer que le savoir infirmier ne se compose pas exclusivement de connaissances de source scientifique mais qu'il comprend aussi d'autres savoirs importants pour la pratique (Carper, 1978; Chinn et Kramer, 2008; Dallaire et Blondeau, 2002; White, 1995).

Carper (1978) a décrit quatre sources utilisées dans le développement de savoirs chez les infirmières: l'empirique où l'on retrouve le savoir issu du processus de recherche qui décrit, explique et prédit les phénomènes d'intérêt de la discipline; l'esthétique ou l'art infirmier qui produit un savoir dérivé de la réflexion intellectuelle et de l'expérience; le personnel où l'on s'approprie le savoir par la rencontre et l'actualisation d'un soi

¹ Selon le Dictionnaire actuel de l'Éducation (1993), les connaissances sont des faits, des notions ou principes qu'on acquiert grâce à l'étude, à l'observation ou à l'expérience et le savoir est un ensemble d'informations, d'idées, de données qui constituent des connaissances relatives à un domaine d'activité, à un objet ou à une personne. Étant donné que dans le présent travail on se centre sur le domaine de la pratique professionnelle, il nous a paru plus cohérent d'utiliser le mot savoir plutôt que connaissances.

personnel, intégré et conscient et, finalement, l'éthique où l'on retrouve le savoir qui est en lien avec les relations entre les êtres humains et avec la vie humaine ainsi que le savoir découlant de l'acquisition de diverses théories pour poursuivre le bien et s'orienter vers la meilleure action à réaliser.

White (1995) ajoute une cinquième source de développement de savoirs que l'infirmière utilise, soit la sociopolitique. Selon cette auteure, ce processus comprend deux niveaux: le premier est relié au contexte sociopolitique des personnes (patient et infirmière) et le deuxième est relié au contexte sociopolitique de la discipline infirmière comme profession pratique. En ce sens, le contexte sociopolitique aura une influence sur le développement de la profession et, par conséquent, il aura aussi un effet sur le développement de savoirs issus de cette pratique professionnelle (Bourdieu, 1980; Racine, 1997). Finalement, Chinn et Kramer (2008) qui reprennent l'idée de la source sociopolitique de White en incluant leurs propres travaux, proposent la source émancipatrice.

La revue des écrits sur les savoirs infirmiers reliés à la pratique confirme cependant qu'on parle couramment d'utilisation ou d'application du savoir scientifique par les infirmières dans leur pratique quotidienne. En ce sens, Bjornsdottir (2001) affirme que les infirmières, désirant que leur travail soit reconnu comme professionnel et les sciences infirmières comme une discipline, ont intériorisé le fait que les connaissances scientifiques issues de la recherche sont supérieures à d'autres formes de connaissances. Nous vivons dans une société qui valorise le discours scientifique («le vrai savoir») et qui, d'une certaine façon, cache (Lawler, 2002), marginalise (Meleis et Eun-Ok, 1999) ou dévalorise (Clarke et Wilcockson, 2002) le savoir pratique. Ainsi, les savoirs pratiques ont été, et sont encore, disqualifiés par rapport aux autres formes de savoirs. La barrière face au scepticisme sert à maintenir le *statu quo*, afin de s'assurer que les savoirs pratiques sont considérés comme ayant peu de garantie épistémique (Will, 2001). Cette attitude perpétue une conceptualisation de la connaissance infirmière exclusive, plutôt qu'inclusive, qui ne

rend pas service à la pratique infirmière et cela, à la lumière des défis et des changements dans les domaines de la santé et des soins infirmiers.

Or, bien que la pratique infirmière ait été traditionnellement vue comme celle qui applique des connaissances (Reed, 1996), on assiste actuellement à une conscientisation au niveau du développement de savoirs dans la pratique professionnelle, des savoirs nécessaires, importants et pertinents pour la discipline et pour la profession. Comme le signale Benner (2000), et avec raison, le fait de penser que les connaissances infirmières ne se sont développées qu'à travers la recherche et l'éducation et que l'on les exporte dans la pratique est une vision erronée, déphasée et extérieure à une modernité avancée.

Effectivement, au XXI^{ème} siècle, on met l'accent sur la pratique, celle-ci étant vue comme une caractéristique de la modernité avancée et génératrice ou productrice de savoirs (Gibbons, Limoges, Nowotny, Schwartzman, Scott, et Trow, 1994; Larsen, Adamsen, Bjerregaard et Madsen, 2002; Litchfield, 1999; Van Manen, 2001; Nowotny, Scott et Gibbons, 2003). En ce sens, Van Manen (2001), en s'appuyant sur les écrits de Gibbons et al. (2001), affirme que la nouvelle façon de produire des connaissances s'adresse à des questions davantage reliées à la pratique. Il ajoute que des nouveaux modes de génération de savoirs peuvent être observés dans le domaine de la pratique professionnelle.

Dans le domaine des sciences infirmières, quelques infirmières se sont intéressées à l'épistémologie de la pratique (Carper, 1975; Chinn et Kramer, 2008; Lawler, 2002; Tongue, 1997; White, 1995; Will, 2001). Ainsi, Patricia Benner (1983, 1987, 1995) a été l'une des infirmières qui a le plus étudié le développement de l'expertise et des savoirs dans la pratique, surtout dans le milieu des soins intensifs. Cette chercheuse, en s'appuyant sur les philosophes Thomas Kuhn et Michael Polanyi, a développé le concept des savoirs encastrés ou imbriqués (*embedded*) dans la pratique, grâce à l'analyse des expériences de soin de plusieurs infirmières travaillant aux soins intensifs. Benner affirme que l'on doit découvrir les savoirs encastrés dans l'expertise parce qu'ils sont la clé de la progression de

la pratique infirmière et du développement des sciences infirmières (Benner, 1995; Benner et Wrubel, 1982).

De plus, les savoirs se produisent également quand des personnes ayant une expérience, une expertise et un point de vue différents, dialoguent (Benner, Tanner et Chesla, 1996, 1997; Dick, 1997; Meleis, 1987; Morgan et Johns, 2005; Stringer, 1996). En ce sens, Larson (1988) affirme que les praticiens rencontrent un «public profane» (familles, patients) et c'est à ce niveau que différentes «vérités», différents discours viendront influencer les codes de pratique. En effet, les sciences infirmières comme profession pratique (organisée socialement et avec des connaissances encadrées), développent des connaissances cliniques et morales à travers l'apprentissage avec les patients et les familles; c'est à travers le partage de connaissances que le développement de nouveaux savoirs se produit (Benner, 1995, 2001).

Benner (1995) souligne également que les savoirs s'acquièrent avec le temps, et que les infirmières ne se rendent pas toujours compte elles-mêmes de leur progression. Il est donc nécessaire de bâtir des stratégies pour reconnaître ce savoir pratique, de manière à pouvoir le développer et l'améliorer.

Parmi ces stratégies, le processus de réflexion ou de réflexivité semble être privilégié pour reconnaître, développer et améliorer le savoir pratique (Bonis, 2009; Dick, 1997; Fulbrook, 2004; Giddens, 1987; McTaggart, 1997; Patenaude, 1998; Schön, 1994, 1996a; Smith, 1998; Stringer, 1996). C'est ainsi que plusieurs théories et approches, qui portent sur le processus de production de savoirs dans la pratique professionnelle par le biais de la réflexivité, sont en train de gagner de la popularité et font de plus en plus l'objet de recherches (Giddens, 1987; Racine, 2000; Schön, 1994; St-Arnaud, 1992, entre autres).

Dans le domaine des sciences infirmières, quelques auteurs ont d'abord considéré le processus réflexif comme un moyen permettant d'authentifier le savoir moral et personnel (Jacobs-Kramer et Chinn, 1988; Chinn et Kramer, 2008; White, 1995). D'autres ont

exploré les différentes définitions, les caractéristiques, les bienfaits et les problèmes d'une pratique basée sur la réflexion (Clarke, 1986; Conway, 1994; Cotton, 2001; Duffy, 2007; Gustafsson, Asp et Fagerberg, 2007; Hagland, 1998; Hannigan, 2001; Heath, 1998a, 1998b; Johns, 2005; Kim, 1999; Taylor, 2000) alors que certains ont étudié l'implantation d'une pratique fondée sur la réflexion dans des unités de soins (Degerhammar et Wade, 1991; Kerr, 1996; Kite, 1995; Lau et Chan, 2005; Mantzoukas et Jasper, 2004; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meiers, 2005; Taylor, 2001; Teekman, 2000; Zaforteza, Gastaldo, Sánchez, de Pedro et Lastra, 2004) et dans l'éducation et la formation infirmière (Lowe, Rappolt, Jaglal et McDonald, 2007; Murphy et Timmins, 2009). Néanmoins, ces écrits se sont davantage axés sur la réflexion comme moyen de production de changements et, par conséquent, de production de savoirs plutôt que sur la réflexion comme un processus central dans la production de savoirs. Or, les écrits de Benner et ses collaborateurs reliés à la production de savoirs encastrés dans la pratique à travers l'analyse de «*narrative reflection*» des infirmières expertes ont permis d'explorer et de mettre en évidence ces savoirs. Toutefois, ces auteurs se sont davantage intéressés au raisonnement et au jugement clinique ainsi qu'à l'apprentissage expérientiel à travers les rapports réflexifs (en le considérant comme un outil) des infirmières qu'au processus réflexif comme moyen de production de savoirs.

Par ailleurs, parmi les théories qui portent sur la production de savoirs par le biais de la réflexivité, la théorie de Schön (1994, 1996b) a été la plus utilisée non seulement dans le contexte de la pratique infirmière (Conway, 1994; Hagland, 1998; Taylor, 2001) mais aussi dans le champ de l'éducation en science infirmière (Glaze, 2001, 2002; Pierson, 1998; Rooda et Nardi, 1999) et de la gestion infirmière (Gilbert, 2001; Johns, 2000; Maggs et Biley, 2000).

La théorie de Schön, malgré son utilisation croissante, laisse cependant dans l'ombre deux points essentiels: (i) le processus collectif de production de savoirs et, (ii) ce qui n'a pas spécifiquement été abordé par Benner, l'influence du contexte pratique (lieu

spécifique où la pratique se développe), professionnel (le contexte de *nursing* comme profession) et organisationnel (aspects structurels) dans ce processus de production de savoirs. Les savoirs pratiques sont donc implicites et influencés par la culture professionnelle et institutionnelle (Gibbons et al., 1994; Weiss, Malone, Merighi et Benner, 2002).

Dans le cadre d'une institution ou organisation comme sont celles du système sanitaire, plusieurs aspects peuvent influencer la pensée, la pratique et le processus de production de savoirs pratiques des infirmières: le conflit de valeurs, la perspective infirmière versus celle du patient, l'autorité pour agir, la perspective du médecin, la perspective de l'organisation, les relations de pouvoir, les rapports de genre, entre autres. Johns et Freshwater (1998, 2005) tiennent compte de quelques-uns de ces aspects mais en relation avec leur influence sur les décisions éthiques des infirmières. L'identification et la compréhension de ces aspects peut permettre d'avoir une plus grande compréhension du processus de production de savoirs dans la pratique infirmière.

L'avenir des sciences infirmières peut être envisagé comme une science en transformation, créative et provocante, étant donné les forces sociales, politiques, technologiques, scientifiques, artistiques et spirituelles qui prendront forme au XXI^{ème} siècle (Silva, 1999). C'est ainsi qu'un nouveau cadre théorique pour concevoir le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière s'avère nécessaire pour tenir compte de ce processus de production de savoirs au plan individuel mais aussi au plan collectif ainsi que de l'influence du contexte dans cette production; la théorie de la réflexivité de Giddens (1987) apparaît donc actuellement comme la théorie la plus pertinente.

En effet, Giddens (1994) définit la réflexivité comme l'examen et la révision constante des pratiques, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques mêmes, ce qui altère ainsi, de façon constitutive, leur caractère. Toutes les pratiques, dont la pratique infirmière, sont partiellement constituées par la connaissance qu'en ont les acteurs. La réflexivité est considérée comme l'expérience discursive d'explicitation de

l'implicite, d'expression du tacite (Couturier, 2002). Giddens affirme aussi que la plus grande partie de l'énorme « réservoir de connaissances » ou « savoir commun » mis en jeu dans les rencontres entre personnes n'est pas directement accessible à la conscience des acteurs. C'est ainsi que la réflexivité chez Giddens a au moins trois dimensions distinctes: elle est discursive et donc inscrite dans le récit; elle est pratique, et inscrite dans la conscience pratique; et institutionnelle, et donc participante des acteurs du monde des systèmes (Couturier, 2001). Ces trois dimensions de la réflexivité peuvent être mieux comprises par le biais des deux concepts centraux dans la théorie de Giddens (1987, 1993b, 1994): le projet réflexif de soi et le sentiment de sécurité ontologique.

La réflexivité donne lieu pour chacun des praticiens à ce que Giddens appelle un projet réflexif de soi au moyen d'une *praxis* réflexive discursive (1987, 1991, 1993a). Or, l'identité de soi est constamment renégociée au cours d'un projet réflexif que chaque acteur est presque « obligé » de construire pour en arriver à la sécurité ontologique et à l'autonomie personnelle. Le projet réflexif de soi est le processus par lequel l'identité de soi se constitue par la mise en ordre réflexive de récits de soi. Le récit de soi se compose d'une ou plusieurs histoires qui permettent une compréhension réflexive de l'identité de soi par l'individu concerné et par les autres (Giddens, 1993a). Le récit commence donc chez l'individu par la réflexivité individuelle sur la pratique mais il doit être mis en commun avec d'autres récits grâce à la réflexivité collective. Le récit de soi est à son tour intimement lié au concept de style de vie.

En effet, les individus sont contraints de négocier des choix de style de vie parmi une diversité d'options. L'infirmière fait donc des choix selon sa conception des soins, sa façon de soigner ou ses préférences personnelles. Si le praticien veut arriver à combiner une autonomie personnelle et un sentiment de sécurité ontologique, il doit de ce fait retravailler continuellement son récit de soi et veiller à la cohérence entre ce récit et les pratiques qui se rapportent à ces choix de style de vie (Giddens, 1987, 1993a). En ce sens,

l'étude de Delgado (2000) montrait des incohérences entre les récits ou narrations des infirmières travaillant aux soins intensifs et la réalité de leur pratique.

D'ailleurs, Giddens (1987) affirme que, le plus souvent, les relations de pouvoir sont profondément enchâssées dans des modes de conduite tenus pour acquis par ceux et celles qui s'y conforment; les processus de domination (pouvoir) et de légitimation (normes) doivent donc être considérés. Le processus de production de savoirs pratiques peut être influencé par le point de vue dominant d'autres professionnels mais aussi par le point de vue de l'organisation. Ainsi, la théorie de Giddens conçoit les organisations comme des structures (règles et ressources) qui influencent les pratiques. L'analyse de ces structures s'avère également intéressante pour comprendre le processus de production du savoir pratique (contexte institutionnel).

Bref, si le premier postulat de ce texte est que les praticiens produisent des savoirs, le deuxième est que cette production est toujours le fruit de la réflexivité individuelle (projet réflexif de soi) et d'une réflexivité collective (le dialogue avec d'autres). Le troisième postulat est que cette production est influencée par des dynamiques qui relèvent du contexte pratique, institutionnel (règles et ressources) et professionnel (autonomie et identité).

1.2. But de la recherche

L'étude vise à décrire et à comprendre le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité.

1.3. Questions de recherche

- Quelles sont les conditions et dynamiques du contexte institutionnel, pratique et professionnel qui peuvent influencer le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière dans une unité de soins intensifs d'un hôpital de troisième niveau de Barcelone?.

- Comment la réflexivité permet-elle la production de savoirs dans la pratique chez des infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs d'un hôpital de troisième niveau de Barcelone?.

1.4. Position épistémologique

1.4.1. La complexité du phénomène

Selon la vision de Larson (1988), différents discours et savoirs coexistent dans une même profession mais ils peuvent rarement être tous considérés comme également vrais. Au centre, on retrouve les experts, considérés comme ceux qui ont l'autorité de parler, ceux qui produisent les savoirs (discours le plus «vrai») et qui décident de méthodes permettant leur développement et de systèmes facilitant leur transmission. En périphérie, on retrouve les praticiens (n'ayant pas l'autorité de parler) qui mettent en application dans la pratique les savoirs développés par le centre. Toutefois, cette façon de voir a commencé à changer ces dernières années parce que l'on croit qu'une production de savoirs se produit dans la pratique elle-même.

Ces savoirs produits dans la pratique elle-même et qui ont été dénommés de plusieurs façons (savoir personnel, savoir pratique, savoir d'expérience, savoir esthétique, savoir imbriqué ou «*Know-how*»), ont pour caractéristique d'être (inter)subjectifs, relationnels, expressifs, (co)construits, (inter)action, tacites, (inter)réflexifs, dynamiques et contextuels. Nous constatons donc que les savoirs produits dans la pratique sont riches mais aussi complexes (Berragan, 1998; Greenwood et Levin, 1998; Kim, 1999; Will, 2001). Dans ce sens, Morin affirme:

«La complexité est un tissu [...] de constituants hétérogènes inséparablement associés: elle pose le paradoxe de l'un et du multiple. Au second abord, la complexité est effectivement le tissu d'événements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas, qui constituent notre monde phénoménal» (1994, p.316).

Le paradigme de recherche et la méthode choisis pour l'analyse de la production de savoirs dans la pratique infirmière, doivent donc accueillir, tenir compte et capter cette complexité et multi dimensionnalité du savoir pratique qui se développe dans l'(inter)action à travers la réflexivité.

C'est pourquoi, parmi les paradigmes scientifiques décrits par Guba et Lincoln (1998) et Lincoln et Guba (2000), nous avons décidé d'adhérer au constructivisme à cause de sa pertinence et sa cohérence face au phénomène à l'étude. Comme Holmes (1990), nous considérons que les paradigmes positivistes et post-positivistes sont inappropriés pour investiguer et comprendre des phénomènes de *nursing* complexes, multidimensionnels et subtils tels que la production de savoirs dans la pratique infirmière.

1.4.2. Le constructivisme

De nombreuses épistémologies constructivistes partagent les mêmes hypothèses fondatrices: (i) le primat absolu du sujet connaissant capable d'attacher une certaine valeur à la connaissance qu'il constitue, (ii) le caractère dialectique que le sujet connaissant attribue à ses perceptions; (iii) le caractère récursif de la connaissance des phénomènes qui rend compte de l'interdépendance assumée entre le phénomène perçu, la connaissance construite et le projet poursuivi; (iv) le fait de tenir compte de l'intentionnalité ou de la finalité du sujet connaissant de l'objet; (v) l'action intelligente pour caractériser la capacité d'explorer et de construire des représentations symboliques des connaissances que la personne traite (Le Moigne, 1995). Le paradigme constructiviste considère les sujets comme (co)acteurs dans le processus de recherche et ceux-ci construisent et raffinent des connaissances de façon dialectique à travers leurs (inter)actions intentionnelles dans le monde. C'est ainsi que parmi les différents courants du constructivisme, nous avons choisi le constructivisme projectif de Le Moigne (1994, 1995, 2001). Pour justifier ce choix, nous allons dorénavant expliciter les champs constitutifs de ce paradigme: l'ontologie, l'épistémologie, la méthodologie et la téléologie. À la suite de la description d'un champ spécifique, suivra le lien avec les savoirs produits dans la pratique et ce, dans le but de mieux articuler le texte.

Le constructivisme possède une ontologie pluraliste/relativiste qui reconnaît l'existence de multiples perceptions d'une pluralité de mondes vécus plutôt qu'une seule réalité indépendante, préexistante et ordonnée par des lois naturelles et immuables. En ce sens, la pluralité se trouve au centre des savoirs produits dans la pratique (Tongue, 1997). Les praticiens vivent différemment leur pratique et leurs relations avec les patients, les collègues et les autres professionnels de la santé. Ainsi, les constructions que les praticiens se font de leur monde se produisent à l'intérieur d'un réseau complexe de relations et d'interactions sociales où s'expriment des valeurs, des croyances et des cultures (Lave, 1991; Racine, 1996, 2000).

Le Moigne (1994) affirme que nous ne connaissons pas une réalité en soi, constituée d'objets dotés d'une essence propre, indépendante de l'action du sujet connaissant qui l'expérimente et la décrit. C'est ainsi que cette position constructiviste considère la connaissance comme «[...] *liée à une action qui modifie l'objet et qui ne l'atteint donc qu'à travers les transformations introduites par cette action...le sujet réagit sur l'objet en l'enrichissant des apports de l'action*» (Piaget, 1967, p.1244).

Le constructivisme projectif a une épistémologie (inter)subjectiviste. Les réalités sont des constructions que les personnes se font sur un objet déterminé et l'(inter)action (inter)subjective est le seul moyen pour accéder à ces constructions (Guba, 1990). À cet égard, les savoirs pratiques se produisent par le dialogue avec des personnes qui ont une expérience, une expertise et un point de vue différents (Benner et al., 1996, 1997; Dick, 1997; Meleis, 1987; Morgan et Johns, 2005; Stringer, 1996). Le constructivisme a également une épistémologie pragmatiste puisque les connaissances sont produites pour et dans l'(inter)action et que la valeur des connaissances réside dans leur capacité à favoriser des actions intelligibles qui, en retour, stimulent l'acte de conception et de connaissance (Gendron, 2001). Or, les savoirs pratiques étant des savoirs qui sont au service de l'action, ils doivent pouvoir être utilisés dans le contexte immédiat de l'action par un acteur qui tente de saisir une situation dans sa totalité (Racine, 1996). La production de savoirs

pratiques doit donc s'étudier dans la pratique elle-même (Berragan, 1998; Eraut, 1985; Sarvimäki, 1995; Tongue, 1997) parce que c'est là où il se manifeste (Carlsson, Drew, Dahlberg et Lützen, 2002).

Le paradigme constructiviste reconnaît ainsi que la connaissance est socialement (co)construite et elle est subséquemment locale et spécifique à un contexte déterminé et à un temps concret. En ce sens, Levy (1994) affirme que *«l'essence du paradigme constructiviste est constituée de processus interactifs dans lesquels les contextes individuels, sociaux, culturels et environnementaux sont les fondements même de la croyance»* (p. 98). Subséquemment, les savoirs pratiques sont toujours des savoirs construits sociaux et historiques (Belenky, Clinchy, Goldberger et Tarule, 1986; Benner, 1995, 2000, 2001; Carr et Kemmis, 1986; Eraut, 1985; Johns, 1998a; Racine, 1996; Rafferty, Allcock et Lathlean, 1996).

D'ailleurs, les savoirs pratiques et le contexte (micro et macro) sont interdépendants. Les personnes font partie d'un environnement naturel et socioculturel et cette condition a des répercussions sur leur façon de connaître (Benner, 2001; Dewey, 1963). Par exemple, il y a des aspects reliés à la profession infirmière¹ tels que les priorités de soin, les attentes à l'endroit d'autrui ou l'identité et autonomie professionnelle, entre autres, qui peuvent affecter les savoirs produits. Quelques auteurs ont constaté qu'il existe une hiérarchie de priorités de soins dans la pratique infirmière (Delgado, 2000, Johns, 2000). La première priorité est reliée à l'exécution des ordres médicaux et des soins physiques, la deuxième à l'accomplissement des demandes organisationnelles et la dernière, au fait de parler aux patients. D'ailleurs, quelques auteurs affirment que la culture institutionnelle décourage souvent les infirmières désirant travailler selon la perspective ontologique qu'elles préfèrent (Hardy, Garbett, Titchen et Manley, 2002). L'interdépendance entre l'institution, le praticien et la production de savoirs a été déjà

¹ Cet aspect est inclus dans le savoir sociopolitique décrit par White (1995) et dans le concept de macro-praxis de Seng (1998).

soulevée par Giddens (1987). À partir de tous ces faits, on est certain que n'importe quelle approche ne tenant pas compte du contexte, dans son sens le plus large, court le risque d'être aveugle face aux savoirs produits et de confondre la nature et la portée des savoirs pratiques.

Le constructivisme fait appel à des méthodologies diverses et complémentaires pour la construction de connaissances: (i) phénoménologiques pour aborder et concevoir les multiples perceptions du monde vécu; (ii) herméneutiques pour obtenir et raffiner des compréhensions; et (iii) réflexives et dialogiques pour construire et raffiner les connaissances émergeant à travers les expériences d' (inter)action des sujets (Gendron, 2001; Lincoln et Guba, 2000). Ce paradigme vise la recherche de significations du monde vécu et la négociation, la collaboration et la coresponsabilité de tous les acteurs (Levy, 1994) et la réciprocité (Gendron, 1998; Heron, 1996; Levy, 1997; Soltis-Jarrett, 1997).

En outre, les méthodologies réflexives et dialogiques pour construire et raffiner les connaissances qui émergent à travers les expériences d'(inter)action des sujets s'avèrent appropriées étant donné que ce sont la réflexivité dans l'(inter)action et le dialogue (inter)actif qui créent et mettent en évidence les savoirs pratiques. Comme nous l'avons déjà mentionné, plusieurs auteurs sont d'avis que la réflexivité aide à mettre en évidence et à développer les savoirs pratiques (Bonis, 2009; Clarke, James et Kelly, 1996; Dick, 1997; Duragahee, 1997; Fulbrook, 2004; Hagland, 1998; Johns, 1995a; King, 1998; McTaggart, 1991; Newell, 1994; Patenaude, 1998; Schön, 1996b; Smith, 1998). À travers le dialogue et la réflexivité au cours de la pratique quotidienne, on développe de nouvelles compréhensions et on produit des savoirs pratiques.

Le constructivisme a une téléologie signifiée et engagée (Gendron, 2001). On y reconnaît la nécessité d'identifier, d'interpréter et de signifier les multiples intentions, finalités et projets inhérents au processus de production de connaissances (Gendron, 1996; Le Moigne, 1995; Levy, 1994). Comme le signale Le Moigne (2001), l'interaction sujet/objet repose sur l'intentionnalité de l'acteur connaissant; ce dernier interprète le réel

et construit donc ses connaissances en référence à des finalités qu'il a lui-même élaborées. En ce sens, d'un côté, les intentions, les finalités et les projets inhérents au processus de production de savoirs pratiques évoluent vers la clarification de l'identité infirmière et une plus grande autonomie professionnelle ainsi qu'un sentiment de sécurité ontologique davantage en cohérence avec la profession infirmière (Giddens, 1987, 1993a). De l'autre côté, la réflexivité individuelle et collective des infirmières permettent la production et le partage de savoirs pratiques ainsi qu'un sentiment de coresponsabilité et d'engagement vers de nouvelles compréhensions de la pratique.

CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS

2.1. La production de savoirs dans la science infirmière

2.1.1. Les savoirs produits dans la discipline infirmière

La discipline infirmière est une discipline professionnelle. La relation la plus évidente entre les différentes disciplines pratiques est leur association avec la pratique. Chaque discipline fait appel à des professeurs et des chercheurs dont la fonction est l'enseignement des connaissances à autrui et la progression de ces connaissances au moyen de la recherche. De plus, dans les disciplines professionnelles, il existe aussi des praticiens qui rendent service à la société par leur pratique professionnelle, grâce à la clinique, l'enseignement et la recherche (Donaldson et Crowley, 1978).

La nature des savoirs infirmiers a été explorée par plusieurs auteurs (Carper, 1978; Jacobs-Kramer et Chinn, 1988; Silva et al., 1995; White, 1995). Quotidiennement, les infirmières utilisent plusieurs sources de savoirs pour développer leur pratique professionnelle. Schultz et Meleis (1988) affirment que l'infirmière experte et expérimentée utilise un savoir intuitif, mais aussi un savoir issu de recherches empiriques et systématiquement vérifiées. Or, Carper (1975, 1978), en réalisant une analyse syntaxique et structurelle des savoirs en soins infirmiers, affirme que la science (la source empirique des savoirs) n'est qu'une partie du savoir infirmier car il existe d'autres sources: l'éthique, l'esthétique et la personnelle qui restent dans le domaine de l'art infirmier à cause de sa nature expressive (savoirs pratiques). C'est ainsi que tous les savoirs dérivés des différentes sources sont nécessaires et importantes pour la pratique professionnelle infirmière (Billay, Myrick, Luhanga et Yonge, 2007; Fawcett, Watson, Newman, Walker et Fitzpatrick, 2001). Dans les prochains paragraphes, une description de chaque source de savoirs et les modifications apportées par les auteurs seront présentées.

Selon Gortner et Schultz (1988), la science repose surtout sur des observations empiriques du monde naturel, sur la compréhension empirique de l'expérience humaine et sur les jugements que l'on porte sur ces observations et perceptions; sa crédibilité dépend

de l'ensemble de la preuve démontrée. Les connaissances générées sont examinées pour leur rigueur, leur précision et leur contribution à la compréhension des champs d'intérêt pour la discipline. Lorsque corroborées par d'autres chercheurs, elles sont reconnues comme savoirs scientifiques de la discipline. Les savoirs produits par la recherche sont de nature théorique (Blondeau, 2002a) et c'est alors un savoir empirique (Carper, 1978).

Selon Carper (1975), le savoir dérivé de la source empirique est issu du processus de recherche qui s'organise de façon systématique en produisant des lois générales et des théories dans le but de décrire, expliquer et prédire les phénomènes d'intérêt de la discipline infirmière; il est exemplaire, formulé de façon discursive et vérifiable publiquement. White (1995) signale cependant que le savoir empirique décrit par Carper a une vision traditionnelle de la connaissance scientifique (objective, non contextualisée et libre de valeurs). On peut le comprendre étant donné l'année de publication de sa thèse. C'est ainsi que Jacobs-Kramer et Chinn (1988) ont ajouté à la position ontologique réaliste du savoir empirique une ontologie naturaliste, celle dérivée du paradigme interprétativiste ou herméneutique. Ainsi, en plus des faits, théories et modèles, ces auteurs ont introduit les descriptions des phénomènes qui nous apportent une meilleure compréhension (Chinn et Kramer, 2008; Jacobs-Kramer et Chinn, 1988).

Le savoir provenant de la source esthétique ou de l'art infirmier a été conceptualisé de plusieurs façons. Selon quelques auteurs, la complexité de ce type de savoir a parfois rendu sa compréhension plus difficile (Baumann, 1999; Blondeau, 2002b; Carper, 1978; Chinn, Maeve et Bostick, 1997; Chinn et Kramer, 2008; LeVasseur, 2002; Silva et al., 1995; Wainwright, 1999). Pour Carper (1978), le savoir esthétique inclut la perception de particuliers abstraits pour les différencier des universels abstraits; c'est la reconnaissance d'un particulier unique, c'est le savoir dérivé de la connaissance intellectuelle et de l'expérience.

Selon Dallaire et Blondeau (2002), l'art infirmier est, dans toutes ses conceptions, une connaissance du «comment faire»; il représente, interprète et envisage. Quelques

auteurs affirment que la signification de l'art inclut le raisonnement, la critique, la réflexion, l'utilisation de savoirs et la production de savoirs (Blondeau, 2002a; Conway, 1994; Heath, 1998b; Kim, 1999; White, 1995). Chinn et Watson (1994) considèrent l'art infirmier dans un sens plus large. Ils perçoivent l'art comme un moyen de questionner et de connaître, d'apprendre de l'expérience vécue, d'être en pratique; ils considèrent également l'art comme une expérience réflexive qui pourrait changer la vision et la compréhension des soins infirmiers ou de la pratique. Ainsi, l'art est un moyen vital pour faire de la recherche en soins infirmiers; l'art c'est le moyen d'identifier des questions de recherche, de chercher des informations, de susciter la pensée et la communication et d'offrir quelque chose au monde tel que perçu par les êtres humains (Baumann, 1999)

Le savoir découlant de la source personnelle est davantage problématique parce qu'il est le plus difficile à maîtriser et à enseigner, alors qu'il représente un savoir essentiel à la compréhension de la santé et du bien-être d'une personne et au succès de plusieurs interventions infirmières (Carper, 1978; Dallaire et Blondeau, 2002). Selon Carper (1978), le savoir personnel se caractérise par le fait qu'il soit subjectif, concret et existentiel. Il est basé sur la connaissance, la rencontre et l'actualisation d'un soi personnel, intégré et conscient d'être en relation avec d'autres personnes (Carper, 1978; Chinn et Kramer, 2008). Le savoir personnel montre comment ressentir, se concentrer, se réaliser en tant qu'être humain. Il est au cœur d'une pratique de soins fondée sur la relation thérapeutique.

Le savoir dérivé de la source éthique est relié à l'étude de l'être humain et de la vie humaine de même qu'à l'acquisition de diverses théories pour poursuivre le bien et la meilleure action à accomplir (Dallaire et Blondeau, 2002). Carper a été l'une des premières auteures en science infirmière qui a décrit la situation et l'importance de prendre des décisions morales et de connaître les normes et le code éthique. Elle affirme qu'en examinant les standards, les codes et les valeurs par lesquels nous décidons qu'une chose est moralement correcte, notre conscience augmente face à ce qu'implique le fait de faire un choix moral et on assume la responsabilité de notre choix. Carper (1978) considère que la discipline infirmière a une valeur essentiellement sociale et qu'elle est un service

responsable de conserver la vie, de soulager la personne souffrante et de promouvoir la santé.

À partir de la classification que Carper (1978) faisait des différentes sources des savoirs infirmiers, plusieurs auteurs se sont intéressés à analyser et à clarifier ce classement (Chinn et Kramer, 2008; Silva et al., 1995), à ajouter d'autres sources de savoirs (Chinn et Kramer, 2008; Munhall, 1993; White, 1995) ou à utiliser la classification de Carper comme cadre conceptuel dans ses publications (Clements et Averill, 2004; Heath, 1998b; Johns, 1995b, 2004, 2005; Kingsley, 2002).

Jacobs-Kramer et Chinn (1988) ont analysé et adopté le modèle présenté par Carper en essayant de clarifier et de faciliter l'intégration de chaque source de savoir dans la pratique clinique. Ces auteures ont conceptualisé les sources de savoirs décrites par Carper en relation à trois dimensions: la dimension créative est reliée aux façons de générer des connaissances, la dimension expressive est reliée aux moyens de transmission des connaissances et la dimension évaluative est reliée au procès et à la méthode. Par exemple, par rapport à la source empirique, la dimension créative comporte l'utilisation de la description, l'explication ou la prédiction pour la génération de savoirs; la dimension expressive est reliée à des facteurs, théories, modèles et descriptions permettant de donner réponse aux questions suivantes: Qu'est-ce que cela signifie? Est-ce que ceci est représentatif?; la réplication est le processus et la validité est le critère de crédibilité utilisé. Par contre, dans la source éthique, la dimension créative consisterait à générer des savoirs à partir de l'évaluation, la clarification et l'argumentation (*advocating*); la dimension expressive est reliée aux codes, standards, théories éthiques-normatives et aux descriptions des prises des décisions éthiques; la dimension évaluative viserait à apporter une réponse aux questions: Est-ce que ceci est bien? Est-ce que ceci est juste? Le processus ce sera le dialogue et la justice l'index de crédibilité.

D'ailleurs, Schultz et Meleis (1988), en se basant sur les quatre sources de savoir décrites par Carper et la classification des sources de savoirs identifiées par Belenky et al.

(1986) et Meleis (2007), on définit trois types de savoirs spécifiques à la discipline infirmière: le savoir clinique, le savoir conceptuel et le savoir empirique. Le savoir clinique est défini comme suit: «*Clinical knowledge results from engaging in the gestalt of doing and caring [...] Clinical knowledge could be the result of personal and subjective knowing*» (Meleis, 2007, p. 533). Ce savoir se manifeste principalement dans la pratique clinique des infirmières; il est subjectif et personnel.

Le savoir conceptuel est abstrait et généralisable au-delà d'une expérience personnelle; ceci explique les modèles utilisés auprès de nombreux clients, dans de multiples situations; ce savoir s'articule à travers des propositions, des modèles ou des théories (Schultz et Meleis, 1988). Ce savoir se manifeste dans les travaux théoriques des infirmières. Finalement, le savoir empirique découle de la recherche, il s'exprime dans des rapports publics et il s'utilise normalement pour justifier les actions et les procédures de la pratique.

White (1995) ajoute une cinquième source de savoir que l'infirmière utilise pour développer les savoirs, soit la source sociopolitique. Selon cette auteure, les autres sources de savoirs ont été dirigées vers «le qui, le comment et le quoi»; par contre, la source sociopolitique est davantage dirigée vers «le où». L'infirmière situe la relation avec le patient dans un contexte plus large. Cette source de savoir ou *pattern of knowing* contient deux niveaux: le premier est relié au contexte sociopolitique des personnes (patient et infirmière) et le deuxième est relié au contexte sociopolitique de la discipline infirmière comme profession pratique. En relation avec ce deuxième niveau du savoir sociopolitique, on considère que le contexte sociopolitique a une influence sur le développement de la profession et, par conséquent, il a aussi un effet sur le développement des savoirs issus de cette pratique professionnelle (Bourdieu, 1980; Racine, 1997).

D'autre part, Munhall (1993) a développé une autre source de savoir, soit la source inconnue (*unknowing*). Selon cette auteure, la classification des sources de savoirs décrite par Carper donne une idée d'un état de fermeture, la source inconnue est cependant

considérée comme une condition d'ouverture. Munhall affirme: «*Knowing that one does not know something, that one does not understand someone who stands before them and that perhaps this process does not fit into some preexisting paradigm or theory is critical to the evolution and development of knowledge*» (p. 240). Toutefois, le savoir inconnu pourrait être présent dans toutes les sources de savoir décrites par Carper. En ce sens, Heath (1998b) assure: «*The nurse needs to be aware of his or her lack of empirical knowledge, and to avoid a belief that formal theory and research is to be applied or rejected without thought [...] promote an alertness to learning how, when and where theory and research may be used [...]*» (p. 1057). De plus, l'intersubjectivité comme élément central pour comprendre la source inconnue (Munhall, 1995), est aussi un élément important et nécessaire pour comprendre le savoir personnel, moral et esthétique.

Plus récemment, Chinn et Kramer (2008) reprennent l'idée de la source sociopolitique décrite par White (1995) en incluant leurs propres travaux et proposent la source de savoir émancipatrice. Selon ces auteurs, les infirmières sont toujours intéressées par l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des communautés. Il est donc temps que les infirmières fassent une analyse critique des influences de la société sur le niveau de santé au-delà des problèmes à résoudre. La santé de la société est complexe en raison des influences multiples et des structures environnantes. Elles définissent donc le savoir émancipatoire comme le moyen de rendre possibles des changements sociaux et structurels; ceci consiste à analyser ce qui se cache derrière les questions et les problèmes et à redéfinir les enjeux et les problèmes pour découvrir des liens entre les contextes sociaux et les politiques. Finalement, ces auteurs considèrent que le processus qui favorise le développement de ce savoir émancipatoire est la praxis (la synchronie entre la réflexion profonde et l'action).

D'ailleurs, Mitchell et Cody (2002) définissent ainsi un *unitary knowing*: «*Unitary knowing is expressed in human art and in human science*» (p. 72). Pour ces auteurs, l'*unitary knowing* est tout: réflexif et pré-réflexif, rationnel et intuitif, science et art, et les deux, vont effectivement contribuer à la production du savoir infirmier. En effet, l'art et la

science infirmière ont un corps de savoirs qui procure des normes et principes qui dirigent la pratique (Wainwright, 1999).

Le défi pour tous est de respecter et de valoriser une variété de moyens de production de savoirs et une variété d'approches de la science. C'est ce que Georges (2003) appelle une diversité épistémique qui, selon elle, va potentiellement créer un espace pour que le dialogue devienne réel. Il est nécessaire de considérer les théoriciens, chercheurs et praticiens comme des producteurs et des utilisateurs de connaissances afin de promouvoir le développement de la science et de l'art en soins infirmiers (Dean, 1995).

Toutefois, la pratique infirmière a été traditionnellement vue comme celle qui applique des connaissances (Reed, 1996). Selon la vision de Larson (1988), différents discours et savoirs coexistent dans une même profession mais ils peuvent rarement être tous considérés comme également vrais. Au centre, on retrouve les experts, considérés comme ceux qui ont l'autorité de parler, ceux qui produisent les savoirs (le discours le plus «vrai») et qui décident des types et des méthodes pour les développer et des systèmes pour les transmettre. En périphérie, on retrouve les praticiens qui mettent en application dans la pratique les savoirs développés par le centre et qui n'ont pas l'autorisation de parler. Toutefois, lorsque la parole est parfois laissée aux praticiens, elle ne représente que des armes pour le discours du centre.

Les infirmières, voulant que leur travail soit reconnu comme professionnel et comme discipline, ont intériorisé le fait que les savoirs scientifiques issus de la recherche, sont supérieurs à d'autres formes de savoirs (Bjornsdottir, 2001). Nous vivons dans une société qui valorise le discours scientifique («le vrai savoir») et qui, d'une certaine façon, cache (Lawler, 2002), marginalise (Meleis et Eun-Ok, 1999) ou sous-évalue (Lumby, 1998) d'autres formes de savoir. Ce scepticisme sert à maintenir le *statu quo*, pour s'assurer que les autres savoirs continuent à être disqualifiés et considérés comme ayant peu de garantie épistémique (Will, 2001).

Bref, les infirmières utilisent des savoirs scientifiques dans leur pratique quotidienne mais elles produisent, développent et créent également des savoirs nécessaires, importants et pertinents pour la discipline et pour la profession. La pratique doit donc être vue comme utilisatrice de savoirs mais aussi comme productrice de savoirs (Kim, 1999; 2000). Comme le signale Benner, (2000) et avec raison, le fait de penser que les connaissances infirmières sont seulement développées à travers la recherche et l'éducation et que, par la suite, on les importe dans la pratique est une vision erronée, déphasée et extérieure à une modernité avancée. Il existe actuellement une conscientisation face au développement de savoirs dans la pratique professionnelle. La prochaine section analyse la production de savoirs dans la pratique infirmière, les caractéristiques de ces savoirs, l'importance du contexte dans la production de savoirs et les recherches par rapport à l'étude des savoirs pratiques.

2.1.2. La production de savoirs dans la pratique infirmière

Dans ce nouveau siècle, on met l'accent sur la pratique comme étant une caractéristique de la modernité avancée et comme génératrice ou productrice de savoirs (Gibbons et al., 1994; Larsen et al., 2002; King, 1997, 1998; Litchfield, 1999; Van Manen, 2001; Nowotny et al., 2003). Les infirmières coordonnent et organisent le savoir ancien et le nouveau et elles utilisent leur pratique comme des occasions d'apprentissage. Elles tirent alors de ces apprentissages de nouveaux savoirs, de nouvelles procédures et de nouvelles conceptions pour guider leur intervention (Schön, 1994, 1996b; St-Arnaud, 1992).

Certes, il nous faut découvrir ces savoirs parce qu'ils constituent la clé de la progression de la pratique infirmière et du développement de la science infirmière (Benner, 1995; Benner et Wrubel, 1982). À l'ère où la science et la technologie prédominent dans les forums sur les discours de soins en santé, il est nécessaire d'identifier et d'organiser ces savoirs afin d'encourager leur développement (Benner, 2000).

Il faut donc apprendre à compter davantage sur les ressources des praticiens, en leur laissant les utiliser comme des sujets expérimentaux, et surtout cesser de les considérer comme des consommateurs de la science traditionnelle (St-Arnaud, 1992). Il faut intégrer beaucoup plus la pratique infirmière au développement actuel des connaissances (Reed, 1996). Si le passé et le présent de la science infirmière ont été caractérisés par la recherche continue de connaissances et de la signification de la science infirmière, l'état futur de la science infirmière peut être perçu comme une science en transformation, créative et provocante et ceci à l'aide des forces sociales, politiques, technologiques, scientifiques, artistiques et spirituelles, autant de forces qui seront au cœur du XXIème siècle (Silva, 1999).

Au fil des années, plusieurs de ceux qui se sont intéressés à l'épistémologie de la pratique ont inventé des noms variés pour ce type de savoir: savoir personnel (Gadow, 1990; Moch, 1990; Polanyi, 1958), savoir pratique (Barbier, 1996; Eraut, 1985, Tongue, 1997), savoir d'expérience (Lawler, 2002; Schön, 1994; Racine, 1997), savoir esthétique (Carper, 1978; Chinn et Kramer, 2008; Sarvimäki, 1995), savoir imbriqué ou *Know-how* (Benner, 1995; Ryle, 1990), entre autres. L'analyse de ces écrits permet d'identifier plusieurs de ces caractéristiques. Le savoir produit dans la pratique est (i) (inter)subjectif: les circonstances et l'individualité du «*knower*» sont intégrés dans le savoir; (ii) relationnel: le savoir est relié aux activités, aux personnes, aux situations, aux contextes et aux expériences; (iii) expressif: les sentiments, les émotions, les valeurs et les croyances jouent un rôle dans la génération du savoir pratique; (iv) (co)construit: sur une base en cours (activités, événements, relations, contexte lui-même) et une base sociale et politique; (v) intra-pratique: il se produit dans l'action, la situation elle-même produit du savoir; (vi) tacite: implicite, la difficulté dans son articulation provoque l'invisibilité; (vii) (inter)réflexif: il se produit au moyen de la réflexivité individuelle et collective, (viii) dynamique: de nature changeante et (ix) contextuel: micro contexte et macro contexte.

Selon Dewey (1963), l'être humain vit dans un monde, il fait partie d'un environnement naturel et socioculturel et cette condition a des répercussions sur sa façon

de connaître. Le savoir pratique est donc toujours un savoir construit, subjectif, holistique et contextuel (Johns, 1998b). Il est donc une construction sociale et historique (Belenky et al., 1986; Benner, 1995, 2001; Benner et al., 1996, 1997; Carr et Kemmis, 1986; Eraut, 1985; Habermas, 1976; Racine, 1996; Rafferty et al., 1996). Benner (2001) souligne que la pratique infirmière se développe dans un contexte sociopolitique déterminé, lequel a une influence sur la production de savoirs (fabrique sociale de savoirs infirmiers).

En ce sens, plusieurs aspects peuvent influencer la pratique et la production de savoirs pratiques dans un espace et temps déterminé. Selon Kim (1998, 2000), il est essentiel pour l'étude de la pratique de tenir compte de deux types de facteurs: les facteurs exogènes et les facteurs intrinsèques. Les facteurs exogènes peuvent se regrouper dans quatre différents secteurs: les facteurs organisationnels et structurels du contexte pratique, la culture de la pratique infirmière qui inclut les normes, l'éthique, les convictions et les standards, les facteurs reliés au client comme les demandes de soin et les aspects spatio-temporels. Les facteurs intrinsèques incluent: les attributs personnels, la formation d'un système de savoir personnel et un style cognitif, les attributs développés à travers des expériences précédentes et des caractéristiques professionnelles comme les attitudes, l'engagement et la socialisation.

Certains aspects de la pratique infirmière tels que les priorités de soin, les attentes envers les autres ou les attitudes négatives envers le patient ou la famille, entre autres, peuvent donc influencer la production de savoirs. Par exemple, en relation aux priorités de soin des infirmières, Johns (2000) affirme qu'il existe une hiérarchie de priorités dans la pratique infirmière. La première priorité de soin est en relation avec l'exécution des ordres médicaux et des soins physiques, la deuxième priorité correspond à la réalisation des demandes organisationnelles (ex. compléter documentation) et la dernière priorité consiste à parler aux patients. Dans le même sens, l'étude de Delgado (2000) sur la modification de la pratique infirmière par la réflexion dans une unité de soins intensifs constate que *«la majorité des participantes considéraient la vigilance et le contrôle des signes et des symptômes hémodynamiques, neurologiques et respiratoires ainsi que l'administration du*

traitement prescrit par le médecin comme les aspects les plus importants inclus par les infirmières dans leur rôle infirmier» (p. 70). C'est ainsi qu'il semblerait que ces infirmières ont un intérêt cognitif davantage technique que pratique ou émancipatoire (Habermas, 1976).

On peut annoncer d'autres exemples quant aux facteurs qui peuvent affecter la production de savoirs pratiques comme l'autorité à agir, la perspective du médecin, les relations de pouvoir, les relations de genre ou la perspective de l'organisation, entre autres. D'ailleurs, quelques auteurs affirment que la culture institutionnelle décourage souvent les infirmières désirant travailler selon la perspective ontologique qu'elles préfèrent (Hardy et al., 2002). L'identification et la compréhension de ces aspects reliés au micro et macro contexte de la pratique infirmière peuvent nous permettre d'identifier leur influence sur la production de savoirs pratiques. Par exemple, la relation de pouvoir entre le médecin et l'infirmière et la domination presque omniprésente de la perspective du médecin peuvent aider à comprendre pourquoi les infirmières développent un savoir pratique davantage relié aux aspects biomédicaux qu'au *nursing*. L'étude de Delgado, Sola, Mirabete, Torrents, Blasco, Barrero et al. (2001) montre que les relations de pouvoir sont présentes entre l'infirmière et le médecin mais aussi entre l'infirmière et le patient. Dans cette étude, les infirmières exprimaient le fait que le manque d'auto-affirmation ou d'autonomie en tant que professionnels infirmiers et, possiblement, la faible estime de soi pourraient être des facteurs favorisant l'acceptation de la relation de pouvoir entre elles et les médecins.

D'ailleurs, le savoir pratique du praticien est un savoir qui est au service de l'action; il doit pouvoir être utilisé dans le contexte immédiat de l'action par un acteur qui tente de saisir une situation dans sa totalité (Racine, 1996). La production du savoir pratique doit donc s'étudier dans la pratique elle-même (Berragan, 1998; Eraut, 1985; Sarvimäki, 1994; Tongue, 1997) parce qu'il est exprimé et manifesté dans l'action (Blondeau, 2002a; Lenhmann, 1996; Reason, 1988; Schön, 1996b), et en définitive, il est constitutif du travail ou de la pratique «réelle» (Berragan, 1998; De MontMollin, 1996).

C'est ainsi que le savoir pratique pourrait être conceptualisé comme un savoir subjectif, expressif, tacite et dynamique qui se construit et se développe au cours de l'action par la réflexion individuelle et collective des infirmières et qui est influencé par le contexte pratique (contexte spécifique où la pratique se développe), professionnel (autonomie et identité professionnelle) et institutionnel (règles et ressources).

Dans le domaine de la science infirmière, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude des savoirs produits dans la pratique (Benner, 1995; Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard, 1999; Bishop et Scudder, 1990, 1999; Carlsson, Dahlberg et Drew, 2000; Conway, 1994; Lawler, 2002; Mantzoukas, 2002; Taylor, 2001; Tongue, 1997; Wilde, 2003). Ces auteurs accordent une place prépondérante au sujet qui connaît en donnant ainsi une légitimité à ce savoir qui a été voué au silence et caché (Benner, 2001; Racine, 2000; Wilde, 2003; Zúñiga, 1994).

Quelques auteurs ont utilisé la méthode phénoménologique pour comprendre la pratique et le savoir pratique (Benner, 1995; Bishop et Scudder, 1990, 1999; Carlsson et al., 2000; Tongue, 1997; Wilde, 2003). L'approche phénoménologique de Giorgi pour étudier le savoir pratique dans un contexte de soins psychiatriques a été utilisée par Carlsson et al. (2000) et, d'autres, comme Benner (1995), ont étudié les savoirs produits par les infirmières cliniciennes dans leur pratique en s'appuyant sur l'école de pensée de Heidegger.

Plusieurs auteurs s'adressent davantage à la méthode de la théorisation ancrée (Lawler, 2002) et l'ethnométhodologie (Conway, 1994; Lawler, 2002) pour étudier le savoir pratique. Lawler (2002) a utilisé la méthode de la théorisation ancrée et de l'ethnométhodologie pour explorer les savoirs professionnels dans «*le but de construire une façon de comprendre le corps dans la société*» (p. 24). La méthode ethnographique a également été utilisée pour étudier le savoir pratique. Ainsi, Benner et al. (1999) l'utilisent pour découvrir le savoir pratique imbriqué dans la pratique infirmière experte dans le

contexte de soins critiques et Mantzoukas (2002) l'adopte pour comprendre la réflexion, le savoir infirmier et la pratique quotidienne dans des salles médicales.

La dernière méthode de recherche suggérée pour étudier le savoir pratique dans le domaine de la science infirmière est la recherche-action participative (Conway, 1994; Taylor, 2001). Ce type de recherche participative *«returns to «subjects» the legitimacy of their own knowing and the capability to produce and use their particular ways of knowing as a guide in their own action»* (Cowling, Chinn et Hagedorn, 2000, p. 8-9).

D'abondantes recherches ont donc mis en évidence ce savoir pratique mais il semble que les travaux de Benner et ses collaborateurs soient une référence pour ceux qui s'intéressent à l'étude de ce type de savoir. Benner (1983, 1987, 1995), en s'appuyant sur les philosophes Thomas Kuhn et Michael Polanyi, a été l'une des premières infirmières à développer le concept des savoirs imbriqués (*embedded*) dans la pratique de plusieurs infirmières cliniciennes. Elle a identifié six domaines de savoirs pratiques: la hiérarchisation des différences qualitatives (reconnaissance précoce et les mesures rapides prises par les infirmières), les significations courantes (notions d'aide, de récupération et des ressources pour faire face à des situations), les suppositions, les attentes et les comportements types (les compte rendus sous forme de récits permettent d'identifier ces savoirs), les cas modèles et les savoirs personnels (les expériences comme modèles), les maximes (instructions codées entre les infirmières) et les pratiques non codifiées (délégation non codée des pratiques).

Les recherches de Benner et al. (1999) 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 le patient dans l'acquisition et l'utilisation d'habiletés reliées à tout ce «savoir faire». Ces auteures ont identifié deux habitudes de pensée et d'action: (i) l'identification et la solution des problèmes cliniques et (ii) l'anticipation et la prévention des problèmes potentiels. De plus, elles ont décrit neuf domaines de la pratique infirmière qui dévoilent des aspects reliés au jugement clinique, au développement de savoirs cliniques et aux

habilités quotidiennes des infirmières en soins critiques. Ces recherches mettent en lumière les savoirs pratiques développés sur le terrain par les infirmières. Ces savoirs, une fois combinés aux savoirs théoriques, permettent d'accéder à l'expertise des infirmières.

La plupart des travaux précédemment décrits font une description abondante et riche des savoirs produits dans la pratique infirmière et la majorité de ces travaux mettent en lumière le fait que les savoirs produits dans la pratique sont contextuels et spécifiques à un milieu de pratique ou à une population concrète de patients. Par exemple, Benner (1995) souligne que, en dépendant du type de population, les savoirs développés par les infirmières seront différents et Benner et al. (1999) mentionnent le contexte pour parler des particularités des patients ou des familles. Toutefois, malgré les résultats intéressants et nécessaires de ces recherches, elles n'ont pas spécifiquement abordé l'influence du contexte pratique, professionnel et institutionnel dans ce processus de production de savoirs.

Bref, le savoir pratique s'exprime et se manifeste dans l'(inter) action (Blondeau, 2002a; Greenwood et Levin, 1998; Lenhmann, 1996; Reason, 1988; Schön, 1996b), et il est donc constitutif de la pratique «réelle» (De Montmollin, 1996). Toutefois, les praticiens en savent davantage que ce qu'ils arrivent à exprimer (Chinn et Kramer, 2008; Giddens, 1987; Polanyi, 1958; Ryle, 1990; Schön, 1994). En ce sens, Morin (1994) rappelle «*qu'on peut connaître sans connaître la connaissance*» (p. 251). D'ailleurs, plusieurs auteurs sont d'avis que, parmi les stratégies utilisées pour découvrir le savoir pratique (p.ex. narrations ou observations), le processus de réflexion ou la réflexivité (individuelle et collective) est considéré comme ce qui aide davantage à développer, à améliorer et à rendre explicite ce savoir pratique (Bonis, 2009; Conway, 1994; Durgahee, 1997; Fulbrook, 2004; Giddens, 1987; Heath, 1998b; Johns, 1995a, 1998a; Kim, 1999; Mackintosh, 1998; Patenaude, 1998; Schön, 1994; Smith, 1998). La prochaine section développe le concept de réflexivité par rapport au développement du savoir pratique dans le domaine de la science infirmière.

2.2. Le concept de réflexivité¹ dans la science infirmière

2.2.1. Introduction

L'intérêt envers le concept de réflexion dans la pratique professionnelle ou la pratique dite réflexive s'est considérablement accru au cours des dix dernières années, et ce dans plusieurs disciplines (science infirmière, éducation, physiothérapie, médecine, travail social). Quelques auteurs considèrent que la réflexivité est l'une des principales caractéristiques des modèles professionnels contemporains (Argyris et Schön, 1999; Couturier, 2000; Lhotellier et Saint-Arnaud, 1994; Patenaude, 1998; Schön, 1994, 1996b) ou d'une modernité avancée (Giddens, 1987, 1991, 1993a, 1993b, 1994). Ce n'est cependant pas un concept nouveau. La réflexion sur la pratique est une notion qui a été élucidée par différents philosophes, éducateurs et sociologues (Bourdieu, 1972; Dewey, 1933; Freire, 1972; Mezirow, 1981; Schön, 1994).

Selon plusieurs acteurs (Mackintosh, 1998; Teekman, 2000), Dewey (1933) a été le premier à conceptualiser le concept de réflexion dans la pratique (*reflective thinking*) dans le domaine de l'éducation. Les idées de cet auteur nord américain, centrées sur l'expérience pratique, ont influencé la pensée pédagogique contemporaine. Toutefois, ces idées ont été ignorées jusqu'à 1980. En 1981, Mezirow a révisé les théories de l'apprentissage de l'adulte et de l'éducation. Cet auteur a repris, avec quelques modifications, le concept de réflexion développé par Dewey, en l'appelant réflexivité.

Mezirow (1981) décrit le processus de réflexivité en deux phases. La première phase nommée processus de conscience ou *conscientisation*, si on utilise les mots de Freire (1972), inclut quatre étapes: réflexivité, réflexivité affective, réflexivité discriminante et réflexivité de jugement. La deuxième phase inclut le résultat ou le produit de la première

¹ Dans la révision des écrits par rapport au concept de réflexivité dans les disciplines professionnelles, nous avons constaté que les concepts de réflexivité et de réflexion s'utilisent comme synonymes dans la plupart des écrits publiés. Tout au long du texte, ces deux concepts seront donc utilisés de façon interchangeable.

phase, c'est-à-dire, les effets d'une conscience critique. Cette phase comprend trois étapes: réflexivité conceptuelle, réflexivité psychique et réflexivité théorique. Plus tard, Mezirow (1990) décrit la réflexion selon trois catégories: action pensante, action réflexive et réflexion critique. Pour cet auteur, la réflexion critique est la seule qui implique conscience et critique des pratiques et, conséquemment, une transformation de ces pratiques et, en conséquence, des savoirs.

Finalement, on considère que Schön (1994, 1996b) est l'auteur qui a contribué à rendre davantage populaire le concept de réflexion dans la pratique professionnelle. Sa théorie de la réflexion (sur ou en cours d'action) a surtout été utilisée par la plupart des personnes qui se sont intéressées à une pratique dite réflexive (les idées de cet auteur seront davantage développées et critiquées dans la prochaine section).

La prochaine section a donc comme but d'analyser et de clarifier le concept de réflexivité ou de réflexion dans la pratique et leur relation avec le développement des savoirs. Elle est donc divisée dans deux parties: la première examine les définitions et les caractéristiques de la réflexivité ou de la réflexion dans les écrits infirmiers alors que la deuxième partie explore le concept de réflexivité par rapport à la production de savoirs.

2.2.2. Les définitions et les caractéristiques de la réflexivité

Au cours des deux dernières décades, les écrits empiriques et théoriques sur la réflexion dans le domaine de l'éducation, la gestion et la pratique infirmière se sont considérablement multipliés. L'intérêt s'est aussi manifesté de façon évidente (i) dans de nombreuses politiques des fournisseurs de services qui soutiennent le développement de la pratique réflexive (Malin, 2000), (ii) dans des programmes éducationnels qui promeuvent la réflexion en la considérant comme l'une des compétences centrales dans le développement des étudiants (Davies et Sharp, 2000; Glaze, 2001; Liimatainen, Poskiparta, Karhila et Sjogren, 2001) et (iii) dans le *Personal Professional Profile* de

UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*, 1997), *The Honor Society of Nursing (Sigma Teta Tau International*, 2005) et le CON (*College of Nurses of Ontario*, 1999) en considérant la réflexion comme l'un des éléments clés pour le développement professionnel (Ashby, 2006; Gustafsson et Fagerberg, 2004; Timmins, 2006).

Quelques auteurs ont exploré les différentes définitions, les caractéristiques, les bénéfices et les problèmes d'une pratique basée sur la réflexion (Atkins et Murphy, 1993; Clarke, 1986; Conway, 1994; Cotton, 2001; Duffy, 2007; Gustafsson et al., 2007; Hagland, 1998; Hannigan, 2001; Heath, 1998a, 1998b; Johns, 2005; Kim, 1999; Taylor, 2000; Teekman, 2000) alors que d'autres ont étudié leur implantation dans des unités de soins (Degerhammar et Wade, 1991; Delgado et al., 2001; Kerr, 1996; Kite, 1995; Lau et Chan, 2005; Mantzoukas et Jasper, 2004; Peden-McAlpine et al., 2005; Taylor, 2001; Zaforteza et al., 2004) et dans l'éducation et la formation infirmière (Lowe et al., 2007; Murphy et Timmins, 2009). Étant donné la grande quantité d'écrits, nous avons décidé de choisir un modèle d'analyse de concept qui a permis d'unifier l'analyse tout en le rendant plus concis.

Nous avons donc utilisé quelques principes de l'approche d'analyse de concept de Rodgers (1989, 2000) pour analyser le concept de réflexivité dans les écrits infirmiers. Rodgers signale que pour faire une analyse de concept, on doit examiner les différentes définitions et les caractéristiques du concept, les événements jugés préalables au développement du concept et les conséquences dérivées du concept (2000). En analysant ces aspects dans les écrits, nous constatons que la plupart du temps, lorsqu'on utilise le concept de réflexivité ou de réflexion dans le contexte de la pratique infirmière, le concept de pratique réflexive apparaît comme synonyme. Ensuite, plusieurs cadres théoriques ont été utilisés (Freire, 1972; Mezirow, 1981; Schön, 1994, 1996b) encore que la théorie de Schön est davantage présente dans les écrits infirmiers. Finalement, la pratique réflexive a été inscrite dans plusieurs paradigmes: le paradigme constructiviste où l'on reconnaît que plusieurs réalités sont socialement construites, le paradigme de la critique sociale où l'émancipation et le changement sont centraux et le paradigme participatif où l'on

considère les praticiens comme co-chercheurs (Lincoln et Guba, 2000). Toutefois, il ne semble pas y avoir une différence très claire entre les écrits qui adhèrent à un paradigme ou à un autre. Comme suggère Kinsella (2010), l'analyse épistémologique de la pratique réflexive permet d'affirmer le manque de clarté conceptuel sur ce concept. À partir de ces faits, d'abondantes définitions sur la réflexion ont été élaborées.

Tout d'abord, Johns et Hardy (1998) définissent la réflexion comme un processus délibéré de déconstruction afin d'essayer de comprendre et d'apprendre par l'expérience, avec l'intention de développer une réponse intuitive. C'est ainsi qu'à travers la réflexion, le praticien peut voir le monde différemment et en s'appuyant sur ces nouveaux *insights*, il peut réagir et soigner autrement. Le manque de réflexion encourage donc des approches stéréotypées et sans imagination, en concordance avec la pratique « normale ». La réflexion est transformation, une transformation des croyances, des valeurs, des actions, de la pensée et, en définitive, des savoirs (Johns, 1998b).

La réflexion a aussi été définie comme un processus conscient par lequel on analyse les conceptions et les savoirs aussi bien que le contexte dans lequel la pratique spécifique s'est développée et ceci, à partir de ce qui s'est produit par rapport à la pensée, aux sentiments, aux actions et aux croyances. La réflexion comporte donc le fait de regarder en arrière de façon intentionnelle en se centrant sur la situation et ce qui s'est produit (Kim, 1999).

Taylor (2000), en se basant sur la théorie de Habermas (1976) a mis en catégories les conceptualisations du concept de réflexion selon le type de savoir qu'ils impliquent et les intérêts de la pratique qu'ils représentent. Pour cette auteure, il existe trois types de réflexion: la réflexion technique fondée sur le paradigme empirique-analytique et qui s'intéresse à l'apprentissage individuel pour contrôler et dominer la pratique; la réflexion pratique fondée sur le paradigme constructiviste et qui se préoccupe de faire avancer la compréhension des significations; et la réflexion émancipatrice qui s'appuie sur le

paradigme critique et s'intéresse à la recherche de la libération des personnes de la domination des structures sociales/institutionnelles et des fausses idéologies.

Pour Johns (2000, 2004), la réflexion est une fenêtre à travers laquelle le praticien peut regarder et focaliser lui-même à partir de ses propres expériences vécues afin d'être capable de confronter, de comprendre et de travailler, en vue de résoudre les contradictions de sa pratique; la réflexion permet de comparer la pratique idéale à la pratique réelle. Cet auteur a décrit les dix «C» (ou caractéristiques) de la réflexion dans la pratique: (1) Compromis: accepter les responsabilités, être ouvert, avoir de la curiosité et de la bonne volonté pour changer les voies normatives afin de répondre aux situations; (2) Contradiction: montrer et comprendre la contradiction entre la pratique désirable et la pratique réelle; (3) Conflit: plus le conflit est relié à la contradiction, plus la personne adoptera une action appropriée; (4) Défi et appui (*Challenge and support*): en confrontant les attitudes normatives, les croyances et les actions du praticien dans un sens où elles ne menacent pas le praticien; (5) Catharsis: travailler des sentiments négatifs; (6) Création: se déplacer au-delà de l'individu pour voir et comprendre de nouvelles façons de voir et de répondre à la pratique; (7) Connexion: en mettant en lien de nouveaux insights dans le monde réel de la pratique et en appréciant la temporalité de l'expérience en tout temps; (8) *Caring*: réaliser une pratique souhaitable dans la réalité de tous les jours; (9) Congruence: se voir soi-même afin de développer davantage le *caring*; et (10) Construire un *knowing* personnel dans la pratique: tissage d'un savoir personnel avec la théorie existante appropriée, en construisant le savoir.

Les caractéristiques de la réflexion ressorties de l'analyse des écrits infirmiers ont donc été les suivantes: processus conscient et volontaire (Clarke, 1986; Conway, 1994; Hagland, 1998; Jarvis, 1992; Kim, 1999; Newell, 1994; Reid, 1993; Teekman, 2000; Thorpe et Barsky, 2001), l'examen ou l'analyse (Heath, 1998b; Kim, 1999; Reid, 1993), la pratique (Hagland, 1998; Heath, 1998a; Reid, 1993; Schön, 1994, 1996a), l'art (Conway, 1994; Heath, 1998b; Newell, 1994, Schön, 1994), les savoirs tacites (Conway, 1994;

Heath, 1998b; Schön, 1994) et les apprentissages (Hagland, 1998; Reid, 1993; Smith, 1998; Teekman, 2000).

Les événements jugés préalables au développement d'une réflexion dans la pratique ont été les suivants: un problème (Conway, 1994; Taylor, 2001) ou un incident inusité (Hagland, 1998) ou un incident critique (Heath, 1998b; McBrien, 2007) et l'expertise (Conway, 1994; Hagland, 1998; Newell, 1994; Taylor, 2001; Teekman, 2000). Finalement, les conséquences d'une réflexion dans la pratique les plus souvent rapportées ont été les suivantes: le développement professionnel (Ashby, 2006; Conway, 1994; Gustafsson et Fagerberg, 2004; Hagland, 1998; Timmins, 2006), le développement d'habiletés pratiques (Conway, 1994; Hagland, 1998; Heath, 1998a), le développement des savoirs pratiques ou encadrés (Conway, 1994; Heath, 1998a; Kim, 1999; Newell, 1994; Mackintosh, 1998; Nicholl et Higgins, 2004), l'émergence des théories dans l'action (Conway, 1994; Clarke, 1986; Newell, 1994; Schön, 1994), l'accroissement de la qualité des soins (Duffi, 2007; Hagland, 1998; Newell, 1994; Rafferty et al., 1996; Taylor, 2001) et une plus grande compréhension de la pratique et du contexte (Gustafsson et Fagerberg, 2004; Teekman, 2000; Hagland, 1998; Heath, 1998b).

Plusieurs questionnements découlent de cette analyse. Premièrement, nous nous interrogeons sur les antécédents: la présence d'un problème, d'un incident inusité ou d'un incident critique et le fait que les infirmières doivent avoir un degré élevé d'expertise pour pouvoir réfléchir dans la pratique. Il semble que ces antécédents datent de l'époque où l'intérêt des acteurs s'est manifesté envers le concept de réflexion dans la pratique professionnelle (les premières publications de Schön ont eu lieu entre les années 1983 à 1987) mais qu'aujourd'hui il faut remettre en question et, à nouveau, discuter à ce sujet avec nos collègues. Comme le signalent avec raison quelques auteurs, la réflexion dans la pratique devrait également être utilisée dans des situations quotidiennes car ceci permettrait d'identifier pourquoi elles se sont bien vécues et de connaître le savoir incorporé à cette pratique (Heath, 1998b; Kim, 1999). En ce sens, dans l'étude de Delgado (2000), les infirmières travaillant auprès des patients hospitalisés dans une unité de soins

intensifs ont réfléchi sur le quotidien de leur pratique, ce que leur a permis d'être plus conscientes de ce qu'elles faisaient réellement et de rechercher des solutions. C'est ainsi que toutes les expériences, et en particulier les expériences quotidiennes, devraient être considérées comme de possibles précurseurs de la réflexion (Wilkinson, 1999).

En second lieu, la réflexion dans la pratique ou la pratique réflexive est normalement présentée dans les écrits par une élite ou par des infirmières expertes (Hagland, 1998; Taylor, 2001; Teekman, 2000). Dans l'étude de Delgado (2000) sur la réflexion en cours d'action, les infirmières travaillant aux soins intensifs avaient différents degrés d'expertise et elles n'ont manifesté ni difficulté ni manque d'habileté pour faire cette réflexion sur leur pratique quotidienne.

Finalement, nous croyons qu'on devrait cesser de penser que la pratique réflexive n'est qu'un processus individuel, comme une façon d'introspection, moi avec moi-même (comme le signalait Bourdieu); elle est aussi un processus collectif. Comme d'autres auteurs (Johns, 1999; Kim, 1999; Morgan et Johns, 2005), nous considérons que les infirmières moins expertes peuvent davantage apprendre, si nécessaire, non seulement le processus réflexif mais aussi par le biais des jugements des infirmières les plus expertes, en produisant irrémédiablement des savoirs collectifs.

2.2.3. La production de savoirs au moyen de la réflexivité

Dans les écrits infirmiers, la réflexivité semble être privilégiée pour reconnaître, développer et améliorer le savoir pratique (Burns et Bulman, 2000; Conway, 1994; Durgahee, 1997; Heath, 1998b; Johns, 1995a, 1998a; Johns et Freshwater, 2005; Kim, 1999; Mackintosh, 1998; Maggs et Biley, 2000; Patenaude, 1998; McBrien, 2007; Taylor, 2000). Plusieurs théories et approches qui portent sur le processus de production de savoirs dans la pratique professionnelle par le biais de la réflexivité sont en train de gagner de la

popularité et font de plus en plus l'objet de recherches (Giddens, 1987; Schön, 1994; St-Arnaud, 1992; Racine, 2000, entre autres).

Quelques auteurs ont d'abord considéré le processus réflexif comme un moyen permettant d'authentifier le savoir moral et personnel des infirmières (Kramer et Chinn, 1988; Chinn et Kramer, 2008; White, 1995) ou comme la porte d'accès au savoir personnel qui a été normalement vu comme difficile à articuler (Johns, 2000). D'autres auteurs ont brièvement cité le fait que la réflexivité dans la pratique était nécessaire à l'art de soigner, surtout parce que la réflexion permet de mettre en évidence et de développer les savoirs pratiques qui dérivent de l'art infirmier (Conway, 1994; Newell, 1994; Heath, 1998b). En ce sens, Chinn (2001) unit l'art de soigner à la pratique réflexive, en disant que c'est une façon de raffiner la pratique elle-même.

Or, Johns (1995b, 2000, 2005) intègre les quatre sources de savoirs décrites par Carper (1978) dans son modèle de réflexion structurée. Cet auteur affirme que lorsqu'on fait une révision des apprentissages dérivés de la réflexion, les infirmières peuvent se demander quelles sont les sources de savoir qu'elles ont changées. Heath (1998b) suggère cependant qu'on devrait introduire dans le modèle de réflexion structurée de Johns la source de savoir inconnue développée par Munhall (1993) et la source sociopolitique développée par White (1995) afin d'avoir une plus grande vision des savoirs produits dans la pratique au moyen de la réflexion. En ce sens, nous croyons aussi indispensable d'introduire dans ce modèle de réflexion structurée la source de savoir émancipatoire développée par Chinn et Kramer (2008).

Mitchell (1995), en se basant sur les idées de Bernstein (1988), affirme que la réflexion « détruit » les savoirs. En d'autres mots, la réflexion est considérée comme le processus pivot de la rupture avec ce qu'on connaît et ce que l'on a accepté; c'est la rupture avec la tradition. La destruction des savoirs au moyen de la réflexion peut offrir des opportunités pour la création de nouveaux savoirs qui peuvent être davantage « responsables » envers les êtres humains ayant vécu des expériences de santé.

Les savoirs pratiques se créent de façon individuelle et collective (Meleis, 2007). Les savoirs collectifs se produisent quand des infirmières ayant une expérience, une expertise et un point de vue différents réfléchissent ensemble (Benner et al., 1996; Dick, 1997; Gadow, 1999; Morgan et Johns, 2005; Stringer, 1996). D'ailleurs, Racine (1997) signale aussi que les praticiens produisent des savoirs et l'apprentissage est un acte social où l'être humain construit, incorpore et structure son expérience à travers ses interactions avec d'autres. En effet, chaque jour les infirmières perfectionnent et modifient leurs savoirs et créent ainsi de nouveaux savoirs à travers les rencontres avec les patients, les familles et les collègues.

Bref, plusieurs écrits infirmiers ont démontré que grâce à la réflexivité, le savoir pratique peut être identifié, révisé et compris. Cette production de savoirs est toujours faite de façon individuelle et collective autant avant, durant qu'après la réflexion (Jarvis, 1992; Conway, 1994). Toutefois, il existe peu d'écrits s'intéressant à découvrir le processus de production de savoirs au moyen de la réflexivité. En ce sens, Atkins et Murphy (1993), dans leur révision des écrits sur la réflexion, ont identifié trois étapes dans le processus de réflexion: l'auto-conscience où les infirmières deviennent plus conscientes des aspects de leur pratique qu'elles vivaient de manière inconsciente, l'analyse critique de la situation et le développement d'une nouvelle perspective de la situation. Ces étapes ont été corroborées de façon empirique auprès de huit infirmières travaillant dans des milieux urbain et rural (Thorpe et Barsky, 2001).

D'ailleurs, Kim (1999) a développé une méthode de recherche (*Critical Reflective Inquiry*) fondée sur les idées de l'action-recherche, la pratique réflexive et les théories de Habermas et Bourdieu. Cette méthode est composée de trois phases où dans chacune d'elles le processus et le produit s'explicitent. La première phase est une phase descriptive où l'infirmière fait la description et l'examen de sa pratique. Le produit de cette phase ce sont des narrations descriptives. La deuxième phase est la phase réflexive où l'infirmière réfléchit sur les standards, la situation et les intentions de la pratique. Le produit ce sont des savoirs concernant le processus de la pratique et l'auto-conscience. La dernière phase

est la phase émancipatrice ou critique où l'infirmière critique la pratique en recherchant des conflits, des distorsions ou des inconsistances et s'engage dans un processus émancipateur et de changement. Le produit de cette phase est l'apprentissage, le changement de la pratique, l'autocritique et l'émancipation des infirmières. Les phases de cette méthode de recherche sont similaires à celles qu'Atkins et Murphy (1993) ont identifiées dans la révision des écrits sur la réflexion.

Toutefois, malgré les efforts d'Atkins et Murphy (1993) pour essayer de clarifier et d'unifier les étapes du processus réflexif à travers l'analyse des écrits et de Kim (1999) qui se centre exclusivement sur le développement d'une méthode de recherche qui pourrait aider les infirmières à s'émanciper et à changer leurs pratiques, il continue à y avoir une lacune dans les écrits infirmiers sur la façon dont le processus réflexif produit des savoirs pratiques. En ce sens, King (1998), en explorant les niveaux d'expertise des infirmières travaillant dans des salles de chirurgie et de soins intensifs, suggère la nécessité d'étudier les façons dont les infirmières développent les savoirs à travers la réflexion individuelle et collective sur la pratique.

D'ailleurs, la pratique réflexive requiert une compréhension des actions, des valeurs, des conceptions mais aussi un entendement de l'influence des contextes pratique, professionnel et institutionnel sur cette production de savoirs. Dans les écrits infirmiers, l'influence de ces facteurs a été succinctement citée (Johns, 1998b, 2000). Richardson (1995) considère nécessaire d'analyser les facteurs historiques, politiques, culturels et éthiques qui influencent les institutions dans lesquelles les infirmières travaillent et Reid (1993) affirme que la pratique réflexive devrait entourer l'analyse critique du contexte social de la santé et des soins et, conséquemment, il s'avère essentiel d'identifier comment le contexte influence la production de savoirs pratiques.

On a donc besoin des approches qui nous aident à comprendre davantage le processus de production de savoirs pratiques au moyen de la réflexivité et à analyser les facteurs contextuels qui peuvent influencer cette production. En ce sens, plusieurs auteurs

ont développé des théories qui portent sur la production de savoirs dans la pratique professionnelle (Barbier, 1996; Bourdieu, 1972; Cervero, 1988; Giddens, 1987; Schön, 1994; St-Arnaud, 1992; Racine, 2000), entre autres. Le but de la prochaine section est de nous pencher sur trois théories portant sur la production de savoirs dans la pratique professionnelle à travers la réflexivité.

2.3. Les théories qui portent sur la production de savoirs dans la pratique au moyen de la réflexivité

Tout ce que nous avons précédemment décrit, sous-entend que la pratique infirmière n'est pas guidée uniquement par une base théorique prédéterminée, mais qu'elle est également fondée sur des savoirs dérivés de la pratique elle-même. Cette section a subséquentement comme but d'analyser trois théories qui portent sur la production de savoirs dans la pratique professionnelle, soit celle de Schön (1994, 1996b) dans le domaine de l'éducation, celle de Racine (1997, 2000) dans le service social et celle de Giddens (1987, 1993, 1994) dans la sociologie et en utilisant comme toile de fond les écrits en science infirmière.

2.3.1. La théorie de Schön: Le savoir caché dans l'agir professionnel

La théorie de Schön (1994, 1996b) se fondait à la fois sur le constat d'une crise de la professionnalité – crise de confiance et de légitimité – et sur le désir de reconquérir l'essence de l'art professionnel pour se sortir de cette crise; le professionnalisme s'affaiblirait, comme en témoigneraient les nombreux manquements éthiques. Cet affaiblissement s'expliquait principalement par l'envahissement de la technocratie et du positivisme (Schön, 1994; Argyris et Schön, 1999).

Selon le modèle de la science appliquée (*Technical Rationality*), pour parvenir à résoudre un problème par l'application d'une théorie ou d'une technique existante, un praticien doit être capable de faire coïncider les catégories préétablies avec les caractéristiques de la situation pratique (Schön, 1994). Toutefois, la plupart du temps, les problèmes soulevés dans la pratique ne sont pas des «tâches» circonscrites et traitables comme telles; l'action des praticiens ne se limite pas à résoudre des problèmes selon une démarche élaborée *a priori*.

En effet, quand des praticiens décident de s'attaquer à des problèmes nouveaux ou spécifiques qui ne correspondent à aucune catégorie connue, leur recherche ne correspond pas au genre «*de cartographie à trois volets des signes de ressemblances que la situation en question présente avec des problèmes et des techniques qu'ils connaissent déjà*» (Schön, 1994, p. 210). Il s'agit plutôt d'une démarche artistique de par sa nature et de par sa structure, fondamentalement semblable aux conversations réflexives (conversation du praticien avec la situation). Comme le signale Racine (2000), les intervenants sont plus que la somme des techniques et des habiletés qu'ils maîtrisent, ils jouent un rôle actif dans la construction de leurs savoirs.

Devant les limites des sciences appliquées comme modèle de compréhension de l'action, les études de Schön (1994, 1996b) sur la construction des savoirs sur et au cours de l'action, ont tenté de développer une épistémologie du savoir professionnel. En ce sens, Schön (1994) affirme: «*Recherchons donc à sa place une épistémologie de l'agir professionnel qui soit implicite dans le processus artistique et intuitif et que certains praticiens font intervenir face à des situations d'incertitude, d'instabilité, de complexité et de conflit de valeurs*» (p. 75). Les situations de pratique professionnelle se caractérisent donc par l'incertitude, la complexité, l'instabilité, le particularisme et le conflit de valeurs (Cervero, 1988; Greenwood, 1993; Schön, 1994, 1996a; Taylor, 2003; Zúñiga, 1994). Ainsi, on peut mieux comprendre que l'action exige de la créativité, résultat direct du rapport à un contexte concret qui n'aurait jamais pu être prévu complètement à l'avance, ni traité selon une typologie déjà codifiée.

Schön, en se basant sur une étude antérieure (Argyris et Schön, 1974, 1978), identifie deux cadres de référence dans l'agir professionnel, présentés sous la forme de modèles: le Modèle I et le Modèle II. Le Modèle I est ce cadre de référence qui résulte de la rationalité instrumentale et que le praticien peut expliciter correctement. Il consiste en un contrôle unilatéral d'autrui. Ce contrôle se traduit par quatre valeurs recherchées: atteindre des objectifs définis, vaincre ce qui s'oppose à ces objectifs, supprimer les sentiments négatifs à l'égard de ces objectifs et être rationnel.

Le Modèle II, dit réflexif, est ce cadre de référence du praticien visant à créer des systèmes d'apprentissage, mais que le praticien ne parvient pas à expliciter. Ce cadre correspond à ce savoir caché dans l'agir professionnel. Il arrive aux praticiens d'être incapables de traduire en propositions formelles leurs théories pratiques, d'expliquer ce qu'ils connaissent. Selon plusieurs auteurs, ce manque d'explicitation du savoir pratique est dû au fait qu'une grande partie de ce savoir est tacite (Benner, 1983; Polanyi, 1958; Schön, 1994, 1996b; Waterman, Webb et Williams, 1995), c'est-à-dire, qu'il est implicite dans les modèles d'action (dans leurs actes) et dans la compréhension des éléments avec lesquels les praticiens traitent. Ainsi, les praticiens en savent davantage que ce qu'ils arrivent à exprimer (Polanyi, 1958; Schön, 1994; Ryle, 1990).

Le modèle II se caractérise donc par la capacité de puiser dans les savoirs pratiques par une réflexion sur l'action (*reflection on action*), réflexion qui suit un événement; les praticiens réfléchissent à l'une des situations qu'ils ont rencontrée pour mieux la comprendre, par pure spéculation ou par volonté délibérée de mieux se préparer à traiter les prochains cas. Ils peuvent aussi faire une réflexion dans ou en cours d'action (*reflection in action*), réflexion effectuée alors qu'ils sont en pleine action.

Quand un praticien réfléchit en cours d'action et sur son agir professionnel, les objets de sa réflexion sont aussi variés que le sont les sortes de phénomènes qui s'offrent à lui et les systèmes de savoir pratique qu'il utilise à leur endroit. Il peut réfléchir sur les appréciations qui sous-tendent un jugement ou sur les stratégies et les théories implicites à

tel type de comportement. Il peut encore réfléchir sur ce qu'il ressent par rapport à une situation qui l'a amené à adopter une ligne de conduite particulière ou sur la façon dont il s'y est pris pour formuler un problème qu'il tente de résoudre (Schön, 1994). En conséquence, la réflexion rend capable de critiquer, de tester et de restructurer la façon de voir du praticien et donc de créer de nouveaux savoirs pratiques que les praticiens incorporent à leurs actions ultérieures.

Dans le domaine de la science infirmière, l'intérêt pour la théorie de Schön s'est accentué depuis les années 90. Cette théorie a été utilisée dans le champ de l'éducation (Glaze, 2001, 2002; Pierson, 1998; Rooda et Nardi, 1999), la gestion (Gilbert, 2001; Johns, 2000; Maggs et Biley, 2000) et la pratique infirmière (Conway, 1994; Hagland, 1998; Taylor, 2001). Les infirmières considèrent que la réflexion sur et en cours d'action favorise la croissance professionnelle (Conway, 1994; Hagland, 1998), le développement d'habiletés pratiques (Hagland, 1998; Heath, 1998a), le développement des savoirs (Conway, 1994; Durgahee, 1997; Heath, 1998a; Johns, 1995a; Kim, 1999; Mackintosh, 1998) et l'émergence des théories dans l'action (Clarke, 1986; Conway, 1994; Newell, 1994), entre autres.

L'impact immense que les travaux de Schön ont eu sur la pratique infirmière et sur les débats entourant le statut à donner aux savoirs pratiques est évident. Ces travaux insistent donc sur le rôle crucial de l'expérience dans l'apprentissage et dans la production de savoirs qui constituent les fondements de la pratique. Toutefois, ils laissent dans l'ombre deux points essentiels: la production collective de savoirs et l'influence du contexte dans cette production de savoirs. On peut comprendre ces lacunes si l'on tient compte des dates des premières publications de Schön et Argyris (1974), il y a environ 30 ans et celles de Schön (de 1983 à 1987), il y a environ une quinzaine d'années mais aujourd'hui, à l'ère de la modernité avancée, il faut les analyser de façon critique.

2.3.1.1. L'analyse critique de la Théorie de Schön

Vers la production de savoirs collectifs

La réflexion sur et au cours d'action de Schön prend la forme d'une «conversation réflexive avec la situation», comme une sorte de dialogue continu entre le praticien et les événements de sa pratique professionnelle (Schön, 1994, 1996b; St-Arnaud, 1992). Ce concept de «conversation réflexive» donne une vision de la production de savoirs pratiques trop individualiste. Schön semble toujours parler d'un processus individuel de production de savoirs: moi, avec moi-même en train de reconstruire la situation.

Le savoir pratique est personnel et partagé. Le processus de partage des savoirs pratiques est important pour plusieurs motifs: (i) le processus assure que le savoir individuel de l'infirmière est valide en ce sens qu'il repose sur de bons fondements et il est donc plus facilement applicable, (ii) c'est un moyen d'obtenir une compréhension plus grande car le processus de partage requiert que l'infirmière reformule et rende accessible son savoir sous une forme pouvant être communicable, (iii) le processus de partage avec d'autres est une manifestation pratique sous forme de dialogue de la majeure partie du savoir pratique professionnel (Clarke et al., 1996).

Sous cet angle, les savoirs pratiques ne peuvent pas être compris comme individuels. L'hétérogénéité des discours et des représentations quant à un problème donné serait donc la norme et non l'exception. Les constructions que l'on se fait de l'expérience quotidienne du monde sont, dès le début, intersubjectives et culturelles (Schutz, 1987). Le savoir est inclus dans la pratique quotidienne et la reconnaissance mutuelle des savoirs peut permettre la production d'un savoir collectif (Offredi, 1981).

Nous croyons donc qu'on doit cesser de penser que la production de savoirs pratiques est seulement un processus individuel, comme une forme d'introspection de la personne avec elle-même, ainsi que l'avaient également signalé Bourdieu et Wacquant (1992) et Couturier (2002). Elle est aussi un processus nécessairement collectif parce que

lorsque des infirmières, qui ont une expérience, une expertise et un point de vue différents dialoguent, la réflexion est partagée, plus riche et faite en collaboration (Benner et al., 1996, 1997; Dick, 1997; Meleis, 1987; Morgan et Johns, 2005; Stringer, 1996). Dans ces conditions, les infirmières moins expertes apprendront davantage non seulement au niveau du processus réflexif mais aussi des jugements des infirmières les plus expertes, en produisant irrémédiablement des savoirs collectifs (Johns, 1999; Kim, 1999).

L'étude d'Estabrooks (1999) montre que les infirmières considèrent les patients, l'expérience et la formation universitaire comme les trois sources de savoirs les plus utilisées dans leurs pratiques. La production de savoirs pratiques à travers les rencontres entre infirmière et patient/famille a déjà été soulevée par plusieurs auteurs (Griffin, 1997; Hiraki, 1992; Larsen et al., 2002; Moch, 1990; Murphy et Timmins, 2009; Reed, 2000; Sandelowski, 2002; White, 1995). Les infirmières soignantes rencontrent un «public profane» (patients, familles) et c'est à ce niveau que différentes «vérités», différents discours viendront influencer les codes de pratique. La discipline infirmière, comme une profession pratique (organisée socialement et avec des savoirs imbriqués) développe des savoirs cliniques et moraux à travers l'apprentissage et le partage avec les patients et les familles (Benner, 2001; Racine, 1997). D'autres auteurs ont développé le concept de *knowing the patient* pour expliciter les sources de savoirs (la caisse ou le patient désincarnée, le patient et la personne) reliées aux patients (Liaschenko, 1997; Liaschenko et Fisher, 1999). Le praticien, qui considère le patient, présume qu'il sait mais qu'il n'est pas le seul dans ce cas-ci à posséder un savoir pertinent et important.

Vers une plus grande mise en valeur du contexte

La deuxième critique que nous pouvons faire au sujet de la théorie de Schön c'est qu'elle ne fait pas référence à l'influence que les facteurs sociaux, politiques ou historiques peuvent avoir sur la production de savoirs pratiques (Rafferty et al., 1996). Comme le signale Habermas (1976), les savoirs développés sont imbriqués dans un contexte social

qui influence les savoirs produits. Le savoir et l'expertise sont des construits historiques et sociaux.

Schön tient compte du contexte seulement au niveau des contraintes institutionnelles qui peuvent interagir avec la capacité de réfléchir en cours d'action. Quand il décrit la réflexion sur l'action d'un gestionnaire, il affirme que «*le gestionnaire vit au sein d'un système organisationnel qui peut promouvoir ou inhiber la réflexion en cours d'action et dont les structures s'adaptent plus ou moins à l'apparition de nouvelles tâches*» (Schön, 1994, p.291). Ainsi, il parle d'institutions sympathiques à la pratique réflexive versus celles qui sont plus conventionnelles où on valorise davantage une vie organisationnelle stable et prévisible et où la réflexion en cours d'action du praticien devient une menace potentielle au système de conservatisme dynamique au sein duquel il vit. Selon Schön (1994), ces institutions conservatrices mettent l'accent sur l'uniformité des procédures, sur des mesures objectives de rendement et sur des systèmes de contrôle allant du centre à la périphérie. Une institution réflexive doit donner priorité aux procédures flexibles, aux réponses différenciées, à l'appréciation qualitative des processus complexes et à la responsabilité décentralisée en matière de jugement et d'action. Selon nous, il aurait pu davantage développer au niveau de l'influence de ces organisations sur la production de savoirs pratiques.

Le contexte, comme état de médiation de la pratique, est reconnu dans les écrits infirmiers (Benner, 1995; Carnevale, 1999, 2002; Durgahee, 1997; Freshwater et Rolfe, 2001; Tongue, 1997; Thorne, 1997; White, 1995; Will, 2001). D'ailleurs, plusieurs auteurs pensent que le processus réflexif doit se comprendre dans un contexte social déterminé et en tenant compte des personnes qui le constituent (Hagland, 1998; Kemmis et MacTaggart, 1988; Lavoie, Marquis et Laurin, 1996; McTaggart, 1991, 1997). Schön a été aussi critiqué par Greenwood (1998) qui insiste sur le pluralisme en mettant à l'avant-plan certaines implications sociales et politiques quand on analyse la réflexion en cours d'action dans le contexte d'une organisation. Tout lien entre la réflexion et l'action a donc une dimension politique.

Les mêmes critiques dirigées vers Schön ont aussi été adressées aux travaux de Johns (1995a, 1998a, 1998b, 2000) qui, en s'appuyant principalement sur la théorie de Schön, a développé un modèle de réflexion structurée (*MSR*) dans le but de permettre au praticien d'explorer et «de connaître» la signification de son expérience et ce qu'il pourrait apprendre d'elle (annexe 1). Selon Elcock (1997) le modèle de réflexion de Johns ne considère pas la question reliée aux facteurs externes/environnementaux qui influencent nos actions et la production de savoirs. Suite à ces critiques, Johns (2000, 2004) a fait des modifications à son modèle en incluant ces facteurs externes ou contextuels (annexe 2); il aurait cependant été intéressant qu'il développe davantage ces facteurs et leur influence sur la production de savoirs pratiques.

2.3.2. L'approche de Racine: Un monde de connaissances à réhabiliter

À une conception de la réflexion en cours d'action comme fait individuel, Racine (1996, 1997, 2000) en substitue une autre, plus élargie, où la construction de savoirs d'expérience résulte du travail commun. Le fait de s'arrêter à l'expérience individuelle pour parler de production de savoirs paraît réducteur, incomplet et limité, susceptible d'être transformé, médiatisé par les expériences des autres (et peu souhaitable). La production de savoirs pratiques est un processus social de négociation situé dans un contexte, plutôt qu'un processus individuel et d'introspection. En ce sens, Benner et al. (1996, 1997) affirmaient que le savoir se produit à travers le dialogue entre différents points de vue et non seulement de façon individuelle.

En s'inspirant des travaux de Schön, Racine propose cependant d'envisager la production des savoirs d'expérience sous l'angle d'une co-construction de savoirs à laquelle participent des acteurs concernés par un même objet, impliqués dans une pratique commune d'intervention (1997). Cette auteure s'intéresse donc à la dynamique entre l'expérience individuelle et l'expérience collective comme source de savoirs.

Si le praticien construit son savoir dans la pratique quotidienne, cette construction se fait à l'intérieur d'un réseau complexe de relations sociales où s'expriment des valeurs, des croyances et des cultures (Lave, 1991; Racine, 2000). Dans la pratique, les infirmières qui partagent une communauté d'espace sont mutuellement impliquées dans l'apprentissage expérientiel de l'autre. Ainsi, les expériences ne restent pas en vase clos chez l'individu, mais elles sont un vécu qui se construit dans l'interaction et dans l'incorporation de l'expérience des autres: celles des sujets d'intervention (patient, famille, communauté) et celles des pairs (les infirmières).

Selon Dewey (1963), l'être humain vit dans un monde, il fait partie d'un environnement naturel et socioculturel et cette condition a des répercussions sur sa façon de connaître. Cet auteur préconise une conception de l'expérience où doit être reconnu le rôle actif de la personne, tant dans le sens qu'elle donne à son vécu que dans la démarche de réorganisation de son expérience. L'expérience existe dans le temps et prend place et évolue avec le praticien. Chaque expérience a des liens avec les expériences antérieures; l'expérience a donc toujours une histoire (Benner, 1995).

C'est à partir des savoirs antérieurs du praticien et de la nouveauté que représente la situation à laquelle il est confronté qu'une reconstruction des savoirs se fait. Cette dynamique engendre un mouvement d'aller-retour entre le particulier et le général et permet ainsi l'élaboration d'un corpus de savoirs fondé sur l'expérimentation dans la pratique (Racine, 2000). C'est ce processus qui permet au praticien de développer un répertoire d'exemples et de savoirs auxquels il fera appel pour différencier ce qu'il y a de connu et de nouveau dans une situation (conversation avec la situation).

Quand un praticien intervient, il s'engage dans une dynamique double (Racine, 2000). D'une part, l'unicité de chaque situation suscite un dialogue entre les savoirs qu'il a accumulés, c'est-à-dire, le «réservoir de connaissances» (Schutz, 1987) ou le «savoir commun» (Giddens, 1987) et la singularité de la nouvelle situation. Ce rapport mène souvent à une transformation du praticien en même temps que de la situation. D'autre part,

la confrontation des savoirs personnels aux savoirs issus de l'expérience collective des praticiens ajoute une autre voix à ce dialogue. Cette double dynamique modifie et transforme les savoirs et les stratégies d'action du praticien mais aussi du collectif.

Les praticiens s'engagent non seulement dans une «conversation avec la situation», comme Schön l'avait déjà signalé, mais également dans une «conversation à plusieurs voix» (Belenky et al., 1986; Racine, 2000). C'est dans ces échanges avec les autres façons de comprendre une expérience que de nouveaux savoirs émergent. Ainsi, c'est dans la multiplicité des réponses, parfois contradictoires à la situation, qu'un travail de co-élaboration de sens peut se produire (Racine, 1996, 1997).

2.3.2.1. Quelques remarques sur l'approche de Racine

Vers une conception plus large du contexte

Il est évident que la production de savoirs pratiques se développe dans un contexte déterminé. Nous devons cependant concevoir ce contexte comme le lieu concret où la pratique se déroule (micro contexte, tel que décrit par Racine) mais aussi dans un sens de macro contexte, en incluant nécessairement l'organisation ou l'institution où ces pratiques ont lieu (Giddens, 1987) et le contexte du *nursing* comme profession (White, 1995).

Or, dans le domaine de la science infirmière, White (1995) considère le contexte dans un sens plus large en décrivant la cinquième source de savoir infirmier: le sociopolitique. Cette auteure propose de considérer le contexte à partir de deux aspects: la relation patient-infirmière (micro contexte) et le contexte de *nursing* comme une profession (macro contexte). Les savoirs pratiques sont donc implicites et influencés par la culture professionnelle et institutionnelle (Gibbons et al., 1994).

Si nous considérons les professions comme construits socio-historiques (Couture, 1988, Larson, 1988), la production de savoirs pratiques sera influencée par le contexte

social et historique où la profession se développe. Nous pourrions penser que dans un contexte où la profession infirmière a peu de reconnaissance sociale, où on considère encore les infirmières comme aidantes du médecin et où la formation se termine avec un premier cycle universitaire, les savoirs produits dans la pratique seront, peut-être, différents de ceux produits dans un contexte différent.

Dans le cadre d'une institution ou organisation comme celle du système sanitaire, plusieurs aspects peuvent influencer la pensée, l'agir et la production des savoirs des infirmières: le conflit de valeurs, la perspective infirmière versus celle du patient ou du médecin, l'autorité à agir, la perspective de l'organisation, entre autres. Johns et Freshwater (1998) tiennent compte de quelques-uns de ces aspects mais en relation avec leur influence sur les décisions éthiques des infirmières. Nous considérons que l'identification et la compréhension de ces aspects peuvent permettre d'avoir une plus grande compréhension des savoirs qui se développent dans la pratique infirmière. Par exemple, identifier un contexte où il existe une relation de pouvoir entre le médecin et l'infirmière (domination presque omniprésente du point de vue du médecin) peut aider à comprendre pourquoi les infirmières développent un savoir davantage relié aux aspects biomédicaux qu'aux soins infirmiers (Alasad, 2002; Delgado et al., 2001).

2.3.3. La théorie de la réflexivité de Giddens comme approche théorique

Anthony Giddens change le concept de réflexion de Schön et Racine par celui plus large nommé réflexivité en incluant la réflexion individuelle (projet réflexif de soi), la réflexion collective (rencontres dans le temps et dans l'espace) et la réflexion institutionnelle (règles et ressources). Cet auteur place radicalement la question de la réflexivité en faisant de celle-ci l'une des bases conceptuelles de sa théorie dite de la modernité réflexive ou la théorie de la structuration (Giddens, 1993b).

La théorie de la structuration de Giddens (1987) s'adresse à trois ensembles d'enjeux et à leurs liens réciproques: (i) les caractères actif et réflexif des conduites humaines, (ii) dans l'explication des pratiques, on accorde un rôle fondamental au langage et aux facultés cognitives et (iii) la reconnaissance du déclin des philosophies «empiristes» des sciences de la nature et leur influence dans les sciences sociales (le langage et l'interprétation des significations). Le souci essentiel de la théorie de la structuration est de «*comprendre l'action humaine et les institutions sociales*» (p. 27). Les acteurs et les institutions (structures) ne sont pas des phénomènes indépendants, ils s'imbriquent dans une relation complexe et complémentaire. Il convient de voir les institutions non comme extérieures aux acteurs mais plutôt comme un élément constitutif et engagé dans l'action des acteurs. Pour Giddens (1987), la structure est conçue comme un ensemble de règles (éléments normatifs et des codes de signification) et de ressources (ressources d'autorité, qui dérivent de la coordination de l'activité des agents, et ressources d'allocation, qui proviennent du contrôle d'objets matériels ou d'aspects du monde matériel).

Giddens (1994) définit la réflexivité comme l'examen et la révision constante des pratiques, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques mêmes, ce qui altère ainsi de façon constitutive leur caractère. Toutes les pratiques (pratique infirmière) sont partiellement constituées par la connaissance qu'en ont les acteurs. Dans toutes les cultures, les pratiques sont quotidiennement modifiées à la lumière des découvertes en cours, qui leur injectent leur apport. La réflexivité est alors considérée comme l'expérience discursive d'explicitation de l'implicite, d'expression du tacite qui, lorsque systématisé, caractérise la professionnalité dans les métiers professionnels comme le travail social ou le *nursing* (Couturier, 2002)

Giddens (1987, 1991, 1994) considère que la réflexivité est inhérente à l'action humaine. En ce sens, il voit les professionnels capables de réfléchir sur leur pratique et de produire un compte rendu discursif de ce qu'ils font et des raisons pour lesquelles ils le font. Clarke (1986) signale avec raison:

Practicing nurses who accept the need to choose nursing actions on the basis of reflection, who accept the necessity for understanding and being able to communicate the reasons for action are a powerful force for the development of nursing into an increasingly more effective profession for the benefit of patients (p. 9).

En effet, le fait que les praticiens soient capables de faire un compte rendu de leurs pratiques, c'est-à-dire, qu'ils puissent communiquer aux autres ce qu'ils font et pourquoi ils le font, constitue le premier pas vers la visibilité de ces savoirs pratiques.

La réflexivité chez Giddens compte au moins trois dimensions. Elle est en effet discursive, accessible à la conscience discursive (ce que les praticiens peuvent communiquer) et donc inscrite dans le récit des acteurs; elle est pratique, inscrite dans la conscience pratique (ce que les praticiens savent); puis institutionnelle. C'est la conjonction complexe de ces trois dimensions de la réflexivité qui forme finalement ce que Giddens nomme la modernité réflexive (Couturier, 2001). Ces trois dimensions de la réflexivité peuvent être mieux comprises par le biais des deux concepts centraux dans la théorie de Giddens: le projet réflexif de soi et le sentiment de sécurité ontologique (1987, 1993a, 1994) qui n'ont pas été mentionnés dans d'autres théories sur la production de savoirs dans la pratique professionnelle.

La réflexivité donne lieu, pour chacun des praticiens, à ce que Giddens appelle un projet réflexif de soi (*reflexive project of the self*) au moyen d'une *praxis* réflexive discursive (1987, 1991, 1993a). En situation de modernité avancée, l'identité de soi est constamment renégociée au cours d'un projet réflexif que chaque acteur est presque «obligé» de construire pour en arriver à la sécurité ontologique et à l'autonomie personnelle (professionnelle). Le projet réflexif de soi est le processus par lequel l'identité de soi se constitue par la mise en ordre réflexive de récits de soi (*narrative of the self*). Il consiste à maintenir, grâce à une sorte de dialogue continu, des récits cohérents, bien que perpétuellement révisés, qui intègrent le passé dans un récit du présent, récit qui permet à l'individu de «coloniser le futur». Le récit de soi se compose d'une ou plusieurs histoires qui permettent une compréhension réflexive de l'identité de soi par l'individu concerné et

par les autres (Giddens, 1993a). Le récit commence donc chez l'individu (réflexivité individuelle) mais il doit être mis en commun avec d'autres récits pour en avoir une compréhension plus vaste et une production de savoirs collectifs (réflexivité collective).

Le récit de soi est à son tour intimement lié au concept de style de vie (*lifestyle*). En effet, les individus sont contraints de négocier des choix de style de vie (*lifestyle choices*) parmi une diversité d'options. L'infirmière fait donc des choix selon sa conception des soins, sa façon de soigner ou ses préférences personnelles. L'idée de choix est cruciale dans une société où la modernité est avancée. Si le praticien veut arriver à combiner une autonomie professionnelle avec un sentiment de sécurité ontologique, il doit de ce fait retravailler continuellement son récit de soi et veiller à la cohérence entre ce récit et les pratiques qui se rapportent à ces choix de style de vie (Giddens, 1987, 1993a). L'étude de Delgado (2000) montre cependant une incohérence entre les «récits» ou les discours des infirmières travaillant aux soins intensifs (elles affirmaient qu'elles donnaient des soins de façon holistique) et la réalité de sa pratique (elles soignaient vraiment de façon impersonnelle et très dépendante des techniques).

Pour Giddens, la sécurité ontologique est une forme de sentiment de sécurité en général et elle concerne «l'être» (l'être dans le monde). L'expression s'applique à la confiance de la plupart des êtres humains dans la continuité de leur propre identité sociale (1987). La sécurité ontologique reflète, chez un acteur, le sens de la continuité, de l'ordre, de la fiabilité et de la confiance face à la réalité de ses pratiques et des circonstances sociales coutumières, familières y compris la réalité de son identité (Cohen, 1993).

Selon la perspective de Giddens, on pourrait affirmer que les infirmières, au moyen de la réflexivité individuelle et collective (examen et révision constantes des pratiques), créent des savoirs pratiques nouveaux et modifient les anciens si elles perçoivent une continuité dans leur propre identité. Toutefois, cette perception de continuité de l'identité est influencée par le sentiment de sécurité ontologique et d'autonomie professionnelle. Les infirmières auront un sentiment de sécurité ontologique si elles sentent que ce qu'elles font

est préférable pour les patients à ce qu'elles faisaient auparavant. Le concept de sécurité ontologique semble donc être relié au «raisonnement éthique» décrit par Benner et al. (1999) ou au savoir moral décrit par Sarvimäki (1995). Benner (1991) affirme qu'à travers l'expérience, les infirmières développent une compréhension qui est respectueuse ou appropriée à des situations particulières. Elle appelle ces savoirs «*skillful ethical comportement*», et les infirmières, plutôt que de fonder leurs décisions sur des principes éthiques, apprennent à «ressentir» ce qui est bon ou mauvais dans diverses situations. Dans le même sens, Johns (2000) affirme que toute action est une action éthique. On pourrait donc penser que les savoirs produits dans la pratique sont basés sur des choix ou styles de vie (selon Giddens) que l'infirmière fait selon ce qu'elle considère de mieux pour le patient, dans une situation déterminée.

Selon la perspective de Giddens, le projet réflexif de soi qui influence la réflexivité individuelle et collective (la production de savoirs) dépend du sentiment de sécurité ontologique mais aussi de l'autonomie professionnelle. Dans certains contextes, l'autonomie professionnelle chez les infirmières n'est pas tout à fait évidente. Quelques auteurs (Baumann, O'Brien-Pallas, Armstrong-Strassen, Blythe, Bourbonnais, Cameron et al., 2001; Fagin, 2001; Koehoorn, Lowe et Schellenberg, 2002) considèrent que le manque d'autonomie des infirmières constitue chez elles la principale source d'insatisfaction. Il paraît certain que le contexte du *nursing* comme profession (White, 1995) aura des impacts sur la production de savoirs pratiques.

Dallaire (2002) déclare que les infirmières ne réussissent pas à modifier cette situation en raison du type de relation de pouvoir. La relation de pouvoir entre médecin et infirmière continue à influencer la pratique infirmière et, en conséquence, les savoirs pratiques. Giddens (1987) affirme que, le plus souvent, les relations de pouvoir sont profondément enchâssées dans des modes de conduite tenus pour acquis par ceux et celles qui s'y conforment; elles s'ancrent de façon toute particulière dans les comportements routiniers. Il est donc important de tenir compte des processus de domination (pouvoir) et

de légitimation (normes). D'ailleurs, la production de savoirs pratiques peut être influencée par le point de vue dominant du médecin mais aussi par le point de vue de l'organisation.

Les structures et les valeurs des institutions affectent directement la pratique et, en conséquence, la production des savoirs (Weiss et al., 2002). La théorie de Giddens conçoit les institutions comme des structures (règles et ressources) qui influencent les pratiques. L'analyse de ces structures s'avère intéressante pour comprendre la production de savoirs pratiques.

En somme, les trois théories que l'on vient de décrire semblent avoir plus d'éléments en commun que d'éléments différents. Le processus réflexif comme moyen de production des savoirs pratiques et le fait de les mettre en évidence (visibles), apparaît comme le dénominateur commun. Toutefois, on considère que la théorie de Giddens semble apporter un nouvel éclairage au processus de production de savoirs pratiques en introduisant de nouveaux éléments dont on devrait tenir compte. Nous croyons qu'il serait intéressant pour la discipline infirmière d'analyser et d'incorporer ces nouveaux éléments si nous voulons avoir une vision et un discours davantage contemporains.

En effet, les savoirs pratiques sont riches, complexes, quelques fois inexprimables et se créent à partir d'éléments de la vie personnelle, professionnelle, intellectuelle, spirituelle culturelle et autres. Cet amalgame incroyable de qui nous sommes est mis dans des contextes où le savoir est construit et exprimé. Selon Dewey (1963), l'être humain vit dans un monde, il fait partie d'un environnement naturel et socioculturel et cette condition a des répercussions sur sa façon de connaître. Nous devons donc concevoir ce contexte au niveau micro (le lieu concret où la pratique se développe) mais aussi au niveau macro, en tenant compte de l'institution ou des structures (les praticiens et les institutions ne sont pas indépendants) et des aspects reliés à la profession infirmière (autonomie et identité infirmière).

Bref, la façon de conceptualiser le processus de production de savoirs par la réflexivité, selon la théorie de Giddens, repose sur trois postulats. Le premier postulat est

que les praticiens produisent des savoirs, le deuxième que cette production est toujours le fruit de la réflexivité individuelle (projet réflexif de soi) et du dialogue avec d'autres (réflexivité collective) et le troisième que cette production est influencée par le contexte pratique (micro contexte), institutionnel (règles et ressources) et professionnel (autonomie professionnelle et identité infirmière). À l'annexe 3 une figure représente cette façon de conceptualiser la théorie de Giddens en relation avec le développement de savoirs pratiques.

CHAPITRE 3: MÉTHODE

Ce chapitre comprend la description du devis de la recherche, de la pertinence d'utiliser un devis d'analyse secondaire, du contexte de l'étude, du processus de recrutement des participantes, des stratégies de collecte des données, de l'analyse des données, des critères de rigueur et des considérations éthiques.

3.1. Le devis de la recherche

Le devis de recherche choisi est l'analyse secondaire de données qualitatives. Ce devis a comme objectif l'étude d'un phénomène à partir des données qui ont été préalablement recueillies dans une autre étude (Burns et Grove, 2001; Dempsey et Dempsey, 2000; Heaton, 2004, Polit et Hungler, 2000; Thorne, 1994, 1998; Woods, 1988). En effet, l'analyse secondaire des données fournit des réponses aux questions additionnelles de recherche, celles qui n'ont pas été élaborées lors de la première étude (Hinds, Vogel et Clarke-Steffen, 1997; Rew, Koniak-Griffin, Lewis, Miles et O'Sullivan, 2000).

Thorne (1994, 1998) décrit cinq (5) différents types de devis d'analyse secondaire: (i) l'expansion analytique qui a comme but le fait de réinterpréter des données recueillies par le même chercheur qui a effectué la première étude pour répondre à de nouvelles questions de recherche; (ii) l'interprétation rétrospective où les données sont employées pour considérer les nouvelles questions qui avaient été posées, mais non complètement examinées, dans le contexte d'une étude originale; (iii) l'induction «fauteuil» où des théoriciens qui n'ont pas été directement engagés avec les participants de l'étude, utilisent les données provenant de l'étude comme des textes et en font l'analyse à travers différentes méthodes d'analyse textuelle; (iv) l'augmentation de l'échantillonnage pour générer des théories par la comparaison de plusieurs différentes données avec une représentation théorique; et (v) la contre-vérification où les données sont utilisées pour confirmer ou

escompter de nouveaux résultats et suggérer des modèles au-delà de la portée de l'échantillon dans lequel le chercheur a été personnellement immergé.

Dans le cadre de cette étude, le devis d'analyse secondaire du type expansion analytique sera utilisé pour plusieurs raisons. Premièrement, les données recueillies lors de la première étude sont suffisamment riches (cet aspect est développé en profondeur dans la section suivante, pp. 67-72) pour faire une analyse expansive. Ainsi, les devis d'analyse secondaire d'induction «fauteuil» et d'augmentation de l'échantillonnage ne paraissent pas indiqués. En second lieu, dans la première étude, plusieurs éléments n'ayant pas été analysés sont ressortis, car ils ne faisaient pas l'objet des questions de recherche. Le devis d'interprétation rétrospective ne semblerait pas recommandé. Finalement, le devis de contre-vérification paraît aussi déconseillé étant donné que le but de la présente étude est d'approfondir les données pour décrire le processus de production de savoirs par le biais de la réflexivité plutôt que de confirmer ou d'escompter de nouveaux résultats.

3.2. La pertinence d'utiliser un devis d'analyse secondaire

3.2.1. La justification de l'analyse secondaire

L'analyse secondaire des données quantitatives émerge à la fin des années 60 et au début des années 70. À cette époque, les chercheurs élaboraient et établissaient un guide de principes et procédures pour réaliser une analyse secondaire de données quantitatives (Turner, 1998). Depuis longtemps, le devis d'analyse secondaire a été utilisé dans le domaine de la sociologie, des sciences politiques et de l'éducation.

Cette tradition de recherche a été moins développée dans le paradigme qualitatif, malgré son émergence au début des années 1990. Les discussions sur l'analyse secondaire de données qualitatives se sont développées dans les écrits publiés autour de la dernière

décennie (Corti et Thompson, 2004; Estabrooks, Field & Morse, 1994; Heaton, 1998, 2004; Hinds et al., 1997; Mruck, 2005; Thorne, 1994, 1998).

Turner (1998) affirme que deux phénomènes inter-reliés peuvent nous aider à accepter cette méthode et à appliquer l'analyse secondaire de données qualitatives. Ainsi, cet auteur soutient ceci: «*First, there is a slow yet evolving philosophical change in how qualitative research may be conducted, which secondly, is due in part to contemporary changes in technological advances in research and its funding*» (pp. 83).

Dans le domaine de la science infirmière, cette méthode a commencé à gagner de la popularité au cours des dix dernières années (Aaronson, 1994). En ce sens, Sandelowski (1997) croit que le devis d'analyse secondaire peut être l'un des moyens d'augmenter l'utilité de la recherche qualitative. Cette auteure rappelle, avec raison, que nous avons besoin de moins de nouvelles données et de mieux utiliser les données que nous avons.

L'analyse secondaire de données qualitatives est une méthode valide qui doit être utilisée dans la recherche infirmière (Estabrooks et Romyn, 1995; Owen, 2004). C'est ainsi que plusieurs recherches en science infirmière (thèses et articles) ont déjà commencé à utiliser l'analyse secondaire de données qualitatives comme méthode de recherche (Cronqvist et Nyström, 2007; Dobratz, 2004; Glass et Davis, 2004; Hsieh, 2004; Mantzoukas et Jasper, 2008; Peter, Macfarlane et O'Brien-Pallas, 2004; Rew et Horner, 2003; Rogers, 1999; Seymour, Ingleton, Payne et Beddow, 2003; Skillen, Olso et Gilbert, 2001; Szabo et Strang, 1999; Thorne, Hislop, Stajduhar et Oglov, 2008). D'autres infirmières se sont davantage intéressées à clarifier des aspects épistémologiques, méthodologiques et éthiques de l'analyse secondaire (Hinds et al., 1997; Sandelowski, 1997; Sandelowski et Barroso, 2007; Szabo et Strang, 1997; Thorne, 1994, 1998).

Les justifications en faveur du devis d'analyse secondaire sont multiples. Quelques auteurs affirment que ce devis permet la génération de nouvelles connaissances, de nouvelles hypothèses ou de soutenir des théories existantes ainsi qu'une plus grande utilisation des données «rares» ou de participants inaccessibles. Ce devis est économique

car, la plupart du temps, l'argent dépensé dans une recherche l'est à l'étape du recrutement et de la collecte des données et, enfin, on considère qu'une telle recherche est pertinente pour des étudiants, dans le cadre d'un programme doctoral (Adams, Hardey et Mulhall, 1994; Hinds et al., 1997; Lobo, 1986; McArt et McDougal, 1985; Polit et Hungler, 2000; Rew et al., 2000; Sandelowski, 1997; Szabo et Strang, 1997).

En outre, les principaux problèmes qui se présentent lors de l'utilisation d'une approche d'analyse secondaire sont reliés à des questions méthodologiques et éthiques mais, la plupart du temps, ces problèmes sont dus au fait qu'un chercheur fait l'analyse secondaire d'une étude qu'il n'a pas fait (Heaton, 1998; Thorne, 1998; Woods, 1988). En ce sens, quelques justifications par rapport aux aspects méthodologiques sont maintenant retenues et présentées. Les questions reliées aux aspects éthiques sont présentés dans la section sur les considérations éthiques (voir pp. 88-89).

Par rapport aux aspects reliés à la méthodologie, quelques auteurs affirment que l'un des problèmes du devis d'analyse secondaire c'est que le chercheur n'a pas de contrôle sur la façon dont les données ont été recueillies et, qu'au niveau du contenu, les données peuvent ne pas exactement convenir aux buts de la recherche proposée (Dempsey et Dempsey, 2000; Powers et Knapp, 1995). C'est pourquoi, dans les deux prochaines sections, nous allons mettre en évidence le fait que ces deux problèmes méthodologiques ne sont pas présents dans le contexte de l'actuelle étude. D'un côté, nous décrivons en détail comment le processus de recherche, lors de la première étude a été réalisé, en spécifiant la collecte des données pour chaque étape. D'un autre côté, nous montrons comment les données de la première étude collent (*fit*) aux questions de recherche de la présente étude.

3.2.2. La valeur de la première étude: la richesse des données

La problématique de cette étude s'appuie sur les données d'une recherche antérieure faite dans le cadre des études de maîtrise en science infirmière de l'Université de Montréal. Le but de l'étude originale de type qualitatif et participatif était de promouvoir la réflexion sur les soins infirmiers à partir d'un processus participatif des intervenants, afin d'apporter des changements dans leur pratique infirmière (Delgado, 2000; Delgado et al., 2001). Plus spécifiquement, cette étude s'intéressait à comprendre comment le processus de réflexion pourrait amener l'élaboration de stratégies de changement de la pratique infirmière et examiner l'incorporation d'une nouvelle façon de concevoir l'action infirmière dans un groupe de réflexion-action.

Cette première étude avait utilisé une approche de recherche-action participative. Celle-ci favorise des changements dans les pratiques infirmières par la réflexion sur la pratique, tout en reconnaissant les connaissances et la capacité des praticiens de promouvoir le changement. Le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988) avait été choisi afin de guider le processus. Ce modèle se compose des étapes suivantes: la reconnaissance du terrain, la planification, l'action, l'observation et la réflexion (annexe 4). Ces auteurs affirment que le changement porte sur trois dimensions: le langage, les activités et les relations. Un changement dans ces trois dimensions peut être observé à toutes les étapes. Ainsi, ces trois dimensions ont orienté le contenu de chacune des étapes du processus.

Le processus était le suivant: la reconnaissance du terrain par la chercheure, puis le premier et le deuxième cycle des étapes du modèle de Kemmis et McTaggart.

1. *Reconnaissance du terrain par la chercheure:*

Pendant cette étape, la chercheure a fait une observation directe de la pratique actuelle et une analyse de la collecte de données infirmières. Pour l'observation directe, la chercheure a utilisé le journal de bord. Elle a annoté les

observations sur le langage utilisé par les infirmières, sur les activités réalisées par les infirmières et sur les relations sociales qu'elles avaient avec le patient, la famille, les infirmières et les médecins, afin d'identifier ce qui apparaît le plus caractéristique chez les infirmières quand un patient arrive à l'unité de soins intensifs (USI) et pendant la collecte des données infirmières.

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

La durée de cette étape a été de deux (2) mois. Pendant ce temps, la chercheuse a observé six (6) infirmières. Toutes les infirmières ont donné leur consentement éclairé et accepté ainsi d'être observées. Les observations de la reconnaissance du terrain ont été lues par quelqu'un qui n'était pas présent durant les observations afin de poser des questions sur la description pour qu'il y ait le plus de détails possible. L'identification des patients et des infirmières a été modifiée par souci de protection de l'identité.

2. *Premier cycle:*

L'étape de planification. Après l'étape de la reconnaissance du terrain par la chercheuse, l'étape de planification conjointe de l'étude a débuté. Au cours de cette étape, les participantes ont planifié la façon dont se réaliserait véritablement l'étude.

Pendant cette étape, la chercheuse a distribué la documentation suivante: le modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart qui incluait la définition de la recherche-action, les éléments du modèle (le langage, les activités et les relations) et le processus de changement et un guide montrant comment réaliser un journal de

bord, selon ces mêmes auteurs. Les participantes utilisaient le journal de bord pendant les étapes d'observation et de réflexion individuelles.

Les participantes n'ont pas rencontré de problème à comprendre le modèle et la méthodologie, mais elles avaient de la difficulté à faire elles-mêmes l'observation de la pratique. Après consensus, elles ont décidé qu'une des participantes ferait office d'observatrice informelle (l'une des participantes observait de manière informelle l'autre participante pendant sa pratique; si la participante ne se souvenait pas d'un détail de son observation, elle questionnait alors l'observatrice).

Les étapes d'action et d'observation. Le temps nécessaire pour toutes les participantes réalisant chacune des auto-observations de deux (2) admissions où elles étaient l'infirmière responsable du patient fut de deux mois. Les participantes ont suivi la même observation systématique que celle utilisée par la chercheure pour faire la reconnaissance du terrain.

Premièrement, avant de commencer l'auto-observation, les participantes ont répondu à quatre (4) questions reliées à la perception de leur pratique (les questions étaient les mêmes que celles posées par la chercheure aux infirmières observées pendant la reconnaissance). Chaque question était reliée aux éléments qu'elles allaient observer postérieurement, c'est-à-dire une question reliée au langage, une autre aux activités, une autre aux relations et la dernière reliée à la collecte de données infirmières.

Deuxièmement, les participantes ont observé le langage utilisé, les activités réalisées et la relation établie avec le patient, la famille, les médecins et les collègues. Par la suite, elles ont consigné dans leur journal de bord une description de tous les éléments observés. Puis, elles ont fait une réflexion critique individuelle sur ces descriptions ainsi que sur leurs perceptions, sensations et émotions reliées au processus. De plus, elles ont évalué la collecte de données infirmières qu'elles

ont utilisée après l'arrivée du patient à l'unité, à partir de la grille créée et utilisée par la chercheuse lors de la reconnaissance du terrain.

L'étape de réflexion. L'étape de réflexion consistait à mettre en commun ce qu'elles pensaient qu'était leur pratique (les réponses aux quatre questions) et ce qui a réellement émergé de l'observation de leur pratique (journal de bord). La réflexion collective permettait l'échange de leurs points de vue et la formulation des critiques envers leur pratique actuelle.

3. *Deuxième Cycle*

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

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

Les étapes d'action et d'observation. Pendant cette étape (quatre mois), les participantes ont implanté les stratégies qui avaient été décidées pendant l'étape de ré-planification et elles ont observé leurs actions de façon critique. Par la suite, elles ont noté dans leur journal de bord les réflexions reliées au changement de leur langage, leurs activités, leurs relations et leur collecte des données par les infirmières, et aussi leurs perceptions, sensations et émotions reliées au processus.

L'étape de réflexion. Pendant cette étape, les participantes ont analysé ce qui s'est passé, les succès et les limites de leurs actions; elles ont examiné les conséquences et elles ont discuté sur les implications des actions futures. La

chercheure a utilisé un guide pour la réflexion où les aspects liés au changement (langage, activités et relations) sont présentés (annexe 5). Les participantes ont aussi donné leur opinion sur la méthodologie de la recherche-action utilisée, et ont exposé les avantages et les inconvénients de la méthode. La chercheure a utilisé un guide pour la réflexion où les aspects liés à la méthode sont présentés (annexe 6). La réflexion collective s'est basée sur ces deux guides et sur les réflexions individuelles écrites par les infirmières dans leur journal de bord. Un résumé de toutes les étapes décrites peut être consulté à l'annexe 7.

Heaton (1998) affirme que la pertinence d'une analyse additionnelle changera selon la nature des données; par exemple, alors que les entrevues étroitement structurées tendent à limiter la gamme des réponses, les entrevues semi-structurées ou les réunions de groupe peuvent produire des données plus riches et plus diverses. En ce sens, tout au long du processus lors de la première étude, il y a eu possibilité de discuter sur d'autres aspects qui n'étaient pas inclus dans les guides ou le journal de bord. On a donc généré d'abondantes données sur plusieurs éléments ciblés par les questions de recherche (pratique, patient, famille, médecin, collègues, collecte des données infirmières) et d'autres qui sont ressorties sans les chercher spécifiquement, comme par exemple: le pouvoir médical, le manque d'autonomie professionnelle, l'institution, les difficultés et les barrières par rapport au changement, la dynamique du travail, entre autres; ces éléments n'ont pas été analysés lors de la première étude.

D'ailleurs, quelques auteurs affirment que les données des études qualitatives sont mieux analysées par un chercheur qui a participé à la collecte des données de la première étude (Mauthner, Parry & Backett-Milburn, 1998). En ce sens, la chercheure connaît très bien les données qu'elle a analysées de nouveau. Ainsi, elle est allée sur le terrain et elle les a recueillies et analysées elle-même pendant douze mois, en utilisant différentes stratégies (observation systématique, entrevues structurées, rencontres de groupe, journal de bord, grilles). Par ailleurs, elle connaît suffisamment le processus étant donné qu'elle a joué un rôle actif à trois niveaux pendant tout le processus de recherche: organisationnel,

d'appui ou de personne ressource et méthodologique. De plus, elle connaît très bien le contexte pour y avoir travaillé depuis 20 ans (actuellement elle continue à travailler dans l'USI à temps partiel) et des conversations informelles avec les infirmières et les résultats des dernières études publiés au niveau national et international par rapport à la pratique infirmière dans les unités de soins intensifs, permettent de constater que la pratique infirmière n'a pas changé de façon notable ces dernières années.

Finalement, l'existence de données abondantes ne garantit pas leur adéquation pour répondre aux questions élaborées dans une nouvelle recherche. Il s'avère nécessaire d'effectuer une évaluation préliminaire des données permettant de répondre à deux questions: 1) Le «*fit*» des données de l'étude originale avec les nouvelles questions de recherche et 2) la qualité des données. La prochaine section présente les stratégies utilisées pour répondre à ces deux questions.

3.2.3. Le «*fit*» avec les nouvelles questions

Le degré selon lequel les questions secondaires de recherche s'adaptent aux données disponibles est probablement l'aspect central permettant de décider si l'analyse secondaire est une option viable dans n'importe quelle recherche (Heaton, 2004, McArt et McDougal, 1985; Rew et al., 2000; Thorne, 1994; Woods, 1988).

Quelques auteurs ont développé des outils pour vérifier si les données recueillies lors de la première étude sont suffisamment riches et si elles collent (*fit*) aux nouvelles questions de recherche (Heaton, 2004, Hinds et al., 1997). L'outil élaboré par Hinds et al. (1997) permet d'évaluer la réutilisation des données recueillies par d'autres chercheurs. Cet outil rend possible l'analyse de la qualité de la première étude et de déterminer le «*fit*» avec les nouvelles questions de recherche (annexe 8). Toutefois, cet outil s'adresse plutôt aux chercheurs qui veulent utiliser les données d'autres chercheurs qu'aux chercheurs qui analysent de nouveau leurs propres données (Heaton, 2004).

De ce fait, Heaton (2004) a adapté l'outil de Hinds et al. (1997) et a élaboré les directives de base pour vérifier l'accessibilité, la qualité et la pertinence des différentes sources des données d'une façon plus générale (annexe 9). Nous avons utilisé cet outil pour évaluer la première étude. Étant donné que nous allons analyser nos propres données, le critère d'accessibilité (relié à l'accès et au format des données) n'a pas été retenu dans notre analyse.

Le premier aspect donc ont doit tenir compte pour évaluer la qualité c'est de vérifier si nous disposons de toutes les données collectées lors de la première étude. Tel que le suggère Tangenberg (1998), il est important que les données puissent être disponibles pour d'autres interprétations. En ce sens, la chercheuse possède toutes les données et leurs enregistrements: tous les enregistrements des réunions de groupe et leurs transcriptions, le journal de bord, les grilles d'observation de la pratique complètement remplies, les transcriptions des entrevues semi-structurées et les journaux de bord des participantes. Les données sont donc adéquatement préparées pour réaliser une analyse secondaire.

Le deuxième aspect par rapport à la qualité est relié à la conception et à l'exécution correcte de l'étude. Dans le rapport de mémoire (disponible à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal) et dans l'article publié dans *Enfermeria Intensiva* (revue indexée dans les bases de données comme International Nursing Index, CINAHL, MEDLINE, Índice de Enfermería, Cuiden, entre autres), nous décrivons largement ces aspects. Un résumé en a été cependant fait dans la section précédente (pp. 67-72).

Le deuxième critère à analyser est relié au «*fit*» des nouvelles questions de recherche avec les données de la première étude. Comme le signalent Rew et al. (2000), on doit premièrement se familiariser avec la nature et la qualité des données pour savoir si elles sont assez riches pour répondre aux questions de recherche. C'est ainsi que nous avons suivi le processus suivant: 1) nous avons relu les *verbatim* et le journal de bord (immersion dans les données), 2) nous avons commencé à faire une pré-analyse des

données, 3) nous avons constaté que les données peuvent s'inscrire dans les concepts clés de la théorie de Giddens et que certaines étapes du processus de la première étude ont une similitude avec le processus de réflexivité décrit par Giddens (annexe 10).

En second lieu, l'analyse secondaire a besoin que les nouvelles questions de recherche soient suffisamment reliées aux premières questions pour s'assurer que les données disponibles collent (*fit*) aux nouvelles questions (Hinds et al., 1997; Thorne, 1994). Dans la première étude, nous nous sommes intéressées à la production des changements dans la pratique infirmière au moyen de la réflexion-action. Les infirmières ont élaboré, implanté et évalué des stratégies de changement dans leur pratique quotidienne. Ces stratégies ont mis en évidence des savoirs produits dans la pratique. Dans la présente étude, nous nous intéressons davantage au processus par lequel les infirmières produisent des savoirs à partir de la réflexivité. Nous ne sommes donc pas intéressées à explorer les savoirs produits dans la pratique, comme par exemple Benner et ses collaborateurs l'ont déjà fait dans leurs études, mais plutôt de décrire et de comprendre le processus par lequel émergent des savoirs, en utilisant un nouveau cadre théorique basé sur la réflexivité.

Cette nouvelle perspective (Théorie de la structuration de Giddens) nous a permis de connaître le processus de production de savoirs au moyen de la réflexivité et de découvrir les conditions et dynamiques qui influencent ce processus. En ce sens, Turner (1998) affirme que: «*Pursuing new questions of the original data with a new perspective...is a strong rationale for secondary analysis within the qualitative paradigm*» (p. 190).

L'analyse secondaire a été avantageuse parce que les participantes avaient décrit en détail plusieurs aspects de leur pratique dans le contexte d'un processus d'action-réflexion. Ce fait nous a apporté des données intéressantes et ainsi les explorer sous un autre angle. En ce sens, l'analyse secondaire nous a permis d'examiner des concepts qui n'ont pas été

centraux lors de la première étude (Heaton, 1998) et d'analyser les données à partir d'une nouvelle perspective théorique (Corti et Thompson, 2004).

Finalement, d'autres éléments ont montré que cette étude était faisable et justifiée. Premièrement, le jury du mémoire a suggéré à l'unanimité que les données étaient suffisamment riches pour les explorer dans une autre recherche dans le cadre d'un programme doctoral. En second lieu, nous avons dernièrement participé à une réunion informelle avec la professeure E.H. Peter (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto) qui connaît et utilise cette méthode. Elle a reçu de bonnes critiques par rapport à l'utilisation de l'analyse secondaire de données qualitatives (Owen, 2004) dans une étude publiée (Peter et al., 2004). Elle a reconnu l'intérêt de notre étude ainsi que sa faisabilité.

3.3. Le contexte de l'étude

Le contexte de l'étude c'est l'Hôpital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP). Cet hôpital général et universitaire, doté du plus haut niveau d'accréditation et comptant plus de six siècles d'existence, est l'institution hospitalière la plus ancienne d'Espagne. La mission de cet hôpital est d'être de référence, ouvert à la société et à son propre entourage et centré sur les personnes. Le soin, la recherche et la formation sont les trois volets fondamentaux de cet hôpital.

L'hôpital est une fondation privée inscrite au *Consorci Sanitari de Barcelone* et intégrée au Réseau des Hôpitaux d'utilisation Publique de Catalunya (XHUP). C'est donc un service public. L'hôpital dispose de 608 lits pour personnes hospitalisées et, chaque année, il s'occupe de plus de 33.928 patients et de plus de 151.000 urgences. En consultation externe, il reçoit environ 343.046 patients par année (selon les archives de 2008¹). Cet hôpital compte 2.872 employés et il reçoit chaque année 535 étudiants/es

¹ Pour plus d'information sur les archives de l'hôpital voir: http://www.santpau.es/hosp_memoria.asp

gradués et post gradués en science infirmière, 591 étudiants/es gradués et post gradués en médecine, 243 étudiants/es en thérapie familiale et 407 en logopédie.

Le contexte spécifique de l'étude est l'unité de soins intensifs généraux (USI) qui se compose de 16 lits individuels et opère avec un ratio infirmière/patient de 1/2. Le personnel infirmier (45 infirmiers/ères) se divise en quatre équipes, deux de jour et deux de soir non rotatoire. Ce personnel est constitué majoritairement de femmes et toutes ont eu la possibilité de participer à l'étude.

Dans ce milieu, il est de tradition de réaliser les recherches sur le lieu même du travail. Les infirmières qui travaillent à l'unité de soins intensifs sont très motivées et intéressées par la recherche. Il y a toujours un groupe d'infirmières de l'unité en train de développer un projet de recherche. Par conséquent, le fait que la chercheuse travaillait et réalisait la première étude dans le même milieu, il semblait naturel pour les infirmières travaillant aux soins intensifs qu'une infirmière de leur milieu fasse de la recherche.

3.4. Le processus de recrutement des participantes

Lors de la première étude, le recrutement des participantes s'est fait comme suit: tout d'abord, la chercheuse a rencontré l'infirmière-chef de l'unité de soins intensifs pour lui expliquer la recherche proposée. L'infirmière-chef a offert le support matériel et humain pour pouvoir réaliser l'étude et elles ont ensemble décidé quel serait le meilleur jour pour convoquer une réunion pour tout le personnel infirmier. L'objectif de cette réunion était d'expliquer la recherche proposée ainsi que d'inviter les infirmières à y participer. Lors de la réunion, la chercheuse a insisté sur les rôles qu'elles devraient jouer au cours de la recherche, tels que la participation active à toutes les étapes du processus, l'identification des problèmes, la collaboration à la prise de décisions ainsi que l'évaluation et l'analyse des situations vécues.

La réunion pour toutes les infirmières de l'unité a été convoquée de 13 à 14 heures (afin que les infirmières de l'une des équipes de jour puissent y assister, étant donné qu'elles commençaient à travailler à 14 heures) et de 14 à 15 heures (pour l'autre équipe de jour et pour les deux équipes de soir). Dix personnes se présentèrent parmi lesquelles trois ont consenti à participer à l'étude: deux infirmières de l'équipe de soir et une de l'équipe de jour.

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

Quelques semaines plus tard, la chercheure est retournée voir l'autre équipe de jour pour trouver des volontaires puisque cette équipe n'était pas représentée. Face au manque de volontaires de cette équipe et au temps qui pressait, la chercheure avait arrêté une date limite (deux semaines) pour que quelqu'un se porte volontaire. Parvenue à cette date, alors qu'aucune volontaire de l'autre équipe de jour ne s'était présentée, la chercheure a décidé de demander une participante de plus parmi les autres équipes pour pouvoir ainsi créer un groupe avec le nombre de participantes recommandé pour ce type de recherche. Morgan (1998) affirme que le nombre recommandé pour réaliser un *focus group* est de 6 à 10 personnes. La chercheure était consciente qu'elle n'allait pas faire un *focus group* avec les participantes, mais comme le modèle utilisé dans la recherche (Kemmis et McTaggart, 1988) ne recommandait pas un nombre déterminé pour les réunions de groupe, la chercheure a utilisé cet auteur comme référence pour l'aider à établir le nombre de participantes.

Il aurait été intéressant d'avoir pu compter sur la participation d'infirmières de l'autre équipe de jour, mais cela n'a pas affecté l'étude puisque c'était le processus de changement qui intéressait la chercheure et non la représentation de tous les quarts de

travail des infirmières (si l'étude avait été institutionnelle, cela aurait pu causer un problème).

Finalement, le groupe formé comprenait huit (8) participantes, deux (2) d'une équipe de soir, trois (3) de l'autre équipe de soir et trois (3) d'une équipe de jour. Toutes les participantes étaient des femmes dont la moyenne d'âge était de 32 ans et qui avaient en moyenne 9 ans d'expérience en l'unité de soins intensifs. Toutes étaient bilingues (espagnol et catalan), détenaient un baccalauréat et possédaient une spécialisation en soins intensifs.

3.5. Les stratégies de collecte de données

3.5.1. Origine des données à analyser de nouveau

Les stratégies utilisées pour recueillir les données de la première étude et qui feront l'objet des nouvelles analyses sont nombreuses. Ces stratégies sont considérées comme adéquates et permettent donc de faire une analyse secondaire (Rew et al., 2000).

Les stratégies utilisées furent les suivantes:

- L'observation systématique: journal de bord de la chercheuse, grille d'observation des soins prodigués et grille d'évaluation des registres infirmiers. Pendant l'étape de reconnaissance du terrain, la chercheuse a fait une observation directe de la pratique infirmière et une analyse de la collecte de données infirmières.

Pour l'observation directe, la chercheuse a utilisé le journal de bord et un guide (annexe 11). Elle a annoté les observations sur le langage utilisé par les infirmières, sur les activités réalisées par les infirmières et sur les relations qu'elles avaient avec le patient, la famille, les infirmières et les médecins, afin d'identifier ce qui apparaît le plus caractéristique chez les infirmières quand un patient arrive à l'USI. Le total d'heures

d'observation a été de 24 heures. Pour analyser ce que l'infirmière enregistre dans le graphique du patient pendant la collecte des données, la chercheuse a utilisé une grille qu'elle a elle-même élaborée (annexe 12).

La durée de cette étape fut de deux (2) mois (janvier et février 1999). Pendant ce temps, la chercheuse a observé six (6) infirmières. Toutes les infirmières ont donné leur consentement éclairé et accepté ainsi d'être observées. Pour pouvoir réaliser la reconnaissance du terrain, chaque fois qu'on prévoyait l'admission d'un patient à l'unité, les infirmières ou l'infirmière-chef téléphonaient à la chercheuse et celle-ci venait observer la pratique infirmière au moment même de l'admission. Les observations de la reconnaissance ont été lues par quelqu'un qui n'était pas présent durant les observations afin de poser des questions sur la description et qu'il y ait donc le plus de détails possible. L'identification des patients et des infirmières a été modifiée par souci de protection de l'identité.

- Les entretiens structurés: six (6) entretiens ont été faites avec les infirmières que la chercheuse avait observées (un total de six heures). La chercheuse a posé aux infirmières quatre questions liées au langage, aux activités, aux relations et à la nouvelle collecte de données infirmières (annexe 13). Les huit (8) infirmières qui ont participé à l'étude ont répondu aux mêmes questions.

- Rencontres de groupe: Durant la période de la collecte des données, la chercheuse a animé sept (7) réunions de groupe d'une durée d'environ deux (2) heures chacune (un total de 15 heures). Ces réunions avaient pour but de connaître les représentations individuelles des participantes par rapport à leur pratique quotidienne, de détecter les problèmes et de trouver des solutions par la mise en commun et le consensus. Les réunions avaient toujours la même structure: premièrement, lecture et approbation du document élaboré par la chercheuse relatant les décisions prises lors de la réunion antérieure; deuxièmement, discussion et consensus sur le thème à traiter ce jour là et,

finalement, la chercheuse faisait un résumé écrit de ce qui avait été dit et décidé et les participantes le vérifiaient.

Toutes les réunions ont été enregistrées sur cassettes et transcrites à l'ordinateur par la chercheuse et une autre personne ayant reçu une formation, ce qui garantissait la confidentialité des données. L'enregistrement de ces rencontres a produit environ 250 pages transcrites à l'ordinateur.

Durant les réunions de groupe, les participantes se sont exprimées librement et quelques-unes ont même parlé de conflits personnels dans leur pratique. Dès la première réunion de groupe, il a été possible de percevoir une atmosphère cordiale, critique et, en même temps, une atmosphère imprégnée d'intérêt envers le changement de leur pratique, la recherche, elles-mêmes ainsi qu'envers la chercheuse.

- Documents produits par les participantes: les journaux de bord des participantes où figuraient (i) les observations sur le langage, les activités et les relations avec le patient, la famille, les médecins et les collègues ainsi que les réflexions postérieures; (ii) l'observation et la réflexion sur les registres pour la cueillette actuelle de données infirmières; et (iii) les inquiétudes, les peurs, les interrogations et les perceptions des participantes.

- Documents issus de l'hôpital: les notes de cours et la documentation provenant des cours que les infirmières avaient suivis pendant l'étude ainsi que la documentation procédant des archives de l'hôpital.

3.5.2. La collecte de données pour la présente étude

Dans cette étude, deux sources ont été utilisées pour recueillir des données supplémentaires: le journal de bord de la chercheuse et des documents provenant de l'hôpital et la direction des soins en ce qui a trait aux infirmières au sein de l'institution.

- Le journal de bord: Le journal de bord de la chercheuse a permis d'avoir un rapport descriptif et intime du vécu journalier en ce qui concerne le processus et la méthode (Morse et Field, 1995). Dès le début de la présente étude, la chercheuse a maintenu à jour son journal de bord (paginé et ordonné chronologiquement) où elle a documenté ses réflexions, expériences et sentiments qui se présentaient tout au long du processus ainsi que les préjugés personnels, les valeurs et les croyances (processus de réflexivité, voir section rigueur pp. 85-87). Ces aspects ont été incorporés dans l'analyse.
- Documents: Les documents constituent une source importante pour la collecte des données (McTaggart, 1997; Miles et Huberman, 2003; Morse et Field, 1995; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). La chercheuse a recueilli les documents provenant de l'hôpital et de la direction des soins en ce qui a trait au rôle que l'infirmière doit développer au sein de l'institution et par rapport aux fonctions et aux objectifs professionnels de l'infirmière. D'autres documents tels que ceux qui proviennent de l'unité des soins intensifs et officiels (les archives de l'hôpital, le site WEB) ainsi que ceux provenant de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelone, du *Consejo General de Enfermería de España*¹ et des auteurs clés par rapport au développement de la profession infirmière en Espagne.

3.6. L'analyse des données

L'étape de l'analyse des données a été effectuée selon des critères provenant de l'approche mixte de Miles et Huberman (2003), du processus d'analyse des données qualitatives de Morse (1994) et Morse et Field (1995) ainsi que des recommandations faites par des auteurs clés par rapport à l'analyse secondaire (Hinds et al., 1997; Lobo, 1986; Rew et al., 2000; Szabo et Strang, 1997; Thorne, 1994, 1998; Woods, 1988). Cette

¹ *Consejo General de Enfermería de España* (Conseil Général des infirmières de l'Espagne): Regroupement des représentantes de tous les Ordres des infirmières et infirmiers de l'Espagne.

section est donc divisée en deux parties. La première met en évidence le processus de préparation et d'organisation des données pour leur analyse postérieure. La deuxième fait état du processus d'analyse comme tel. Ces deux processus sont présentés de façon séparée pour des raisons de compréhension même si, au cours de la recherche, ils se sont produits de manière simultanée.

3.6.1. La préparation et l'organisation des données

Comme le signalent Miles et Huberman (2003), il est nécessaire de gérer et d'organiser méthodiquement tous les textes (anciens et nouveaux) afin de veiller au maintien d'une certaine rigueur.

Tout d'abord, les enregistrements des rencontres avec les infirmières ont été réécoutés et comparés avec les transcriptions, dans le but de détecter des erreurs ou des omissions et d'annoter la tonalité de la voix et l'emphase. En ce sens, Szabo et Strang (1997) affirment ceci: «*The researcher in the secondary study listened to all the interview tapes again not only to check the transcripts for errors and omissions, but also to add a dimension to the data analysis that was not possible to obtain from reading the transcripts alone*» (p. 69).

Ensuite, le texte issu des rencontres ainsi que les entrevues structurées ont été formatés pour créer une marge permettant d'inscrire des codes, des notes et des questions. Finalement, le journal de bord (de l'étude antérieure et de l'étude présente), les fiches de synthèse numérotées et datées accompagnant chaque document et les grilles d'observation de la pratique et de l'évaluation des registres infirmiers ont été organisés de manière à ce qu'ils soient rapidement accessibles pour consultation.

3.6.2. Le processus d'analyse des données

Cette section est divisée en deux parties. Dans la première, nous faisons quelques remarques sur le rôle de la théorie de Giddens dans le processus d'analyse des données alors que dans la deuxième, nous précisons les étapes qui ont été poursuivies pour faire l'analyse.

La théorie de Giddens et l'analyse des données

Un cadre conceptuel décrit, sous forme graphique ou narrative, les principales dimensions à étudier, les concepts clés et les relations présumées entre eux. Un cadre peut prendre plusieurs formes et formats. Il peut être rudimentaire ou élaboré, basé sur la théorie ou sur le bon sens, descriptif ou causal (Miles et Huberman, 2003). C'est ainsi que la théorie de Giddens permet de dégager les concepts clés par rapport à la production de savoirs dans la pratique.

Cette étude ne cherche pas la confirmation ou la vérification de la théorie de Giddens, mais elle est plutôt une étude exploratoire et compréhensive. En ce sens, le rôle de la théorie est d'être «une carte marine, non une voie ferrée» (Poupart et al., 1997, p. 95). Nous considérons cette étude comme le début d'un programme de recherche pour lequel nous sommes très intéressés et motivés.

Les étapes de l'analyse

Le processus d'analyse des données se fait au niveau du processus et au niveau de la signification du *verbatim* (Catterall et Maclaran, 1997). Le fait que ce soit la chercheuse elle-même qui ait procédé à l'analyse de la première étude et qui effectue également l'analyse secondaire des données, a prévenu plusieurs problèmes comme le manque de connaissance du contexte où les données ont été recueillies, le manque de clarté dans le processus de codification-catégorisation ainsi que des données incomplètes ou ambiguës (Hinds et al., 1997; Polit et Hungler, 2000).

Pour analyser le *verbatim* dérivé des rencontres et des entrevues structurées, nous avons réalisé un processus de codification et de catégorisation (Morse, 1994; Morse et Field, 1995; Pope, Ziebland et Mays, 2000) à partir des codes élaborés à priori et qui ont tenu compte de la recherche d'une réponse aux questions de l'étude et des principaux concepts de la théorie de la structuration de Giddens (Miles et Huberman, 2003).

Les étapes ont été les suivantes:

1. Dans un premier temps, le *verbatim* a fait l'objet d'une relecture intégrale afin de dégager un sens général.
2. Les textes du *verbatim* ont été formatés en fonction des exigences du logiciel NVivo 2.0.
3. Les textes ont été segmentés en unités de sens puis codés.
4. Après l'élaboration des codes, nous avons effectué une autre relecture pour vérifier leur adéquation.
5. Les codes ont été regroupés par catégories.
6. La codification détaillée et la catégorisation ont permis la segmentation et le regroupement des transcriptions en fonction des codes et des catégories retenus.
7. Toutes les données concernant un même sujet ont alors été étudiées ensemble.
8. Pour garantir la consistance entre le code et la catégorie, les codes ont été relus en tenant compte de leur appartenance à une catégorie afin de vérifier s'ils contenaient des sens non compris dans la catégorie ou s'ils étaient en contradiction avec celle-ci.
9. Pendant tout le processus d'analyse du *verbatim*, plusieurs mémos ont été élaborés selon leur fonction pendant l'analyse des données. Selon Miles et Huberman (2003) les

mémos ne se contentent pas de rapporter des données, mais relient les différents éléments de données ou montrent qu'un élément spécifique illustre un concept général. Elles constituent l'un des outils disponibles parmi les plus générateurs de sens et les plus utiles. Les mémos ont été datés, intitulés suivant le concept-clé qu'ils recouvraient et rattachés à des endroits précis dans les analyses. Pour ces auteurs, il est crucial de rédiger des mémos si l'on adopte une approche hautement inductive mais il est tout aussi important de le faire lorsque l'on s'appuie sur un cadre préexistant (comme c'est le cas de cette recherche).

Deux types de mémos ont été élaborés: les mémos méthodologiques et les mémos théoriques. Les mémos méthodologiques contenaient des informations par rapport au processus de recherche alors que les mémos théoriques ont capté le processus de la pensée pendant l'analyse des données et des idées sur les liens entre les données (Szabo et Strang, 1997).

Comme dans la première étude, nous avons utilisé une grille inspirée de Huberman et Miles (2003) pour élaborer les fiches de synthèse et faire l'analyse des documents. La grille comportait les éléments suivants: le nom ou la description du document, l'événement ou le contact auquel le document est associé, l'importance ou la portée du document et un bref résumé du contenu (annexe 14).

L'analyse de notre journal de bord a permis de décrire, de manière détaillée, le processus et d'élaborer des mémos. Le journal de bord a donc servi de source de données mais aussi de source pour valider le processus (Morse et Field, 1995).

Finalement, l'analyse a été réalisée dans la langue d'origine des données (en espagnol et catalan) et, ce n'est qu'au moment de rédiger la thèse que nous avons traduit les extraits. Ils ont été révisés par une personne très familière avec les deux langues.

3.7. Les critères de rigueur

Comme d'autres méthodologies de recherche qualitative, l'analyse secondaire doit répondre à certains critères de rigueur, notamment en rapport avec la crédibilité (*credibility*), la transférabilité des résultats (*transferability*), la fiabilité (*dependability*) et la confirmation (*confirmability*) (Guba et Lincoln, 1989; Lincoln et Guba, 1985).

Crédibilité

Les questions qui se posent concernant ce critère sont les suivantes: les résultats de l'étude font-ils du sens, sont-ils crédibles et un portrait authentique de l'objet de l'étude est-il disponible? (Miles et Huberman, 2003). Selon Thorne (1994), le chercheur qui utilise un devis d'analyse secondaire a besoin de courage et de créativité pour fournir un argument convaincant par rapport à la rigueur du processus et à la crédibilité des résultats. Parmi les diverses techniques que l'on peut mettre en œuvre pour assurer la crédibilité, nous avons utilisé la triangulation de sources de collecte des données et les analyses ont été examinées par une personne extérieure à l'étude (Burns et Grove, 2001; Denzin et Lincoln, 2000; Mays et Pope, 2000; Poupart et al., 1997). Ces deux techniques sont suggérées dans le cadre des études qui présentent un devis d'analyse secondaire (Szabo et Strang, 1997; Thorne, 1998).

Transférabilité des résultats

Ce critère concerne l'extrapolation des résultats de la recherche à d'autres contextes culturels, sociaux, temporels et spatiaux possédant des caractéristiques similaires. Il importe donc de fournir une description riche, détaillée et compréhensible du projet et du contexte dans lequel il a évolué ainsi que des divers ordres de résultats afin que les lecteurs puissent apprécier les propositions émergentes et comprendre le phénomène traité (Lincoln et Guba, 1985; Sandelowski, 1993). La description complète et détaillée du contexte dans lequel évolue cette étude (temps, lieu, contexte, culture), du déroulement

général de l'étude ainsi que le compte-rendu que nous avons fait de l'étude ont servi à répondre à ce critère.

Fiabilité

Ce critère renvoie à la description de l'évolution du projet et du processus de recherche pour rendre compte de l'ensemble des procédures encourues afin que les interprétations émergentes soient crédibles. Nous avons maintenu une trace écrite ou un *audit trail* (Lincoln et Guba, 1985) au moyen des registres systématiques et détaillés: le journal de bord où les éventuels biais personnels connus, pensées, sentiments qui ont pu influencer l'étude ont été exposés (réflexivité¹), les mémos méthodologiques pour tenir compte de tout le processus de la recherche et les mémos théoriques qui ont permis d'avoir un registre sur le développement conceptuel (Szabo et Strang, 1997).

Confirmation

Ce critère vise à s'assurer que les données, interprétations et propositions émergentes ne sont pas le fruit de circonstances accidentelles ou de l'imagination de la chercheuse mais bien qu'elles sont issues du projet et peuvent être retracées jusqu'à leurs sources empiriques (Guba et Lincoln, 1989). Nous avons été transparents face à l'origine des données et leur traitement (analyse, interprétation et synthèse des données).

Par rapport aux données, les transcriptions du *verbatim* ont été vérifiées et, par ailleurs, le tout a été mis à la disposition du directeur de recherche pour vérification; le traitement des données est explicité et des exemples de matériaux empiriques sont fournis.

¹ Le concept de réflexivité dans le contexte de la rigueur d'une étude est défini comme un processus de réflexion dans le but, d'une part, de comprendre comment la pensée, les sentiments et les expériences personnelles peuvent influencer l'étude et, d'autre part, d'intégrer cette compréhension dans l'étude (Calderon, 2002; Finlay, 2002; Lamb et Huttlinger, 1989; Mays et Pope, 2000; Northway, 2000; Padgett, 1998).

Par rapport à l'analyse, les mécanismes suivants ont été utilisés: le processus de codification et de catégorisation décrit plus haut, la confirmation des analyses a été fait par une personne extérieure à l'étude, la confrontation régulière des interprétations à l'ensemble des données ainsi que l'examen de la démarche par le directeur de la thèse.

Finalement, nous avons fait connaître, dès le début, nos biais potentiels connus et nous avons annoncé très clairement notre position épistémologique, permettant ainsi de mettre en perspective les interprétations émergentes.

3.8. Les considérations éthiques

Quelques auteurs soulignent que les considérations éthiques requièrent une attention différente dans les devis d'analyse secondaire (Heaton, 1998; Hinds et al., 1997; McArt et McDougal, 1985; Thorne, 1994, 1998). Thorne (1998) affirme que: «*Because the researcher is investigating text rather than human subject, inquiries may not be subject to the same sorts of ethical reviews that health researchers have come to expect with their clinical investigations*» (p. 550). Par contre, quelques auteurs soutiennent que l'on peut retrouver des problèmes liés à la confidentialité, au consentement éclairé, à la non malfaisance et à la fidélité (Hinds et al., 1997; Thorne, 1998). En premier lieu, les problèmes par rapport à la confidentialité sont fortement liés au devis d'analyse secondaire fait par un chercheur qui n'a pas été impliqué lors de la première étude. Il semble qu'il pourrait être moins sensibilisé à cet aspect qu'un chercheur qui analyse à nouveau ses propres données.

En second lieu, les problèmes par rapport au consentement éclairé sont liés au fait que les sujets peuvent, de façon volontaire, avoir partagé leurs expériences sur un phénomène dans un but précis; un éloignement radical de ce premier but pourrait violer les conditions selon lesquelles ce consentement a été donné. En troisième lieu, le problème d'une violation de la non-malfaisance est relié à une transgression de l'intimité ou à des

attitudes de néocolonialisme où le chercheur croit que ses compréhensions face aux meilleurs intérêts des sujets sont davantage valables que celles que les sujets eux-mêmes pourraient avoir. En dernier lieu, ces mêmes auteurs considèrent que la distance entre les sources originales des données et l'analyste comporte des menaces à la fidélité dans l'interprétation des résultats, au-delà de ceux présumés dans la première étude.

À cet égard, nous considérons qu'étant la chercheuse de la première étude, le problème de la confidentialité semble n'avoir aucun sens. En ce sens, nous avons pris les mêmes mesures pour préserver la confidentialité que lors de la première étude. Ensuite, les attitudes néocolonialistes ne sont pas apparues, étant donné qu'elles vont à l'encontre de notre point de vue épistémologique. Ainsi, la première étude s'est effectuée dans un climat de confiance, de participation des infirmières à toutes les étapes du processus de recherche et de consensus.

Par rapport au consentement éclairé, dans la plupart des études qui utilisent un devis d'analyse secondaire, les chercheurs ne mentionnent pas le consentement éclairé. Il est possible qu'ils présument que le consentement original est étendu à la recherche secondaire ou qu'il n'a pas été jugé nécessaire (Heaton, 2004). Ainsi, au début, nous croyions qu'il n'était pas nécessaire de demander de nouveau le consentement éclairé puisque les nouvelles questions de recherche n'étaient pas radicalement différentes de celles de la première étude. De plus, et comme Heaton (2004) le souligne, cela peut représenter une dépense supplémentaire et un fardeau inutile pour les informateurs aussi bien qu'une limitation sur la portée de l'analyse que l'on permet au chercheur d'entreprendre. Toutefois, une conversation avec le responsable du comité d'éthique de la section des disciplines de la santé de l'Université de Montréal nous a informé, qu'étant donné le fait que les questions de recherche étaient différentes, il s'avérait nécessaire de redemander le consentement aux participantes. Ce qui a donc été fait (dans l'annexe 15 consentement en français et dans l'annexe 16 en espagnol).

Les mesures que nous avons prises pour assurer la protection de la vie privée et la confidentialité des données ont donc été les suivantes: obtenir un consentement libre et éclairé et continuer à utiliser les pseudonymes choisis par les participantes lors de la première étude. En outre, les participantes ont été informées des aspects principaux de l'étude avant de demander leur consentement éclairé.

Pour procéder à la réalisation de l'étude, nous avons donc obtenu l'autorisation de la direction des soins de l'hôpital (annexe 17), du comité d'éthique de l'hôpital (annexe 18) et du comité d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal (annexe 19 et annexe 20 le renouvellement du certificat).

CHAPITRE 4: RÉSULTATS

Les résultats de cette étude sont présentés en deux parties qui correspondent aux deux questions de recherche inscrites dans cette étude. Dans la première partie, nous présentons les résultats reliés aux conditions et aux dynamiques des contextes institutionnel, pratique et professionnel qui influencent le processus de production du savoir dans la pratique infirmière. Ces résultats correspondent à la première question de recherche de la présente étude.

Dans la deuxième partie, nous abordons les résultats de façon telle qu'on puisse (1) comprendre comment la réflexivité permet la production du savoir dans la pratique chez des infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs et (2) représenter les différentes étapes dans le processus de production du savoir. Ces résultats correspondent à la deuxième question de recherche.

4.1. LES CONDITIONS ET DYNAMIQUES DES CONTEXTES INSTITUTIONNEL, PRATIQUE ET PROFESSIONNEL

Dans cette première partie, nous exposons donc les résultats reliés aux conditions et aux dynamiques des contextes institutionnel, pratique et professionnel qui peuvent influencer le processus de production du savoir dans la pratique infirmière. Ces résultats correspondent à l'analyse effectuée à partir des propos et des journaux de bord des infirmières, de l'observation systématique de la pratique infirmière par la chercheure et aussi des documents créés dans et hors de l'hôpital par rapport aux soins infirmiers et à la profession infirmière dans le contexte espagnol¹.

¹ Rappelons que notre façon de conceptualiser le processus de production du savoir par la réflexivité, selon la théorie de Giddens, repose sur trois postulats. Le premier postulat est que les praticiens produisent des savoirs, le deuxième que cette production est toujours le fruit de la réflexivité individuelle (projet réflexif de soi) et du dialogue avec d'autres (réflexivité collective) et le troisième que cette production est influencée par les contextes pratique (micro contexte), institutionnel (règles et ressources) et professionnel (identité infirmière et autonomie professionnelle).

Premièrement, les résultats reliés au contexte institutionnel sont présentés; en second lieu, apparaîtront les résultats émanant du contexte pratique infirmier et, finalement, les résultats reliés au contexte professionnel¹.

4.1.1.- Le contexte institutionnel de la pratique infirmière dans une unité de soins intensifs

Les infirmières (acteurs) et les institutions (structure) ne sont pas des phénomènes indépendants, mais s'imbriquent dans une relation complexe et complémentaire. Il convient de voir les institutions non comme extérieures aux acteurs mais plutôt comme un élément constitutif et engagé dans l'action des acteurs. La théorie de Giddens conçoit donc les institutions comme des structures (règles et ressources) qui influencent les pratiques. Pour cet auteur, la structure se conçoit comme un ensemble de règles (constitution de sens et éléments normatifs) et de ressources (ressources d'autorité qui dérivent de la coordination de l'activité des agents, et ressources d'allocation qui proviennent du contrôle d'objets matériels ou d'aspects du monde matériel) qui peuvent habiliter ou limiter l'action des individus (1987)².

4.1.1.1. Les règles: constitution de sens et éléments normatifs dans la pratique infirmière

Les règles utilisées par les acteurs ont deux dimensions: elles sont liées à la constitution de sens (discours et codes de signification) et à la sanction des modes de conduite sociale (éléments normatifs) des personnes dont la conduite est condamnée ou

¹ À partir de la première section nous avons choisi de présenter les citations des participantes en caractères italiques, dans le but de créer un texte qui soit plus continu.

² Il semble nécessaire de mentionner que le contexte institutionnel n'est pas statique. Au cours de l'étude, ce contexte a évolué au fur et à mesure que les participantes ont modifié leur action et leurs savoirs au moyen de la réflexivité. Cependant, nous avons décidé de présenter la situation du contexte institutionnel initial dans le but de mettre en contexte la situation de départ des infirmières.

désapprouvée (contrainte qui dérive des réponses punitives qu'adressent des individus à d'autres individus).

Dans le contexte de cette étude, les modes de discours et les codes de signification influencent inévitablement la pratique infirmière et la production du savoir. Les infirmières constatent que les discours sont aussi différents entre les infirmières elles-mêmes qu'entre l'infirmière et le médecin. En ce qui concerne les infirmières, le discours est caractérisé par l'offre et la volonté d'aider l'infirmière responsable du patient.

Cristina : « [...] *elles me demandent souvent si j'ai besoin de quelque chose* ».

Bon : « [...] *quelques infirmières m'ont posé des questions pour mieux distribuer le travail* ».

Une autre des caractéristiques du discours utilisé entre les infirmières, et exprimée par les participantes, c'est la présence de commentaires qui n'ont pas leur place ou le fait de parler de sujets personnels devant le patient.

Bon: « [...] *en parlant de sujets personnels [...] on parle de choses du patient devant lui* ». Carla : « [...] *quelqu'un a fait des commentaires devant la patiente sous sédatifs: « Pauvre femme, regarde comme son état s'est empiré! », il y a eu des commentaires dans l'unité de soins* ».

En second lieu, les participantes constatent que la forme du discours entre infirmières est succincte, concrète et avec des phrases courtes. Elles expriment aussi que, même si le langage est succinct, la relation entre infirmières est bonne, empreinte de collaboration et de support mutuel.

Hortensia : « *Le langage utilisé entre toutes les infirmières a été correct à tout moment, caractérisé par des phrases succinctes et très concrètes [...] nous le faisons de façon inconsciente et je crois que c'est positif* ».

Bon : *« J'ai trouvé un super équilibre: quand le langage est catégorique, la relation est de même, quand le langage est plus familier, la relation l'est aussi ».*

Hortensia : *« C'est une relation d'amitié, de confiance et de collaboration [...] aucune réflexion ne me vient en tête [...] je trouve que c'est bien ».*

Elisa : *« [...] je me suis sentie très appuyée [...] la relation a été bonne: d'aide et de collaboration ».*

Par rapport à la dimension de constitution de sens des règles entre l'infirmière et le médecin, nous présentons premièrement la configuration du discours et les modes de communication qui se sont établis entre infirmières et médecins et, en second lieu, nous mettons en évidence les codes de signification ou des symboles. Pour les participantes, le langage qui s'établit avec les médecins dépend du médecin de garde et de la situation du patient. Dans certains cas, il est correct et cordial alors que dans d'autres cas, il est inexistant ou inadéquat.

En ce qui concerne la configuration du discours, les participantes affirment qu'une forme de discours est celle caractérisée par un ton élevé. L'infirmière et le médecin se parlent parfois en criant, surtout s'il y a de la distance entre eux. Les infirmières considèrent que cette forme de discours provoque un manque de respect envers le patient.

Bon : *« S'ils sont de l'autre côté de l'unité, ils me demandent les choses en criant, alors c'est avec un ton élevé que nous parlons, d'une manière cordiale et familière, en criant [...] s'ils me disent que je dois faire quelque chose, ils me le disent aussi en criant [...] mais à l'intérieur du cubicule, notre relation témoigne d'un manque de respect envers le patient [...] nous crions les choses et nous rions autant! ».*

Carla : *« Avec les médecins, lors de la première admission, nous parlons fort [...] moi, dans le cubicule et le résident dehors et tous crient [...] ».*

Lola: *«Plusieurs fois c'est le ton avec lequel il [le médecin] dit les choses plutôt que ce qu'il dit».*

Une autre des formes de discours est l'indifférence. Les participantes signalent que, parfois, les médecins n'écoutent pas les infirmières puisqu'ils leur posent des questions et ils n'attendent pas leur réponse.

Bon: *«Le médecin adjoint m'a adressé la parole seulement deux fois sans attendre ma réponse ; je ne considère donc pas cela comme de la communication».*

La forme du discours est aussi caractérisée par la présence de phrases succinctes ou de mots simples. Pour certaines participantes, ce langage est convenable au moment de l'admission du patient dans l'USI mais pour d'autres, les mots simples ne sont pas considérés comme une forme de discours.

Hortensia: *«[...] je ne trouve pas que les phrases succinctes soient mauvaises puisque, à ce moment-là, tu dois agir et évaluer le patient».*

Elisa: *«[...] je mets en doute le fait qu'il y ait eu une communication [...] je n'appellerais pas cela de la communication ni du langage, ce n'était que des mots simples ».*

Quelques participantes disent que, dans certains cas, la forme du discours est grossière et qu'il y a des commentaires inopportuns.

Marta : *« Le langage est rare, on fait des blagues mais on ne rit pas, on utilise le cynisme, tout peut être pris à double sens, nous ne rions pas avec quelqu'un mais bien de quelqu'un ou de quelque chose, c'est plus de la moquerie que des farces [...] le langage s'égaré vers mille et une anecdotes venues de je ne sais où [...] ».*

Manolita: *« Quand j'ai demandé aux médecins s'ils pouvaient mettre un cathéter central, ils m'ont demandé pourquoi. Je leur ai expliqué que c'était un homme qui*

avait des solutés contenant beaucoup de potassium, en plus des antibiotiques et des médicaments très forts et tout ça s'introduisait en lui par un accès veineux périphérique. Il pouvait faire une phlébite. Ils ont répondu qu'il était aussi possible que le plafond puisse tomber et que nous pourrions tous finir plein de champignons [...] je suis restée perplexe ».

Par rapport aux modes de communication entre les infirmières et les médecins, les participantes assurent que le premier mode de communication qui s'établit c'est celui de question-réponse. Le médecin questionne et l'infirmière répond et, parfois, c'est l'inverse.

Marta: « [...] mais nous ne dialoguons pas, nous suivons le schéma question-réponse, je questionne et il répond et vice-versa, je lui demande de l'information pour connaître le contexte de ce malade et il me demande les paramètres pour faire son évaluation ».

Le deuxième mode de communication identifié par les participantes est celui centré sur les ordres des médecins. Elles considèrent que tous les médecins agissent ainsi, sans exception, mais que la différence entre les uns et les autres est la façon dont ils donnent des ordres.

Hortensia: « Ils te disent: « S'il arrive ceci tu lui mets ça, s'il arrive cela tu lui mets ça [...] », le langage sert à donner des ordres, demander de l'information ou des données [...] il n'y a que le ton qui change, certains te parlent avec amabilité et respect ».

Certaines participantes ne considèrent pas ce mode de communication comme un ordre mais comme une demande et d'autres le vivent de manière différente. Les ordres sont parfois tellement nombreux que cela ressemble à une énumération d'ordres.

Marta: « Ce qui arrive c'est qu'ils te donnent la première instruction, la deuxième, la troisième, la quatrième et la cinquième [...] c'est une énumération d'ordres »

Finalement, les participantes affirment que le troisième mode de communication qui s'établit entre l'infirmière et le médecin est le type « inexistant » ou « presque inexistant ».

Cristina: « Avec l'un des médecins, la communication est nulle, complètement nulle, nous nous ignorons mutuellement [...] jusqu'au point où ils [le médecin et le résident] parlent du patient entre eux, ils l'évaluent, s'en vont et ne disent pas ce qu'il faut faire avec le patient, ils ne laissent même pas la feuille d'admission du patient complétée, rien de rien, ils vont souper [...] et avec l'autre, la relation n'était pas mauvaise mais elle était si strictement professionnelle qu'elle était distante, hiérarchisée, je ne la considère pas non plus comme une relation ».

Carla: « Il m'adresse peu la parole, pratiquement pas, seulement pour me demander la hauteur d'un drainage ».

Marta: « Nous ne nous sommes rien dit, quand le résident posait des questions sur le patient, le médecin adjoint répondait et le résident ne levait pas les yeux du cours clinique, il continuait d'écrire; alors je ne sais rien ».

Elisa: « Avec les médecins, pendant la première admission ça s'est passé très mal et dans la deuxième un peu mieux. Dans la première, je me demande s'il y a eu une communication, je n'appellerais pas cela une communication ni un langage, c'était seulement des mots [...] ».

Jusqu'à maintenant nous avons décrit la première partie de la dimension de la constitution du sens des règles, soit la configuration du discours et les modes de communication entre les infirmières et les médecins ainsi qu'entre les infirmières elles-mêmes. Nous examinerons maintenant la deuxième partie de la dimension de constitution de sens des règles, soit les codes de signification ou des symboles. La signification et le vécu des infirmières dans des rencontres face à face avec les médecins sont clairement

spécifiés dans les discours des participantes. Ainsi, les infirmières manifestent des sentiments de malaise ou d'irritation.

Marta: «[le langage] *mais on se disperse vers mille et une anecdotes et je ne sais pas d'où elles viennent ni où elles vont et, en vérité, c'est que je me sentais gênée par la façon dont l'admission se faisait; il s'agissait d'un patient très malade, et nous parlions de je ne sais quoi* ».

Hortensia: «[...] *j'étais irritée à cause de ce qu'il [le médecin] m'avait dit et de la mauvaise humeur parce que je n'ai pas répondu [...] je n'ai pas répondu simplement parce que je suis restée sans voix... je ne sais pas quoi répondre*».

Manolita: «[...] *je me suis sentie mal, très mal parce qu'ils m'ont dit des choses pas très adéquates et, au lieu de répondre, je me suis sentie si mal que je suis restée avec de la rage et de la mauvaise humeur, c'est-à-dire, avec de la rage pour ce qu'ils m'avaient dit et de la mauvaise humeur pour ne pas avoir répondu; et je n'ai tout simplement pas répondu parce que je suis restée abasourdie*».

Les participantes parlent aussi des sensations d'inconfort dans les rencontres avec les médecins.

Elisa: «*Je me sentais tendue, il y avait comme une espèce de mur épais entre nous deux*».

Cristina: «*Le médecin me dit une chose trois fois et dès la première fois je lui dis c'est bon, j'ai compris ; il recommence à me le dire et je lui dis que c'est bon...et je me demande finalement s'il pense que je suis sotte!, mais je ne lui dis rien; je ravale* ».

Par rapport à la dimension normative des règles¹, deux formes de sanction sont identifiées par les participantes en relation aux médecins: le manque de respect et l'attitude défensive face au jugement clinique des infirmières.

Bon: « *Le médecin adjoint m'a adressé la parole seulement deux fois sans attendre ma réponse [...]* ».

Lola: « [...] *les commentaires grossiers n'ont pas leur place et c'est tout. S'il y avait une bonne relation personnelle, il n'y aurait pas ces commentaires* ».

Marta: « *Mais...c'est que parfois nous atteignons des limites!, les médecins me demandent si j'ai pris une tension artérielle [...]* ».

Bon: « *C'est comme un poisson qui se mord la queue, ou bien il y a une mauvaise relation et elle dérive vers des aspects personnels ou bien la relation commence par des aspects personnels et dérive vers une mauvaise relation parce qu'elle n'est pas centrée sur des aspects professionnels* ».

La deuxième forme de sanction est reliée à l'attitude défensive des médecins quand les infirmières essaient d'apporter des arguments par rapport à ce qu'elles font ou de défendre le patient concernant certains ordres ou certaines techniques médicales.

Hortensia: « *Ça dépend de la personne. Nous savons qu'il y a des cas où on peut faire valoir ce qu'on fait parce qu'ils te respectent, mais quelques-uns nous respectent peu et d'autres ne nous respectent absolument pas [...] mais non seulement avec les admissions mais aussi en général, quand tu essayes de faire valoir ce que tu as fait ou de défendre la position du patient, ils se mettent directement sur la défensive, ou ils t'attaquent tout de suite* ».

¹ Rappelons que les règles utilisées par les individus ont deux dimensions: elles sont liées à la constitution de sens (discours et codes de signification) et à la sanction des modes de conduite sociale (dimension normative) des personnes dont la conduite est condamnée ou désapprouvée (contrainte qui dérive des réponses punitives qu'adressent des individus à d'autres individus).

Cristina: *«Ce qui arrive c'est que, selon le médecin avec lequel tu es, il se met plus sur la défensive [...] il m'est déjà arrivé d'essayer de me faire valoir, mais il a commencé avec ses réponses ironiques habituelles et, en plus, je suis entrée dans son jeu et je me suis sentie très mal [...] Non seulement je n'argumente pas, mais en plus je me laisse emporter».*

Hortensia: *«Cela m'est aussi arrivé et je pensais: suis-je donc stupide!, mais j'ai continué à le faire».*

Marta: *«Une chose est d'essayer et une autre, de réussir».*

4.1.1.2. Les ressources d'autorité et d'allocation dans la pratique infirmière

Les ressources d'autorité et d'allocation représentent respectivement le pouvoir humain et le pouvoir matériel. Par rapport au pouvoir humain, la pratique infirmière se caractérise par la présence de relations de pouvoir entre les médecins et les infirmières ainsi qu'avec l'infirmière-chef et l'institution.

Tout d'abord, la présence de relations de pouvoir entre les médecins et les infirmières se constate dans les discours des infirmières. Elles sont d'avis que, même si la relation idéale est de collaboration, la majorité du temps, ce n'est pas le cas. Ainsi, les participantes affirment que le problème de la relation avec les médecins c'est qu'elle est hiérarchisée.

Manolita: *« [...] ça dépend qui est de garde, nous savons d'avance s'il y aura une relation de commandement ou de collaboration ».*

Marta: *« Le problème que je vois c'est qu'il n'y a pas de relations qui se vivent sur un pied d'égalité entre les professionnels [...] si le médecin est en haut et l'infirmière en bas, la relation dépendra alors de son humeur [...] ».*

Cristina: «[...] la relation ne s'est pas passée si mal mais elle était strictement professionnelle donc distante, hiérarchisée [...] je ne considère pas non plus cela comme une relation ».

Lola: «Il m'est arrivé l'autre jour qu'un patient était très agité et je lui ai dit [au médecin] que l'on pourrait enlever le tube endotraquéal et il m'a dit: « quelle pression capillaire pulmonaire a-t-il? ». Je crois que plusieurs fois c'est pour s'affirmer, ils disent: « oui bon, mais il te manque cela! », car les médecins veulent rester au-dessus, c'est-à-dire, en te faisant remarquer que tu n'as pas regardé telle chose, il te reste à faire cela».

Elisa : «[...] une dame était sur le point de mourir et on a suggéré au médecin d'avertir la famille et il a dit qu'il le ferait quand elle serait morte et nous sommes restées assez déconcertées. Dépendamment du médecin, tu te sens un peu intimidée, parce que tu penses qu'il faudrait avertir la famille et alors qu'est-ce que je fais?, tu te retrouves entre l'arbre et l'écorce, ce doit être lui qui décide?, mais je n'aime pas ce qu'il dit ! ».

Les participantes affirment aussi que beaucoup d'activités réalisées avec le médecin consistent à faire ce que le médecin dit.

Marta: « Les activités avec les médecins consistent à leur donner le matériel et à faire ce qu'ils disent au moment qui leur convient ».

Bon: «Lors d'une admission, un médecin s'est seulement dirigé vers moi pour me commander de faire la secrétaire [...]. Il me le dit très poliment».

Les participantes pensent que, parfois, une relation ordre-soumission s'établit. Pour certaines, ce type de relation au moment de l'admission n'est pas mauvais mais pour d'autres, elles ne se sentent pas très à l'aise avec ce type de relation.

Elisa : « *C'est le rôle du médecin à ce moment; ce qui arrive dépend de la manière dont s'établit la relation; si c'est une relation d'ordre-soumission que l'équipe acceptera ou non, mais je crois que cette relation est correcte pour ce genre de situation* ».

Marta: « *Le médecin ne dialogue ni avec le patient ni avec l'infirmière parce qu'il ne parle pas, il ne fait que donner des ordres* ».

Manolita: « [...] *j'ai un langage soumis, je respecte les ordres* ».

Ensuite, la présence de relations de pouvoir est aussi reliée à l'infirmière-chef. Toutefois, le rôle de l'infirmière-chef est perçu de manière différente par la chercheuse et les participantes. Pour la chercheuse, le rôle joué par l'infirmière-chef a été d'être facilitatrice pendant tout le processus de recherche. L'infirmière-chef a offert le soutien matériel et humain nécessaire à la réalisation de l'étude: elle a décidé, conjointement avec la chercheuse, quel serait le meilleur jour pour convoquer une réunion pour tout le personnel infirmier et expliquer l'étude; chaque fois qu'on prévoyait l'admission d'un patient à l'unité, les infirmières ou l'infirmière-chef téléphonaient à la chercheuse pour pouvoir réaliser la reconnaissance du terrain et celle-ci venait observer la pratique infirmière au moment même de l'admission; la chercheuse parlait avec l'infirmière-chef pour trouver un lieu pour les réunions de groupe, et elles ont décidé de les faire dans une salle de l'École des sciences infirmières de l'hôpital; c'était l'infirmière-chef qui réservait le local pour les réunions. De plus, l'infirmière-chef a manifesté à la chercheuse son intérêt à participer à cette étude et celle-ci a donc proposé aux participantes la possibilité que l'infirmière-chef puisse faire partie du groupe.

Malgré cela, les participantes décident de ne pas accepter l'infirmière-chef dans les réunions de groupe parce qu'elles croient que ce serait un élément déformant. En effet, certaines pensent qu'en devant parler des déficiences de leur pratique devant l'infirmière-chef, elles ne seront pas aussi sincères et critiques envers leur pratique.

Manolita: *«Moi, je ne vois pas ceci clairement, [...] ici nous sommes entre collègues et j'explique que je ne dis rien au patient et j'analyse mon silence, mais si elle est présente aux réunions, je crois que cela va m'intimider».*

Bon: *«Moi, je ne le vois pas bien, c'est déformant».*

Marta: *«Je crois que nous travaillons dans un contexte où les erreurs sont soulignées, et je ne crois pas que ce soit opportun».*

Elisa: *«Je vois des avantages et des inconvénients, je suis d'accord avec Manolita que sa présence pourrait nous intimider mais je crois aussi que sur quelques points elle pourrait nous aider, nous soutenir, elle pourrait intercéder pour nous dans la situation mais c'est certain qu'elle pourrait aussi fausser nos propos».*

Enfin, l'institution exerce du pouvoir dans deux volets bien distincts. Il y a d'un côté, ce que les infirmières perçoivent comme imposé aux niveaux de la formation et de l'implantation d'un modèle conceptuel dans la pratique infirmière.

Bon: *« Mais est-ce que tu penses vraiment que l'hôpital a implanté le modèle?, parce que moi je ne vois le modèle nulle part; pour moi, les documents infirmiers, ce n'est pas ça le modèle, je pense qu'avant, on travaillait plus avec le modèle qu'en ce moment parce que, maintenant, il faut donner le bain au patient le soir, qu'il le veuille ou non! ».*

Manolita: *« C'est ça, ne faut-il pas prendre en compte l'opinion du patient? Qui évaluons-nous? Si un patient ne veut pas prendre son bain le soir, il faut lui donner un bain parce que sinon, le matin il boude, alors non! [...] mais quel modèle, quelle théorie favorisent la participation du patient, qu'est-ce que cette théorie! ».*

Marta: *« [...] ce sont des choses contradictoires, tu fais un plan de soins et, plus tard, finalement tu lui donnes un bain le soir qu'il aime cela ou non [...] le problème est que le modèle ne peut pas être implanté à partir d'un ou deux cours ».*

Cristina: « *Ce fut quelque chose d'imposé et nous ne nous sentons pas impliquées* ».

Par ailleurs, la vision des soins infirmiers et des professionnels infirmiers par l'institution n'est pas évidente. D'un côté, sur le site web de l'hôpital et concrètement dans la description de l'USI, l'équipe humaine de l'unité est décrite comme suit: directeur de l'unité (médecin), sous-directeurs de l'unité (médecins), médecins staff, médecins de garde, infirmière-chef et secrétaire¹. D'un autre côté, dans les archives annuelles de l'hôpital (année 2001), il existait une section destinée aux infirmières où l'on mentionnait le nombre total et partiel des infirmières/unité travaillant dans l'hôpital ainsi que les objectifs que l'hôpital avait planifiés au début de l'année pour les infirmières et le degré d'atteinte de ces objectifs.

Tel que mentionné au début de cette section, les ressources d'allocation représentent le pouvoir matériel. Par rapport à ceci, plusieurs aspects sont relevés: la primauté de la haute technologie et des techniques par les infirmières et l'organisation de l'unité. Ainsi, la pratique infirmière se caractérise par une priorité inconsciente des aspects physiques des personnes, des techniques et des activités déléguées.

Marta: « *Tout ce qui est l'évaluation de l'hémodynamique, la respiration, les aspects neurologiques [...] chacune l'évalue et regarde où des complications peuvent se produire [...]* ».

Cristina: « *Je crois que, la plupart du temps, nous nous dédions plus à des techniques de soins et à des fonctions déléguées qu'à notre rôle propre [...] nous ne tenons que peu compte de l'aspect psychologique et émotionnel du patient et de la famille* ».

¹ Il est intéressant de mentionner qu'aujourd'hui, la situation est la même (pour plus d'informations: [http://www.santpau.es/sheet.asp?SheetID={01BE5F77-4A60-445D-97AF-A7D6A7802E70}&type=s&ServiceNumber=1&ServiceName=M%26grave%3Bdics&Release=2\)](http://www.santpau.es/sheet.asp?SheetID={01BE5F77-4A60-445D-97AF-A7D6A7802E70}&type=s&ServiceNumber=1&ServiceName=M%26grave%3Bdics&Release=2))

Manolita: « [...] *on laisse de côté les aspects davantage reliés à notre rôle propre pour aller vers ceux qui nous sont délégués* ».

Carla: « [...] *souvent, l'infirmière fait des choses qui ne sont pas de son ressort, surtout dans la prise de décisions, comme par exemple le fait d'augmenter ou de diminuer la dose des médicaments [...] ce sont des décisions que nous sommes habituées à prendre et il y a des moments où on dirait que c'est une obligation* ».

Le pouvoir matériel est aussi présent dans l'organisation de l'unité. Premièrement, les infirmières considèrent que le manque d'espace où l'on pourrait parler tranquillement avec la famille est l'un des aspects qui influence les soins apportés à la famille.

Marta: « *Il manque un lieu pour pouvoir informer [la famille], qui ne soit pas le couloir, où il y a des gens qui entrent et d'autres qui sortent* ».

En second lieu, les infirmières considèrent que le manque de temps et l'excès de travail sont également des éléments de l'organisation de l'unité qui exercent du pouvoir sur l'action infirmière.

Cristina: « *On doit essayer de dédier du temps pour lire l'histoire [information clinique du patient]* ».

Marta: « *Parce que le Swan-Ganz primait, parce que le patient était instable [...] la surcharge de travail t'amène à agir et à ne pas parler, moi en tout cas, quand j'ai beaucoup de travail je ne parle pas, j'agis [...]. Ceci me rappelle la question de la qualité-quantité. C'est comme la commission sur la qualité que l'hôpital a créée et paradoxalement, chaque fois nous avons plus de travail, par conséquent la qualité diminue* ».

Hortensia: « *Parfois tu es angoissée [...]* ».

Bref, les règles et les ressources qui caractérisent le contexte institutionnel de l'unité de soins intensifs marquent la pratique infirmière et, conséquemment, la production du savoir. Premièrement, les règles imbriquées dans le contexte se caractérisent par des discours succincts et concrets entre les infirmières, d'offre et de volonté d'aider, démontrant ainsi une relation de collaboration et de support mutuel. Par contre, les discours entre les infirmières et les médecins sont définis par la présence de cris, de phrases succinctes, de mots simples, de grossièretés et de commentaires inopportuns insérés dans une communication de type question-réponse, basé sur des ordres médicaux et, parfois, une relation qualifiée de presque inexistante. Dans ces conditions et ces dynamiques, les infirmières développent des sentiments de malaise, d'irritation et d'inconfort. De plus, deux types sanctions sont visibles: le manque de respect envers l'infirmière et l'attitude défensive des médecins face au jugement clinique des infirmières. En second lieu, les ressources d'autorité qui se dégagent du contexte sont les relations de pouvoir entre les médecins et les infirmières ainsi que le rôle de l'infirmière-chef et de l'institution. Les ressources d'allocation démontrent le pouvoir de la haute technologie et des techniques ainsi que l'influence de l'organisation de l'unité sur les soins.

En tenant compte de ces conditions et dynamiques du contexte institutionnel, la section suivante fait état du contexte pratique tel qu'observé et analysé par les infirmières et tel qu'observé par la chercheure.

4.1.2.- Le contexte pratique dans une unité de soins intensifs¹

La description du contexte pratique des infirmières travaillant aux soins intensifs s'avère nécessaire pour comprendre les conditions et les dynamiques qui influencent la production du savoir, notamment par rapport au savoir produit en regard du patient et de la famille. Dans cette section, nous exposons la pratique infirmière telle qu'observée, annotée et analysée par les participantes ainsi que l'observation effectuée par la chercheure².

Le langage, les activités et les relations de l'infirmière avec le patient

Tout d'abord, les infirmières constatent que le langage utilisé avec le patient est insuffisant ou inexistant, surtout si le patient est sous sédatif, inconscient ou dans un état grave.

Elisa : « Mes deux patients ont été admis inconscients, la communication avec eux a été nulle, ni verbale ni non verbale ».

Marta : « [...] avec un patient inconscient, il m'est arrivé de me rappeler qu'une personne était dans le lit quand je me suis souvenu de la famille ».

¹ Il semble nécessaire de mentionner que le contexte pratique n'est pas statique. Au cours de l'étude, ce contexte a évolué, tout comme les participantes qui ont modifié leur action et leurs savoirs au moyen de la réflexivité. La chercheure a décidé de présenter la situation du contexte pratique initial dans le but de contextualiser la situation de départ des infirmières. L'évolution de ce contexte est davantage développée dans la deuxième partie des résultats.

² Rappelons que pour l'observation directe de la pratique infirmière, (i) chaque participante observait deux patients qui étaient admis à l'USI; le temps de l'observation durait tout le quart de travail. Le processus d'observation était le suivant: premièrement, les participantes observaient le langage utilisé, les activités réalisées et la relation établie avec le patient, la famille, les médecins et les collègues. Par la suite, elles faisaient dans leur journal de bord une description de tous les éléments observés. Finalement, elles évaluaient la collecte de données infirmières utilisées après l'arrivée du patient à l'USI. La grande partie des résultats concernant les médecins et les collègues infirmiers a été développée dans la section du contexte institutionnel; (ii) la chercheure a observé six (6) infirmières au moment précis de l'admission du patient dans l'USI et elle a aussi analysé la collecte de données infirmières.

L'une des participantes justifie le manque de communication avec le patient en disant que "[...] *le travail était inversement proportionnel à la communication*". Si elles s'occupent d'un patient inconscient mais hémodynamiquement stable, il y a davantage de communication que si ce même patient est instable.

Une autre des caractéristiques du langage avec le patient est l'utilisation de phrases toutes faites ou incorrectes.

Hortensia : « [...] *l'expression: "ne vous inquiétez pas, nous ne vous ferons pas mal", que nous utilisons beaucoup, je la trouve incorrecte [...] si elle s'inquiète, ce que je peux essayer, c'est de diminuer sa préoccupation par de l'information préalable à toute intervention* ».

Manolita : « *Je disais à la dame: "une petite piqûre, nous ne vous ferons pas mal", alors que nous lui ferons sûrement mal [...] ou la phrase: "c'est une petite piqûre pour vous faire des examens et ne plus vous piquer", cette dernière partie est de trop parce que nous allons sûrement la piquer encore et si nous lui disons tout ça, cela va faire en sorte que le patient perdra confiance en nous* ».

La majorité des participantes n'appellent pas le patient par son nom. La raison c'est que, lors de l'admission du patient à l'unité, son historique est recueilli par le médecin pour connaître davantage sa situation de santé. En général, les participantes utilisent contre leur gré et pensant que c'est incorrect un surnom pour l'appeler, elles l'appellent « *majo* » ou « *majico* » (mignon ou petit mignon). L'utilisation de ce surnom est très répandue chez les infirmières de l'unité.

Bon : « [...] *comme je ne savais pas son nom parce que c'est le médecin qui avait les papiers, je lui criais majico* ».

Hortensia : « [...] *si tu te sens mourir et que les gens courent partout, le fait qu'ils t'appellent par ton nom est ce qui t'importe le moins, si tu notes qu'ils sont en train de lutter pour leur vie, ça me paraît suffisant* ».

Les participantes considèrent aussi incorrect le fait d'utiliser des diminutifs en parlant avec le patient.

Lola : « [...] *tu peux dire à un enfant de lever sa petite jambe mais tu ne peux pas dire ça à un homme de 50 ans qui pèse 70 kg, ce n'est pas une petite jambe mais bien une jambe...nous les traitons comme des enfants* ». Et Carla ajoute: « *Comme des enfants et comme des attardés* ».

Quelques participantes disent aussi qu'elles donnent peu d'explications au patient et d'autres fois, elles oublient de les donner. Elles considèrent aussi que les explications sont unidirectionnelles puisqu'elles n'attendent pas la réponse du patient.

Manolita : « *Elle avait fait une attaque, elle avait une encéphalopathie hépatique, elle était sur off mais je lui ai tout expliqué...puis je l'ai laissée et j'ai commencé à parler avec le résident...aïe!...comme si elle n'existait pas...tu parles avec le patient, très bien, et puis après, je lui explique que je vais changer le pansement et je continue à parler avec ma collègue* ».

Bon : « *Nous allons à notre rythme, je le vois quand le médecin me demande quelque chose et qu'il n'attend pas ma réponse. Je ne me rends pas compte que je fais la même chose car je n'attends pas la réponse du patient* »

Certaines participantes disent qu'elles se présentent et s'identifient quand un patient arrive à l'unité alors que d'autres disent le faire plus tard et finalement, d'autres infirmières reconnaissent qu'elles ne se présentent ni ne s'identifient jamais auprès du patient.

Hortensia : « *Je ne me suis ni présentée ni identifiée au patient, je lui ai seulement dit que j'étais infirmière 30 minutes après son arrivée a l'USI et en ce qui concerne le deuxième patient, je me suis présentée en disant mon nom mais seulement quelques minutes plus tard. Quand la situation est grave, que le patient est en train de mourir, je pense que ça n'est pas important*».

En ce qui concerne la forme du langage, toutes sont d'accord sur le fait que, la majorité du temps, elles crient.

Bon : *« J'ai parlé au patient mais j'aurais mieux fait de ne pas le faire parce que tout ce que j'ai fait fut de lui crier dans l'oreille et comme je ne connaissais pas son nom j'ai crié majico ».*

Cristina : *« [...] je leur parlais en criant alors que je crois qu'aucun n'était sourd ».*

Le dernier aspect commenté par les participantes est le fait de parler entre elles de sujets personnels devant le patient comme, par exemple: demander à une collègue comment elle a trouvé le film de l'autre jour ou lui demander ce qu'elle a fait la veille au soir. Certaines participantes incluait les patients conscients dans la conversation.

Hortensia: *« Moi aussi, j'avais annoté tout ça dans mon journal. Je donne des explications au patient et, tout de suite, je dis à ma collègue : écoute !, comment as-tu passé la nuit? ».*

Carla : *« On parle trop de thèmes personnels dans les cubicules, tu te mets à parler de beaucoup de sottises ».*

Lola : *« Moi, ce que je fais parfois c'est d'inclure dans la conversation le patient ».*

Bon: *« Mais c'est durant les soins personnels au patient ! ».*

Marta: *« Non, c'est pour que cet homme sache quelque chose de l'extérieur ».*

En ce qui a trait aux activités des infirmières avec le patient, elles se rendent compte que les priorités de l'infirmière sont différentes de celles du patient.

Carla : *« [...] la seule chose que disait le patient c'est qu'il avait mal à la tête et je lui répondais que nous lui donnerions un analgésique quand nous le pourrions. La*

communication du patient se limitait à la douleur, verbale et non verbale puisque, quand je l'ai installé, il s'est tout de suite recroquevillé, la lumière le dérangeait...nous étions plus intéressées par le travail: installer le patient, terminer les choses et, plus tard, nous lui donnerions l'analgésique et ça je m'en suis rendu compte...je lui demandais s'il savait où il était, pour évaluer le Glasgow car il avait une hémorragie cérébrale et il répondait qu'il en avait assez qu'on lui demande toujours la même chose...il disait qu'il avait mal à la tête... ».

Elles constatent subséquemment un manque de priorité dans la réalisation des soins. Ce qu'elles font réellement est d'appliquer le protocole d'admission. Ce protocole consiste à installer le patient, prendre les signes vitaux, faire les techniques de soins nécessaires, effectuer les prises de sang pour les analyses et administrer la médication. Les participantes affirment aussi que ce protocole s'applique de manière automatique, sans penser, car il est intériorisé dans la dynamique de l'admission. Cet automatisme dans la réalisation des activités fait en sorte que tout se fait plus rapidement sans trop faire attention au patient.

Carla : « On fait tout très rapidement et de manière automatique alors qu'à ce moment le patient peut te demander quelque chose et tu réponds: plus tard, plus tard! ».

Elisa : « Mécaniquement, nous enlevons des tubes et nous mettons je ne sais quoi? ».

Marta : « Ce n'est pas seulement ce que tu fais mais comment tu le fais...les activités que nous faisons sont « sur » le patient et non avec la personne...ce sont des activités « sur » un objet ».

Ce type d'intervention des infirmières a aussi comme conséquence que certains aspects essentiels d'un soin intégral au patient en phase critique ne soient pas menés à terme.

Marta : « Tout ce qui est l'évaluation de l'hémodynamique, la respiration, les aspects neurologiques...chacune l'évalue et regarde où peuvent apparaître les

complications...à propos de la dimension psychologique, c'est là où les problèmes commencent...tu vises la survie alors qu'elle est peut-être déjà assurée ».

Manolita : *« Toutes les activités reliées à la dimension psychologique et spirituelle de la personne sont laissées de côté ».*

Quelques participantes justifient le manque d'activités reliées aux aspects psychologiques par la difficulté de communiquer avec ce type de patients.

Carla : *« Avec un patient ayant une trachéotomie ou intubé, la communication ne dure pas deux minutes, surtout quand on aborde ces sujets, beaucoup ne peuvent pas écrire...j'ai beaucoup de difficulté à communiquer avec certains patients ».*

Marta: *« Nous le faisons souvent mais pas à cette fin, c'est plutôt pour faire une évaluation neurologique du patient ».*

Les participantes pensent aussi que la rapidité avec laquelle elles réalisent les activités a comme conséquence qu'elles ne laissent pas le patient participer.

Bon : *« On lui demande de lever le bras et on est déjà en train de le lui lever ».*

Carla : *« De cette façon tu finis avant le temps ».*

Les lacunes au niveau de l'évaluation et de l'enregistrement du niveau de douleur ainsi que la réévaluation insuffisante sont d'autres réflexions des participantes en regard de leur pratique. Elles pensent également que le respect de l'intimité des femmes est moins pris en compte. Lors de l'admission d'un homme, un drap plié est mis sur les organes génitaux jusqu'à ce que les examens physiques soient faits. Dans le cas des femmes, elles agissent de la même manière mais les participantes croient que c'est un manque de respect de ne pas couvrir les poitrines des femmes.

Elisa : *«[...] il est arrivé que tout le monde regardait la poitrine de la dame ou ce qui était à la vue de tous, ça arrive souvent ».*

Finalement, les participantes en sont arrivées à la conclusion que la relation qu'elles établissent avec le patient peut souvent être marquée par un manque de respect.

Carla : « *C'est un manque de respect même si parfois ça ne paraît pas [...] ce n'est pas volontaire* ».

Bon : « *C'est en fait un manque de respect [...] même si parfois ce manque n'est pas évident* ».

Manolita : « *C'est un manque de respect, c'est une relation où il y a un manque de respect* ».

Bref, le langage, les activités et les relations de l'infirmière avec le patient se caractérisent par un langage parfois insuffisant ou inexistant, surtout si le patient est sous sédatif, inconscient ou dans un état grave; ainsi, l'utilisation de phrases toutes faites ou incorrectes, le fait de donner peu d'explications de façon unidirectionnelle, les cris, l'absence de présentation et d'identification et le manque de priorité des soins selon les demandes du patient, l'application du protocole d'admission et la rapidité avec laquelle se fait cette admission, le fait de ne pas encourager la participation du patient et la préoccupation par l'intimité des femmes sont autant d'aspects importants sur lesquels il faudra savoir se pencher.

Le langage, les activités et les relations de l'infirmière avec la famille

Tout d'abord, les infirmières affirment qu'elles donnent de l'information à la famille mais qu'elles ne communiquent pas avec elles.

Manolita : « *Tu leur expliques un peu l'état du patient ou les tubes qu'il porte parce que c'est un impact important...je donne de l'information mais je n'établis aucune communication* »

Hortensia: « [...] *cela a été une relation plutôt d'information* [...] ».

Les participantes affirment qu'elles ne savent pas quelle information médicale a été communiquée à la famille, car le médecin parle avec la famille sans dire au reste de l'équipe ce qu'il a mentionné. De ce fait, quelques participantes évitent parfois la famille.

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

Lola : « [...] *j'ai peu parlé [...] c'était comme si j'étais moi-même en train d'éviter la situation [...] la famille n'a pas posé beaucoup de questions* ».

La majorité des participantes se présentent à la famille mais peu s'identifient. Certaines le font tard, après avoir parlé un moment avec la famille. Seulement deux participantes croient à l'importance de se présenter avec le prénom et le nom de famille. En outre, certaines participantes constatent qu'elles ont supposé le lien de parenté entre les personnes présentes sans toujours l'avoir bien deviné.

Marta : « [...] *tu peux te tromper en supposant qu'une femme est la fille ou la mère du patient* ».

Lola : « *Ce que je fais habituellement, c'est de demander le lien de parenté* ».

Les participantes affirment qu'elles parlent à la famille avec amabilité mais cette amabilité frôle parfois le paternalisme quand elles utilisent un ton protecteur et infantilisé.

Bon : « *Nous voulons une relation si intime avec la famille que nous leur disons : « C'est un petit orifice » au lieu de leur dire : C'est une trachéotomie* ».

Elisa : « [...] oui !, je le disais à une famille : « quand on lui fera le petit orifice [...] » et elle me répondait : « ah ! la trachéotomie [...] », je ne sais pas, parfois tu restes un peu mal à l'aise ».

Finalement, l'usage de phrases toutes faites ou incorrectes avec la famille a également été l'un des aspects commentés par les participantes.

Manolita : « Un parent d'un patient disait qu'il se sentait coupable parce que le monsieur avait eu une attaque cardiaque chez lui et il ne savait pas très bien ce qu'il devait faire [...] je lui ai répondu de ne pas se préoccuper, d'oublier ce qui était arrivé, que maintenant il était là [...] on ne peut pas dire à un parent d'oublier ce qui s'est passé [...] ce sont des phrases qui sortent de façon inconsciente ».

Par rapport aux activités des infirmières avec la famille, celles-ci considèrent que les familles reçoivent peu d'attention de la part des infirmières quand elles attendent dans la salle d'attente. Le temps d'attente des familles varie selon la gravité du patient et il peut être d'une demi-heure à plusieurs heures. Durant ce temps, la famille ne reçoit aucun type d'attention.

Bon : « [...] tu laisses la famille pour la fin [...] quand tout est fait, ils peuvent entrer ».

Les infirmières expliquent que les soins infirmiers à la famille consistent à donner de l'information sur les horaires de visite et noter leurs numéros de téléphone. Certaines participantes demandent en plus s'ils ont des questions ou s'ils ont besoin de quelque chose. D'autres participantes ne font que donner des explications ou clarifier des doutes si la famille pose des questions

Marta : « [...] il m'a demandé des choses et je lui ai confirmé une partie de l'information qui n'était pas claire [...] j'ai demandé à la famille si elle avait vu le

malade avant et je leur ai expliqué tous les appareils qu'il avait sur lui [...] j'ai accompagné la famille tout le temps qu'elle était là ».

Bon : *« Je pose des questions seulement quand ils m'en posent...la majorité est informée et s'ils te posent des questions alors je leur demande si le médecin les a informés, ce qu'il leur a dit et alors seulement ils te confient leurs doutes ».*

Les participantes sont d'accord pour dire que la famille est très importante pour mieux connaître le patient et lui procurer des soins de qualité.

Elisa : *« La famille peut aider beaucoup [...] quand la famille vient et te dit : “ pour lui qui est si nerveux, être ici, nous verrons quand il se réveillera!”, c'est-à-dire, qu'il est nerveux, et qu'il faudra faire attention à son réveil, on doit commencer à penser à des interventions, à ce que nous ferons [...] ils peuvent te donner de l'information qui ne peut venir du patient ».*

Malgré cela, les participantes considèrent que le jour de l'admission n'est pas un moment opportun pour faire l'entrevue familiale. Quelques participantes expliquent cette situation par le fait que les familles sont habituellement trop angoissées et préoccupées pour répondre aux questions portant sur leur parent.

Lola : *« Je crois qu'ils sont trop abasourdis pour penser à ce que tu leur demandes ».*

Elisa : *« Je crois qu'on ne peut pas être catégorique. Il y a des familles qui parlent beaucoup, de façon exagérée, et qui veulent te raconter toute la vie du patient alors tu en profites ».*

Bref, la pratique infirmière avec la famille se réalise par le biais d'activités reliées à l'information mais malgré cela, elles évitent parfois la famille ; elles se présentent à la famille mais s'identifient rarement; l'amabilité peut frôler le paternalisme ; elles utilisent

parfois des phrases toutes faites ou incorrectes et elles considèrent que le jour de l'admission n'est pas le moment adéquat pour faire l'entrevue familiale.

L'observation de la pratique infirmière par la chercheure

Lors de l'étude, nous avons observé six (6) infirmières pendant l'admission d'un patient dans l'USI. Nous avons suivi le même schéma d'observation fait par les participantes à l'étude (huit infirmières)¹. Nous avons également effectué une analyse de la collecte de données infirmières au moyen d'un guide élaboré par nous-mêmes (annexe 12).

Par rapport à l'observation de la pratique infirmière, nous détectons que la communication entre infirmières est la plus fréquente dès que le patient arrive, jusqu'à ce qu'il soit finalement confortable. Le langage utilisé entre elles est technique et relié au contrôle des tubes, des paramètres hémodynamiques, à la préparation des tests pour établir le diagnostic, à la prise de sang, entre autres.

Pendant la communication entre infirmières, elles font parfois des commentaires hors contexte devant le patient. Lors d'une admission, une infirmière disait : « *Combien de temps sans faire un électrocardiogramme!* » (Oinf.3)²; dans une autre admission, deux (2) infirmières commentent la situation de santé d'une collègue infirmière (Oinf.2) et dans trois (3) des six (6) admissions, les infirmières parlent du traitement et du diagnostic d'autres patients devant le patient qui venait d'être admis dans l'USI (Oinf.1, Oinf.3, Oinf.5).

Or, nous constatons que le langage entre l'infirmière et le patient peut être concis et peu abondant. Deux (2) infirmières lui souhaitent la bienvenue pendant l'admission, le réconfortent et lui expliquent ce qui va se passer (Oinf.1 et Oinf.6) mais l'une de ces

¹ Pour l'observation directe, nous avons utilisé le journal de bord. Nous avons annoté les observations sur le langage utilisé par les infirmières, sur les activités réalisées par les infirmières et sur les relations sociales qu'elles avaient avec le patient, la famille, les infirmières et les médecins, afin d'identifier ce qui apparaît le plus caractéristique chez les infirmières quand un patient arrive à l'unité de soins intensifs (USI).

² Oinf3 : O= Observation, inf= infirmière et 3= code de l'infirmière observée.

infirmières communique moins quand elle s'aperçoit que le patient est sous sédation (Oinf.1); une (1) seule infirmière donne des explications ou parle avec le patient quand il paraît nerveux ou s'il veut quelque chose (Oinf.3) et trois (3) infirmières n'établissent aucune communication avec le patient (Oinf.2, 4, 5).

Le langage entre l'infirmière et le médecin est pratiquement nul et, dans le cas où s'établit une certaine communication, celle-ci est presque unidirectionnelle (du médecin à l'infirmière); le médecin demande des paramètres hémodynamiques aux infirmières ou donne des ordres pour les prochaines minutes ou heures. De l'autre côté, les infirmières s'intéressent à demander des aspects reliés à la médication et l'une questionne sur les drainages du patient (Oinf.1).

Finalement, le langage de l'infirmière avec la famille est toujours le même: une fois le patient installé, l'infirmière appelle la famille, elle entre dans le cubicule et l'infirmière demande un numéro de téléphone pour les localiser, explique les horaires de visites de même que l'infrastructure de l'unité. Dans un cas (Oinf.4), toute cette information est donnée avant que la famille entre dans le cubicule et, dans un autre cas, l'infirmière explique que le patient dort parce qu'il est sous sédatif (Oinf.3).

Les activités les plus fréquemment réalisées par les infirmières sont les suivantes : les techniques, le contrôle et la surveillance des tubes, des médicaments et cathéters ainsi que l'exécution des prises de sang et des tests complémentaires tels que faire un électrocardiogramme, le soin d'une blessure, le changement des pansements ou l'administration de la médication. Dans quelques cas (4), après ces activités, les infirmières offrent au patient un massage avec crème, procurent de l'hygiène vésicale et réconfortent le patient. Ces activités sont enregistrées dans la feuille journalière du patient mais l'évaluation de ces soins n'y apparaît pas (par exemple : si elles donnent un massage au patient, il y manque l'évaluation de la peau, à savoir si elle est sèche, fragile ou normo hydratée).

Par rapport aux relations, nous avons d'abord observé qu'il y a très peu d'interactions entre l'infirmière et le patient. Deux (Oinf.5, 6) des six infirmières orientent le patient dans le temps et dans l'espace; deux (Oinf.1, 3) des six infirmières appellent le patient par son nom à la fin de l'admission; une infirmière (Oinf.4) s'est présentée au patient avec son nom et aucune infirmière ne s'est identifiée. La relation entre infirmières est caractérisée par la collaboration et l'entraide. La relation qui s'établit entre l'infirmière et le médecin (quand il y en a une) est d'ordre-exécution, et seulement dans un cas (Oinf.3) le médecin explique la situation de santé et le plan à suivre à l'infirmière. Finalement, la relation de l'infirmière avec la famille est minimale. L'infirmière, après avoir donné toute l'information reliée à l'unité, la laisse dans le cubicule. L'infirmière ne demande rien à la famille relativement au patient sauf une infirmière (Oinf.5) qui, sans n'avoir rien demandé, écoute la famille qui veut expliquer certains aspects du comportement de son parent.

Nous avons aussi analysé la collecte de données infirmières au moyen d'un guide (annexe 12). Nous avons annoté, dans ce guide, les aspects du patient évalués par l'infirmière au moment de l'admission et avons refait cette analyse 24 heures après l'admission afin de voir si l'infirmière avait ajouté des informations supplémentaires. Ces données sont présentées à l'annexe 21. Nous notons qu'en ce qui concerne l'enregistrement et le contrôle des signes vitaux et du diagnostic médical, 100% des infirmières le font, alors que 85% d'entre elles enregistrent et contrôlent les cathéters et les différents tubes : sonde nasogastrique (sng), vésical (sv), rectal (sr) et abdominal/pulmonaire/intracrânien. Dans environ 50% des cas, les infirmières enregistrent et évaluent les sécrétions, l'élimination, le mouvement, l'état de la peau et de la muqueuse, le niveau de conscience et le fait d'avoir donné de l'information à la famille. Finalement, la qualité du sommeil, de la communication, de la douleur, de l'état émotionnel ou l'enregistrement de données sur la famille sont mentionnés et évalués dans une proportion allant de 0 à 50%.

La pratique infirmière concrète telle qu'observée par les infirmières et la chercheure par rapport au patient et à la famille vient d'être décrite. La section suivante

décrit le contexte professionnel espagnol en examinant d'où vient la profession, comment elle s'est développée et, finalement, quelle est la situation actuelle.

4.1.3.- Le contexte professionnel infirmier espagnol

Tel que mentionné, le contexte historique, social et politique dans lequel la profession infirmière s'est développée a exercé une influence sur la profession et, par conséquent, sur le développement des savoirs issus de cette pratique professionnelle (Bourdieu, 1980; Racine, 1997). L'objectif de cette section est donc de contextualiser quelques propos tenus par des infirmières participantes à cette étude par rapport à l'autonomie et à l'identité infirmières. Pour ce faire, nous présentons, premièrement, une brève description du développement de la profession infirmière en Espagne et, en second lieu, nous exposons les témoignages des infirmières participantes à cette étude par rapport à l'autonomie et l'identité infirmières.

L'évolution de la profession infirmière en Espagne

À la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième, la profession infirmière s'institutionnalise, la formation se planifie et les normes pour la pratique quotidienne s'établissent (époques similaires à d'autres pays). En Espagne, le démarrage officiel de la profession infirmière débute en 1857, avec la Loi d'Instruction Publique où la formation était officialisée par l'inclusion des titres de sage-femme (*matronas*), praticiens (*practicantes*) et infirmières (Dominguez, 1990). Ces titres devaient être obtenus par un examen devant un jury constitué par la Faculté de médecine. L'existence de ces trois catégories différentes pour la prestation de soins a exercé un impact sur le développement ultérieur de la profession infirmière en Espagne (García et Martínez, 2001).

Les études pour chacune de ces trois catégories de formation ont suivi des chemins différents mais, en 1945, les fonctions de chaque professionnel ont été spécifiées pour la première fois. Les statuts des professions sanitaires et des ordres officiels d'auxiliaires

sanitaires précisait que : (i) le praticien était l'auxiliaire du médecin dans toutes ses activités professionnelles; (ii) la sage-femme était autorisée à participer aux accouchements normaux et, (iii) les infirmières étaient les auxiliaires subalternes du médecin, recevant des ordres de lui, et celles-ci n'avaient donc pas la possibilité de réaliser seules leur travail (Miró, 2008).

Au début des années 1950, commençait en Espagne une croissance hospitalière qui générait une plus forte demande de professionnels de la santé. Pour remédier à cette situation, la plupart des hôpitaux créèrent leurs propres écoles en soins infirmiers dans le but de s'auto-suffire en professionnels infirmiers. Il est probable que cette situation a conduit le ministère de l'éducation à organiser les études en soins infirmiers. Ainsi, le ministère a promulgué le décret du 4 décembre 1953 où les trois titres (infirmière, praticien et sage-femme) ont été regroupés en un seul, soit l'Aidant Technique Sanitaire (ATS).

Ce nouveau professionnel était destiné principalement à être l'auxiliaire du médecin, en mettant l'accent sur les tâches découlant des fonctions médicales reliées au développement technologique du moment. C'est ainsi que le nouveau programme de formation d'ATS consistait à recevoir 20% de théorie, enseignée par des médecins où l'accent était mis sur les fonctions curatives et techniques et 80% de pratique, enseignée par des infirmières. C'est à partir de 1977 que les infirmières ont commencé à recevoir une formation universitaire (avec quelques années de retard si on se compare à Montréal, 1962, EEUU, 1889-1900 ou l'Angleterre, 1955) et on a remplacé le titre d'ATS par DUE (Diplômé Universitaire de Sciences Infirmières)¹. À ce moment, l'orientation des programmes de formation changeait (50% théorie et 50% pratique): (i) l'orientation était centrée sur la santé plutôt que sur la maladie, (ii) allant d'une totale dépendance médicale à une prise de conscience et à la croyance en un rôle propre et différent du rôle de

¹ L'annexe 22 présente un résumé des faits produits par rapport aux aspects légaux de la profession infirmière en Espagne (1857-1977) à partir des contributions d'Esteve (2000), García et Martínez (2001) et Hernández (1996).

collaboration, (iii) ainsi que de la notion de l'infirmière au service du médecin à une notion de l'infirmière au service de la personne et, finalement, (iv) les infirmières commençaient à donner les cours théoriques (annexe 23).

Les conséquences de cette nouvelle situation furent les suivantes: (i) disparition de la discrimination entre les élèves selon le genre, (ii) augmentation du niveau d'accès à l'éducation, (iii) développement des fonctions d'enseignement et de recherche par des infirmières professionnelles, (iv) accroissement et rationalisation des contenus, dorénavant recentrés vers les soins infirmiers et, (v) intégration théorique et pratique plus appropriées et compatibles avec les besoins de formation, ce qui a permis l'apparition du domaine de connaissance «soins infirmiers» (Miró, 2008).

Selon Ramió (2005), l'incorporation à l'université impliquait un changement de la conception infirmière et aux connaissances générées par les infirmières. Le désir du collectif infirmier était d'être les protagonistes de leur propre discipline, de pratiquer leur profession de plein droit, d'obtenir plus l'autonomie, de clarifier le rôle professionnel, et finalement de démontrer l'importance de la contribution des infirmières aux soins de santé.

En ce qui concerne le contexte de la profession infirmière lors de la première étude, il était évident qu'un premier cycle en sciences infirmières n'était pas suffisant ni pour le développement de la profession ni pour celui de la discipline. Certaines solutions avaient été mises sur pied au cours des dernières 10 années. Par exemple, plusieurs facultés en sciences infirmières ont créé des programmes de deuxième cycle mais à titre limité, c'est-à-dire, un titre de deuxième cycle en sciences infirmières reconnu seulement par l'université qui dispensait l'enseignement mais non reconnu par le Ministère de l'éducation comme un 2^{ème} cycle en sciences infirmières. Quelques infirmières avaient décidé de se former dans d'autres disciplines (anthropologie, sociologie, psychologie) afin de pouvoir ainsi avoir accès à un 2^{ème} et même à un 3^{ème} cycle. Finalement, d'autres, ayant décidé de poursuivre leurs études dans la discipline infirmière, ont dû néanmoins faire un 2^{ème} et 3^{ème} cycle en sciences infirmières dans d'autres pays (Canada, EEUU, UK). Le problème de

cette dernière option c'est que le titre que ces infirmières obtenaient, n'était pas reconnu en Espagne, que ce soit au niveau de la reconnaissance sociale ou du salaire.

Quelques chercheurs, professeurs et praticiens infirmiers avaient entrevu une lueur d'espoir avec la Déclaration de Bologne (1999). Cette déclaration avait comme but l'unification des cycles supérieurs, avant 2010, dans les pays qui constituent l'Union Européenne (U.E.) et, par conséquent, le développement de maîtrises et de doctorats en sciences infirmières. Actuellement, c'est une réalité et dans différentes universités, les cours de Maîtrise et de Doctorat en sciences infirmières ont débuté. Actuellement, le problème s'est déplacé, car on se retrouve avec un nombre insuffisant d'infirmières détenant un doctorat pour donner les cours du troisième cycle.

Finalement, le développement de la profession infirmière en Espagne a donc été inconstant, selon l'endroit où se faisaient les études, ce qui a provoqué chez les infirmières différentes façons de percevoir leur profession; en effet, quelques-unes se perçoivent comme techniciennes, d'autres comme assistantes du médecin et un autre groupe comme infirmières autonomes. Le même effet se produit au niveau de la perception qu'a la société de la profession infirmière. De plus, la hiérarchie dans les institutions, la condition des femmes, le nombre insuffisant de recherches infirmières, la manque d'appui de la part des institutions et des organismes qui octroient des bourses et le manque d'implication sociale des infirmières, entre autres, ont fait en sorte que la société n'a pas une image sociale réaliste de la profession.

Une identité et autonomie professionnelle infirmières, fruit de l'histoire de la profession

C'est ainsi que le développement de la profession infirmière dans le contexte précédemment explicité a eu un impact sur l'autonomie et l'identité professionnelle des infirmières. Les témoignages des participantes démontrent ce fait. Tout d'abord, quelques participantes pensent que parfois elles ont une identité professionnelle plus près de la médicale que de l'infirmière.

Carla: *«Plusieurs fois, on fait les choses qui ne sont pas de notre ressort, surtout dans une prise de décisions [...]. Ce sont des décisions que nous, nous sommes habituées à prendre et il arrive un moment où il semble que cette obligation est la tienne».*

Manolita: *«[...] on ne fait pas les activités liées au rôle propre mais celles des activités déléguées».*

Oinf.5 : *«Je n'ai pas de rôle, je sers à la fois pour une chose comme pour une autre ».*

Ensuite, elles considèrent qu'une fausse autonomie professionnelle s'est développée. Ces témoignages font état de la discussion des infirmières sur ce sujet.

Marta : *«[...] il m'a donné une énumération d'ordres que je devais suivre, évaluer et ensuite agir selon cette évaluation ».*

Elisa: *« Quand tu as dit l'énumération des ordres, je l'ai interprété comme méprisant, comme si j'étais inadéquate ».*

Marta: *«Non, d'un côté, je pense que quand ils te le disent, ils t'évaluent, ils ont confiance en toi et pour cela, ils te délèguent le traitement du malade; cela veut dire qu'ils te considèrent, mais ils ne me considèrent pas comme infirmière, si partiellement, ils me délèguent une série de choses qui ne relèvent pas de moi. Par exemple, si la tension artérielle descend, tu lui donnes des sérums, si ça ne fonctionne pas, tu commences à donner des drogues, s'il commence à être nerveux..., s'il saigne, ... cela c'est le travail du résident, alors je joue le rôle d'un résident. D'un côté, tu penses que c'est bien parce que le médecin a confiance en moi et d'un autre côté, tu penses, oui, il a confiance en moi mais pas comme infirmière; de plus, ce médecin n'a rien dit à son résident. Il m'a délégué un travail que j'ai accepté [...] il faudrait avoir dit: je ferai cela et si le patient ne va pas bien, j'appellerai le résident».*

Lola : *«Ou ils te disent : tu le fais toi- même! ».*

Manolita: *«[...] moi, je suis les ordres».*

Les infirmières considèrent aussi que le contexte institutionnelle ne permet pas la visualisation de l'autonomie de l'infirmière comme une professionnelle capable de prendre des décisions. Les infirmières parlent ainsi de ce sujet :

Marta: *« Mon opinion n'importe pas [...] Je crois que la différence dans cette relation ce n'est pas que le médecin ordonne et commande, mais le fait que tu ne puisses pas donner ton opinion [...] C'est bien différent si le médecin dit: Quelle tension artérielle a-t-il ? que s'il te dit: « Comment vois-tu le patient?, Qu'est-ce que tu en penses ? » [...] Je pense que le rôle de l'infirmière est limité par la hiérarchie du travail et le manque d'autonomie propre ».*

Elisa: *« Ce qui se passe c'est qu'une collègue est venue m'aider, et au lieu de me soutenir, elle a donné raison au médecin » (rires)*

Carla: *« C'est clair, nous ne sommes pas tous égaux [...]».*

Finalement, les participantes expriment qu'il faut croire davantage en elles-mêmes en tant que professionnelles.

Elisa: *« Nous, nous devons nous convaincre».*

Cristina: *«Je pense que nous devons nous affirmer davantage en tant que professionnelles, nous ne sommes pas aussi subalternes qu'ils le pensent ».*

Manolita: *«Je ne m'affirme pas, je ne sais pas m'affirmer, je ne sais pas défendre mes intérêts ».*

Hortensia: *«[...] je ne m'affirme pas face aux médecins, je ne sais pas quoi répondre, je ne sais pas m'affirmer, je ne sais pas me défendre ».*

Marta: « *Je ne réponds pas [...]* ».

4.1.4.- Résumé de la première partie des résultats

Dans cette première partie des résultats, on a décrit les conditions et les dynamiques de contextes institutionnel, pratique et professionnel qui ont un impact sur la production du savoir dans la pratique infirmière. D'un côté, il y a le contexte institutionnel marqué par les relations de pouvoir entre infirmières et médecins, une perception de l'infirmière-chef vue davantage comme chef que comme collègue et une organisation sanitaire qui tient peu compte de leur opinion ainsi que le pouvoir de la technologie et des techniques sur les soins infirmiers; d'un autre côté, il y a un contexte pratique loin de l'idéal infirmier et finalement, un contexte professionnel marqué par la faiblesse de l'identité et de l'autonomie, fruit de l'histoire de la profession en Espagne.

4.2. LES ÉTAPES DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU SAVOIR AU MOYEN DE LA RÉFLEXIVITÉ

Dans cette deuxième partie, nous décrivons les étapes du processus de production du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité. L'identification de ces étapes du processus dérive du fait que nous avons tenu compte (i) des concepts clés de la théorie de Giddens tels que la réflexivité individuelle, collective et institutionnelle, les projets réflexifs et les choix de styles de vie; (ii) du processus de recherche-action utilisé lors de la première étude et fondé principalement sur la réflexion, l'action, la description, l'observation critique, l'analyse, l'évaluation et la prise de conscience; et finalement, (iii) des propos des infirmières par rapport au processus de réflexion-action dans la pratique infirmière à savoir: ce que les infirmières ont vécu et discuté relativement au processus.

À partir d'une réflexivité de recherche sur le processus réflexif des infirmières, quatre thèmes ont donc été dégagés par rapport au processus de production du savoir par la réflexivité: (1) la reconnaissance de la réflexivité quotidienne; (2) l'examen systématique des pratiques; (3) la construction d'un nouveau savoir; et (4) la reconstruction émancipatrice du savoir. C'est à partir de ces grands thèmes que les étapes de conceptualisation du processus de production du savoir se sont élaborées: la réflexivité technique et institutionnelle, la réflexivité fondée sur la recherche, la perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices, le projet réflexif individuel, le projet réflexif collectif, la révision des projets réflexifs, l'action pour le changement, la réflexivité émancipatrice et le savoir transformateur des infirmières et leurs contextes pratique, professionnel et institutionnel. Dans les sections suivantes, nous décrivons chacune des étapes de théorisation du processus ainsi que les effets obtenus d'une réflexivité fondée sur la recherche en relation avec chacune des étapes du processus (le tableau de l'annexe 24 montre un résumé de tout le processus).

4.2.1.- La reconnaissance de la réflexivité quotidienne

Comme le signalait Giddens (1987), la réflexivité est inhérente à l'action humaine et, par conséquent, il existe toujours une réflexivité chez le praticien. Toutefois, le point de départ du processus de production du savoir par la réflexivité n'a pas été étudié en tant que tel. Pour cette étude, il semble que le point de départ se situait dans une réflexivité technique et institutionnelle qui allait se transformer vers une réflexivité plus compréhensive à partir d'une proposition de changement significatif pour les infirmières.

4.2.1.1. La réflexivité technique et institutionnelle

Dans le contexte de cette étude, la réflexivité technique et institutionnelle constitue le début du processus de production du savoir dans la pratique infirmière. La réflexivité technique est caractérisée par des soins infirmiers essentiellement instrumentaux, davantage centrés sur la physiopathologie, la technique et les procédures que sur les aspects psychosociaux des patients et de leur famille. En fait, les soins infirmiers semblent être un «*checklist*» où l'infirmière inscrit rapidement une croix dans la colonne des soins, essentiellement physiques, qu'elle a prodigués.

En ce sens, les infirmières pensent que les soins donnés et la façon de les donner sont adéquats au moment de l'admission dans l'Unité de Soins Intensifs (USI); elles croient que l'essentiel est fait. La pratique infirmière est uniquement guidée et actualisée à travers des protocoles, des procédures et des guides.

Une autre des caractéristiques de cette phase du processus, est le caractère individuel du processus réflexif. Les infirmières affirment que la réflexion sur les soins se produit parfois mais qu'elle n'est pas partagée avec les collègues. Il existe seulement un processus collectif pendant l'échange d'informations, à la fin de la journée de travail.

Dans cette étape du processus, la réflexivité institutionnelle possède une fonction plutôt limitative de l'action infirmière. La technologie et l'organisation de l'unité (pouvoir matériel) ainsi que l'hégémonie médicale, l'infirmière-chef et l'institution (pouvoir humain) influencent et guident l'action infirmière dans un contexte rempli de codes et de normes (les règles) qui sanctionnent directement ou indirectement la pratique infirmière. La réflexivité institutionnelle a donc eu un effet sur le processus de production du savoir dans la pratique¹.

Cette réflexivité technique et institutionnelle ne permet pas une révision du *statu quo* des savoirs infirmiers. Les infirmières ont tendance à le maintenir du fait qu'il existe des routines, des habitudes et des conceptions sur les soins très ancrées dans cette façon d'agir. En ce sens, l'une des routines établies dans la pratique infirmière est l'application du protocole d'admission. Ce protocole consiste à installer le patient, surveiller les signes vitaux, effectuer les techniques de soins nécessaires, faire des prises de sang pour les fins d'analyse et administrer la médication.

Cristina : « [...] à ces moments-là, la surveillance et le contrôle prédominent? ».

Les participantes affirment que ce protocole s'applique de manière automatique, sans penser ni réfléchir, car il est intériorisé dans la dynamique de l'admission. Cet automatisme dans la réalisation des activités fait en sorte que tout se fait plus rapidement, sans faire trop attention au patient.

Carla: « *On fait tout très rapidement et de manière automatique alors qu'à ce moment le patient peut te demander quelque chose et tu dis: "après, après!"* ».

Elisa: « *Mécaniquement, nous enlevons des tubes et nous mettons je ne sais quoi* ».

¹ Les contextes institutionnel (tel que suggéré par Giddens), pratique et professionnel (que nous avons ajoutés à la théorie de Giddens) ont davantage été développés dans la première partie des résultats car nous croyons que leur description est plus utile pour montrer l'influence du contexte dans la production du savoir dans la pratique infirmière (pp. 91-126).

Finalement, les infirmières expriment des conceptions sur les soins qui favorisent la réflexivité technique.

Elisa: «Il nous est plus facile de faire des diagnostics sur la partie physiologique que sur le psycho-social-spirituel [...]. Il nous est plus facile d'élaborer, par exemple, un diagnostic de risque de syndrome d'immobilité et les problèmes de collaboration [...]».

Cette conception est favorisée par la croyance que tous les patients hospitalisés dans l'USI sont sous sédation. Par contre, dans l'observation systématique que nous avons effectuée sur la pratique infirmière¹, nous avons mis en évidence le fait que, des six patients observés, deux seulement étaient sous sédation profonde, un était semi-inconscient et trois conscients.

4.2.1.2. La réflexivité fondée sur la recherche

La proposition d'une méthodologie² de recherche sur la pratique infirmière par la chercheuse a fait changer significativement la direction de la réflexivité par rapport au processus de production du savoir dans la pratique. Ceci se manifeste dans la manière dont les infirmières perçoivent et partagent l'idée qu'il existe sûrement des aspects de la pratique infirmière qu'elles pourraient changer ou modifier, ce qu'elles ont qualifié de

¹ Rappelons que, lors de la première étude, la chercheuse avait réalisé une observation directe de la pratique infirmière. Chaque fois qu'un patient était admis à l'USI, la chercheuse observait et enregistrait le langage utilisé par les infirmières, les activités réalisées et les relations qu'elles établissaient avec le patient, la famille, les infirmières et les médecins. Le but de cette observation était d'identifier ce qui apparaissait le plus caractéristique chez les infirmières quand un patient était hospitalisé dans l'USI. Le total d'heures d'observation a été de 24 heures.

² On se souviendra que cette méthodologie participative consistait en l'utilisation du modèle de recherche-action proposé par Kemmis et McTaggart (1988). Ce modèle est composé de cycles à l'intérieur d'une spirale où chaque cycle comporte une étape préalable appelée la reconnaissance du terrain et quatre étapes: la planification, l'action, l'observation et la réflexion. Ces résultats correspondent à l'étape préalable.

« rêves ». C'est d'autant plus important que cela concerne directement la façon dont les infirmières soignent leurs patients et leurs familles.

Hortensia: *«Parfois, dans une situation d'urgence et/ou de stress, nous nous concentrons tellement sur les techniques que nous réalisons qu'il nous arrive d'oublier que nous agissons avec un être humain avec ses sens et sentiments plus ou moins éveillés à ce moment. Pour éviter cela, il serait utile que nous puissions parfois "rêver" [...] que nous sentions les douleurs superflues ou les ennuis que nous causons aux patients».*

Le partage de ces sentiments entre les infirmières et la chercheuse a été l'un des précurseurs de l'engagement des infirmières dans le processus de réflexivité.

Bon: *«Ce qui arrive c'est que c'est un type de recherche qui a beaucoup de sens, tu surveilles ce qui t'intéresse et que tu veux améliorer ».*

Hortensia: *«On doit réfléchir et prendre conscience de tout ce qu'on fait».*

Les participantes considèrent la réflexion individuelle et collective comme des éléments-clés dans le processus.

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

Manolita: *« [...] la réflexion collective est très importante. Tu peux changer certains gestes par ta propre réflexion mais en ce qui concerne tout ce qui entoure le*

patient, selon moi, chacun va dans une direction différente si on ne fait pas de réflexion collective [...] ».

Bon : « [...] la réflexion est la seule façon de réellement faire changer les choses parce qu'une imposition de la part de quelqu'un d'autre n'est pas comprise ni acceptée si la participation n'est pas sollicitée. C'est pour cela que ce type de recherche est si bien [...] ce type de réunions et d'études, quelques infirmières de chaque quart y participent, ça aide à changer, [...] comme c'est un changement d'attitudes, de valeurs personnelles et individuelles, l'infrastructure, les instruments, les horaires, l'organisation de l'espace perdent un peu d'importance, ça devient secondaire, ce qui est le plus important [...] ».

Lola : « Tu sais ce que je pense, que nous allons changer avant de commencer l'étude ».

Cette dernière opinion, qui reçoit l'appui de toutes les infirmières, semble nous indiquer le pouvoir d'une proposition significative pour les infirmières dans la révision et la modification de leur pratique et, en conséquence, la révision et la production du savoir.

Bref, le point de départ du processus de production du savoir par la réflexivité est la reconnaissance de la réflexivité quotidienne. Ainsi, la première étape du processus de production du savoir dans la pratique infirmière est la réflexivité technique et institutionnelle. La deuxième étape est la réflexivité fondée sur la recherche où l'on fait une proposition de changement significative pour les infirmières et centrée sur une réflexivité davantage discursive, analytique et compréhensive. La section suivante présente le deuxième thème, soit l'examen systématique des pratiques ainsi que les étapes suivantes du processus de production du savoir qui en découlent.

4.2.2.- L'examen systématique des pratiques¹

Ce deuxième thème rassemble les trois étapes suivantes du processus de production du savoir par la réflexivité dans la pratique infirmière. La première étape couvre donc la perception du projet comme faisable et comportant des bénéfices permettant le véritable engagement des infirmières. Dans une deuxième étape, on aborde le projet réflexif individuel où les infirmières décrivent leurs expériences professionnelles et explicitent leur intérêt pour la production d'un savoir plus centré sur le soin. La troisième étape contient le projet réflexif collectif qui supporte la validation collective des problèmes identifiés et la prise de conscience des possibilités d'autres réalités. Les infirmières sont donc amenées à réfléchir de manière systématique sur leur pratique de telle sorte qu'elles se retrouvent maintenant dans une position faisant appel à leur compréhension.

4.2.2.1. La perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices

Tout d'abord, les infirmières considèrent le projet comme faisable ou réalisable pour plusieurs motifs. Quelques participantes considèrent le projet comme simple et ayant du bon sens. Elles affirment aussi que ce processus est utilisé souvent dans la pratique mais de façon non structurée.

Marta: « [...] *ce que j'ai trouvé de mieux dans cette recherche c'est que le plan est simple et avait du bon sens, c'est-à-dire intervenir, réviser ce que tu as fait et voir ce que tu aimerais modifier et le réessayer, je trouve que c'est une méthode qui n'est pas spécifique à une recherche sinon que c'est le bon sens dans la pratique au jour le jour, parce que si une chose n'est pas bien, tu l'essaies d'une autre manière...c'est une manière de structurer quelque chose que ; je crois, que nous agissons toutes parfois de manière désordonnée, c'est une manière d'analyser de façon plus rationnelle quelque chose qui ne va pas bien...je crois que c'est positif et que ça te fait changer* ».

En ce sens, la participation active des infirmières dans le processus est fondamentale pour comprendre et modifier la pratique. Elles considèrent également que la méthode est démocratique, fondée sur l'expérience et se déroulant dans la pratique.

Bon: « [...] c'est la plus utile quand on considère qu'il y a un problème ou une erreur qui affecte un groupe de personnes qui a la volonté de changer ou de s'améliorer. C'est la manière la plus démocratique de travailler en équipe et la plus responsable parce qu'elle est fondée sur l'expérience, elle passe par la réflexion ainsi que par la logique et elle se vérifie ensuite avec des résultats réalistes et critiques ».

Ainsi, les participantes croient que la réflexivité valorise le savoir issu de l'expérience et favorise leur développement. Deuxièmement, les infirmières jugent que le projet comporte des bénéfices pour les infirmières étant donné qu'il permet une plus grande visibilité des soins infirmiers, du rôle autonome des infirmières travaillant dans l'USI et une transformation du savoir-faire. En conséquence, elles perçoivent aussi des bénéfices pour les patients et les familles parce que les soins prodigués sont plus intégraux et humains. C'est ainsi que les infirmières commencent à percevoir que l'examen systématique de leurs pratiques par la réflexivité va permettre de réviser leurs projets réflexifs de soi vers une plus grande cohérence entre leurs discours (récits de soi) et leurs pratiques (choix des styles de vie) et, conséquemment, une production du savoir plus cohérente avec l'identité infirmière.¹

¹ Rappelons que, selon Giddens (1993a), l'identité de soi est constamment renégociée au cours d'un projet réflexif que chaque acteur est presque « obligé » de construire pour en arriver à la sécurité ontologique et à l'autonomie personnelle ou professionnelle. Selon cette perspective, les infirmières, au moyen de la réflexivité individuelle et collective (examen et révision constante des pratiques), créent des savoirs pratiques nouveaux et modifient les anciens si elles perçoivent une continuité dans leur propre identité professionnelle.

4.2.2.2. Le projet réflexif individuel

Selon Giddens (1993a), le projet réflexif du soi est le processus par lequel l'identité de soi se constitue par la mise en ordre réflexive de récits de soi. Il consiste à maintenir, grâce à une sorte de dialogue continu, des récits cohérents, bien que perpétuellement révisés, qui intègrent le passé dans un récit du présent. Si le praticien veut arriver à combiner une autonomie professionnelle avec un sentiment de sécurité ontologique, il doit, de ce fait retravailler continuellement son récit de soi et veiller à la cohérence entre ce récit et les pratiques qui se rapportent à ces choix de styles de vie (Giddens, 1987, 1993a).

C'est ainsi que la recherche en cours permet de voir le projet réflexif individuel comme un processus constitué de trois moments: (1) la pratique infirmière telle que conceptualisée par les infirmières¹, (2) l'auto-observation de la pratique par les infirmières et (3) la confrontation de ces récits de soi avec l'observation de la pratique des infirmières.

La pratique infirmière telle que conceptualisée par les infirmières

En ce qui concerne la conceptualisation de la pratique infirmière effectuée par les infirmières, les résultats sont divisés en trois parties: (1) La conceptualisation du rôle infirmier; (2) Le travail en équipe et, finalement, (3) Le modèle et les instruments infirmiers.

La conceptualisation du rôle infirmier par les infirmières

La définition que les participantes font de leur rôle est très variée et technique. La majorité des participantes affirment que leur rôle s'appuie sur la surveillance et le contrôle des signes et symptômes hémodynamiques, neurologiques et respiratoires ainsi que sur l'administration du traitement prescrit par le médecin. Elles affirment aussi qu'elles font de

¹ Ces résultats correspondent aux questions des entrevues structurées (annexe 13) réalisées auprès des six (6) infirmières observées pendant la reconnaissance du terrain par la chercheure et auprès des huit (8) infirmières qui participaient à la première étude.

la prévention et de la détection précoce des complications dérivées de la pathologie. Ces résultats concordent avec ceux que nous avons obtenus lors de la reconnaissance du terrain.

D'un autre côté, plus de la moitié des participantes considèrent qu'elles procurent un confort physique et émotionnel au patient et à la famille et qu'elles fournissent un appui psychologique au patient.

Cristina: « *Évaluation et enregistrement de l'état émotionnel du patient...procurer le maximum de confort possible, physique et émotionnel* ».

Carla : « [...] *qu'il soit le plus confortable possible* ».

Cette conceptualisation du rôle infirmier a aussi été faite par les infirmières observées par la chercheuse. La moitié des participantes incluent dans la définition de leur rôle le fait qu'elles servent de lien entre le patient et la famille.

Elisa: « *Assurer le lien entre la famille et le patient...pour cela il faut être au courant de ce que savent ou non la famille et le patient sur le processus de la maladie* ».

Une participante affirme qu'une partie de son rôle d'infirmière aux soins intensifs est d'éviter la souffrance du patient à l'heure de sa mort alors qu'une autre participante dit qu'il faut établir une relation de confiance. Deux participantes considèrent qu'elles aident le patient à réaliser les activités nécessaires pour recouvrer leur santé et une participante considère qu'il faut considérer les personnes de façon holistique.

Manolita: « *Nous suppléons partiellement aux activités qu'il ne peut faire seul à cause de son état* ». Elisa: « [...] *c'est la personne qui joue le rôle le plus important dans la conception holistique de la personne comme un être bio-psycho-socio-spirituel, d'une manière qui intègre tout cela lorsqu'elle mène son intervention auprès du patient* ».

De plus, deux participantes affirment qu'elles doivent connaître et manipuler correctement l'appareillage et les moniteurs. Deux autres définissent leur rôle en disant qu'elles coordonnent tous les soins apportés au patient ainsi que les professionnels qui s'occupent du patient.

Elisa: « *L'infirmière doit être au courant des examens ou des techniques que le patient aura à subir pour coordonner les soins, surtout lorsque d'autres professionnels doivent intervenir* ».

Marta: « [...] *coordonner les professionnels qui s'occupent du patient* ».

Le travail en équipe

Concernant la question de la présence du travail en équipe à l'unité, il y a un consensus entre les participantes pour dire qu'on ne travaille ni en équipe interdisciplinaire, ni en équipe pluridisciplinaire.

Elisa: « *Non, non, non,...nous manquons de disponibilité envers les autres, moi la première, et d'ouverture pour écouter l'opinion d'un autre professionnel* ».

Carla: « *Je crois que la base du travail en équipe est la communication entre les divers professionnels qui soignent le patient [...] je crois qu'on travaille peu en équipe avec tous les professionnels et même parfois entre nous* ».

Même entre les infirmières, le travail en équipe présente des défaillances.

Cristina: « [...] *entre nous oui, mais du même quart de travail* ».

Elisa: « *Entre les quarts non, il y a des divergences de critères* ».

Lola: « *Entre les quarts, nous nous entendons mal, et avec certains quarts c'est encore pire* ».

Ce commentaire de Lola incite le reste des participantes à exposer leurs problèmes face à l'une des équipes infirmières de jour.

Hortensia: « *Ce qui me préoccupe c'est que je ne m'entends pas avec les infirmières du matin alors que je m'entends beaucoup mieux avec les infirmières de l'autre équipe de jour[...] le matin, les commentaires qu'elles font quand tu es en train de leur expliquer la situation du patient relèvent d'un manque de respect envers ton travail* ».

Lola: « *Quand elles en font!, parce que parfois elles ne te regardent même pas...c'est qu'après 10 heures de travail, quand tu essaies d'expliquer la situation du patient et qu'elles ne t'écoutent pas et ne te regardent pas!!!* ». [air découragé]

Carla: « [...] *ça dépend du quart de travail, on travaille en équipe infirmière...j'ai déjà travaillé des matins où je me sentais seule...tu as la sensation que tu fais tout toute seule, un moniteur sonne là et personne n'y va* ».

Toutes les participantes concluent en disant que le travail en équipe se fait seulement entre infirmières du même quart de travail avec des exceptions, mais l'une des participantes justifie cette situation en disant :

Marta: « [...] *souvent, ça dépend d'autres choses, de l'état du patient, de ceux qui travaillent avec toi, du médecin de garde...* ».

Le modèle et les instruments infirmiers¹

Les participantes expriment sincèrement leur opinion sur le modèle infirmier.

Bon: « *Je crois que malgré un modèle infirmier nous continuons de travailler avec un modèle médical [...] le modèle infirmier ne m'intéresse pas à première vue quand un patient arrive à l'unité parce que je ne le trouve pas réaliste* ».

Cristina: « *Moi, ni à première vue ni après* ».

D'autres participantes ont une position plus modérée envers le modèle. Voici leurs argumentations.

Lola: « *Lors de l'admission d'un patient, inconsciemment, tu fais une évaluation du patient par besoins [...]* ».

Marta: « *Non, tu fais une évaluation par systèmes, le système respiratoire, le système rénal,...maintenant, nous avons un instrument de collecte de données basé sur les 14 besoins du modèle de Henderson, avant non [...] une collecte de données par systèmes est très déficient pour bien soigner le patient parce qu'elle s'intéresse seulement aux signes vitaux* ».

¹ Avant de commencer l'étude, les participantes avaient reçu une formation sur le modèle de Virginia Henderson qu'elles étaient en train d'appliquer dans l'unité et certaines avaient participé à l'élaboration des instruments pour la collecte de données infirmières basées sur ce modèle. Dans le contexte de cette étude, les infirmières utilisent trois instruments: la feuille d'admission, la feuille de diagnostic et la feuille journalière du patient. La feuille d'admission est composée de 14 sections qui représentent les besoins fondamentaux selon V. Henderson. La feuille de diagnostic est composée des diagnostics infirmiers et de collaboration et contient plusieurs sections: la date du début du diagnostic, l'énoncé du diagnostic, l'objectif, les activités et la date de résolution. Finalement, la feuille journalière du patient est composée de deux feuilles recto-verso attachées ensemble; sur la première face de la première page apparaissent les signes vitaux et la médication et au verso figure une liste des activités possibles à réaliser, distribuées selon les 14 besoins; sur la première face de la deuxième feuille se retrouvent les observations infirmières et, au verso, les différentes échelles de mesure et les examens physiques.

Bon: « *On peut avoir une attitude de respect envers la personne et donner des soins intégraux en évaluant les signes vitaux [...] on peut le faire mais peut-être que parfois on ne le fait pas* ». [toutes les participantes donnent raison à Bon]

Entre autres, les participantes sont d'avis que la feuille d'admission est claire, concrète et simple même si elle pourrait être améliorée. Elles pensent aussi que, selon la situation du patient, il n'est pas nécessaire de recueillir certains renseignements.

Elisa: « *Il est évident qu'il y a des renseignements qui ne servent pas à l'USI c'est pourquoi nous ne les recueillons pas...il ne faut pas les retirer...ils peuvent servir de guide pour d'autres situations, par exemple, quand le patient quitte l'USI* ».

Hortensia: « *Il y a quelques semaines que nous travaillons par besoins ainsi qu'avec des diagnostics infirmiers et, pour le moment, je crois qu'il y a beaucoup de renseignements que nous recueillons inutilement [...] ils n'influencent pas l'intervention infirmière auprès du patient* ».

Carla: « *L'idée est bonne pour connaître le patient à fond mais étant donné la situation de gravité de certains patients, ce n'est pas applicable* ».

Contrairement à la majorité des participantes, deux participantes sont convaincues que la nouvelle feuille d'admission ne sert à rien.

Boni: « *La nouvelle feuille d'admission est absurde, elle ne sert à rien...c'est inopportun de demander au patient l'influence qu'ont les émotions sur les besoins au moment de l'admission...je ne l'ai jamais demandé lors de mes admissions* ».

Lola: « [...] *tu ne demandes pas, ni au patient ni à la famille, ce qu'il mangeait, combien d'heures il dormait ou combien de fois il allait à la toilette...je trouve que c'est absurde pour le patient en état critique parce qu'il ne parle pas, il n'ira pas à la toilette durant plusieurs jours, il ne mangera pas et s'il mange ce sera une diète* ».

très différente de celle qu'il avait...c'est absurde de remplir la feuille...et, jusqu'à son départ de l'USI, il ne le fera pas ».

Selon cette dernière participante, seuls les renseignements essentiels pour les infirmières sont recueillis au moment de l'admission tels que: son état, ses allergies, son environnement physique et les numéros de téléphone de ses proches.

En plus des problèmes qui peuvent exister quant au format actuel de la feuille d'admission, le peu d'intérêt des infirmières à l'utiliser est aussi un élément de débat.

Elisa: « Je pense que nous manquons d'intérêt et que nous allons directement à la tâche ». Bon: « Nous manquons d'intérêt parce que cela ne nous sert pas. Si cela nous servait, nous aurions plus d'intérêt...si tu ne trouves pas le crayon, tu le cherches parce que tu as besoin d'écrire...si tu ne trouves pas la Ranitidine, tu vas dans l'autre unité, tu vas à la pharmacie ou tu envoies quelqu'un la chercher parce que tu en as besoin, mais comme tu n'as pas vraiment besoin de la feuille, tu ne la cherches pas! ».

Le second instrument utilisé par les infirmières est la feuille de diagnostic infirmier. Certaines participantes sont d'avis qu'elles ne la trouvent pas utile parce qu'elles continuent à travailler de la même façon.

Carla: « Je ne vois pas les diagnostics, ça ne change pas ma façon de travailler ».

Certaines participantes trouvent que c'est précipité de remplir la feuille de diagnostic au moment de l'admission, car elles n'ont pas eu le temps de connaître le patient. D'autres participantes ne sont pas d'accord avec le fait d'écrire tous les diagnostics reliés au patient, parce que la plus grande partie de ceux-ci est standardisée et qu'il faudrait n'annoter que le diagnostic individuel et spécifique de cette personne.

Bon: « [...] on devrait annoter seulement dans le cas de certains patients ayant un problème très spécifique ».

Marta: « [...] *il faut la remplir, allez!!!...je mets le titre du diagnostic!!!* ».

Le troisième instrument utilisé par les participantes est la feuille journalière du patient. Selon l'opinion générale des participantes c'est utile parce qu'elles voient les soins qui ont été prodigués, les examens qui ont été faits, etc.

Elisa: « *Les jours où tu as beaucoup de travail, tu vois rapidement l'état du patient* ».

Bref, au début de l'étude, les participantes concevaient ainsi la pratique infirmière : un rôle infirmier centré davantage sur la surveillance et le contrôle des signes et des symptômes ainsi que l'administration du traitement prescrit par le médecin, nonobstant quelques participantes qui incluent le fait de procurer un confort physique et émotionnel au patient et à la famille, de donner un appui psychologique au patient, de faire le lien entre le patient et la famille et de faire la prévention et la détection précoces des complications dérivées de la pathologie. D'autres participantes incluent le fait d'aider le patient à réaliser les activités nécessaires pour recouvrer sa santé, connaître et manipuler correctement l'appareillage et les moniteurs, coordonner tous les soins apportés au patient ainsi que les professionnels qui s'occupent du patient, éviter la souffrance du patient à l'heure de sa mort, établir une relation de confiance et considérer la personne comme un tout. D'un autre côté, elles affirment qu'on ne travaille pas en équipe interdisciplinaire ni en équipe pluridisciplinaire et reconnaissent le travail en équipe seulement entre infirmières du même quart de travail, sauf exceptions. Finalement, elles considèrent que même si un modèle infirmier a été implanté, elles continuent à travailler comme auparavant; elles ont peu d'intérêt à utiliser la feuille d'admission, et la feuille de diagnostic leur semble inutile mais la feuille journalière du patient adéquate.

De ces narrations descriptives des infirmières, nous pouvons documenter l'expérience professionnelle en regard de ce qu'elles pensent qu'elles font dans leur pratique quotidienne dans l'USI. À la suite de ces descriptions, nous constatons qu'il existe plusieurs incohérences entre la pratique infirmière telle que révélée par notre observation et

les narrations des infirmières interviewées. Par exemple, elles affirment qu'elles procurent un confort physique et émotionnel au patient et à la famille mais, dans les faits, seulement deux infirmières sur six ont donné ce confort au patient ou elles assurent qu'elles se préoccupent d'éviter la souffrance du patient (à l'heure de sa mort) mais deux infirmières sur six demandent au patient s'il ressent de la douleur, entre autres. Ces incohérences entre ce que les infirmières pensent qu'elles font dans leur pratique et la pratique observée par la chercheuse, permettent de se rendre compte qu'il s'avère nécessaire de passer par l'auto-observation de la pratique (se voir elles-mêmes) pour se rendre compte de la véritable réalité de leur pratique et, en conséquence, pouvoir la modifier.

L'auto-observation de la pratique par les infirmières

Tel que mentionné plus haut, le deuxième moment du projet réflexif individuel est l'auto-observation de la pratique infirmière. Les infirmières effectuent une description très détaillée de ce qu'elles font dans les faits¹ (ce que Giddens a appelé les choix des styles de vie). Rappelons que, pour l'observation directe de la pratique infirmière, chaque participante observait deux patients qui étaient admis à l'USI; le temps de l'observation durait tout le quart de travail. Le processus d'observation était le suivant: premièrement, les participantes observaient le langage utilisé, les activités réalisées et la relation établie avec le patient, la famille, les médecins et les collègues. Par la suite, elles ont fait dans leur journal de bord une description de tous les éléments observés.

La description de l'observation réalisée par les infirmières lors de l'admission des patients dans l'USI fait état d'une pratique infirmière caractérisée par des soins infirmiers

¹ Nous avons décidé de présenter deux exemples d'observation de la pratique infirmière dans l'annexe 25 étant donné la longueur de ces narrations. Toutefois, nous les considérons suffisamment riches pour mettre en évidence la pratique infirmière réelle.

centrés sur la technologie et la physiopathologie. C'est ainsi que l'auto-observation de la pratique par les infirmières a été importante dans le processus de production du savoir car, sans la constatation par les infirmières de leur pratique, il aurait été difficile de poursuivre vers une production du savoir moins technique.

Toutefois, l'auto-observation n'est pas exempte de problèmes et elle génère des inquiétudes particulières. Premièrement, les infirmières réalisent qu'il est compliqué de travailler tout en s'observant et, deuxièmement, elles avaient peur d'oublier ou de ne pas se rendre compte de plusieurs aspects de leur pratique. En ce qui concerne le premier problème, le groupe a décidé qu'il serait préférable que la première participante ayant à gérer une admission fasse l'observation et la réflexion dans le journal de bord et qu'elle le mette ensuite en commun avec le reste du groupe. Ainsi, elles pourraient mieux comprendre et mieux voir la dynamique de l'auto-observation. En ce qui concerne le second problème, les participantes ont proposé deux solutions: la première était d'apporter une enregistreuse pendant l'auto-observation et la deuxième que l'une des participantes agisse comme observatrice informelle¹. Finalement, les participantes ont décidé de choisir la deuxième option parce que, pour utiliser une enregistreuse, il aurait fallu demander le consentement de toutes les personnes présentes à cet instant dans l'unité de soins.

De plus, le processus d'auto-observation génère aussi des inquiétudes particulières.

Hortensia: « [...] j'ai ressenti de l'anxiété et de l'inquiétude à l'intérieur de moi et je suppose que cela se percevait aussi extérieurement. À tout moment, je réfléchissais sur ce que j'allais dire au patient (avec la famille cela ne s'est pas produit) et ce que je venais de dire et je pensais: « ceci je l'ai mal dit, ceci je devais le dire avant, ceci je n'aurais pas dû le dire.... », et aussi, bien que dans une moindre mesure je ne priorise pas toujours mes activités ».

¹ Définition d'observatrice informelle: l'une des participantes observe de manière informelle l'autre participante pendant qu'elle donne des soins. Si l'infirmière observée ne se souvient pas d'un détail de son observation, elle questionne alors l'observatrice informelle.

Bon: « *Il est très difficile de se voir soi-même* ».

Manolita: « [...] *il y a beaucoup d'aspects à évaluer et je me demande si je le ferai bien, si j'observerai ce que je dois observer!* ».

La confrontation des récits de soi avec l'observation de la pratique des infirmières

Le dernier moment de l'étape du projet réflexif individuel est la confrontation et la comparaison des récits de soi individuels et les pratiques observées. À partir des descriptions dans leur journal de bord sur la pratique observée, les infirmières élaborent des réflexions reliées à ces descriptions en recherchant la cohérence¹ entre ce qui a été dit et ce qui a été fait ainsi que leurs perceptions, sensations et émotions reliées au processus. Pendant ce processus de confrontation et de comparaison, les infirmières perçoivent que l'identité infirmière est différente de l'idéal et elles constatent que les soins sont fragmentés.

Au sujet du rôle infirmier, elles constatent premièrement qu'elles ne font pas le lien entre le patient et la famille en raison d'un manque d'information.

Elisa: « *Tu ne sais pas quelle information la famille ou le patient a reçue...* ».

Carla: « *La famille te dit qu'ils lui feront un scanner demain et tu ne sais rien alors tu te sens un peu mal [...] La relation avec la famille est chaleureuse mais à la fois distante parce qu'on ne connaît pas cette famille, c'est le premier contact qu'on a et c'est une situation où tu te sens un peu inconfortable, selon l'état du patient. Aussi, parfois, on parle sur un ton paternaliste parce que tu as de la peine face à la*

¹ Rappelons que Giddens (1987, 1993a) affirme que si le praticien veut arriver à combiner une autonomie professionnelle avec un sentiment de sécurité ontologique, il doit de ce fait retravailler continuellement son récit de soi et veiller à la cohérence entre ce récit et les pratiques qui se rapportent à ces choix de styles de vie.

famille ou on évite la relation, tu donnes l'information, parles un peu... tu leur dis: si vous désirez quelque chose je suis là. Tu te limites à donner l'information de l'unité, tu lui donnes la petite feuille ».

En second lieu, elles remarquent d'autres incohérences reliées au rôle de l'infirmière.

Elisa: « [...] être au courant des examens et techniques de soins qui devront être faits au patient...il y a souvent un manque de communication avec l'infirmière...l'infirmière ne sait pas qu'on intervient auprès de ce patient...d'autres professionnels interviennent auprès du patient sans le dire à l'infirmière ».

Hortensia: « Ce n'est pas un manque de communication, c'est un manque de coordination... ».

Bon: « C'est un manque de travail en équipe ».

Le troisième aspect problématique reconnu par les infirmières est le rôle délégué¹ qui ne leur permet pas de jouer complètement leur rôle propre.

Cristina: « Je crois que, la plupart du temps, nous ne jouons pas le rôle que nous avons décrit...nous nous dédions plus à des techniques de soins et à des fonctions déléguées qu'à notre rôle propre...nous ne tenons que peu compte de l'aspect psychologique et émotionnel du patient et de la famille ».

Manolita: « [...] on laisse de côté les aspects plus attachés à notre rôle propre pour nous préoccuper de ceux qui nous sont délégués ».

¹ Le rôle délégué (aussi nommé rôle par délégation ou rôle sur prescription médicale) consiste en des actes infirmiers accomplis sur prescription médicale comme l'administration des traitements médicamenteux, soins techniques physiques, respect des consignes médicales, entre autres.

Selon les participantes, le rôle délégué qui dépasse les limites se traduit par une augmentation des techniques de soins devant être assumées par l'infirmière et, en conséquence, elles finissent par s'acquitter de responsabilités qui ne sont pas de leur ressort.

Carla: « [...] souvent, l'infirmière fait des choses qui ne relèvent pas d'elle, surtout dans la prise de décisions, comme par exemple le fait d'augmenter ou de diminuer la dose des médicaments...ce sont des décisions que nous nous sommes habituées à prendre et il y a des moments où on dirait que c'est une obligation ».

Marta: «[...] je fais parfois le travail du résident»¹.

Le quatrième aspect problématique de la pratique infirmière exprimé par les participantes est celui d'avoir une vision holistique de la personne, alors qu'elles se consacrent davantage à la dimension physique.

Marta: « C'est une chose de savoir que le patient est un être holistique et nous le savons intellectuellement, mais, dans la pratique, c'est une autre chose ».

Elisa: « Je crois qu'il faudrait plus en tenir compte...c'est comme si nous étions habituées à ce rythme plus physique, les moniteurs, les appels d'urgence ce que je considère correct mais nous faisons peu ce qu'il reste ».

Carla: « [...] au niveau du rythme de l'USI, c'est une partie très difficile à accomplir parce que le patient est souvent sous sédatifs et tu ne peux pas communiquer avec lui ni lui poser des questions, tu ne vas pas non plus poser des questions à la famille quand le patient est dans un mauvais état...tu peux davantage parler avec un patient de salle...dans l'USI c'est plus technique ».

¹ Le médecin qui est en train de faire sa spécialisation.

Les participantes considèrent que les aspects psychologiques de la personne doivent cependant être abordés d'une autre manière.

Bon: « [...] *il faut l'aborder d'une manière différente...avec plus de temps et de calme, la façon de l'aborder est différente de celle utilisée pour les aspects physiques [...] Plus les attentes du patient et de la famille sont grandes, plus nous atteignons un haut niveau de soins...plus tu es accessible longtemps, plus tu établis une relation...plus tu établis une relation, plus les soins sont bien ciblés et la qualité est meilleure* ».

Pour les participantes, un autre aspect problématique de la pratique infirmière est le soulagement de la souffrance à l'heure de la mort¹.

Hortensia: « [...] *souvent, nous ne pouvons pas le faire parce que cela ne dépend pas exclusivement de nous, même si je me demande si nous pourrions faire plus* ».

Bref, nous venons de décrire les trois moments de l'étape nommée le projet réflexif individuel, soit : la conceptualisation de la pratique infirmière par les infirmières, l'auto-observation de la pratique et la confrontation de ces récits de soi avec l'observation de la pratique des infirmières. Les infirmières ont donc documenté leurs expériences professionnelles et, ceci a permis de renforcer l'intérêt des infirmières pour une production du savoir qui soit davantage centrée sur les soins. La section suivante, présente l'étape du projet réflexif collectif qui est centré sur la validation collective des problèmes identifiés par les infirmières et la prise de conscience des possibilités d'autres réalités.

¹ Lorsqu'un patient est en train de mourir dans le contexte de cette USI, les infirmières demandent parfois au médecin la possibilité d'augmenter la dose de morphine ou d'administrer un autre analgésique parce qu'elles constatent que le patient en a besoin davantage pour être confortable. Toutefois, bien souvent, les médecins ne sont pas d'accord. Face à cette situation, les infirmières ne se sentent pas à l'aise. Elles doivent le demander plusieurs fois comme si la morphine était « pour elles ». Elles doivent toujours justifier la demande de sédatifs ou analgésiques en disant, par exemple: le patient a des expressions faciales exprimant la douleur, la tachycardie a augmenté, entre autres. Cet aspect relié au contexte pratique a été davantage développé dans la première partie des résultats. Nous avons pris cette décision dans le but de montrer un contexte pratique qui soit le plus possible près de la pratique réelle des infirmières.

4.2.2.3. Le projet réflexif collectif

Giddens (1993a) affirme que le récit de soi se compose d'une ou plusieurs histoires qui permettent une compréhension réflexive de l'identité de soi par l'individu concerné et par les autres. Le récit commence donc chez l'individu (réflexivité individuelle) mais il doit être mis en commun avec d'autres récits pour obtenir une plus grande compréhension et une production de savoirs collectifs (réflexivité collective).

Le projet réflexif collectif se situe à l'intérieur de la méthodologie de recherche pendant la réalisation des rencontres du groupe. Pendant cette étape, la chercheuse a conduit deux (2) rencontres avec le groupe où les infirmières ont partagé leurs réflexions et critiques sur leur propre pratique observée et annotée dans leur journal de bord¹. Ainsi, l'une des caractéristiques de cette mise en commun est qu'elle se fait dans un climat de confiance, permettant ainsi une meilleure cohésion du groupe. Les infirmières expliquent avec beaucoup de détails leur pratique, elles partagent leurs «erreurs», leurs sentiments, leurs perceptions par rapport à la pratique infirmière, et elles le font de façon très critique.

Une autre des caractéristiques de cette étape est qu'elle est plutôt guidée par une réflexivité compréhensive que technique. Les infirmières sont passées d'un intérêt technique où la pratique biomédicale était au centre de leur pratique à un intérêt davantage lié à leurs propres pratiques où la communication et la compréhension permettent la transformation de l'action infirmière et, conséquemment, la production d'un savoir plus responsable. Elles sont finalement arrivées à un consensus sur les incongruités de l'action infirmière dans l'USI. Puisque la majorité des aspects de la pratique discutés par les infirmières dérivent de ceux présentés dans le contexte pratique de la première partie des résultats (pp. 107-120), nous avons décidé de ne pas les transcrire à nouveau pour éviter l'impression de résultats répétitifs.

¹ Rappelons que lors de la première étude, huit infirmières ont observé leur pratique par rapport au langage, aux relations et aux activités avec le patient, la famille, le médecin et les infirmières. Elles ont annoté ces observations et les réflexions dérivées de cette observation dans leur journal de bord. Cette information a servi de point de départ à la réflexion collective des infirmières, lors des rencontres.

Bref, le projet réflexif collectif permet de valider collectivement des problèmes identifiés et de prendre conscience des possibilités d'autres réalités.

Hortensia: « [...] *ça m'a beaucoup aidée à réfléchir et à prendre conscience de tout ce que je fais* ».

Manolita: «*Je me suis rendu compte que j'ai beaucoup d'habitudes que je devrais changer et l'une d'entre elles, je vais le dire: parler de thèmes personnels devant le patient [...] pour moi c'est terrible* ».

Carla: «*Au moins maintenant tu te rends compte parce que, auparavant, tu n'étais pas consciente [...] nous avons des habitudes très ancrées en nous* ».

La section suivante présente la troisième étape du processus de production du savoir, soit la construction d'un nouveau savoir dans la pratique infirmière.

4.2.3.- La construction d'un nouveau savoir

Selon Giddens (1993a), la construction d'un nouveau savoir se produit par la révision des projets réflexifs qui va permettre le rapprochement entre les récits de soi (ce que les infirmières disent) et les choix de styles de vie (ce que les infirmières font dans les faits). En effet, les individus sont contraints de négocier des choix de styles de vie parmi une diversité d'options. Toutefois, si le praticien veut arriver à combiner une autonomie professionnelle et un sentiment de sécurité ontologique, il doit de ce fait retravailler continuellement son récit de soi et veiller à la cohérence entre ce récit et les pratiques qui se rapportent à ces choix de styles de vie (Giddens, 1987, 1993a).

Dans le contexte de la présente étude, cette troisième section rassemblait les deux étapes suivantes du processus de production du savoir par la réflexivité dans la pratique infirmière: la révision des projets réflexifs et l'action pour le changement. Ces deux étapes

représentent la recherche par les infirmières d'une pratique désirable ou idéale, l'identification et le choix des stratégies (ou styles de vie en utilisant la terminologie propre à Giddens), l'adoption d'un plan d'action ainsi que l'application de nouveaux savoirs (action, analyse et validation individuelle des nouveaux savoirs).

4.2.3.1. La révision des projets réflexifs: la renégociation

Dans cette étape, les infirmières élaborent premièrement un idéal commun. Les infirmières, collectivement, identifient les pratiques souhaitables dans l'USI, elles incorporent et éliminent les alternatives dans le processus et elles créent un objectif commun. Les témoignages des participantes permettent de percevoir la recherche d'une pratique qu'elles souhaiteraient pouvoir appliquer.

Bon: *« Si nous changeons notre attitude, malgré le fait qu'on doive faire beaucoup de choses au moment précis de l'admission et que les techniques de soins restent prioritaires [...] on peut le faire de manière différente ».*

Elisa: *« Parfois on fait des interventions pour le patient qui ne sont pas nécessaires à ce moment là" ».*

Deuxièmement, les infirmières font une sélection des choix de styles de vie (stratégies) à travers la discussion de leur viabilité dans le contexte de leur unité et elles retiennent les stratégies les plus réalistes. Quatre exemples sont présentés pour montrer ce processus de discussion et de production du savoir collectif pour réussir à sélectionner des stratégies. Le premier exemple est relié à la relation des infirmières avec le patient. En effet, quelques infirmières considèrent que la relation qu'elles établissent avec le patient n'est pas adéquate. Certaines pensent qu'elles doivent établir une relation qui soit plus d'égal à égal.

Hortensia: *« [...] essayer de maintenir une relation de toi à toi, d'égal à égal ».*

Mais toutes les participantes ne sont pas d'accord pour dire que changer pour ce type de relation soit convenable.

Marta: « *Non, je veux une infirmière qui me soigne, c'est-à-dire qu'une amie est une amie et que l'infirmière est l'infirmière* ».

À la fin du débat sur la meilleure stratégie à appliquer en ce qui concerne la relation avec le patient, les participantes concluent qu'il faut établir une vraie relation thérapeutique où l'infirmière est vue comme plus accessible, plus proche, plus disponible, avec respect mais en maintenant son professionnalisme.

Elisa: « [...] *une relation professionnelle qui sécurise, comme par exemple dire au patient: « Même si vous ne voulez pas ou vous n'en avez pas envie, ce serait bon pour vous, c'est nécessaire pour telle et telle raison... »* ».

Le second exemple est relié à la relation des infirmières avec la famille. En effet, la façon de se présenter à la famille est un autre des éléments du débat. Certaines pensent qu'il est important de se présenter avec le prénom et les noms alors que d'autres infirmières considèrent que se présenter avec le prénom est suffisant. Finalement, toutes les participantes décident de se présenter seulement avec le prénom sauf une qui l'a toujours fait ainsi et qui disait qu'elle ne pourrait pas le dire autrement.

Lola: « *Tous les professionnels se présentent avec le prénom et le nom [...] mais les médecins eux comme Dr. Untel, par le nom de famille et non par le prénom* ».

Marta: « *C'est comme si un architecte vient chez toi et se présente comme Jean [...] je ne sais pas si cela fait peu professionnel* ».

Carla: « [...] *avec le nom de famille, ça marque une distance...c'est plus distant* »

Le troisième exemple est relié à l'information médicale. En effet, pendant l'observation et la réflexion sur leur pratique, les participantes ont constaté l'importance de

savoir quelle information médicale avait reçu la famille. Certaines participantes questionnent directement la famille sur ce que le médecin leur a dit, mais toutes les participantes ne sont pas d'accord avec cette alternative. À la fin du débat, les infirmières décident d'être présentes lorsque le médecin informe les familles. Voici le débat créé:

Carla: « [...] *mais, parfois, selon la façon dont tu poses la question, on dirait que tu ne sais rien* ».

Marta: « *Si tu leur demandes ce que leur a dit le médecin et qu'ils t'expliquent et que tu as l'air de ne pas savoir quoi dire, tu donnes l'impression d'être mise au courant seulement à ce moment-là [...] nous avons besoin de savoir ce que sait la famille* ».

Manolita: « *Je crois qu'une bonne stratégie serait d'aller avec le médecin quand il communique l'information à la famille et ainsi être au courant de ce que le médecin explique à la famille* ».

Carla: « *Pour moi, c'est correct mais le problème que je vois est qu'au moment où ils vont donner l'information, tu fais d'autres choses, comme aider à placer un cathéter, ...* ».

Lola: « *C'est ce que nous disions l'autre jour, introduire un cathéter!, tu as aidé à le faire cinquante mille fois et cela consiste seulement à donner le matériel, et, peut-être, qu'il est plus important d'être là pour l'information avec le médecin* ».

Carla: « *Et une collègue peut rester avec le patient* ».

Le quatrième et dernier exemple est relié à l'entrevue familiale. Les participantes cherchent la manière d'obtenir de l'information sur le patient par le biais de la famille. La première idée a été de leur poser une question générale sur leur parent. Cependant, toutes les participantes ne sont pas d'accord avec cette option.

Bon: « *Peut-être qu'on pourrait poser une question générale...peut-être leur dire quand tu te présentes à la famille [...] peut-être avec une attitude plus ouverte!* ».

Marta: « *Je ne sais pas si elle est bonne parce que la famille, à ce moment-là, est préoccupée par l'état de son parent et nous lui demandons: "Y a-t-il quelque chose que vous croyez important de nous dire à propos de votre parent?" [...] la famille peut expliquer tous les antécédents du patient [historique médical et chirurgical du patient]* ».

La deuxième idée des participantes pour obtenir de l'information de la famille est de leur poser une question de la feuille d'admission qui comporte les quatorze besoins fondamentaux selon le modèle de V. Henderson alors qu'autres ne sont pas d'accord sur cette façon d'aborder la famille.

Hortensia: « *Nous pouvons aussi avoir la feuille sous les yeux et y aller à peu près selon la situation du malade [...]* ».

Lola : « *L'admission n'est pas un bon moment pour poser des questions* ».

Même si toutes sont d'accord avec Lola, les participantes élaborent une stratégie éventuelle qui consiste à poser des questions à propos d'un aspect relié au patient en tenant compte de la situation de la famille et du patient.

Nous venons de présenter quatre exemples du processus de discussion et de production du savoir collectif pour réussir à sélectionner des stratégies. C'est à partir de cette sélection que les infirmières se sont mises d'accord pour élaborer un plan d'action spécifique pour le patient et un autre pour la famille¹ et elles ont développé des propositions de changement d'attitudes face à des problèmes communs.

¹ Lors de la première étude, les infirmières ont vécu le même processus à propos des collègues et des médecins mais nous avons décidé de présenter quelques rapports sur ces sujets dans la première partie des résultats étant donné qu'ils vont aider à mieux décrire le contexte pratique et professionnel dans le processus de production du savoir dans la pratique infirmière.

Accord sur un plan d'action spécifique pour le patient au moyen des propositions de changement

Les infirmières élaborent donc un plan d'action dans le but de développer une pratique infirmière avec un langage principalement centré sur la personne, où le patient soit davantage inclus dans les activités et en établissant une vraie relation infirmière-patient.

Concernant le langage avec le patient, les participantes choisissent deux groupes de stratégies pour l'améliorer. Le premier groupe de stratégies vise la période avant l'admission du patient à l'USI alors que le second groupe vise le moment même de l'admission du patient à l'unité. La première stratégie adoptée par les participantes dans le premier groupe est de savoir le nom du patient à l'avance pour éviter d'utiliser les surnoms de "majo" ou "majico". De plus, elles ont affirmé que, dans le cas où il était impossible de savoir son nom à l'avance, elles l'appelleraient monsieur ou madame.

Marta: *"Quand nous appelons pour demander ce qu'il a et ce qu'il est, nous pouvons demander aussi le nom"*.

La deuxième stratégie du premier groupe consiste, au début, d'en savoir plus à propos du patient avant son admission.

Bon: *« Avant l'arrivée du patient, il faudrait avoir, en plus des aspects physiques et du nom, un peu d'information...il faut poser plus de questions...demander ce qui s'est passé, pourquoi il vient ici...aussi pour préparer l'unité de soin...avoir un minimum d'informations »*.

Les participantes affirment que, comme beaucoup de patients arrivent de l'unité de soins intermédiaires (qui se localise à l'étage inférieur), elles pourraient descendre et recueillir cette information.

Elisa: *« Tout comme le médecin qui descend à l'unité de soins intermédiaires pour évaluer le patient, l'infirmière pourrait descendre, voir ce qu'il a au lieu de*

téléphoner...tout ça si c'est possible selon la dynamique de l'unité, je l'ai fait avec un patient et ce fut très positif».

Toutes les participantes croient que ce serait l'idéal mais elles perçoivent aussi que le fait de pouvoir le faire dépend du travail à faire dans l'unité. Finalement, la stratégie décidée par les participantes est de rechercher plus d'informations sur le patient avant son admission par le médecin, en descendant à l'unité de soins intermédiaires si c'est possible et, si le patient arrive d'ailleurs, en téléphonant.

Le deuxième groupe de stratégies incluent celles qu'elles réaliseront une fois que le patient aura été admis à l'unité. La première stratégie déterminée par les participantes est que l'infirmière responsable ait le premier contact avec le patient quand celui-ci est encore sur la civière.

Manolita: « [...] *quand il est sur la civière il faut le stabiliser et non faire ce que nous faisons: boum, boum, vite...avant de l'installer, il faudrait se présenter, lui dire qu'on l'a transféré d'unité et, une fois au lit, l'orienter dans le temps et l'espace* ».

La deuxième stratégie est d'éviter les phrases toutes faites et la troisième d'éviter les commentaires hors contexte. En ce qui concerne la deuxième, les participantes affirment que ces phrases n'aident pas à sécuriser le patient et encore moins à ce que le patient leur fasse confiance.

Bon: « *Si nous n'évitons pas ça, le patient peut penser: "Qu'est-ce que je fais avec ces folles?"* » ».

Lola : « *Nous devons essayer d'éviter les grossièretés, les commentaires inadéquats et les conversations personnelles* ».

La quatrième stratégie décidée par les participantes est de centrer le langage sur le patient, sur les questions professionnelles et, si possible, le faire participer aux conversations.

Carla: « *Il faudrait plus centrer le langage sur le patient* ».

Bon: « [...] *et bien sûr, s'il est réveillé et conscient ou à moitié réveillé, il faut se centrer sur des questions professionnelles, c'est-à-dire les choses dont on parle devant lui* ».

La cinquième stratégie adoptée consiste à attendre la réponse du patient quand on lui parle ou quand on lui demande quelque chose.

Marta: « *Éviter les monologues, attendre la réponse, c'est-à-dire demander des réponses...non pas moi avec moi-même en me disant ce que je sais que je dois dire et si c'est bien pour l'autre tant mieux, sinon tant pis* ».

La sixième stratégie consiste à informer et à expliquer au patient tout ce qu'on lui fait. Les participantes croient qu'elles le font assez bien mais que parfois le manque de temps et le travail les limitent.

Marta: « [...] *si à un moment il y a beaucoup de travail, il faut lui expliquer que, en ce moment, tu ne peux pas lui consacrer tout le temps que tu voudrais [...] lui expliquer la situation* ».

Finalement, la septième stratégie consiste à essayer de ne pas parler au patient sur un ton protecteur; elles ont en même temps élaboré la huitième stratégie qui consiste à essayer de baisser le ton de la voix, de ne pas crier. Elles affirment que ce n'est pas seulement ce qu'on dit au patient qui est important mais aussi la manière de le lui dire.

Par rapport aux stratégies visant l'inclusion du patient aux activités, les participantes affirment, une fois de plus, qu'en faisant tout avec autant de hâte, elles ne laissent pas le patient collaborer avec elles.

Cristina: « *Nous devons lui en donner l'occasion même quand nous sommes pressées* ».

Marta: « *Qu'il fasse ce qu'il peut* ».

Les participantes décident donc d'implanter deux stratégies dans la pratique: solliciter l'aide du patient pour réaliser les techniques de soins et, par conséquent, réaliser ces activités plus lentement, si la situation le permet. La troisième stratégie proposée consiste à être plus flexible au moment de réaliser les activités reliées au protocole d'admission, c'est-à-dire d'essayer d'aller au rythme du patient et ainsi favoriser le confort du patient davantage que les techniques, si c'est possible.

Durant l'observation de leur pratique, les participantes ont constaté que les aspects psychologiques et émotionnels des soins prodigués au patient n'étaient pas couverts. Pour cela, les participantes se sont entendues sur une quatrième stratégie qui consiste à dédier un certain temps au patient pour qu'il exprime ses sentiments.

Carla: « *Nous pourrions dédier un temps déterminé pour demander au patient, s'il peut répondre, comment il se sent, comment il va, c'est-à-dire aborder ces aspects quelques minutes ou au moins lui poser des questions* ».

Manolita: « *Être conscientes de dédier un certain temps à ces aspects, au moins le fait de lui dire, de s'offrir [...] s'il a envie de vider son cœur et de pleurer, alors être avec lui* ».

La cinquième stratégie décidée est de s'organiser avant l'admission, c'est-à-dire avoir tout l'appareillage sous la main pour éviter de perdre du temps et ainsi être plus présente avec le patient.

Elisa: « *Celle qui va s'occuper de l'admission devrait avoir ce qu'il faut très près de l'unité de soin* ».

Lola: « *[...] prévoir les besoins quant aux cathéters, moniteurs, [...] avoir tout sous la main* ».

La sixième stratégie découle des réflexions des participantes sur les brancardiers et elle consiste à coordonner le travail de ceux-ci afin de préserver la sécurité et le respect du patient.

La septième stratégie déterminée par les participantes pour améliorer les activités consiste à couvrir le patient pour ne pas le laisser nu, en particulier le buste des femmes. Ces témoignages font part de la discussion sur cette stratégie:

Elisa: *« Même si nous en tenons compte, on l'oublie souvent mais ce n'est pas parce que le patient est sous sédatifs qu'il faut le déshabiller complètement ».*

Hortensia: *« Mais tu te retrouves aussi souvent avec une patiente en train de se découvrir continuellement et tu la couvres à nouveau ».*

Elisa: *« C'est une chose quand le patient le fait mais une autre bien différente quand c'est nous qui le faisons ».*

Hortensia: *« Oui, mais pour les familles qui entrent dans l'unité! ».*

Elisa: *« Mais je crois que bien que le patient le fasse, l'infirmière responsable de ce malade doit évaluer s'il est désorienté, parce que nous ne pouvons pas permettre qu'une personne désorientée expose son physique aux autres ».*

La huitième et dernière stratégie consiste à l'évaluation de la douleur.

En regard du plan d'action pour améliorer la relation avec le patient, les infirmières décident, premièrement, d'établir une vraie relation thérapeutique où l'infirmière soit vue comme plus accessible, plus proche, plus disponible, avec respect mais tout en maintenant son professionnalisme. La seconde stratégie adoptée par les participantes pour améliorer la relation avec le patient implique qu'il faille en arriver à un accord et négocier avec le patient éveillé puisque, selon elles, la relation avec le patient sous sédatif ne peut pas s'améliorer.

Bon: « *Voyons, durant une admission où le patient est sous sédatif, que peut-on faire pour améliorer la relation?* »

Les participantes ont répondu « *rien* » à cette question. Elles croient, finalement, qu'en favorisant la participation du patient, c'est-à-dire en permettant au patient de collaborer (stratégie élaborée avec les activités), cela améliorerait la relation entre eux.

Accord sur un plan d'action spécifique pour la famille au moyen des propositions de changement

Les infirmières élaborent un plan d'action à partir de l'analyse et de la discussion sur les stratégies possibles reliées au développement d'une pratique infirmière davantage centrée sur la communication que sur l'information et l'amélioration du soin apporté à la famille.

Pour se centrer davantage sur la communication, les participantes décident premièrement de se présenter et de s'identifier à la famille.

Hortensia: « [...] *le nom et ensuite dire que je suis infirmière* ».

Cette participante croit aussi que leur donner la main durant la présentation pourrait être intéressant mais le reste des participantes ne trouvent pas cette idée opportune. Elles déterminent aussi comme deuxième stratégie le fait d'éviter de parler avec les familles sur un ton protecteur et comme troisième de leur demander le lien de parenté avec le patient.

Les participantes affirment que, normalement, les familles sont angoissées et préoccupées au moment de l'admission. Les participantes pensent que, dû à cet état, les familles, dans beaucoup de cas, n'enregistrent pas l'information sur les horaires et le fonctionnement de l'unité donnée par les infirmières. Par conséquent, elles décident, comme quatrième stratégie, qu'il serait intéressant d'évaluer cette famille et si elles voient

qu'elle n'écoute pas, le dire à l'équipe infirmière suivante. Finalement, la cinquième stratégie consiste à essayer d'être présente lorsque le médecin informe les familles.

Carla: « *Observer, ne pas lancer l'information à la famille et tout ça [...] quand tu vois que pour le moment ils ne captent pas. Leur donner le papier et le dire au quart suivant pour qu'ils vérifient ce qu'ils ont compris* ».

Bon: « *Se rappeler d'évaluer la famille* ».

Par rapport à l'amélioration du soin apporté à la famille, les participantes décident, comme première stratégie, de s'occuper de celle-ci dès qu'elle attend dans la salle d'attente.

Bon: « *Si l'infirmière responsable du patient ne peut pas s'occuper de la famille à ce moment, il faut que quelqu'un sorte dans la salle d'attente pour un premier contact et une première information* ».

Marta: « *Souvent tu es en train d'aider le médecin à appliquer une technique et tu penses: "Qu'est-ce que je fais?, J'aide le médecin ou je sors pour informer la famille?", si je reste avec le médecin, ce que je fais parfois, c'est pour lui donner du matériel mais ça, tout le monde peut le faire, alors, je pourrais aller à la salle d'attente et avoir un premier contact avec la famille"*.

Les participantes décident, comme seconde stratégie, de se mettre à la disposition de la famille d'une manière officielle, puisque certaines participantes ne le font jamais, certaines le font quand la famille le demandent et d'autres toujours.

Lola: « *Il faudrait leur dire que, s'ils ont besoin de quelque chose, qu'ils nous le demandent [...] ce serait une offre* ».

Bon: « *La stratégie serait de se souvenir de toujours se mettre à la disposition de la famille* ».

La troisième stratégie est reliée au fait de dire à la famille de sonner s'ils ont besoin de quelque chose.

Elisa: « Parfois, nous nous plaignons que la famille sorte de l'unité de soins pour aller te chercher alors que tu es allée prendre une collation ou que tu es aux toilettes ou ailleurs et qu'ils ne te trouvent pas [...] alors ils regardent partout, ne savent pas à qui s'adresser et soudain quelqu'un passe comme, par exemple la femme de ménage et ils demandent: « Madame, est-ce que ma fille a de la fièvre? », je ne sais pas si ce serait bien de leur expliquer où est la sonnette et de leur demander de sonner avant de sortir te chercher ».

La quatrième et dernière stratégie pour améliorer le soin à apporter à la famille est reliée au fait qu'éventuellement les infirmières posent des questions à propos d'un aspect relié au patient en tenant compte de la situation de la famille et du patient.

Hortensia: “[...] c'est une relation plutôt d'information et, maintenant, je vois qu'on devrait planifier avec la famille une relation d'aide envers le patient ».

Bon: “C'est vrai que, selon l'état de la famille, le bon sens [...] mais c'est ce que nous avons utilisé jusqu'à présent, le bon sens, et nous avons dit que c'est cela qui manque [...] on doit chercher une tactique pour poser plus de questions à la famille [...] il faut demander ».

4.2.3.2. L'action pour le changement

Cette étape représente la mise en pratique de ce plan d'action pour le patient et sa famille et, par conséquent, l'application du nouveau savoir dans la pratique infirmière, la production de narrations descriptives et analytiques par rapport à cette application du savoir et, finalement, la validation individuelle du nouveau savoir.

En ce sens, les infirmières tentent premièrement d'agir autrement à l'aide de l'implantation du plan d'action décidé ensemble, en permettant d'identifier leur contribution au travail de l'unité et de percevoir l'utilisation possible de leur nouveau savoir.

Hortensia: *« Quand la famille arrive, je suis en train de noter les observations, il est 7.10 heures du matin (à 7 heures nous faisons généralement les échanges d'informations avec le quart suivant), alors, d'une part, j'avais envie de les informer et, d'autre part, je devais demeurer pour appliquer la stratégie, et comme je n'étais pas pressée, je suis demeurée un instant. Je suis sûre que s'il n'y avait pas eu cette étude, je leur aurais dit que le patient est bien et stable ».*

Manolita: *« A certains moments, j'essayais d'obtenir la collaboration du patient parce que je pensais à la stratégie [...] ».*

En second lieu, les infirmières font une description et une analyse de l'application du nouveau savoir amenant des narrations descriptives et analytiques qui permettent finalement la validation individuelle de ce nouveau savoir autant par cette activité que par la comparaison des effets et de leur degré de satisfaction. Par exemple, les participantes évaluent les stratégies reliées au changement du langage avec le patient. Au sujet de la stratégie consistant à en savoir plus sur le patient avant qu'il ne soit admis, une participante affirme :

Bon: *« La stratégie de lire un peu l'historique et en savoir un peu plus, je n'ai pas pu...à ce moment, d'autres choses étaient prioritaires...je l'ai laissé pour le dernier moment...j'ai pu demander un résumé au médecin durant une admission mais je n'ai pas pu le faire pour l'autre ».*

D'autres participantes téléphonent dans certains cas et, dans d'autres cas, demandent un résumé au médecin.

Les participantes expriment aussi des opinions par rapport à la stratégie qui consiste à éviter les commentaires hors contexte et à celle d'éviter les phrases toutes faites, en considérant cette dernière comme une habitude très ancrée et dont parfois, elles ne se rendent pas compte.

Hortensia: *«Le fait de parler des aspects personnels, il me semble presque impossible de ne pas le faire [...]».*

Bon: *«Moi, avec les deux admissions je n'ai pas fait de commentaires personnels mais comme il y avait plus de gens à l'intérieur du cubicule, elles les ont faits. Si tout le monde avait été au même niveau [...] tu dois toujours te contenir parce que sinon ça sortirait ».*

Certaines participantes affirment qu'elles appliquent la stratégie d'inclure les patients qu'elles connaissent dans les conversations, mais pas au moment de l'admission.

Hortensia: *«Si c'est un patient qui est éveillé et que tu connais, alors là tu le fais...pas durant une admission ».*

Cristina: *«Avec une admission non, je ne l'ai pas fait ».*

Les participantes affirment qu'elles n'ont pas pu appliquer la stratégie qui est d'attendre la réponse du patient. La raison de cela est due, dans la majorité des cas, à l'excès de travail et à la rapidité avec laquelle elles font les choses.

Lola : *«Je crois que nous en sommes conscientes, et encore plus parce que nous participons à cette recherche, mais tu dois faire beaucoup de choses...nous allons vite ».*

En contrepartie, la description de Marta concernant un patient qui, neurologiquement, ne pouvait pas répondre mais qui avait reçu des explications sur les soins que Marta lui avait donnés, montre l'efficacité des stratégies.

Marta « *Elle était très mal neurologiquement mais je lui ai expliqué [...] le lendemain, je demande à la dame comment elle se sent et elle se rappelait de tout, elle avait tout entendu...tu restes surprise et tu penses: "Une chance que c'était l'une des fois où je l'ai bien fait!, Quelle importance cela a ce que j'ai fait hier!" [...] cela a une importance vitale* ».

Finalement, certaines participantes affirment que, inconsciemment, elles continuent à parler sur un ton de voix élevé. D'autres participantes assurent que, au début, le ton de voix est acceptable mais qu'il augmente au fil du temps.

Marta: « *[...] j'entre dans la chambre et le monsieur me dit de ne pas crier, qu'il m'entendait très bien [...] je n'étais pas consciente que je criais parce que j'avais noté dans mon journal de bord que je ne criais pas, mais en fait, je criais comme une folle* ».

Manolita: « *Il m'est arrivé de faire des réflexions et à ce moment je baissais le ton, mais après, après un moment...c'est comme une habitude, je crie* ».

Au sujet de la stratégie qui est de permettre au patient d'aider, les participantes constatent que lorsque l'aide que le patient peut offrir est minime, elles le font elles-mêmes.

Elisa: « *Je trouve que c'est difficile, surtout si l'aide dont je peux avoir besoin est minime, au lieu d'attendre l'aide, je le fais moi-même* ».

Les participantes affirment que, même si elles ont essayé d'implanter la stratégie qui est celle d'être plus flexibles et d'essayer de prioriser le confort du patient, le médecin arrivait par la suite et déstabilisait à nouveau le patient.

Bon: « *Nous priorisons de bien l'installer dans le lit, de le rendre confortable, mais parfois, pendant que tu l'installes, un médecin veut examiner le patient sans*

attendre que l'infirmière enlève le drap et mette les solutés de côté et monitorise le malade ».

Les participantes affirment qu'elles ont pu appliquer la stratégie consistant à couvrir les organes génitaux et surtout les bustes des femmes, mais plutôt tardivement, selon elles.

Manolita: « J'ai trouvé cela difficile parce que j'ai couvert les organes génitaux et le buste cinq minutes plus tard ».

L'application des stratégies pour améliorer les relations avec le patient a été jugée très positive et, en général, s'est bien déroulée. Cependant, les participantes n'ont pas pu arriver à un accord avec patients en situation critique ni négocier avec eux.

Marta: « Je n'ai pas pu me mettre d'accord avec le patient parce qu'il n'était pas bien neurologiquement ».

Les stratégies qu'elles ont pu appliquer sans difficulté sont les suivantes: avoir tout l'appareillage sous la main, coordonner le travail des brancardiers et évaluer la douleur.

En ce qui concerne les stratégies pour améliorer le langage avec la famille, les participantes affirment que toutes se sont présentées à la famille. De plus, même si elles avaient décidé durant leur élaboration que la présentation se ferait seulement avec le prénom, certaines participantes ont essayé de se présenter aussi avec le nom mais elles n'ont pas réussi.

Carla: « Je n'ai pas pu me présenter avec le prénom et le nom ».

Cristina: « Moi non plus...ça ne sort pas ».

Certaines participantes ont dit que l'implantation de la stratégie consistant à être présente durant l'information médicale a été très positive. D'autres n'ont pas pu appliquer cette stratégie.

Elisa: « *Très bien, parce qu'il y avait des choses que je ne savais pas et dont je n'avais aucune idée et cela m'a beaucoup aidée pour traiter le patient* ».

Cristina : « *Non, parce que...le médecin a profité du fait que c'était le changement de quart infirmier pour aller parler à la famille* ».

Les participantes assurent qu'elles ont demandé le lien de parenté aux familles, ce qui leur a fourni une bonne information.

Marta: « *Je pense que tu sais avec qui tu parles* ».

En ce qui concerne les stratégies reliées à l'amélioration des soins apportés à la famille, les participantes disent que toutes se sont mises à la disposition de la famille.

Manolita: « *[...] si vous avez besoin de quelque chose ou pour n'importe quelle question, vous m'appellez* ».

Les participantes ne font aucun commentaire sur la stratégie qui est celle d'évaluer la famille et de signaler l'information durant le changement de quart infirmier. Elles soutiennent que les stratégies qu'elles ont élaborées et appliquées sont suffisantes pour améliorer le niveau de langage avec la famille.

Dans certains cas, la stratégie qui est de s'occuper une première fois de la famille pendant qu'elle attend dans la salle n'a pas pu être implantée parce que ou bien la famille n'est pas venue, ou bien elle est entrée tout de suite.

Cristina: « *Mais je ne l'ai pas implantée parce que la famille est entrée tout de suite à l'admission* ».

La stratégie qui consiste à leur dire de sonner s'ils ont besoin de quelque chose a été appliquée par certaines d'entre elles. Les autres, elles ont oublié. Finalement, la stratégie consistant à poser des questions à la famille sur des aspects reliés au patient n'a pas pu être implantée, comme elles l'ont pensé lors de l'élaboration de la stratégie, le degré de

préoccupation de la famille était trop fort et elles n'ont pas considéré opportun de l'implanter.

Marta: « *Durant l'admission d'un patient en situation critique, la famille était tellement affectée qu'elle ne donnait aucune réponse, ils disaient seulement oui ou non, et si on leur avait expliqué autre chose, ils auraient aussi dit oui ou non* ».

Bref, la révision des projets réflexifs a permis le rapprochement entre les récits de soi et les choix de styles de vie et cette révision a permis aux infirmières de s'entendre sur un plan d'action davantage relié à une identité infirmière renouvelée, plus claire et concrète avec une nouvelle façon de conceptualiser la personne et la famille dans le contexte des soins critiques. De plus, les témoignages des infirmières mettent en relief, d'un côté, leur propre analyse face à l'implantation dans la pratique infirmière du savoir préalablement élaboré et, de l'autre côté, de nouvelles manières d'être des professionnelles. Ces deux aspects facilitent un savoir renouvelé et la validation individuelle. Toutefois, l'ensemble de leurs propos sera regroupé afin d'en effectuer une validation collective.

4.2.4.- La reconstruction émancipatrice du savoir

Tel que décrit par Giddens (1993a), la mise en commun des récits de soi va permettre une plus grande compréhension et une production du savoir collectif qui amènera une compréhension réflexive de l'identité de soi par l'individu concerné et par les autres. En ce sens, l'identité de soi est constamment renégociée au cours d'un projet

réflexif que chaque individu doit construire pour en arriver à la sécurité ontologique et à l'autonomie personnelle¹.

Le projet réflexif collectif se situe à l'intérieur de la méthodologie de recherche pendant la réalisation des rencontres du groupe. Au cours de cette étape, nous avons organisé deux (2) rencontres avec le groupe et les infirmières ont alors partagé leurs réflexions et critiques sur leur propre pratique observée et annotée dans leur journal de bord.

Dans le contexte de cette étude, cette section rassemble les deux dernières étapes du processus de production du savoir par la réflexivité, soit la réflexivité émancipatrice et le savoir transformateur des infirmières dans un contexte où les infirmières révisent ensemble le nouveau savoir et retravaillent leur identité professionnelle, en permettant une sécurité ontologique et un renforcement de leur autonomie professionnelle.

4.2.4.1. La réflexivité émancipatrice

À cette étape, les participantes partagent les analyses en identifiant les modèles souhaitables à partir des expériences vécues. En ce sens, la discussion des infirmières dans les rencontres sur la stratégie pour savoir à l'avance le nom du patient constituait un exemple de ce partage d'expériences. Ainsi, quelques participantes manifestent leur difficulté par rapport à cette stratégie. La rapidité avec laquelle les patients sont admis a été, selon les participantes, l'une des raisons qui ont empêché l'application de cette stratégie.

¹ Rappelons la définition de sécurité ontologique selon la théorie de Giddens. La sécurité ontologique est une forme de sentiment de sécurité en général et elle concerne «l'être». L'expression s'applique à la confiance de la plupart des êtres humains dans le fait qu'ils conservent leur propre identité sociale (1987). La sécurité ontologique reflète, chez un acteur le sens de la continuité, de l'ordre, de la fiabilité et de la confiance face à la réalité de ses pratiques et des circonstances sociales coutumières, familiales y compris la réalité de son identité (Cohen, 1993).

Marta: « *Dans aucune de mes deux admissions je n'ai réussi à savoir qui c'était, comment il s'appelait...ce sont des admissions rapides, les choses ne sont pas préparées...c'était plus important de les préparer que de les appeler par leur nom* ».

Elisa: « *Il est venu de la salle, il était pressé, le médecin a parlé directement avec un collègue et de là ils l'ont descendu, je n'ai même pas parlé avec l'infirmière...je lui ai demandé son nom quand il est arrivé et je me suis présentée* ».

Carla: « *J'ai pu parler avec l'infirmière de Puigvert (centre d'hémodialyse) [...] elle m'a expliqué des choses: le nom, le diagnostic et un peu l'évolution* ».

Toutes les participantes affirment qu'il est important de savoir le nom du patient mais qu'il serait peut-être plus réaliste de le connaître lorsqu'il est admis.

Hortensia: « *Appeler là d'où vient le patient seulement pour savoir le nom, je l'ai fait dans un seul cas [...] ce qui est important, c'est de chercher à connaître le nom du monsieur dès qu'il arrive* ».

Les participantes parlent aussi de leurs expériences par rapport à l'implantation de la stratégie qui consiste à éviter les commentaires hors contexte.

Hortensia : « *J'ai trouvé très difficile de ne pas parler de sujets personnels devant le patient...parfois j'allais dire quelque chose et je pensais: "Non, non, je ne veux pas le dire!", pas seulement durant une admission mais avec n'importe quel patient en général...d'autres fois je m'en rendais compte quand j'étais en train de parler* ».

Quelques participantes soutiennent que le patient pouvait ne pas être trop dérangé par le fait que les infirmières parlent de sujets personnels devant lui alors que d'autres pensent le contraire.

Bon : « *Ça, nous ne le savons pas, il y a des gens que ça dérange beaucoup...dont la famille aussi [...] ce sont des choses que nous devons totalement éviter, nous devons faire un effort* ».

Marta : « *Moi, en tant qu'usagère du système de santé publique, tu es là, au lit, et tu penses: "Mon Dieu!, et celle-là qui parle à l'autre de l'agenda et moi qui suis ici avec le ventre à l'air!", moi je n'aimerais pas* ».

Manolita: « *Moi non plus* ».

La stratégie qui est d'en savoir plus sur le patient avant qu'il ne soit admis a aussi été discutée par le groupe; pour certaines participantes, c'est une stratégie difficile à appliquer. D'autres, ont pu téléphoner dans certains cas et, dans d'autres cas, elles ont demandé un résumé au médecin. Aucune participante n'a pu descendre aux soins intermédiaires pour obtenir de l'information sur le patient.

Bon : « *Et cela de demander un résumé d'une minute au médecin, dans une admission, j'ai pu le faire, dans l'autre non* ».

Les participantes ont aussi discuté sur la stratégie qui est celle de permettre au patient d'aider. Les participantes sont d'accord en affirmant que lorsque l'aide que le patient pouvait offrir était minime, elles le faisaient elles-mêmes. L'analyse collective les a amenées à percevoir que cette stratégie n'a pas pu être réalisée parce qu'elles n'ont pas réussi la stratégie qui était d'aller plus lentement.

Hortensia : « *A certains moments, j'essayais qu'il m'aide parce que je pensais à la stratégie, mais parfois tu es pressée quand des gens t'aident, alors parfois je me rappelais mais je pensais: "Maintenant il faut dire à la patiente qu'elle fasse ça!", tu es pressée* ».

Manolita: « *Voyons, pendant que vous êtes en train de parler, je me suis rendu compte que si le patient est intubé ou sous sédatifs, je vais plus vite...s'il arrive*

seulement avec de l'oxygène ou avec un masque de ventilation non invasive, je vais plus lentement, je suis plus là pour lui ». [toutes sont d'accord avec cette réflexion]

Par rapport à la stratégie qui est d'être plus flexibles et d'essayer de prioriser le confort du patient, voici l'analyse collective:

Marta: *« Je crois que notre intervention se réduit à enlever le drap de dessous, le laisser bien installé, ce qui ne veut pas dire qu'il soit assez confortable pour bien recevoir l'accès veineux ou ce qu'on doit lui mettre; ensuite, on l'installe le plus confortablement possible. Dans une admission, la dame, « heureusement », était sale de la tête jusqu'aux épaules, les médecins ont dit qu'ils n'entreraient pas à l'unité de soins alors on a commencé par reconforter la dame [...] on doit avoir terminé toutes les interventions avant de sortir de la chambre, c'est la philosophie de l'admission [...] comme solution, on peut rester l'infirmière responsable, avec une personne qui l'aide, ou sans personne de plus, parce que, parfois, la présence d'une infirmière est suffisante et d'autres fois non ».*

Hortensia: *« Bien sûr, toutes ces manières de faire, c'est là qu'il y a erreur ».*

Elisa: *« Moi, par exemple, pendant la première admission, nous ne lui avons fait ni électrocardiogramme, ni radiographie ni analyse parce qu'on l'avait déjà fait; c'est ce que nous avons discuté lors de la répétition des tests ».*

Finalement, les participantes affirment qu'elles n'ont pas appliqué la stratégie qui est de favoriser l'expression des sentiments du patient même si elles continuent à penser que celle-ci est aussi importante que les autres stratégies reliées aux activités.

Par rapport à l'implantation du savoir relié à la famille, la stratégie consistant à être présente lors de l'information médicale n'a pas été appliquée par toutes parce que, selon elles, il y avait un excès de travail et elles pensaient qu'il n'était pas pertinent de partir pour aller chercher de l'information. D'autres pensent différemment.

Marta: « *Mais, tes collègues sont-elles des collègues égales à toi sur le plan professionnel ? Tu leur confierais ton travail? ».*

Hortensia: « *Oui, oui, elles pourraient le faire, mais il y avait beaucoup de travail, et il ne m'a pas semblé..., mais si que c'est important ».*

Cristina: « *Bien sûr que c'est important ».*

Manolita: « *Je pense qu'être avec le médecin au moment où l'on communique l'information à la famille, c'est très important, mais si ceci ne s'établit pas comme une règle à suivre pour tout le monde, il faut que le médecin le sache et qu'il attende l'infirmière ici ou devant la porte ».*

Bon: « *[...] je ne l'ai pas fait parce qu'il y avait beaucoup de travail dans l'unité et je trouvais que ce n'était pas bien...peut-être qu'il aurait fallu que je change mon attitude et que je sorte pour avoir l'information médicale».*

Certaines participantes assurent qu'il a été difficile, selon les familles, d'appliquer la stratégie consistant à éviter le ton protecteur. La discussion des infirmières vient soutenir la nécessité de cette stratégie.

Bon: « *Je trouve que c'est difficile dépendamment des familles parce que certaines te le demandent ».*

Hortensia: « *Oui, c'est vrai, si elles le demandent je trouve ça correct ».*

Bon: « *Ou non, parce que nous avons reconnu qu'il faut l'éviter ».*

Manolita : « *[...] mais ce n'est pas toujours bon parce que, souvent, tu adoptes une attitude paternelle et ce n'est pas nécessaire, on doit être réaliste ».*

Hortensia: « *Dans ce sens oui, tu ne vas pas leur mentir ».*

Marta: « *Une chose est d'essayer de donner un appui à ce moment et une autre est de leur mentir pour ne pas détromper cette espérance* ».

Au sujet de la stratégie qui est de s'occuper une première fois de la famille pendant qu'elle attend dans la salle, quelques infirmières l'ont implantée.

Marta: « *La perception du temps est totalement différente, pour moi, une demi-heure c'est le temps de laisser le monsieur et de commencer à faire quatre choses que tu n'avais pas eu le temps de faire. Tu as la sensation que dès que le patient arrive, tu sors pour informer la famille mais la famille est déjà hystérique car ils viennent de passer une demi-heure ou trois-quarts d'heure ou une heure sans ne recevoir aucune information, c'est une souffrance et, bien sûr, je crois que nous le faisons tard* ».

Manolita : « *Peut-être, quand le patient arrive et selon la façon dont il arrive, tu peux dire à une collègue : "tu restes 10 minutes, je vais voir la famille pour lui dire que nous allons lui faire quelques tests et tout de suite ils pourront entrer* » ».

Hortensia: « *10 minutes, ça se fait en deux minutes [...] Seulement leur dire deux phrases, tu les tranquillises déjà. Je ne l'ai pas fait mais je crois que c'est très important pour elles* ».

Elisa : « [...] *et ils te remercient beaucoup, hein!, avant ils semblaient perdu mais maintenant ils sont plus tranquilles car ils sont informés* ».

Dans cette étape de reconstruction émancipatrice du savoir, elles déterminent aussi les conceptions et les stratégies avec plus de succès. En effet, les participantes sont d'accord en affirmant que les stratégies reliées au patient ont eu un impact très positif et que le patient est plus respecté.

Bon: « *Je trouve que le patient est beaucoup plus respecté avec les stratégies [...] lui dire bonjour et où il est,...* ».

Manolita: « [...] *quand il arrive on se concentre plus directement sur le patient que sur les moniteurs comme on le faisait avant... c'est très efficace et positif [...] quand le patient arrive, même sans être l'infirmière qui va s'en occuper, lui dire qu'on l'a changé d'unité, nous le changeons de lit [...]* ».

Lola : « [...] *la personnalisation des soins...Je crois que je respecte plus le patient qu'avant, au moins j'en suis plus consciente* ».

Certaines participantes soutiennent que l'implantation de la stratégie qui est d'être présente pendant l'information médicale a été très positive.

Elisa: « *Très bien, parce qu'il y avait des choses que je ne savais pas et dont je n'avais aucune idée et cela m'a beaucoup aidée à traiter le patient* ».

Manolita : « [...] *nous sommes sortis tous les deux et il a dit à la famille: "Je suis le Dr. Untel et elle, l'infirmière Manolita qui s'en occupe", de plus, il s'est montré super professionnel à tous les niveaux [...] c'était une fille qui était admise à cause d'un accident de la route...elle avait une déchirure de la rate, la fille était bien mais il y avait des risques d'hémorragie [...] tu ne te fais pas non plus à l'idée que c'est si grave, si grave et, bien sûr, le médecin dit à la famille que c'est une bombe à retardement...là tu vois mieux la gravité, tu es plus consciente et tu vois comment la famille le reçoit* ».

Les participantes considèrent que les stratégies reliées à la famille sont aussi très importantes pour la soutenir.

Manolita : « [...] *la famille, c'est-à-dire le premier contact pour les tranquilliser un peu* ».

Elisa: « *Le contact avec la famille, le fait d'être dans l'unité de soins en train de faire des choses est préférable pour que la famille pose des questions ou parle plutôt que de te retirer dès qu'ils entrent...* ».

Ce processus a permis, d'un côté, de valider de façon collective le nouveau savoir et, de l'autre coté, la conscientisation des infirmières sur leur capacité de transformation des pratiques.

Carla: « [...] *faire cette recherche, avoir réfléchi et avoir analysé les choses fait en sorte que tu agis différemment lors d'une admission. Tu as réfléchi à une série de choses que tu essaies de mettre en pratique et, même à ça, je reconnais qu'il y a des choses que j'oublie, mais en général je trouve que c'est positif* ».

Hortensia: « *Oui, je me rends compte que, grâce à cette recherche, hmm !, je me suis beaucoup améliorée, parce qu'avant je le faisais aussi, mais peut-être pas au bon moment ; et maintenant j'ai pris l'habitude, par exemple, de couvrir rapidement le patient lors de son admission* ».

Bref, la réflexivité critique ou émancipatrice permet la validation collective du nouveau savoir ainsi que la conscientisation des infirmières sur leur capacité de transformation sociale. L'étape suivante montre comment, à partir de cette réflexivité émancipatrice, il s'est produit une transformation des infirmières et leurs contextes.

4.2.4.2. Le savoir transformateur des infirmières et leurs contextes

Tout d'abord, cette dernière étape de transformation donne lieu à la perception d'elles-mêmes comme productrices de savoir.

Manolita: « [...] *je comprends plus en ce sens que j'essaie qu'il y ait plus de cohésion entre les différents aspects. Au début, il y avait beaucoup de discordance entre les trois aspects, je pense que maintenant j'essaie au moins, je ne fais pas certaines activités parce que ce n'est pas ce dont le patient a besoin en ce moment* ».

Ensuite, la transformation des infirmières est visible par l'accroissement de leurs habilités de réflexivité critique qui leur a permis d'améliorer leur conscience critique envers elles-mêmes et envers les autres.

Bon: « *Ça m'a aidée à être plus critique envers moi-même et envers les autres...à changer mon attitude, essayant d'être plus mature avec les médecins et avec les autres quarts de travail* ».

Carla : « [...] *le fait de faire cette étude, de penser, d'écrire ce que tu fais et ce que tu dis alimente beaucoup la réflexion t'amène à te rendre compte de choses dont tu ne te rendais peut-être pas compte lors d'une admission normale. Au niveau personnel, tu peux changer et te rendre compte des erreurs que nous commettons toutes et que, même en ayant fait ça, j'en commets encore, mais au moins je me rends compte que j'en commets, peut-être qu'avant je ne le voyais pas...tu n'étais pas aussi consciente* ».

Cristina: « [en parlant d'être plus conscient] *Que ça peut être changé* ».

Hortensia: « *J'ai appris à réfléchir et à prendre conscience de tout ce que nous faisons* ».

Les participantes ont aussi appris à accepter les différences d'opinion à propos d'un thème.

Manolita: « [...] *on peut voir les choses sous différents angles, tous valides* ».

Hortensia : « *La tolérance* ».

Bon: « [...] *comprendre les autres...des détails qui ne sont rien pour toi mais qui signifient quelque chose pour les autres* ».

La transformation des infirmières est également perçue par le sentiment d'*empowerment* (autonomisation) d'elles-mêmes, des patients et des familles. Elles se sont

rendu compte que la pratique est vivante et changeante, qu'elles sont des actrices sociales immergées dans la pratique et, pour cette raison, elles doivent constamment agir pour la changer.

Manolita: *«On doit réfléchir tous les jours parce nous donnons des soins tous les jours».*

Marta: *«Qu'il faut toujours se poser des questions sinon tu tombes dans la routine ».*

Bon: *« [...] ça m'a aidée à voir que la pratique n'est pas immobile, qu'elle change, qu'elle est vivante et qu'on doit continuellement l'explorer et travailler parce qu'il est certain que nous ne travaillons pas comme il y a 5 ans [...] on doit davantage partager et dialoguer ».*

Elisa: *« [...] à penser comment j'agis au travail, parfois j'agis de façon tendue, parfois j'agis ... je ne sais pas, à penser de quelle façon les circonstances et les personnes qui m'entourent ont une influence sur moi et pouvoir agir d'une manière ou d'une autre ; et penser que de la même façon, moi aussi je peux avoir de l'influence ».*

Les participantes affirment qu'elles se sont davantage mises dans la peau du patient et de la famille.

Hortensia: *« [...] ça m'a aidée à me mettre plus dans la peau du patient et de la famille, pour tous les aspects, qu'ils soient reliés directement à eux ou aux collègues ou aux médecins [...] depuis que nous faisons cette recherche, souvent, je me mets à sa place et je me dis comment je me sentirais... ».*

Manolita: *« [...] j'ai appris que nous imposons souvent nos besoins au patient ».*

Elisa : « *Je crois que la famille peut beaucoup aider. Quand la famille vient et te dit : «Il est très nerveux !, être ici, on verra quand il s'éveillera!».* C'est-à-dire, il est nerveux, il faut faire attention quand il s'éveillera, qu'est ce que nous ferons ?, tu commences à penser déjà aux choses. La famille peut te donner de l'information que tu ne peux pas recevoir du patient [...] ».

L'empowerment perçu par les infirmières, leur permet également de faire des recommandations par rapport au contexte pratique. D'un côté, les participantes veulent que le reste des infirmières soient impliquées dans ce processus de réflexivité.

Bon: « [...] *c'est un travail d'équipe et, de plus, il faut le réviser plusieurs fois pour ne pas oublier...je le ferai savoir au reste du groupe parce que sinon ça ne sert à rien puisque une le fait alors qu'ils sont cinq dans l'unité, ça ne sert à rien...c'est pour cela que nous devrions faire ces réunions avec toute l'équipe pour tous travailler avec la même idéologie, malgré l'hôpital et le modèle médical qu'il y a* ».

D'un autre côté, elles affirment qu'il y a des stratégies qu'elles doivent communiquer à l'infirmière-chef pour qu'elle essaie de voir s'il est possible que tout le personnel travaillant à l'USI les applique.

Marta: « *Si on parle avec l'infirmière-chef, cela va se transformer en quelque chose de stratégique dans l'USI. D'un côté, les médecins doivent être informés que cela fait partie de l'unité et, d'un autre côté, les collègues doivent assumer que cela fait partie de leur travail, ce qui n'est pas une surcharge* ».

Manolita: « *Que le médecin tienne compte que, pour informer à famille, l'infirmière doit être présente* ».

Finalement, l'effet du savoir transformateur sur les infirmières et les contextes professionnel et institutionnel sont mis en évidence dans les réflexions des infirmières. Les infirmières établissent donc des mécanismes afin qu'elles soient mieux considérées et respectées.

Hortensia: « *Toujours essayer de défendre nos agissements et nos idées parce qu'ils [les médecins] te disent souvent quelque chose à propos de ce que tu as fait...et nous ne nous défendons pas* ».

Marta: « *Toujours donner ton opinion [...] compter sur les professionnels que nous sommes en commençant par parler avec les médecins, leur poser des questions, entrer pour l'information [...]*».

Cristina: « *Essayer le dialogue et c'est tout* ».

Carla: « *Et argumenter !* ».

Elisa: « *Nous devons être plus décidées pour prendre les rênes* ».

Bon: « *Nous devons avoir une attitude professionnelle, nous défendons ce que nous disons et nous apportons nos arguments [...] Se concentrer sur les aspects professionnels et ne pas jouer à autre chose, surtout en face du patient [...] Tu peux lui dire: "Écoute, devant le patient non" ou "Je n'aime pas que tu...ça ne sert à rien" ou "Ne faisons pas ça devant le patient", je ne sais pas. Il faut être un peu plus précises et dire les choses par leur nom [...] Nous devons être à la hauteur, nous devons faire un effort...moi, souvent, je ne réponds pas parce que je n'ai pas d'arguments et je n'ai pas d'arguments parce que je n'ai pas consulté l'historique et je ne savais pas que ce patient avait quelque chose au poumon...nous devons être un peu plus préparées [...] C'est une manière d'avoir plus d'autorité et de sécurité. Je crois qu'il faut y aller peu à peu, toutes ensemble, en faisant nos preuves, pour qu'à la fin ils te considèrent un peu...je crois que c'est un travail ardu et à long terme* ».

Manolita : « *[lors de l'étude] Une fois, j'ai discuté et ils m'ont écoutée, parce qu'ils voulaient mettre un cathéter à tout prix au risque d'une hémorragie et alors je leur ai dit: "Voyons, la pauvre fille, elle a deux gros accès veineux périphériques, elle est fatiguée"...et oui, mais bien sûr un autre m'aurait dit non* ».

En résumé, cette dernière étape du processus de production du savoir par la réflexivité, soit la reconstruction émancipatoire du savoir, permet de mettre en évidence une réflexivité davantage émancipatrice que compréhensive où les infirmières développent progressivement un savoir qui tient compte de l'ensemble mais aussi un savoir intégré dans la pratique, un savoir découlant d'un consensus parce qu'elles construisent conjointement une approche sur laquelle elles s'entendent à travers même la diversité et un savoir plus responsable car il est plus en accord avec l'idéal infirmier. De plus, ce processus émancipatoire permet aux infirmières de développer un sentiment d'*empowerment* sur leur capacité de modifier la pratique actuelle et leur contexte, une plus grande sécurité ontologique puisqu'elles se sentent bien ; elles se sentent en accord avec ce qu'elles pensent réellement du soin ; ça les rassure de voir qu'elles peuvent être ce qu'elles aimeraient être. C'est ainsi qu'une identité infirmière renouvelée se produit.

4.2.5.- Résumé de la deuxième partie des résultats

En utilisant l'approche théorique de Giddens, nous avons théorisé sur le processus de production du savoir au moyen de la réflexivité et identifié les éléments clés de ce processus, toujours en fonction d'une réflexivité de recherche sur la réflexivité des infirmières. Les éléments clés et les étapes identifiées dans le processus de production du savoir au moyen de la réflexivité sont donc les suivants¹: (1) Reconnaissance de la réflexivité quotidienne (la réflexivité technique et institutionnelle qui maintient le *statu quo*, la réflexivité fondée sur la recherche) ; (2) l'examen systématique des pratiques qui comprend les étapes de la perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices qui permettent l'engagement des infirmières, le projet réflexif individuel et le projet réflexif collectif ; (3) la construction d'un nouveau savoir qui inclut les étapes sur la révision des projets réflexifs et l'action pour le changement et, finalement, (4) la

¹ Voir le résumé des étapes du processus de production du savoir au moyen de la réflexivité dans l'annexe 24.

reconstruction émancipatrice du savoir qui comprend la réflexivité émancipatrice et le savoir transformateur des infirmières et leurs contextes.

Toutefois, le portrait de ce processus de production du savoir par la réflexivité ne peut être séparé d'une description beaucoup plus précise du contexte qui entoure la pratique infirmière aux soins intensifs. C'est ainsi que la première partie des résultats permet de contextualiser cette production du savoir et de compléter les résultats de cette deuxième partie.

CHAPITRE 5: DISCUSSION

À la suite des résultats obtenus et mis en évidence dans le chapitre précédent, il est maintenant temps de confronter nos résultats de recherche aux écrits existants. A partir de l'ensemble de nos résultats, nous retenons deux thèmes touchant directement le processus de production de savoir au moyen de la réflexivité et qui font écho aux questions de recherche initiales. Cette discussion s'est donc articulée autour des deux dimensions touchant directement le processus de production de savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité: (1) les aspects structurels du processus de production de savoir et (2) la transformation des pratiques et du savoir au moyen de la réflexivité. La première partie de la discussion représente donc l'analyse critique de la structure de base (institutionnelle, pratique et professionnelle) à partir de laquelle le processus de production de savoir s'est développé.

5.1. Les aspects structurels du processus de production de savoir

Giddens définit les structures comme l'organisation des règles et des ressources qui constituent les systèmes sociaux et les institutions¹. Ainsi, la principale assertion de cet auteur est à l'effet que la relation entre les personnes et les structures est récursive (Cohen, 1987; Giddens, 1987) c'est à dire qu'ils ont une influence réciproque. Ceci signifie que la relation entre la micro action et la macrostructure est beaucoup plus étroite qu'on le perçoit habituellement alors que, par ailleurs, les concepts tels que acteurs, liberté, pouvoir, *empowerment* (autonomisation) et transformation prennent un sens nouveau et sont davantage développés dans la théorie de Giddens (Kondrat, 2002).

Dans le contexte de cette étude, située dans un espace et un temps déterminés, nous considérons comme des aspects structurels dans la production de savoir infirmier les règles

¹ Rappelons que pour Giddens (1987), les règles sont les éléments normatifs et des codes de signification et les ressources peuvent être d'autorité, dérivant de la coordination de l'activité des individus et d'allocations qui proviennent du contrôle d'objets matériels ou d'aspects du monde matériel.

et ressources (contexte institutionnel), le lieu concret dans lequel la pratique se développe (contexte pratique) ainsi que la situation de la profession infirmière dans le contexte espagnol (contexte professionnel) donnant à la théorie de Giddens une nouvelle perspective, pragmatique et davantage orientée vers l'action. La discussion de cette première partie s'articule donc autour de ces trois contextes: (1) les règles et ressources qui maintiennent le *statu quo*, (2) une pratique infirmière loin de l'idéal et (3) une profession infirmière marquée par l'histoire de sa soumission à la médecine.

5.1.1. Règles et ressources qui maintiennent le *statu quo*

Tel que suggéré par Giddens (1987), les règles ainsi que les ressources d'autorité qui dérivent de la coordination de l'activité des individus et qui peuvent aller de la coercition physique à l'état brut jusqu'aux formes les plus subtiles de soumission ou de consentement et les ressources d'allocation, qui proviennent du contrôle d'objets matériels ou d'aspects du monde matériel, peuvent habiliter ou limiter l'action des individus. Les règles et les ressources ressorties dans la présente étude ont amené des questionnements par rapport à l'effet limitant dans l'action infirmière et, en conséquence, dans la production de savoir infirmier.

Tout d'abord, les règles mises en évidence dans le discours des infirmières ayant participé à la présente étude permettent de valider la présence des relations de pouvoir entre les infirmières et les médecins. Toutefois, ces relations de pouvoir ne sont pas un phénomène nouveau et plusieurs études empiriques et théoriques ont abordé ce phénomène tant aux niveaux international (Çobanoğlu et Algier, 2004; Lunardi, Lunardi Filho, Silva, Santos, Sallette et Salum, 2007; Mantzoukas et Jasper, 2004; Rosenstein, 2002; Sirota, 2007; 2009) qu'espagnol (Alberdi, 1998; Cachón, 2007; Cánovas, 2008). C'est ainsi que la relation médecin-infirmière dans les équipes pluridisciplinaires est le tandem qui pose le plus de problèmes, relation souvent qualifiée de conflictuelle (Barrea De Vleeschhouwer, 2004), imprégnée de tensions et d'hostilité (Moland, 2006). En ce sens, plusieurs auteurs

(Kramer et Schmalenberg, 2004; Schmalenberg et Kramer, 2009) ont étudié et identifié les thèmes sous-jacents dans les rapports entre les médecins et les infirmières à partir de la participation des infirmières travaillant dans 14 hôpitaux « magnétiques ». Ils ont découvert que le pouvoir était le thème sous-jacent et, en s'appuyant sur ce constat, ils ont développé une échelle comprenant cinq (5) catégories caractérisant ces rapports: (1) collégialité: c'est la relation la meilleure possible qui met l'accent sur l'égalité entre les deux disciplines et leur contribution à l'équipe interdisciplinaire; (2) collaboration: c'est la relation positive fondée sur la confiance mutuelle, le respect, et la réciprocité mais sans égalité de pouvoir; (3) élève-professeur: c'est une relation bonne, agréable et polie traduisant la volonté de discuter, expliquer et enseigner; le partage du pouvoir est inégal mais, globalement, les infirmières estiment que les résultats sont bénéfiques; (4) neutre: c'est la relation avec absence de sensations fortes en ce qui concerne ces types de relations; l'échange d'informations existe mais les infirmières estiment que les médecins reconnaissent rarement recevoir des informations des infirmières, laissant ainsi les infirmières aux prises avec le sentiment qu'elles ne contribuent pas au rétablissement de la santé; le partage du pouvoir est inégal et les résultats neutres; (5) négative: c'est une relation caractérisée par la frustration et l'hostilité; le partage du pouvoir est inégal et les résultats négatifs en raison du jeu de pouvoir. En s'appuyant sur cette catégorisation, on peut se rendre compte que, dans cette étude, la relation neutre et la relation négative sont les plus présentes dans les relations entre l'infirmière et le médecin.

Les infirmières participant à cette étude estiment donc que la communication entre elles et les médecins est fondée sur la présence d'un ton élevé et l'indifférence, les phrases succinctes, l'impolitesse et les commentaires inopportuns de la part du médecin ainsi que sur des modes de communication du type question-réponse, basée sur des ordres médicaux et, occasionnellement, sur une énumération d'ordres et, parfois, c'est même une communication qualifiée d'inexistante ou de presque inexistante. La mauvaise communication entre ces deux disciplines a déjà été soulevée dans les écrits (Cánovas, 2008; Jansky, 2004; Sirota, 2007, 2009). En ce sens, l'étude de Çobanoğlu et Algier (2004)

indiquait que les principaux problèmes entre infirmières et médecins travaillant dans des unités de soins intensifs étaient, entre autres, reliés à la communication et aux problèmes d'hierarchie.

Par contre, les règles établies lors des rencontres entre infirmières habilite l'action infirmière. Ces règles sont reliées à l'offre et à la volonté d'aider l'infirmière responsable du patient, à l'utilisation d'un langage succinct et concret et à la perception d'une relation de collaboration et d'appui entre elles au cours de l'admission d'un patient à l'unité de soins intensifs. Ces résultats entrent en contradiction avec le concept d'hostilité horizontale développé ces dernières années dans les écrits infirmiers (DeMarco, Roberts et Chandler, 2005; Griffin, 2004; Thomas, 2003). L'hostilité horizontale se produit quand les infirmières, ouvertement ou non, dirigent leur mécontentement intérieur vers l'autre, envers elles-mêmes et envers ceux et celles qui sont moins puissants qu'elles (Griffin, 2004).

Par rapport à la dimension normative des règles, deux formes de sanction ont été identifiées: premièrement, le manque de respect dérivé d'une insuffisance de communication et de la présence des commentaires grossiers et, en second lieu, le questionnement et l'attitude défensive des médecins envers le jugement clinique des infirmières quand elles essayent de défendre ce qu'elles font ou soutiennent le patient par rapport à certains ordres ou à certaines techniques médicales. En ce sens, l'étude de Rosenstein (2002) sur la relation entre les médecins et les infirmières a démontré que 96% des infirmières (n=720) avaient expérimenté ou été témoins d'une situation de comportement conflictuel de la part des médecins. Celles-ci affirmaient qu'il existait des problèmes, circonstances ou événements qui avaient précipité des comportements conflictuels de la part des médecins, surtout après avoir fait appel aux médecins, avoir questionné les ordres donnés par ceux-ci ou recherché à clarifier le contenu de ces ordres. Des problèmes apparaissaient également lorsque les médecins pensaient que leurs ordres n'étaient pas respectés correctement ou en temps opportun, ceux-ci ayant perçu des retards dans la prestation des soins, et après des changements soudains dans l'état du patient.

De la même manière, d'autres études indiquent que, malgré la diminution de l'insatisfaction des infirmières et des médecins quant à leur relation (l'insatisfaction est passée de 56% en 1991 à 43% en 2008), il restait encore des éléments favorisant cette insatisfaction: les infirmières se sentaient subordonnées aux médecins, vivaient des sentiments de supériorité et d'arrogance de la part de ceux-ci, des sentiments d'infériorité et le renforcement du rôle subalterne des infirmières à cause de la culture ou de la politique des institutions et des comportements dégradants, humiliants et intimidants de la part des médecins. De plus, ceux-ci employaient un langage qui allait des insultes jusqu'à l'usage de mots laids et même de cris et d'accès de colère (Sirota, 2009). D'ailleurs, de telles attitudes sont comme une forme de violence qui s'exerce sur un individu avec leur complicité (Bourdieu et Wacquant, 1992), sans agression physique mais avec différentes formes symboliques allant du paternalisme bienveillant des médecins (dans le meilleur des cas) à une méfiance instinctive face à toute tentative de prise de distance.

Les résultats de ces études coïncident avec ceux obtenus dans la présente étude. D'ailleurs, cette dimension normative des règles en forme de sanctions provoque chez les infirmières participantes à la présente étude une gamme d'émotions et des sentiments de malaise, d'irritation ou d'inconfort. Des sentiments tels que la gêne, la mauvaise humeur, le fait de rester sans voix, la rage, l'ahurissement, la tension, le fait de se sentir stupide, déconcertée, entre autres. De tels sentiments concordent avec ceux décrits par les infirmières dans les études de Carpentier-Roy (1991), Lunardi et al. (2007) et Jamenton (1993). Carpentier-Roy (1991) affirme, qu'aux soins intensifs, les sources de souffrance prolifèrent. Selon cette auteure, les dangers physiques et les risques d'ordre affectif sont chargés d'affects douloureux et, pour résister à ces attaques qui pourraient être déstructurantes, l'équipe de travail invente des savoir-faire et des stratégies collectives de défense, comme par exemple:

La présence d'une hyperactivité accompagnée de bruits, de railleries, parfois dures et violentes, de rires qui sonnent comme une fausse note dans un département où le silence est plutôt le compagnon attendu de la mort omniprésente [...] paroles ridiculisant la mort, railleries plus ou moins grossières sur l'état de ces malades

inconscients, rires très bruyants à propos de tout et de rien, mouvements brusques, etc.» (pp. 77-78).

Ces sentiments sont donc la manifestation d'une souffrance morale reliée à la façon dont le travail infirmier est organisé et mis en œuvre dans plusieurs milieux hospitaliers. De tels sentiments sont apparus à la suite du manque du respect envers les infirmières (Lunardi et al., 2007; Peter et al., 2004) et sont liées à l'expérience d'une relative incapacité à percevoir ce qui est juste ou ce qu'il serait opportun ou non de faire dans la rencontre spécifique avec la personne souffrante (de Bouvet et Sauvaige, 2005).

C'est ainsi que ces sanctions reliées à la dimension normative des règles, source de souffrances pour les infirmières, sont logiquement considérées par plusieurs auteurs comme des obstacles à la collaboration entre les membres de ces deux professions (Corser, 2000; Larson, Hamilton, Mitchell et Eisenberg, 1998). Cette relation entre le médecin et l'infirmière se vit donc surtout autour d'une question de pouvoir. De ce fait, le premier élément relié aux ressources d'autorité est le pouvoir médical perçu par les infirmières. Benner et al. (1996) affirment que la relation de l'infirmière avec le médecin, dans le contexte de soins critiques, est loin d'être idéale (collaboratrice) et les questions relatives au statut d'inégalité, de sexisme et de déséquilibre du pouvoir sont monnaie courante. Toutefois, dans la réalité il doit nécessairement y avoir collaboration entre médecins et infirmières (Baggs, Schmitt, Mushlin, Mitchell, Eldredge, Oakes et al., 1999; Kramer et Schmalenberg, 2004; Gegaris, 2007; Reeves, Nelson et Zwarenstein, 2008; Sirota, 2007) ou une «conjugalité obligée» mais, trop souvent, impossible (Madden, 2007; San Martin, D'Amour et Leduc, 2008). Ainsi, plusieurs auteurs issus des contextes international et espagnol sont d'avis que le fait que la plupart des organisations hospitalières soient de type pyramidal et munies d'un système hiérarchique bien codifié et caractérisé par un modèle mécaniciste ou biologiste (Alberdi et Cuxart, 2005; Çobanoğlu et Algier, 2004; Bertran, 2005; Escayola et Granero, 2008; Moland, 2006; Moreno, 2006; Rubio, Cosi, Martínez, Miró, Sans, Toda et al., 2006) ne favorise pas cette collaboration. Comme Giddens l'affirmait, sous-estimer la force des sanctions appliquées de façon informelle dans le cadre des pratiques ordinaires de tous les jours est une grave erreur d'analyse (1987).

Néanmoins, avec la pression de la loi et des directeurs d'hôpitaux, le «management» participatif tend à remplacer cette hiérarchie. Le «management» participatif favorise en effet la participation aux décisions grâce au fait d'associer le personnel à la définition et à la mise en œuvre des objectifs le concernant. C'est ainsi que dans le contexte canadien, *The Nursing Health Services Research Unit* d'Ontario, à la demande du Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MOHLTC), a entrepris un projet de recherche sur les rapports médecin-infirmière, dans le but d'accroître la conscience de l'importance des rapports positifs médecin-infirmière partout dans le système des soins médicaux et d'informer les politiciens et les décideurs des initiatives et des interventions qui renforcent et optimisent les rapports médecin-infirmière. Le rapport présentait les conclusions de la recherche, en incluant des solutions potentielles et des recommandations émanant de la recension des écrits. Les auteurs concluaient que les résultats d'une relation de collaboration entre le médecin et l'infirmière faisaient en sorte que (1) le patient était plus satisfait par rapport au transfert, aux décisions relatives au départ de l'hôpital et à la qualité des soins) et (2) le contexte hospitalier était davantage sécurisant (une diminution du risque inhérent à la durée du séjour des patients, la réduction d'erreurs de médication et les résultats positifs obtenus auprès des patients, quelle que soit la gravité de leur état). En ce qui concerne le médecin et l'infirmière, les résultats d'une relation de collaboration sont les suivants: amélioration de la satisfaction au travail, diminution du stress associé au travail, bas taux de rotation, amélioration de la communication entre soignants, amélioration de la compréhension du rôle infirmier et amélioration de l'efficacité. Finalement, au niveau de l'organisation on a constaté une diminution des coûts et une amélioration de l'efficacité des travailleurs de la santé (O'Brien-Pallas, Hiroz, Cook et Mildon, 2005).

Malheureusement, le contexte espagnol et, concrètement le milieu hospitalier catalan possède des caractéristiques qui ne favorisent pas cette relation de collaboration. Le rapport de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelone sur la situation des hôpitaux indiquait que les directions de soins infirmiers avaient moins de pouvoir que les directions

médicales, car les décisions importantes sont déjà prises lorsqu'elles parviennent aux infirmières. Les résultats de cette étude indiquaient également que dans certaines organisations sanitaires les infirmières sont à nouveau subordonnées aux médecins (Escayola et Granero, 2008).

Le deuxième élément relié aux ressources d'autorité et identifié par les infirmières dans le contexte de la présente étude, est le pouvoir perçu de l'hôpital comme institution sanitaire. Cette autorité a été mise en évidence lors de l'implantation d'un modèle conceptuel infirmier et d'une démarche de soins au sujet de laquelle les infirmières n'ont pas été invitées à donner leur opinion. Comme l'affirmait Louise Riopelle dans une conversation informelle avec nous, le problème dans l'implantation d'un modèle infirmier dans la pratique c'est que les gestionnaires décident du meilleur modèle à adopter sans consulter les infirmières, en mettant normalement «la charrue avant les bœufs». Or, les sentiments et le vécu des infirmières de cette étude sont également présents dans l'étude de Lawler (2002) auprès des infirmières expertes sur la construction des représentations du corps. Les résultats de l'étude de Lawler démontraient, premièrement, que les infirmières étaient restées sceptiques face à la démarche de soins et aux diagnostics infirmiers, outils censés enrichir le côté holistique et scientifique de la pratique et, en second lieu, elles les considéraient comme des modèles imposés qui ne reflétaient nullement le monde réel de la pratique telle qu'elles la percevaient, la vivaient et l'exerçaient. Les valeurs, les attitudes et la culture des organisations de santé affectent profondément leurs travailleurs; les infirmières ont besoin d'être écoutées, soutenues et respectées en tant que professionnelles, si l'on veut obtenir des soins de qualité pour les patients (Alberdi, Arriaga et Zabala, 2006; Madden, 2007). Toutefois, Holmes et Gastaldo (2002) ont souligné que, dans divers pays, les infirmières affirment que l'on ne tient pas compte d'elles et sont victimes des institutions qu'elles-mêmes ont aidées à construire, à administrer et à maintenir. Il est raisonnable de penser qu'elles peuvent vivre des sentiments contradictoires en participant ainsi activement à leur propre oppression. Cette situation dans laquelle les infirmières se

trouvent impliquées ne favorise pas le développement de leur potentiel professionnel (de Pedro et Morales, 2004).

Le troisième élément relié aux ressources d'autorité et identifié par les infirmières est l'infirmière-chef. Elle est vue comme plus proche de l'idéologie et des normes hospitalières que des infirmières. Elles se sentent contrôlées par l'infirmière-chef, ce qui peut altérer le sens des propos des infirmières concernant leur propre pratique. Ces résultats sont également présents dans l'étude de Mantzoukas et Jasper (2004) portant sur la réalité de la pratique réflexive dans une salle d'hôpital, dans celle d'Escayola et Granero (2008) sur la situation actuelle des hôpitaux catalans et dans celle de Milliken, Morrison et Patricia (2003) où 22% des participantes à l'étude affirmaient qu'elles ne se sentaient pas confortables en discutant des aspects reliés au travail avec leur supérieur immédiat. En ce sens, Johns (2000) affirme que l'aspect fondamental pour la co-création des significations c'est l'établissement de conditions favorisant un dialogue ouvert où les praticiens se sentent libres de partager leurs pensées et sentiments sans se sentir intimidés.

En ce qui concerne les ressources d'allocation, la priorisation inconsciente de haute technologie et des techniques ainsi que l'organisation de l'unité influencent aussi la production de savoir dans la pratique. Cette survalorisation de la technicité médicale a été déjà soulevée par d'autres auteurs (Barrea De Vleeschhouwer, 2004; Perraut, 2001). La technologie domine donc le contexte des soins intensifs; tous les yeux, même ceux de la famille, se rivent davantage sur le matériel technique que sur le patient et les infirmières en sont complètement dépendantes (Almerud, Alapack, Fridlund et Ekebergh, 2008). C'est ainsi que la bio médicalisation des systèmes de santé a eu un impact sur les soins et on a fait pression sur les infirmières pour qu'elles répondent aux priorités reliées à la technologie et au diagnostic médical, au détriment d'autres besoins (Alberdi, 1999; Dominguez, 1990; Holmes, 2001; Lunardi, Peter et Gastaldo, 2002, 2006). Toutefois, c'est l'application aveugle de soins techniques qui fera en sorte que le *nursing* devienne une profession technique qui applique simplement une technique ou un processus concret en suivant des ordres ou des instructions déterminés (Medina et Sandín, 1994, 1995; Medina,

1999). Pour Barnard et Sandelowski (2001), le problème de la technologie dans les soins de santé réside dans les choix faits par rapport à ce qui est humain et à la dignité dans les soins. C'est le sens attribué à des machines qui importe, c'est la façon dont les patients sont traités, soit avec soin et de manière globale ou sinon le corps est réduit à un objet et simplement traité au moyen de compétences technologiques (Cánovas, 2008; Rosa et Rodrigues, 2010). Tel que le suggèrent Dallaire et Dallaire (2008), dans le contexte de soins infirmiers techniques spécialisés l'approche holistique de soins peut modifier en profondeur l'expérience de soins des malades et de leur famille.

Le pouvoir matériel ou ressources d'allocation est aussi présent dans l'organisation de l'unité. Cette organisation de l'espace a été identifiée par les infirmières comme posant des contraintes à leur travail (Carpentier-Roy, 1991; Zaforteza et al., 2004.) En second lieu, les infirmières estiment que le manque de temps et le surcroît de travail sont également des éléments de l'organisation de l'unité qui exercent du pouvoir sur l'action infirmière comme d'autres études l'ont aussi soulevé (de Bouvet et Sauvaige, 2005; Zarate, 2004). C'est ainsi qu'elles n'ont plus le temps de réfléchir à ce qu'elles font ou à ce qu'elles pourraient faire différemment (de Bouvet et Sauvaige, 2005). Comme d'autres auteurs, nous affirmons que si l'une des prémisses pour donner des soins excellents c'est d'avoir du temps et que si le temps est très limité, l'infirmière n'a pas d'autre choix que de donner la priorité au plus facile et au plus rapide que sont presque toujours les soins techniques spécialisés, renonçant parfois à une partie importante de leur travail: les soins qui exigent réflexion permettent de soutenir et de renforcer le malade (Alberdi et al., 2006; Zarate, 2004) et renouvellent les savoirs infirmiers.

Les conséquences dérivées de ce contexte institutionnel, imprégné de pouvoir humain et matériel, sont variées. Premièrement, l'une des conséquences c'est le silence des infirmières. À défaut de pouvoir répondre de façon satisfaisante, elles finissent par préférer un silence qui ne peut leur nuire (Perraut, 2001), comme si c'était une stratégie pour éviter le conflit et maintenir le *statu quo* dans leur milieu de travail (Leyva-Moral, 2007; Roberts, DeMarco et Griffin, 2009), en sorte, une manière d'autoprotection ou de silence inactif

(Van Dyne, Ang et Botero, 2003). Le silence contribue à une diminution de l'estime de soi et à la dépression et entraîne également un manque de participation aux décisions importantes et la perte de contrôle sur leur vie et leur travail (DeMarco et al., 2005). De ce fait, le silence est identifié comme l'une des caractéristiques des groupes opprimés (Roberts et al., 2009).

Le silence des infirmières a d'ailleurs été défini comme une « maladie iatrogène » parce qu'il aveugle les infirmières face aux solutions possibles qui sont à leur portée et provoque l'habitude de se taire et de renoncer ainsi à agir (Perraut, 2001). Malheureusement, quand il arrive que la hiérarchie leur permette de s'exprimer, et qu'elles le font (presque toujours sous forme de critiques), elles s'aperçoivent qu'on ne les écoute pas vraiment; la situation se retourne alors souvent contre elles et elles deviennent beaucoup plus frileuses (de Bouvet et Sauvaige, 2005). Dans le même sens, Carpentier-Roy (1991) a fait une étude auprès d'infirmières travaillant dans le milieu hospitalier, plus concrètement, dans des services de soins intensifs, d'oncologie, de médecine interne et de gynécologie, dans le but de savoir comment elles arrivent, dans leur milieu de travail respectif, à résister aux attaques qui menacent leur équilibre psychique. Les résultats de cette étude indiquent que les infirmières oscillaient constamment entre la dénonciation violente d'un rapport d'autorité qu'elles vivaient avec les médecins, ce qui les confinait à un rôle d'exécutantes, et le silence qui seul, parfois, pouvait assurer un climat de bonne entente. Elles choisissaient ce silence en sachant qu'elles y perdaient quelque chose mais en ayant aussi la conviction qu'elles y gagnaient autre chose.

C'est ainsi que ce silence est considéré comme une fuite de la part des infirmières, car il est source de souffrance, et une fuite pour «avoir» ou pour éviter tout type de questionnement relatif à leur propre pratique de soin. Or, paradoxalement, en fuyant, les infirmières amplifient encore leur souffrance, y compris dans sa dimension morale (Perraut, 2001) et elles renforcent ainsi la «toute puissance» médicale qu'elles critiquent, à juste titre.

La seconde conséquence de ce contexte institutionnel est l'expression d'un sentiment global de non-reconnaissance tant de la part des médecins que de l'institution ou de la société, comme l'ont aussi démontré d'autres études au cours de ces dernières vingt années (Carpentier-Roy, 1991; Sauvaige et de Bouvet, 2004). Dans le même sens, les résultats de l'étude de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelone sur la situation actuelle de la profession dans les hôpitaux catalans indiquent que la reconnaissance sociale, professionnelle et économique ne correspond pas à la responsabilité professionnelle (Escayola et Granero, 2008). Ces mêmes résultats ont déjà été identifiés au Québec quoique ce fût pendant la décade des années 90 alors que les infirmières québécoises demandaient une plus grande reconnaissance à l'extérieur et à l'intérieur de l'hôpital (Carpentier-Roy, 1991).

5.1.2. Une pratique infirmière loin de l'idéal

L'une des caractéristiques de la culture hospitalière en Espagne est le modèle biomédical dominant (Cachón, 2007; Carrasco, 2008; Palacios-Ceña, 2007; Zaforteza, 2005). Les résultats de la présente étude démontrent, qu'au début de l'étude, la pratique quotidienne témoigne d'un rôle infirmier principalement centré sur la technique et les soins physique plutôt que sur le fait de procurer un confort physique et émotionnel au patient et à sa famille, d'aider le patient à réaliser les activités nécessaires pour recouvrer sa santé, d'établir une relation de confiance et de considérer la personne de façon holistique. Ainsi, Brito (2007) affirme avec raison que les infirmières présument d'une compréhension de la personne comme individu biologique, psychologique, social, culturel et spirituel mais, en réalité, cette compréhension n'est pas intériorisée. Il y a toujours des exceptions mais la plupart des infirmières concentrent la plus grande partie de leur travail quotidien sur les soins médicaux (Carballo, 2005).

Les résultats de l'étude demandée par l'Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelone sur la situation actuelle de la profession dans les hôpitaux catalans, ont permis

de constater que les infirmières accordent généralement une plus grande priorité au rôle délégué qu'au rôle propre, en le justifiant par la pression des soins (Escayola et Granero, 2008). Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans la présente étude où le rôle délégué est celui qui occupe la majeure partie du temps, ce qui fait en sorte que les infirmières relèguent au second plan leur rôle. Les infirmières de cette étude justifient ce fait par différents arguments: le rythme de l'unité (un trop grand nombre de soins relevant de la technique), le type de patient (sous sédatifs ou non), le type de famille (si elle pose ou non des questions), le temps ou la charge de travail, la hiérarchie du travail ou le manque d'autonomie. Les deux derniers arguments sont ceux qui préoccupent le plus les participantes et ils ont été mentionnés tout au long de l'étude. Ces mêmes résultats étaient présents dans l'étude de Bouvet et Sauvaige (2005) où les infirmières vivaient un dilemme entre le positionnement idéologique gravitant autour du rôle autonome et du rôle délégué. Ces infirmières, en quête de reconnaissance, se sont réfugiées dans l'aspect technique de leur profession, en se rapprochant du pôle médical très prégnant dans un hôpital devenu un plateau technique et un lieu de recherche scientifique. Mais cela a entraîné pour elles une forte dépendance face aux prescriptions médicales et a constitué un handicap lorsqu'il s'agissait d'exercer le rôle qui leur est propre.

Dans le même sens, d'autres auteurs ont affirmé que le principal objectif des soins infirmiers, lorsqu'il s'agit de patients en situation critique, a été réduit de manière disproportionnée à une gestion adéquate de certaines situations physiopathologiques, à la technologie qui en résulte (Torres, Morales, Rodríguez et Castillo, 2002) et à une valorisation quasi inexistante des aspects psycho-émotifs du patient (Palacios-Ceña, 2007). Au niveau des soins, ce pôle de la technique est l'exigence première de la compétence infirmière. C'est même une exigence éthique puisqu'une excellente application de la technique concourt non seulement à offrir au patient des soins bienfaisants mais, en même temps, elle dégage l'infirmière qui peut ainsi apporter le soutien lié à la dimension relationnelle du soin (de Bouvet et Sauvaige, 2005). De plus et comme nous le rappelle Perraut (2001) dans son étude avec des infirmières travaillant dans un service de

réanimation, ces services très techniques comme celui des soins intensifs offrent un terrain particulièrement intéressant puisque les malades ont non seulement besoin de soins très techniques, mais sont le plus souvent totalement dépendants au niveau de tous leurs besoins. Pourtant, dans ces services, elles n'ont en charge que deux patients, ce qui devrait leur permettre de personnaliser davantage leurs actions. Dallaire et Dallaire (2008) affirment que dans les unités de soins intensifs la personne malade a besoin des soins qui s'inspirent d'une vision globale de la personne et écologique de la santé. Selon ces auteurs, cette vision :

Consiste à assurer une surveillance attentive de sa condition instable afin de détecter et de prévenir toute complication. De tels soins l'aident à comprendre ce qu'elle vit tout en recourant à des soins infirmiers généraux, notamment ceux d'hygiène, de confort et d'apaisement de façon à stimuler et entretenir sa vie. Les soins globaux comprendront également une attention à l'anxiété éprouvée par la personne malade et sa famille (p. 277).

Toutefois, le problème se pose lorsque la balance penche vers les aspects techniques plutôt que vers un équilibre entre la technique et les soins, réduisant trop souvent le patient à un objet (de Bouvet et Sauvaige, 2005; Delgado et al., 2001). De ce fait, les patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs se sentent invisibles comme personnes, réduits à l'état d'objets ou de diagnostics (Almerud, Alapack, Fridlund et Ekebergh, 2007).

De plus, les conditions du contexte pratique, les difficultés inhérentes à toute relation et une interprétation erronée du devoir de prise en charge de la personne soignée vont à l'encontre de l'idéal éthique des soins infirmiers, ce qui place le sujet malade et le respect de sa dignité et de son autonomie au centre des préoccupations infirmières. Comme le rappelle Collière (2004), dans certains contextes spécifiques, les meilleures compétences professionnelles peuvent être annulées par la rupture du respect interpersonnel et enlève à la personne soignée les mots pour se défendre, parce que, dans la réalité, les représailles et la persécution dans les soins apparaissent inévitablement.

Par rapport aux soins à la famille, les résultats de cette étude mettent en évidence le fait que les infirmières s'éloignent de la famille du patient hospitalisé dans l'unité de soins intensifs. Ces résultats sont aussi ressortis dans l'étude récente de Santana, Yañez, Martín, Ramírez, Roger et Susilla (2009) sur la communication que des infirmières travaillant aux soins intensifs établissent avec la famille. Ces auteurs ont interrogé 70 infirmières travaillant dans des unités de soins intensifs et ils ont constaté que seulement 47% des infirmières parlent parfois avec la famille de la maladie ou du traitement prescrit, 61% des techniques utilisées et 20% d'entre elles ne parlent jamais avec la famille des sentiments qu'elle vit. Ces auteurs concluent qu'il existe une absence généralisée des activités de soins infirmiers en matière de communication avec les proches des malades. En ce sens, Zazpe (1996) affirme que l'infirmière qui tente de se protéger et ainsi d'éviter de partager la souffrance pourrait manifester une attitude distante ou indifférente envers la famille. Toutefois, l'attention accordée aux familles des patients en situation critique est nécessaire ainsi qu'une attitude engagée au niveau de l'éthique du soin; les soins aux patients en situation critique seront incomplets si les infirmières n'affrontent pas la question de la souffrance de la famille, car elle joue un rôle thérapeutique utile mais surtout la famille est également sujet de soin et est usagère des services de santé (Zaforteza, 2005).

Finalement, la collecte des données effectuée par les infirmières observées lors de l'admission d'un patient dans l'unité de soins intensif a aussi provoqué des questionnements. En premier lieu, il n'est pas étonnant que les données enregistrées, surtout dans la feuille d'admission, soient reliées aux signes vitaux, aux paramètres du ventilateur, aux tubes, aux cathéters et au diagnostic médical. Ce fait pourrait être justifié parce qu'après l'admission d'un patient à l'unité, l'aspect le plus important c'est de contrôler tous ces paramètres pour déterminer la gravité de la situation. Le problème se pose lorsque, après avoir tout contrôlé, l'infirmière n'enregistre pas les autres paramètres ou les enregistre de façon incomplète. Voici quelques exemples de ces paramètres: le patient a-t-il des sécrétions et de quel type, les particularités de l'urine, s'il se déplace comment le fait-il, les aspects associés à la peau et aux muqueuses, le niveau de conscience

et les divers aspects concernant la famille. Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres études (Escayola et Granero, 2008; Noël-Hureaux, 2004). L'étude d'Escayola et Granero (2008) démontrait que les registres infirmiers dans le milieu hospitalier sont souvent incomplets et déficients. Les motifs de ces lacunes dans l'enregistrement sont variés: le manque d'habitude, le temps insuffisant et la perception, d'une partie des infirmières, qu'il n'est ni nécessaire de le faire ni utile pour soigner le patient. Ainsi, Perraut (2001) affirmait aussi que les infirmières continuent leur résistance passive (mais efficace) face à des grilles d'évaluation du patient.

Comme ce qui était prévisible, ce qui n'a pas été enregistré ce sont les aspects reliés au repos/sommeil du patient, à la communication, à la douleur et à l'état émotif. Il semble intéressant de rappeler qu'aucun patient ne se trouvait dans une situation extrême et il n'a pas été non plus nécessaire de stabiliser personne; l'infirmière aurait donc pu être interpellée par des aspects moins hémodynamiques tels que la perception ou l'opinion du patient. Mais quant à l'hypothèse que l'infirmière avait eu beaucoup de travail et qu'elle n'avait pas eu le temps d'enregistrer les données reliées au patient, on devrait retrouver ces données dans l'enregistrement vingt-quatre heures après l'admission (voir deuxième colonne du tableau de l'annexe 21). Toutefois, en réalité, les aspects de repos/sommeil et de communication n'étaient pas enregistrés et nous avons observé que les enregistrements par rapport à la mobilité, les caractéristiques de la muqueuse et l'emplacement et les caractéristiques des tubes étaient moins bien complétés. Par ailleurs, nous avons remarqué une augmentation des données reliées à la famille concernant l'explication des horaires de visite et l'infrastructure de l'unité.

5.1.3. Une profession marquée par l'histoire de la soumission à la médecine

Le concept de profession peut être défini de plusieurs façons. Freidson (1984) affirmait qu'une profession est constituée d'un groupe de personnes exerçant un ensemble d'activités d'où elles tirent la majeure partie de leur subsistance. Or, Abbott (1988)

soulignait que les professions étaient des groupes occupationnels exclusifs qui appliquaient des connaissances abstraites à des cas particuliers et Larson (1988) soutenait que la définition du concept de profession doit comprendre une caractéristique qui leur est commune, à savoir la production et la mise en application de connaissances et, par conséquent, la fabrication de discours faisant ou tentant de faire la preuve de l'expertise qu'accorderait la maîtrise de ces connaissances.

En ce sens, l'existence de différents modèles de «clôture sociale» fait ressortir le fait que les professions sont toujours dotées d'une spécificité historique, c'est-à-dire que celles-ci sont des construits socio-historiques (Couture, 1988, Larson, 1988). Ainsi, il n'existe pas de modèle de «clôture sociale» protégeant une profession qui ne reflète pas le passé de cette profession, son activité spécifique et le contexte habituel de son exercice ou le climat politique à la faveur duquel cette «clôture» a pu être érigée. Larson affirmait qu'une profession dans des sociétés différentes, à des moments différents, suivra des chemins différents pour atteindre son but de «clôture sociale» (1988). Dans le même sens, Benner (2001) souligne que la pratique infirmière se développe dans un contexte sociopolitique déterminé lequel aura une influence sur la production de connaissances (fabrique sociale de savoirs infirmiers). On ne peut donc pas discuter de profession infirmière et de production de savoir dans la pratique infirmière sans avoir au préalable analysé le contexte socio-historique politique dans lequel la profession infirmière s'est développée en Espagne.

Plusieurs écrits découlant de la réflexion, de la recherche empirique et de la recherche théorique se sont intéressés à l'étude du développement de la profession infirmière dans le contexte espagnol (Bertran, 2005; De Miguel, 1978, 1983; Domínguez, 1981, 1984, 1986, 2001; García et Martínez, 2001; Miró, 2008; Zapico, 2005). Le message principal de ces auteurs est clair: les événements sociaux et politiques qui se sont produits en Espagne ces dernières années n'ont pas favorisé le processus de professionnalisation des soins et ont même eu parfois un impact négatif sur la profession. C'est ainsi que l'éveil à l'indépendance professionnelle, comme dans d'autres pays au début du siècle, a commencé

en Espagne il y a deux décennies seulement. Parmi les facteurs qui ont encouragé et renforcé cette situation, il est fondamental de citer (i) le statut inférieur des femmes dans la société espagnole et subséquemment le travail de celles-ci, (ii) le caractère religieux omniprésent des soins, en mettant l'accent sur la charité et le service aux autres, conséquence logique d'une Espagne profondément catholique, où les ordres de religieuses n'ont jamais cessé de prendre soin des malades, (iii) la variété des groupes engagés dans des activités liées aux soins, avec des objectifs différents et une approche privilégiée fonctionnelle et technique, (iv) le manque d'informations écrites, (v) la formation des professionnels infirmiers qui était, jusqu'à récemment, dirigée, organisée et dispensée par des médecins, perpétuant ainsi des schémas de soumission et des contenus d'intérêt autres que ceux dont avaient besoin les infirmières, (vi) le fait que la conception Nightingale n'est pas parvenue dans notre pays au moment opportun et, en conséquence, la profession n'a pu bénéficier des progrès qu'une telle conception aurait signifié pour la professionnalisation des soins infirmiers, (vii) la guerre civile espagnole, qui a pratiquement paralysé toute activité formatrice et a modifié les besoins sanitaires du pays¹, entre autres.

C'était ainsi qu'un regard sur l'actualité espagnole témoigne du fait que l'activité infirmière se perçoit encore comme un travail subordonné à la profession médicale (Alberdi 1993, Dominguez 1986). Une telle situation découle surtout du fait qu'entre les années cinquante et soixante-dix du siècle dernier, les mots utilisés pour identifier la profession infirmière était celui d'Aidant Technique Sanitaire (ATS) et ceci a eu des conséquences négatives qui perdurent. Quelques exemples peuvent illustrer cette situation: on avait perdu les appellations d'infirmière ou de sage-femme pour passer à celle «d'aidants techniques», c'est-à-dire, des auxiliaires du médecin; puis, on a commencé à rattacher les écoles d'infirmières aux facultés de médecine qui furent dirigées par des médecins, provoquant ainsi une plus grande perte d'autonomie, de pouvoir et de

¹ Au cours de la guerre civile espagnole, la formation des praticiens, infirmières et sages-femmes s'était arrêtée; les examens ne se sont pas renouvelés jusqu'à 1.939, après la guerre. Toutefois, la demande d'infirmières était élevée et en effectuant des cours accélérés, ces infirmières et les femmes bénévoles se sont multipliées.

reconnaissance sociale, éléments nécessaires au processus de professionnalisation (Freidson, 1984; Goulet, 2002; Larson, 1988; Porter, 1992; Rosenfeld, 1986). De plus, entre 1952 et 1972 il était obligatoire pour les étudiantes en ATS de vivre à l'intérieur d'un système d'internat basé sur les principes de l'Europe du XIX^{ème} siècle; ainsi, l'un des pré-requis pour être admise à l'école était d'avoir la vocation, c'est à dire, d'être capable d'abnégation et d'obéir au supérieur, ce qui n'était pas obligatoire pour les étudiants masculins. De plus, dans la formation des étudiantes, on retrouvait des cours d'enseignement ménager alors que les étudiants recevaient des cours sur l'autopsie médico-légale. L'influence omniprésente de l'église, la condition des femmes (inégalités de genre) et le régime militaire autoritaire qui valorisait davantage l'homme et favorisait surtout la soumission des femmes non seulement à son mari mais également au médecin peuvent aider à comprendre comment la formation infirmière était alors dispensée.

En ce qui concerne la formation infirmière offerte par les médecins, Goode (1960) souligne que les infirmières n'étaient pas des professionnelles parce qu'elles recevaient une formation médicale de niveau inférieur; ce n'était donc pas le contenu ni la durée de la formation qui importaient mais le fait que ce soient les médecins en dernière instance qui décidaient des contenus qu'elles devaient intégrer (dans Freidson, 1984). En ce sens, si d'autres professionnels décidaient de ce que les infirmières devaient savoir et comment elles devaient développer la pratique infirmière, nous serions d'accord avec Freidson qui considérait alors la profession infirmière comme une semi-profession. En effet, Freidson affirmait que les professions disposent d'une autonomie reconnue délibérément, qui comprend le droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit l'être (1984).

Selon plusieurs auteurs, ces nouvelles études d'ATS conduisaient à la colonisation de la profession ce qui a été entériné par le discours médical (Alberdi et López, 2004; Mompart, 2004). Cette colonisation a fait en sorte que les infirmières se sont confinées à un rôle secondaire, subordonné et complémentaire à celui de la médecine, provoquant ainsi leur silence (Miró, 2008). Contrairement à d'autres pays (EEUU, Canada, Brésil et UK), (i)

l'Espagne n'a pas participé au développement des modèles conceptuels et à la production scientifique infirmière commencée à la deuxième moitié du XXème siècle, (ii) l'influence de ce développement théorique et scientifique en Espagne a été inégale (dans les grandes villes comme Barcelone ou Madrid l'influence a été supérieure) et (iii) il y a eu un développement insuffisant du processus de conceptualisation de la profession, entre autres. Comme le signale Duran (2000), l'incorporation incomplète au monde académique a dérivé au point que la profession infirmière dans le contexte espagnol n'a pas pu participer à l'évolution disciplinaire comme d'autres pays ont pu le faire.

Or, l'incorporation des études infirmières à l'université en 1977 fût un événement très important dans le processus de professionnalisation. Toutefois, cette intégration s'est produite lentement. Le fait que les études infirmières se développaient à l'université signifiait que les enseignantes devaient avoir, au moins, le même diplôme que celui auquel aspiraient leurs étudiantes. Comme toutes les infirmières détenaient le diplôme d'ATS, elles sont arrivées à un accord: d'un côté, une dépendance de départ des facultés de médecine, subséquemment, la direction et la responsabilité de l'enseignement ont été confiées à des médecins; par ailleurs, on permettait aux enseignantes infirmières, de manière transitoire, de donner des cours tout en se formant. C'est ainsi que l'incorporation massive de nouvelles enseignantes ne pouvait être possible parce qu'un petit nombre seulement d'infirmières enseignantes possédait un titre universitaire (Zapico, 2005).

Ce ne fut qu'en 1981 que les infirmières ATS ont pu recevoir des cours supplémentaires permettant la validation du titre d'ATS devenu diplôme universitaire en sciences infirmières (Zapico, 2005). Encore aujourd'hui, il y a des infirmières qui doivent obtenir cette validation¹. Tous ces faits ont perpétué la conviction que l'infirmière est celle qui aide quelqu'un plutôt que de la voir comme une professionnelle autonome, et une telle

¹ À titre d'exemple, à l'appel de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelone en 2008 pour la validation des études d'ATS pour obtenir un Diplôme universitaire, plus de 600 infirmières ont répondu à cet appel.

perception est toujours actuelle. Or, un regard à l'extérieur du contexte espagnol nous informe que cette situation ne semblerait pas si différente dans d'autres pays. En ce sens, Roberts (2000) soulignait que malgré les changements depuis l'entrée des infirmières à l'université, les infirmières se sentent encore dévalorisées et se perçoivent comme une femme de ménage à cause des normes administratives et de la domination médicale. De plus, d'autres auteurs ont affirmé qu'on traitait couramment les infirmières comme des servantes de docteurs (Pavlovich-Danis, Forman et Simek, 1998; Trossman, 2003; Williamson, 2003), et que l'action réciproque entre les deux disciplines a été très soigneusement structurée afin de faire en sorte que la hiérarchie ne soit pas perturbée.

Voilà pourquoi les infirmières ont du mal à être reconnues et sont en perpétuelle quête d'identité, un peu comme si elles n'avaient pas à leur disposition un contenu professionnel perçu par elles-mêmes comme suffisamment riche et utile et qui pourrait leur apporter une identité propre et être ainsi reconnues par la société. Pourtant, cette identité existe et il ne faudrait pas agir seulement au niveau de la quête d'identité mais plutôt développer une stratégie pour inculquer la valeur des soins infirmiers, et clarifier ainsi que réaffirmer l'identité (Hesbeen, 1997). Selon Alberdi (1992), les infirmières qui ne peuvent laisser de côté l'identification au modèle médical sont condamnées à souffrir de la contradiction entre la déclaration théorique affirmant qu'elles sont soignantes et leur propre résistance à accepter toutes les conséquences de cette identification au modèle médical, ce qui les amène à demeurer exclues du privilège de se sentir confortables avec la profession qu'elles ont choisie (Bertran, 2005). Malheureusement, tout processus de colonisation (on entend par colonisation l'identification aux valeurs médicales) amène ceux et celles qui en souffrent à ne pas être en mesure de se sentir fiers de ce qu'ils sont (Alberdi, 1992).

La préoccupation ressentie et manifestée par les infirmières ayant participé à la présente étude sur leur identité professionnelle coïncide avec les résultats de l'étude de Bouvet et Sauvaige (2005) où les infirmières voyaient l'identité infirmière comme un malaise qui cause une souffrance chez les infirmières. Ces auteures ont défini l'identité

infirmière comme «*une identité inaccessible, un idéal non applicable*» (p. 3). Elles ont conclu que l'identité infirmière est mise en danger par l'écart existant entre l'idéal éthique des soins infirmiers et la possibilité de le mettre en pratique. D'autres auteurs appartenant au contexte espagnol et international croient que le monde infirmier dans son ensemble traverse une crise identitaire (Barrea De Vleeschhouwer, 2004; Boschma, Yonge et Mychajlunow, 2005; Carballo, 2005; Degeling, Hill, Kennedy, Coyle et Maxwell, 2000; García et Martínez, 2001; Rigol, 2003; Takase, Maude et Manias, 2006).

Or, Lawler (2002) affirme que l'identité infirmière est complexe, stéréotypée et a de multiples significations. Pour cette raison, cette auteure utilise le terme identité dans le sens de discours professionnel, entendant par discours tout ce qui s'exprime comme un reflet de ce qui est; de cette façon, le discours des infirmières serait l'expression, à travers le langage, de toutes les caractéristiques qui donnent à la profession une entité spécifique et unique, qui diffère de toute autre (Alberdi, 1999). En Espagne, on a réussi à avoir l'unanimité en ce qui a trait au contenu conceptuel du discours infirmier mais, dans les faits, les manifestations des professionnels semblent nous dire qu'on n'a pas totalement réussi (Bertran, 2005). En définitive, il y a contradiction entre se déclarer infirmière et agir comme telle. Selon Alberdi, Arriaga et Zabala (2006), le fait qu'une grande partie des infirmières ait reçu une formation d'ATS, centrée exclusivement sur le paradigme biomédical, justifie la présence de professionnels qui, même s'ils exercent la profession infirmière, n'ont pas adopté comme étant le leur ce «bien intrinsèque», c'est à dire, ce que ces professionnels de la santé offrent et qu'eux seuls peuvent offrir à la société, et qui constitue un service indispensable et essentiel.

Par rapport à la reconnaissance sociale, au cours des années quatre-vingt-dix, une partie de la population continuait encore à appeler l'infirmière «Aidante Technique Sanitaire» (García, González et Cruzado, 1997)¹. Cette population considérait que les

¹ Au cours de la période allant de 1990 à 1992, cet auteur a analysé 455 articles de presse et a constaté que, dans une proportion de 24,7% des articles, l'infirmière était appelée non pas infirmière mais ATS.

tâches propres du collectif infirmier étaient les techniques et la réalisation des demandes organisationnelles. En 2003, une étude sur l'image des infirmières communautaires mettait en évidence le fait qu'une telle image était positive (Nieto et Bolaños, 2003) tandis que l'étude d'Agudo et González (2002), qui a étudié les motifs des personnes qui se présentaient à la consultation donnée par l'infirmière, indiquait que la population ignorait, en grande partie, les services spécifiques et essentiels que les infirmières offraient à la société. Ce manque de reconnaissance sociale favorisait ainsi la perte d'auto valorisation positive des infirmières (Ramió, 2005).

En 1992, 40 % des infirmières affirmaient qu'elles ne choisiraient pas à nouveau de devenir infirmière (Conseil Général des Infirmières en Espagne, 1992). Plus d'une décennie après, 60 % des infirmières de Barcelone pensaient que la profession manquait de prestige social (Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelona, 2003) et, très récemment, le Centre d'Investigations Sociologiques d'Espagne (CIS, 2006) publiait les résultats d'une étude d'opinions sur quatorze professions et occupations. Il en ressortait que la profession infirmière est la profession la plus valorisée, immédiatement après la profession médicale mais lorsque l'on demandait aux personnes interrogées comment elles situaient les infirmières au niveau du prestige social, seulement 14,4% de ces personnes disaient que les infirmières avaient du prestige; seuls les maçons, les plombiers et les informaticiens se situaient en-dessous de la profession infirmière. Les résultats montraient aussi que seulement 8,8% de la population pensait qu'elles étaient bien rémunérées et donc uniquement 6,4% de cette même population aurait conseillé à son fils ou à sa fille de devenir infirmière.

Finalement, les résultats de l'étude de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelone sur l'opinion des infirmières concernant la situation actuelle de la profession dans les hôpitaux catalans (Escayola et Granero, 2008) où un échantillon significatif de 1165 infirmières avait répondu, indiquaient que la reconnaissance professionnelle, sociale et économique des infirmières était en contradiction avec celle des professionnels ayant un diplôme universitaire équivalent. Au niveau professionnel, la satisfaction des infirmières

était reliée à la qualité du service donné mais une grande partie des infirmières ne se sentaient pas reconnues professionnellement par les institutions et la société. Au niveau social, la société continuait à voir l'infirmière comme l'assistante du médecin, sans la capacité de prendre des décisions et sans autonomie professionnelle; jouissant de nombreux congés pendant la semaine et recevant une rémunération importante. Cette vision de la société concorde avec celle de l'Australie (Lawler, 2002) où les infirmières croyaient que la profession n'était pas bien comprise par la société et où la plupart des gens ignoraient complètement en quoi consiste le travail des infirmières. Finalement, l'étude montrait qu'au niveau économique, ces professionnels, qui sont majoritairement des femmes, ont été moins reconnus économiquement. Le rôle professionnel relié aux soins de la personne a été historiquement accordé à la femme, parce que l'on croyait que la contribution économique était secondaire par rapport à celle de l'homme.

De plus, Ramió (2005) a affirmé que la position ambivalente de l'État espagnol sur la communauté infirmière a constitué l'un des facteurs qui n'a pas favorisé l'adoption d'une forte identité professionnelle. D'un côté, l'État semblait soutenir le développement professionnel et, de l'autre côté, il prenait lui-même plus de quatre décennies¹ pour légaliser les compétences professionnelles² et les contributions de la profession infirmière dans le domaine de la santé et le développement du curriculum de la profession dans les différents niveaux de l'enseignement universitaire et spécialisé. Ces facteurs expliquent également le maintien d'une identité infirmière faible.

¹ La loi réglementant les compétences professionnelles des infirmières, avant 2003, datait de 1960, (2319/1960). Cette loi régit la compétence professionnelle des ATS, des praticiens, des sages-femmes et des infirmières et établit une dépendance hiérarchique vis-à-vis la profession médicale.

² Le 19 novembre 2003 s'est publiée la loi d'ordonnance des professions de la santé. La présente loi avait comme finalité de doter le Système de la Santé d'un cadre juridique qui tienne compte des différents outils et ressources afin de rendre possible une plus grande intégration des professionnels dans le service de santé, tant aux niveaux de la prévention qu'à celui des soins, tant dans le contexte privé que public, en veillant à ce que tous les professionnels acquièrent les niveaux de compétences nécessaires pour continuer à garantir le droit à la protection de la santé. Dans la présente loi portant sur les professionnels de la santé, sont admises comme professions de la santé celles dont les diplômes sont reconnus par la réglementation universitaire et qui, dans la réalité, possèdent une organisation collégiale reconnue par les pouvoirs publics.

Tel que mentionné, les événements socio-politiques-historiques du siècle dernier en Espagne ont eu une influence sur l'identité professionnelle mais aussi sur le développement de l'autonomie professionnelle. C'est ainsi que la caractéristique la plus marquante et la plus précieuse pour les professions est son autonomie qui se manifeste à travers un ensemble de mécanismes professionnels tant officiels que politiques et qui circonscrivent un espace social et politique où cette autonomie est permise (Freidson, 1984). Ainsi, l'autonomie représente la possibilité d'actualisation ou d'intervention basée sur des critères propres, internes, qui dérivent de l'accréditation, de l'expérience et d'une autorité ou reconnaissance dans le champ d'une discipline (Ferrer, Medina et Lloret, 2003). Toutefois, quelques auteurs croient qu'on n'a pas réussi à développer complètement l'autonomie professionnelle et ce, pour plusieurs raisons: le travail des infirmières est encore confiné à une structure hiérarchisée où les infirmières sont subordonnées à la structure organisationnelle, les agendas professionnels et la culture d'approbation de l'autorité de la médecine (de Pedro et Morales, 2004; Liaschenko et Peter, 2004) ainsi que les relations de pouvoir (Dallaire, 2002).

Ces faits font en sorte que les infirmières se sentent sceptiques envers leur autonomie (Moland, 2006), tel que l'ont manifesté les infirmières ayant participé à la présente étude. Ces sentiments ne permettent pas aux infirmières de se rendre compte que les médecins sont de plus en plus dépendants des observations et des évaluations effectuées par les infirmières lorsque ceux-ci prescrivent un traitement médical approprié (Kramer et Schmalenberg, 2004); la notion d'équipe fondée sur la co-dépendance ou la complémentarité entre les deux (Lunardi Filho, 2004) reste encore, et de très loin, la façon dont les infirmières, et aussi les médecins, conçoivent leur pratique. Finalement, quelques auteurs ont reconnu que ce manque d'autonomie constitue la principale source d'insatisfaction chez les infirmières (Baumann et al., 2001; Fagin, 2001; Kochoorn et al., 2002).

5.1.4. Réflexions finales

Les conditions et dynamiques des contextes institutionnel, pratique et professionnel marquent profondément l'action infirmière et le développement des savoirs. Tout d'abord, ces conditions et dynamiques ont été intériorisées dans la vie professionnelle des infirmières et constituent des manières «normales» d'aborder la pratique. Toutefois, l'action et les discours des infirmières viennent nous informer que, bien qu'il existe une acceptation du *statu quo*, les sentiments contradictoires et la souffrance ressortent facilement quand on approfondit la situation réelle de la pratique infirmière. Ensuite, cette situation de départ de la pratique infirmière a provoqué chez les infirmières une incapacité à agir de façon juste, éthique et responsable ainsi qu'une limitation face à l'exploration de nouvelles possibilités, formulations et manifestations de pratique. Les infirmières participantes mettent ainsi en place une pratique et un savoir biomédical et technique où l'objectivation des soins, les habilités techniques et les savoirs reliés à la pathologie semblent être prioritaires. Finalement, les discours des infirmières font état d'une identité infirmière à renouveler et une autonomie professionnelle à développer. Tel que suggère par Giddens (1987), le rapprochement entre récit de soi et choix (entre discours et actions infirmières) à travers un projet réflexif permet la renégociation de l'identité et, en conséquence, peut contribuer à développer l'autonomie professionnelle et à augmenter leur sécurité ontologique.

5.2. La transformation des pratiques et des savoirs au moyen de la réflexivité

La réflexivité est considérée par plusieurs auteurs comme celle qui promeut le développement et la transformation des savoirs pratiques (Burns et Bulman, 2000; Durgahee, 1997; Heath, 1998b; Johns, 1998a; Johns et Freshwater, 2005; Kim, 1999; Mackintosh, 1998; Patenaude, 1998; Smith, 1998). Comme l'affirment Burns et Bulman

(2000), la réflexivité sur la pratique est nécessaire afin d'alerter les praticiens des subtilités de la pratique infirmière et des savoirs encastrés dans cette pratique.

Rappelons que la théorie de la structuration qui inclut le concept de réflexivité avait comme souci essentiel de comprendre l'action humaine et les institutions sociales en considérant ces dernières comme un élément constitutif et engagé dans l'action des acteurs (Giddens, 1987, 1991, 1993a). Plus concrètement, ce cadre théorique soutient le fait que la réflexivité donne lieu, pour chacun des praticiens, à un projet réflexif de soi où l'identité de soi est constamment renégociée afin d'en arriver à un sentiment de sécurité ontologique et à l'autonomie professionnelle. Le projet réflexif de soi est le processus qui consiste à maintenir des récits de soi individuels et collectifs (réflexivité individuelle et réflexivité collective) qui soient cohérents avec des choix de style de vie (pratique infirmière). À l'annexe 3, une figure représente cette façon de conceptualiser la théorie de Giddens en relation avec le développement de savoirs pratiques.

Toutefois, ce processus, qui a consciemment été présenté dans les résultats de façon diachronique pour identifier clairement les aspects reliés à la structure et aux étapes de production de savoir dans la pratique, n'est pas linéaire. Ce processus de production du savoir évoluait et se transformait au fil du temps et dans un contexte déterminé car, comme nous l'avons déjà mentionné, les pratiques et le structurel se constituent mutuellement et les deux font partie de la constitution du soi agissant. C'est ainsi que cette discursivité a permis de visualiser un processus de réflexivité en mouvement, changeant et transformateur, touchant directement des aspects ontologiques (la nature du processus), épistémologiques (de savoir biomédical à savoir infirmier) et méthodologiques (d'une réflexivité technique à une émancipatrice) de la production du savoir dans la pratique infirmière.

Les résultats de cette étude, et toujours en fonction d'une réflexivité de recherche sur la réflexivité des infirmières, révèlent les différentes étapes du processus de la production de savoir au moyen de la réflexivité. C'est ainsi que cette section aborde la

discussion et les réflexions dérivées de l'identification des étapes de conceptualisation du processus de production du savoir au moyen de la réflexivité, à savoir: la réflexivité technique et institutionnelle, la réflexivité fondée sur la recherche, la perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices, le projet réflexif individuel, le projet réflexif collectif, la révision des projets réflexifs, l'action pour le changement, la réflexivité émancipatrice et le savoir transformateur des infirmières et leurs contextes.

5.2.1. La réflexivité technique et institutionnelle comme point de départ

Comme le signalait Giddens (1987), la réflexivité est inhérente à l'action humaine et, conséquemment, il existe toujours une réflexivité chez le praticien. C'est ainsi que les pratiques quotidiennes constituent le point de départ obligé de toute analyse du travail réflexif (Giddens, 1987; Maheu et Bien-Aimé, 1996). Toutefois, le point de départ du processus de production de savoir par la réflexivité n'a pas été étudié en tant que tel. Pour cette étude, le point de départ du processus de production du savoir se situe dans une réflexivité quotidienne technique qui va se transformer vers une réflexivité plus compréhensive à partir d'une proposition de changement significatif pour les infirmières.

En ce sens, la réflexivité peut se produire de plusieurs façons et avoir des résultats différents, en produisant inévitablement différents savoirs (Burns et Bulman, 2000). Si le savoir est généré à partir de la réflexivité, la manière dont ceci se produit pourra être différente selon le type de tâche réflexive. C'est ainsi que pour comprendre cette réflexivité technique, il est fondamental (i) d'identifier les spécificités de la théorie de Giddens dans cette première étape du processus de production du savoir et (ii) de reconnaître l'action limitant des structures sur la pratique infirmière (tel que décrit dans la section précédente, pp. 184-209).

Dans le contexte de cette étude, la réflexivité technique s'est caractérisée par son aspect pré-discursif, en ce sens qu'il y avait des récits de soi incontestés ou acritiques et

essentiellement individuels. Les choix des styles de vie ou pratiques dérivés de ce récit de soi, on l'a vu, étaient déconnectés de la complexité du soin. Les infirmières participantes à l'étude appartiennent à un groupe d'infirmières manifestant moins d'émotivité et davantage centrées sur les techniques, les « *non real nurses* » selon la catégorisation faite par des infirmières participant à l'étude de Gordon et Nelson (2006).

Medina et Sandín (1995) affirment avec raison que la réflexivité technique ou le savoir technique fait référence aux procédures ou méthodes clairement définies par des règles invariables ou protocoles d'actuation, par exemple, techniques de ponction, techniques de sondage, techniques de physiothérapie, entre autres. Selon ces auteurs, le problème apparaît quand les soins infirmiers restent réglés- réduits- par la rationalité technique en transformant les problèmes pratiques dans des techniques. Dans le même sens, Hartrick (2002) affirme que *The It* (la science et technologie, la nature objective) colonise *The I* (conscience, subjectivité, auto-expression, conscience vécue) et *The We* (significations intersubjectives, éthique, moral, contexte, culture) en provoquant une vision unidimensionnelle du processus multidimensionnel de l'être humain.

Selon Giddens, les praticiens sont des agents compétents, c'est-à-dire qu'ils ont une connaissance des conditions et des conséquences de ce qu'ils font dans leur pratique quotidienne; toutefois, cette compétence peut être limitée par les conditions non reconnues et les conséquences non intentionnelles de l'action (1987). En ce sens, le manque de visualisation de ces incohérences dans la pratique chez les infirmières est déterminé par l'effet limitant des aspects structurels (conditions non reconnues) dans l'action infirmière. Il y a d'un côté, les règles et ressources caractérisées par des relations de pouvoir, le manque de respect du médecin envers l'infirmière, des mécanismes collectifs de défense (hyperactivité, bruits, rires,...), l'hégémonie du modèle biologiste, l'organisation des soins, la haute technologie, entre autres et, de l'autre côté, une pratique infirmière phagocytée par un modèle hospitalier biomédical et, finalement, une profession infirmière encore conçue comme subordonnée à la profession médicale, avec une reconnaissance professionnelle et sociale peu élevée et en quête perpétuelle d'identité. En ce sens, Weiss et al. (2002)

affirment que les structures et les valeurs des institutions affectent directement la pratique et, en conséquence, la production du savoir.

C'est ainsi que l'intériorisation de plusieurs des aspects structurels dans la vie professionnelle des infirmières constituent chez-elles des manières «normales» ou routinières d'aborder la pratique (conséquences non intentionnelles) provoquant chez-elles un sentiment de sécurité ontologique. Giddens définit la routinisation des pratiques comme des styles coutumiers et des formes des conduites habituelles qui servent d'appui à un sentiment de sécurité ontologique qui, en retour, favorisent ces styles et ces formes de conduite. Elle est essentielle aux mécanismes psychologiques qui assurent le maintien d'un sentiment de confiance, une sécurité ontologique dans les activités quotidiennes de la vie sociale, voire professionnelle (1987).

Rappelons que Giddens conçoit la sécurité ontologique comme un sentiment de sécurité en général et qui concerne «l'être». Il s'agit davantage d'un phénomène émotionnel que cognitif, phénomène enraciné dans l'inconscient (Giddens, 1994). Il y a également maîtrise d'une méthodologie extrêmement sophistiquée de la conscience pratique qui est un outil de protection permanente (pourtant lourd de potentialités de fractures et de disjonction) contre les anxiétés que même les rencontres les plus banales avec autrui peuvent provoquer. L'expression s'applique à la confiance de la plupart des êtres humains dans la continuité de leur propre identité sociale.

C'est ainsi que les infirmières maintiennent inconsciemment un sentiment de sécurité sur une pratique ancrée, premièrement, dans une autonomie professionnelle davantage centrée sur le rôle délégué. C'est le modèle de l'exécutante qui réalise des tâches dépendantes des contraintes et selon des logiques qui ne lui permettent pas de travailler autrement qu'en ayant une autonomie subordonnée à celle des médecins (Noël-Hureaux, 2004). En second lieu, elles vivent un sentiment de sécurité enraciné dans une identité infirmière loin d'être en cohérence avec la fonction essentielle de l'infirmière. Selon Giddens (1987), l'identité de soi est inhérente à la perpétuation, chez un acteur,

d'une narration personnelle cohérente, d'un récit intégré de son histoire de vie et des conditions dans lesquelles elle se déroule, bref, d'un «récit de soi». L'identité d'une personne ne se retrouve pas dans son comportement, ni dans les réactions des autres, mais dans sa capacité de maintenir ce récit de soi. Dans le contexte de cette étude et dans cette première étape du processus, le récit des infirmières est incohérent en regard de leur pratique réelle, telle qu'observée par la chercheuse. Cette manière d'appréhender la réalité des soins, nous l'avons vu, n'est pas sans conséquences quant à l'auto compréhension d'une posture professionnelle par les infirmières elles-mêmes mais également quant à une perception de leur engagement au cœur des soins.

C'est pour ce motif que nous croyions préférable d'utiliser le mot de «sentiment infidèle de sécurité ontologique». C'est la sécurité ontologique consistant à demeurer dans l'oppression: elles mettent de côté les approches éthiques et professionnelles et deviennent des techniciennes agissant par délégation. Dans le même sens, Fay (1987) a utilisé le mot de fausse conscience pour se référer à l'ignorance systématique ressentie par les membres d'une profession. Il est plus facile de vivre l'illusion et de faire semblant que tout va bien plutôt que d'affronter le *statu quo* et d'agir dans l'intégrité (Johns, 2000).

Comme le signale Giddens (1987), les ressources d'autorité peuvent aller jusqu'aux formes les plus subtiles de consentement, en s'abstenant, par exemple, de réaliser une intervention. Ainsi, lorsque pour un acteur donné, des contraintes réduisent à une seule, ou à un seul type d'action, le nombre de possibilités d'action, la présomption la plus courante veut que cet auteur conclura qu'il ne vaut pas la peine d'agir autrement qu'en s'y soumettant. Le choix de l'auteur est alors négatif: il souhaite éviter les conséquences de sa non subordination. C'est ainsi que dans la dialectique de l'action et de la passivité, nous constituons notre monde (Giddens, 1994). En ce sens, Haugaard (2003), en s'appuyant sur les idées de pouvoir de Giddens, affirme que les professionnels confirment fréquemment les structures qui sont essentielles au maintien des relations de pouvoir qui les désavantagent. Toutefois, si elles n'ont jamais été évaluées de manière critique, elles ne

pourront jamais faire partie de la conscience discursive, alors la conscience pratique se reproduira virtuellement comme un réflexe.

Bref, le point de départ du processus de production du savoir par la réflexivité est la reconnaissance de la réflexivité quotidienne. C'est ainsi que les infirmières, submergées dans une réflexivité technique et institutionnelle, évoluent vers une réflexivité davantage discursive, analytique et compréhensive grâce à une proposition de changement significatif pour elles.

5.2.2. La réflexivité fondée sur la recherche

À partir de la reconnaissance de la réflexivité quotidienne, le détonateur qui fait changer significativement la direction de la réflexivité par rapport au processus de production du savoir dans la pratique, est la proposition d'une méthodologie de recherche. Un détonateur peut être défini comme le fait ou l'événement qui provoque une (ré) action (Dictionnaire encyclopédique, 1998, pp. 542). C'est ainsi que l'invitation de la chercheuse aux infirmières à participer à un processus de recherche-action participative, cohérente avec la théorie de Giddens (voir annexe 10), leur permet de se questionner sur la possibilité des récits de soi incohérents avec les choix ou la pratique infirmière. Ces sentiments partagés entre les infirmières et la chercheuse ont été l'un des précurseurs de l'engagement des infirmières envers le processus de réflexivité.

L'invitation des infirmières comme détonateur pour l'étude d'une réflexivité intentionnelle n'est pas inhabituelle. La majorité des infirmières intéressées à l'étude de la réflexivité intentionnelle utilisent comme détonateur l'invitation adressée aux infirmières à participer à un processus de recherche (Kim, 1999). D'autres auteurs, comme Johns et Freshwater (1998) et Johns (2000, 2004) proposent aux infirmières l'utilisation d'un modèle structuré de réflexion, considéré comme des aide mémoire (Johns, 2005), pour que les infirmières l'utilisent lors de leur pratique quotidienne. Ces modèles de réflexion peuvent aider à guider le praticien novice dans les premières étapes mais, par la suite, des

instincts intuitifs doivent être utilisés. Finalement, quelques auteurs utilisent l'incident critique comme point de départ pour inciter les infirmières à réfléchir (Heath, 1998b; McBrien, 2007).

L'étape où l'on invite des acteurs à se joindre à l'étude du processus de production du savoir a été mentionnée par Giddens. Cet auteur, en reliant la théorie de la structuration aux méthodes de recherche empirique, affirmait que les deux approches, quantitatives et qualitatives, sont nécessaires à l'étude de la théorie de la structuration. Concrètement, concernant les approches qualitatives, il affirmait qu'il était impossible de décrire une activité sociale sans connaître ce que les acteurs en savent, de façon tacite aussi bien que discursive (1987). C'est ainsi qu'il semble indispensable d'inviter les individus à participer à l'étude de cette théorie dans le contexte de leur réalité quotidienne.

Cette méthodologie permet donc aux infirmières d'aller vers une réflexivité intentionnelle, intériorisée dans le quotidien et discursive qui donne lieu à une plus grande cohérence entre les discours sur les soins des infirmières et la pratique infirmière¹. Toutefois, c'est la perception du projet comme faisable et comportant des bénéfices qui permet le véritable engagement des infirmières au processus de déconstruction et reconstruction du savoir.

5.2.2. La perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices

La perception des infirmières d'un projet de recherche simple et ayant du bon sens, fondé sur l'expérience et la pratique quotidienne ainsi que la visualisation des bénéfices autant pour la pratique (transformation du savoir-faire) que pour elles-mêmes comme professionnelles (plus grande visibilité des soins et du rôle propre), pour les patients et

¹ Selon Giddens, si le praticien veut arriver à combiner une autonomie professionnelle avec un sentiment de sécurité ontologique, il doit, de ce fait, retravailler continuellement son récit de soi et veiller à la cohérence entre ce récit et les pratiques qui se rapportent à ces choix de styles de vie (1987, 1993a).

leurs familles (des soins davantage intégraux et humains), motivait celles-ci à s'engager dans un processus de réflexivité intentionnelle qui permettait de réviser leurs projets réflexifs de soi.

Pour Giddens (1987), la motivation est l'un des éléments essentiels dans la relation établie entre acteur et action. Selon cet auteur, la motivation renvoie au potentiel d'action plutôt qu'au mode d'accomplissement de l'action par l'agent. En ce sens, si les infirmières perçoivent que leur pratique pourrait être modifiée pour réussir à avoir une plus grande cohérence entre conscience pratique et discursive, elles sont davantage motivées à s'engager dans le projet.

Ainsi, Polanyi (1958) suggérait que la passion et l'engagement sont des attributs du processus de développement du savoir personnel; la passion implique des sentiments qui confirment quelque chose d'aussi précieux et l'engagement pousse vers la recherche de convictions soit personnelles, soit professionnelles, au moyen du processus de production du savoir. C'est ainsi que la motivation est essentielle pour encourager la réflexion, aspect considéré comme l'un des pré-requis (ou des pré-conditions) au processus réflexif. Un engagement positif des praticiens est donc nécessaire afin d'examiner leurs pratiques, valeurs, croyances et expériences et, de façon continue, se questionner et ainsi découvrir de nouvelles voies d'action (Carlsson et al., 2002; Durgahee, 1997). Cette motivation permet, toujours selon la perspective de Giddens, une rationalisation de l'action qui consiste en une compréhension continue des fondements de leurs activités. À son tour, cette rationalisation de l'action donne lieu à un contrôle réflexif de l'action qui porte à la fois sur la conduite de celui ou celle qui exerce ce contrôle et sur celle d'autres acteurs.

C'est ainsi que les infirmières, à partir de l'invitation de la chercheuse et la visualisation du projet comme faisable et avec des bénéfiques, se sont motivées et engagées dans un déplacement d'une position de réflexivité technique à une réflexivité davantage compréhensive qui, à partir d'un processus de déconstruction du savoir, permet la production d'un nouveau savoir davantage compréhensif et non seulement instrumental ou

technique. Tel que le suggère Van Manen (1977), cette position fondée sur la compréhension aide les infirmières à clarifier les significations, perceptions, préjugés et présuppositions à travers un processus subjectif et interpersonnel. De ce fait, la prochaine étape du processus de production du savoir est le projet réflexif individuel où les infirmières documentent leurs expériences professionnelles et explicitent leur intérêt envers la production d'un savoir davantage centré sur le soin.

5.2.4. Le projet réflexif individuel

Cette étape du processus est constituée de trois moments. Dans un premier temps, les infirmières élaborent des narrations ou récits de soi sur ce qu'elles pensent qu'elles font dans leur pratique (conscience discursive). Le deuxième temps comporte l'auto-observation de la pratique par les infirmières (ce qu'elles font dans les faits ou les choix des styles de vie), une description de la pratique (des récits de soi) et des réflexions sur cette description dans leur journal de bord. Ce deuxième temps se visualise comme très puissant dans le processus de production du savoir étant donné que, sans la constatation par les infirmières de leur pratique, il aurait été difficile de continuer vers la production d'un savoir moins technique et plus compréhensif. Ces premier et deuxième moments du projet réflexif individuel concordent avec (i) deux des trois étapes de la méthode de recherche (*Critical Reflective Inquiry*) décrites par Kim (1999), soit la phase descriptive, soit la phase réflexive et (ii) deux des trois étapes du processus réflexif décrites par Atkins et Murphy (1993), soit la prise de conscience et l'analyse critique de la situation. Finalement, le dernier temps de cette étape de réflexion individuelle se centre sur la confrontation et la comparaison des récits de soi avec l'observation de la pratique; elle s'oriente vers la découverte des cohérences ou incohérences et des consistances ou inconsistances entre les croyances et les actions des praticiens, la cohérence entre ce qui a été dit et ce qui a été fait.

Au cours de ce processus de confrontation et de comparaison, les infirmières distinguent des incohérences entre les deux et perçoivent une identité infirmière différente

de l'idéal ainsi que la constatation des soins fragmentés, davantage techniques et non-relationnels; c'est la découverte des conséquences non intentionnelles de l'action infirmière. Ces incohérences ont également été identifiées dans d'autres études portant sur la pratique infirmière (Berland, Whyte et Maxwell, 1995; Rubio et al. 2006). En ce sens, le *Centre of Evidence Based Nursing* (2004) d'Espagne a encore constaté que de nombreuses infirmières affirment qu'elles vivent une pratique professionnelle de survie, ce qui veut dire qu'elles donnent peu d'attention au patient, qu'elles effectuent un travail technique, qu'elles sont davantage centrées sur le développement des activités déléguées et, ignorant le rôle propre de l'évaluation des besoins de la personne, qu'elles tentent ainsi de survivre jusqu'à la fin du quart de travail.

Selon plusieurs auteurs, ce décalage entre l'idéal professionnel et la pratique réelle peut provoquer chez les infirmières un sentiment de culpabilité et d'insatisfaction, au point de causer de la souffrance (de Bouvet et Sauvaige, 2005) ou de la détresse psychologique (Hamric et Blackhall, 2007). Dans le contexte des soins intensifs, plusieurs études empiriques s'intéressent à l'étude de la détresse psychologique des infirmières (Cronqvist, Lützén et Nyström, 2006; Mobley, Rady, Verheijde, Patel et Larson, 2007). La détresse psychologique est définie par la présence de sentiments pénibles ou un état de déséquilibre psychologique découlant non pas de la reconnaissance de l'action éthiquement appropriée, mais du fait de ne pas pouvoir la développer, en raison d'obstacles comme le manque de temps ou une structure sous le contrôle du pouvoir médical favorisant l'immobilisme, entre autres (Corley, 1995; Corley, Elswick, Gorman et Clor, 2001; Sorlie, Kihlgren et Kihlgren, 2005). De plus, Sauvaige et de Bouvet (2004) démontrent dans leur étude auprès d'infirmières belges et françaises que l'expérience éthique des soignants se vivait avec un trop grand écart entre l'idéal humaniste affiché et la capacité de le mettre en œuvre dans la réalité, provoquant un sentiment douloureux d'insatisfaction qui pourrait conduire à l'épuisement professionnel, voire même à l'abandon de la profession après cinq ou dix ans d'exercice, faute de pouvoir éprouver assez souvent la satisfaction d'avoir offert de bons soins. Plusieurs sentiments de malaise sont ressortis dans le contexte de la présente étude;

toutefois ils sont davantage reliés aux relations de pouvoir entre infirmières et médecins plutôt qu'à la découverte de cet écart entre la pratique idéale et réelle.

Les trois moments du projet réflexif qu'on vient de décrire font partie du processus du contrôle réflexif (*reflexive monitoring*) décrit par Giddens (1987, 1993c) qui consiste à décrire et à analyser l'action pour changer les croyances et les savoirs dominants. Ceci permet une prise de conscience de la situation réelle de la pratique et, en conséquence, un questionnement des infirmières sur le *statu quo* de leur pratique (Hardcastle et al., 2005; Thorpe et Barsky, 2001). De Bouvet et Sauvaige (2005) préviennent que les différents aspects du « malaise infirmier » se révèlent ainsi petit à petit, à mesure que le déploiement de la pensée met au jour les contradictions, soulève les paradoxes dont le tourbillon du quotidien évite de prendre conscience. D'autres auteurs, après avoir réalisé une révision des écrits sur la réflexion, ont identifié la prise de conscience comme l'un des éléments récurrents dans la plupart des écrits recensés (Atkins et Murphy, 1993).

Pour Gélinau (2001), la prise de conscience forme la première étape du processus de conscientisation. Cette auteure a étudié les fondements du processus de conscientisation à travers le cadre théorique de la théorie ancrée. Elle a défini la conscientisation comme le processus systémique qui permet de passer de la prise de conscience à [son] application dans la vie de tous les jours (annexe 26). Le défi de la conscientisation est donc triple: susciter une prise de conscience, susciter le passage à l'action et encadrer et vivre l'action. Cette auteure considère aussi que la conscientisation requiert un travail sur soi qui s'inscrit idéalement dans un travail collectif. C'est ainsi que dans le contexte de cette étude, la prise de conscience commence de façon individuelle pendant le projet réflexif individuel et elle continue de façon collective à l'étape du projet réflexif collectif; cette prise de conscience suscite le passage à l'action, lors de l'étape de révision des projets réflexifs, et permet d'encadrer et de vivre l'action au moment de l'étape de l'action pour le changement, comme nous le démontrerons plus tard.

D'après Gélinau (2001), les processus les plus susceptibles de susciter une prise de conscience, présentent les caractéristiques suivantes: (i) ils déstabilisent, (ii) ils s'ancrent dans le vécu des individus, (iii) ils permettent aux participants de prendre du recul par rapport à leurs discours et à leurs réalités quotidiennes, (iv) ils allouent une mise en commun des idées et des expériences, (v) ils confrontent constamment les participants à un questionnement donné, (vi) ils valorisent la non-directivité tout en recherchant la participation de tous, (vii) ils touchent au concret et font appel à des dimensions autres que cognitives, telles que l'affectif et l'axiologique et, finalement, (viii) ils permettent aux individus de mettre de l'ordre dans leurs visions du monde. Comme on peut le constater, plusieurs caractéristiques de ces processus qui suscitent une prise de conscience, sont présentes dans l'étude en cours comme, par exemple, le fait que le processus de production du savoir par la réflexivité se centre sur le vécu des individus, la prise de recul en relation à leurs discours et pratiques ou la confrontation, entre autres.

Or, le résultat des trois moments du projet réflexif individuel peut être conceptualisé comme un processus de déconstruction (Johns et Hardy, 1998, 2005; Medina, 2003) ou de décodage de la pratique (de Bouvet et Sauvaige, 2005; Chinn, 1994; Kim, 1999). Le concept de déconstruction prend son origine dans le domaine de la philosophie avec les travaux de Derrida et, malgré les différentes façons de conceptualiser le mot déconstruction, dans cette étude nous l'entendons comme un mouvement entre les concepts abstraits et les données concrètes, entre ce qui est visible et ce qui ne l'est pas, entre le texte et les images, les idéologies implicites et explicites, et entre ce que les personnes disent qu'elles font et ce qu'elles font réellement (Glass et Davis, 2004).

Tel que le suggère Medina (2003), nous jugeons que la déconstruction se concrétise de la même façon que la méthode réflexive de questionnement critique de la réalité qui aide à examiner les structures théoriques que chaque sujet a assimilées, souvent de façon acritique, pendant sa pratique professionnelle. C'est un processus individuel et/ou collectif de recherche de nouvelles significations et de sens

innovateur. La déconstruction se fonde sur l'hypothèse que les actions disciplinaires et théoriques qui sous-tendent l'agir des professionnels des soins tout en leur permettant d'intervenir dans leur pratique de manière rationnelle, limitent et bâillonnent leur pensée. Pour cette raison, on ne peut faire l'exercice de déconstruction sans permettre l'entrée sur un sujet de doute quant à ces regards, attitudes et croyances qui fonctionnent comme des vérités absolues et déterminent ou restreignent ce qu'on pense, dit, sent et fait. Il est question de développer une pensée réflexive et critique qui permet, au moyen du questionnement des formes de l'expérience qui nous constituent comme sujets, la reconstruction, l'innovation, la transformation et l'amélioration de nos pratiques.

Dans le même sens, Merino et Martínez (2006) affirment que le processus consistant à déconstruire ou à désapprendre commence avec la reconnaissance explicite de la réalité professionnelle et son contexte, en identifiant des lacunes, des inconsistances et des contradictions dans la pratique professionnelle (processus qui a également eu lieu dans la présente étude). Et pour Chinn (1994), le processus de décodage (*decoding*) consiste en l'analyse critique d'une situation codée où des spécificités de la situation sont extériorisées par la discussion du groupe. C'est alors que la vision des infirmières change ainsi que leurs perceptions de la réalité. Le processus de déconstruction commence avec l'individu mais aussi dans le groupe, et concrètement lors de l'étape du projet réflexif collectif.

En ce sens, Moland (2006) affirme que l'intégrité des infirmières est mise en cause de deux façons. D'un côté, elles sont dans l'incapacité de faire ce qu'elles pensent comme adéquat pour le patient et, de l'autre côté, elles sont empêchées de vivre selon leur propre compréhension du rôle des infirmières. Cette seconde direction requiert une analyse attentive sur la façon dont les infirmières se comprennent elles-mêmes et comment cette compréhension s'est formée. C'est ainsi que le processus réflexif provoque une plus grande compréhension des actions infirmières (Hagland, 1998; Kock et Harrington, 1998; Schön, 1994) puisqu'on les observe, les analyse et on y réfléchit. Par conséquent, les personnes impliquées dans ce processus sont plus conscientes de ces aspects de leur

pratique qu'elles appliquaient de manière inconsciente, ce qui explique que beaucoup de participantes ont été surprises de ce qu'elles ont observé de leur pratique.

Bref, le projet réflexif individuel a permis d'identifier les récits de soi (la conscience discursive), les choix de style de vie (la conscience pratique) et le degré de cohérence entre les deux. L'étape suivante représente le projet réflexif collectif centré sur la validation collective des problèmes identifiés par les infirmières et la reconnaissance des possibilités d'autres réalités qui suscite le passage à l'action.

5.2.5. Le projet réflexif collectif

Giddens (1993a) affirme que le récit commence chez l'individu (réflexivité individuelle) mais il doit être mis en commun avec d'autres récits afin d'atteindre une plus grande compréhension et une production du savoir collective (réflexivité collective). La théorie de Giddens amène donc à cesser de penser que la pratique réflexive est exclusivement un processus individuel, comme une façon de faire de l'introspection, ainsi que certains autres auteurs l'ont affirmé (Bourdieu, 1994; Schön, 1994). Cette approche de réflexivité collective est l'une des contributions intéressantes de Giddens en ce qui concerne l'étude du processus de production du savoir à l'aide de la réflexivité.

D'après Giddens, cette réflexivité collective se produit dans ce qu'il appelle les rencontres. À partir des typologies des contours de l'interaction de Goffman, Giddens a défini les rencontres comme une interaction focalisée qui se produit lorsque deux personnes ou plus coordonnent leurs activités par un chassé-croisé continu d'expressions faciales et vocales; c'est un engagement face à face. Pour Giddens, la parole et son interprétation ont une importance vitale parce qu'elles peuvent être l'expression directe d'asymétries de pouvoir (1987).

C'est ainsi que cette étape du projet réflexif collectif au moyen de rencontres soutient le dialogue, le partage et la confrontation des idées et des compréhensions

individuelles de la pratique ainsi que la validation collective des problèmes identifiés à l'aide d'une appréciation très analytique par rapport à leur pratique et aux traditions imposées par la routine et le contexte. Il semble important de mentionner que plusieurs des incohérences reliées aux soins des patients et qui ont été validées par les infirmières participantes à la présente étude, sont aussi présentes dans les écrits publiés. En ce sens, Bengoechea (2002) a fait une révision bibliographique des études reliées à la communication infirmière-patient dans le contexte des soins critiques. Elle a identifié deux thèmes de recherche; le premier s'est centré sur les caractéristiques de la communication des infirmières avec le patient et le deuxième est relié aux motifs qui déterminent un type de communication ou un autre. Par rapport au premier thème, les résultats des études recensées démontrent, de manière générale, que la communication entre infirmière et patient n'est pas individualisée et est basée sur les diagnostics médicaux. En ce qui concerne la communication verbale, les études montrent que l'infirmière utilise un langage technique, parce que ce sont des contacts non planifiés, brefs, basés sur les soins physiques et indépendants des émotions et des réactions des patients. Par rapport au deuxième thème de recherche, les études indiquent que le style de communication est influencé par les mécanismes de défense créés par les infirmières pour éviter la peur et le stress de tenir compte des besoins émotifs des patients, par les relations organisationnelles dans l'équipe de soins, la surcharge de travail et le contexte des USIs.

Or, le processus de partage de savoirs est donc majeur parce que, d'un côté, celui-ci garantit que le savoir individuel de l'infirmière est valide en ce sens qu'il est légitime, et qu'il est important pour toutes les infirmières rencontrées; d'un autre côté, c'est une voie puissante pour obtenir une compréhension plus complète et, finalement, le processus de partage du savoir avec d'autres infirmières est une manifestation pratique de la forme dialectique du savoir pratique professionnel, tel que le suggéraient Clarke et al. (1996). En définitive, les multiples compréhensions d'autres pratiques deviennent connues ce qui permet de les articuler et de les évaluer.

Le dialogue et le partage du savoir sont importants pour plusieurs auteurs qui se sont intéressés aux savoirs pratiques (Benner et al., 1996; Gadow, 1999; Morgan et Johns, 2005; Zarate, 2004). En ce sens, Benner et al. (1996) soulignent avec raison que le réservoir du savoir pratique augmente grâce à l'engagement des cliniciens dans le dialogue qui permet de valider et d'améliorer leur compréhension et, par conséquent, favoriser le développement de l'expertise clinique des infirmières. De plus, Gadow (1999) affirme que c'est à partir de la discussion et de la réflexion des infirmières qu'elles peuvent découvrir et comprendre les différentes possibilités d'action convenant à une situation particulière. Finalement, Zarate (2004) affirme que les savoirs partagés renforcent le potentiel et la compétence du groupe professionnel, tandis que les savoirs jalousement gardés en tête par quelques infirmières expertes ne contribuent pas à une pratique de qualité.

Toutefois, la réflexion collective a besoin de confiance pour partager honnêtement la pensée, les sentiments et les expériences (Thorpe et Barsky, 2001). Si les infirmières se sentent en confiance de par la dynamique établie, les personnes commencent à s'exprimer avec plus d'aisance. Elles osent tendre des perches, faire des envolées, exposer leurs idées même les plus farfelues. Elles essaient d'afficher ce que le discours de l'autre suscite en elles (Gélineau, 2001). Dans cette étude, la confiance s'est rapidement établie entre les infirmières, fait qui a provoqué une cohésion du groupe. Selon Giddens, le fait de ressentir de la confiance est intrinsèque à la reconnaissance claire de l'identité des personnes (1991). Elles se perçoivent comme collègues et, selon elles, cette confiance permet le partage de sentiments, réactions et analyses critiques par rapport à leur pratique; néanmoins elles n'ont pas accepté l'inclusion de l'infirmière-chef dans les rencontres de groupe car elles la perçoivent comme un élément de contrôle qui pourrait altérer leurs propos concernant leur propre pratique.

D'après Giddens, les individus se «positionnent» ou se «situent» dans l'espace et le temps à partir de leurs conduites, qui constituent les pratiques, et d'un système de relations qui suppose la définition d'une identité précise (1987). Cette position sociale (voire professionnelle dans le contexte de cette étude) est conceptualisée par Giddens comme

«une identité sociale qui s'accompagne d'un ensemble (pas nécessairement défini de façon précise) de prérogatives et d'obligations que peut mettre en œuvre ou remplir un acteur à qui cette identité est accordée (ou qui est « titulaire » de cette position) [...]» (Giddens, 1979, pp.117). Selon cette conceptualisation de position et d'identité, les infirmières participantes à cette étude se situent professionnellement autour d'une identité infirmière différente de celle qu'elles accordent dans leur conscience discursive (ce qu'elles pensaient qu'elles faisaient dans leur pratique); il y a donc un « déséquilibre » entre le rôle propre et le rôle délégué. Tel que le suggère Benner (1995), les activités déléguées aux infirmières sont des pratiques non codifiées qui provoquent de nombreuses conséquences sur les soins infirmiers. En ce sens, Moland (2006) affirme qu'il est nécessaire que les infirmières changent leur auto [inter]-compréhension, laquelle met l'accent sur les habilités techniques et l'expertise médicale et aillent vers le développement du rôle autonome.

Pour plusieurs auteurs, les bienfaits d'une réflexivité collective sont évidents. Tel que le suggère Collière (2001), élaborer des savoirs à partir des situations de soin, exige d'avoir des groupes d'expression, des temps de parole, bien au-delà d'une passation des tâches, des groupes de réflexion où l'on s'oblige à nommer, décrire, expliciter, construire les savoirs reliés aux soins et en garder des traces afin de constituer un patrimoine, au sein des services, puis à l'extérieur. Dans le même sens, Johns (2000), dans le but d'apporter du soutien mutuel, encourage les praticiens à partager leurs expériences avec leurs collègues, étant donné qu'elles peuvent bénéficier des avantages suivants: (i) leur voix est écoutée, (ii) le partage des sentiments, (iii) la construction souhaitable de l'équipe de soins, (iv) la confrontation des attitudes, (v) les comportements ou mécanismes de défense inappropriés qui ne permettent pas aux praticiens de réaliser une pratique holistique, (vi) la création d'un espace, dans un monde très occupé qui reconnaît la signification du soutien dans la pratique et lui accorde une priorité, (vii) la visibilité et le renforcement des valeurs de la profession, (viii) la promotion de la morale, (ix) la motivation et l'estime de soi des infirmières et (x) l'apprentissage à travers l'expérience pour mieux gérer les situations reliées au soin.

L'un des effets de la réflexion collective, concrétisé davantage lors de l'étape suivante du processus (soit la révision des projets réflexifs), est le début du développement de l'*empowerment*¹ chez les infirmières. Kanter (1993) définit l'*empowerment* comme étant les conditions créées pour accroître l'habilité et la motivation des personnes afin qu'elles développent et utilisent leurs talents et leurs expériences de façon plus constructive. Pour Hills et Mullet (2002), l'*empowerment* se produit (i) par la création d'une relation collaborative entre les infirmières, basée sur l'égalité, la vérité, le respect mutuel et le partage de pouvoir, (ii) par l'engagement dans un dialogue critique qui favorise la pensée critique, la réflexion critique, la création de nouveaux savoirs et la découverte de significations personnelles, et (iii) par la réflexion dans l'action qui permet le développement des *insight* sur leurs actions et de faire des choix afin d'améliorer ou changer la pratique.

Bref, le projet réflexif collectif fondé sur le dialogue, le partage et la confiance entre les infirmières permet d'avoir une plus grande compréhension de leur pratique, de valider collectivement des problèmes identifiés et de prendre conscience des possibilités d'autres réalités. À partir de ce moment, les infirmières s'engagent vers un mouvement de révision des projets réflexifs dans le but de créer conjointement un idéal commun de pratique infirmière.

5.2.6. La révision des projets réflexifs

D'après Giddens, la révision des projets réflexifs, à la lumière des informations nouvelles concernant les pratiques elles-mêmes, des infirmières permet de retravailler les récits de soi et de veiller à la cohérence entre ces récits et les pratiques qui se rapportent aux choix de style de vie (Giddens, 1987, 1993a, 1994). En conséquence, les infirmières, à

¹ Selon Le grand Dictionnaire Terminologique, le terme recommandé par l'Office québécois de la langue française du terme *empowerment* est autonomisation (http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp).

cette étape du processus, renégocient leur identité professionnelle pour en arriver à la sécurité ontologique et à l'autonomie professionnelle. C'est ainsi qu'elles recréent une identité infirmière davantage en cohérence avec une vision holistique des soins qui leur permet de développer un sentiment de sécurité ontologique différent de celui qu'elles avaient au départ; c'est un sentiment fondé sur la confiance que ce qu'elles vont faire est préférable pour les patients, les familles mais aussi pour elles-mêmes en tant que professionnelles. Comme l'affirmait Giddens (1994), l'édification de la confiance est la condition même de la reconnaissance claire de l'identité des objets et des personnes. Cet auteur considère aussi que lorsque les personnes perçoivent qu'une situation pose un risque pour leur sécurité ontologique, elles font le choix de retourner à la situation routinière qui permet de maintenir ce sentiment de sécurité. Toutefois, dans cette étude, les infirmières n'ont pas fait le choix (élection des stratégies et un plan d'action) de retourner à la situation initiale, elles ont plutôt créé une pratique désirable ou idéale qui a permis d'entrevoir l'horizon professionnel souhaité. Elles ont appris à discerner ce qui était adéquat ou inadéquat dans plusieurs situations de soin et à avoir une compréhension respectueuse ou appropriée des situations particulières (Benner et al., 1999; Sarvimäki, 1995). C'est la corrélation entre les actions, d'un côté, et les croyances, principes ou convictions de l'autre, mais aussi la corrélation entre l'auto-compréhension et les actions; l'identité de l'infirmière, ce qu'elle croit elle-même être, lui donne des raisons d'agir (Moland, 2006).

Si les étapes du projet réflexif individuel et collectif sont basées sur le processus de déconstruction, cette étape est davantage encadrée dans un processus de co-création. Comme le dit Mitchell (1995), la clé de la rupture avec la tradition (que cet auteur appelle « vache sacrée ») est profondément ancrée dans le rythme de destruction-création; c'est à partir de la réflexion que les infirmières et infirmiers sont invités à examiner cette « vache sacrée » permettant, en conséquence, la co-création de nouvelles façons d'être sur la scène changeante des soins de santé. Ainsi, Gélinau (2001) affirme que les fonctions du groupe sont multiples: tout d'abord, le partage des ressources, des compétences, des idées, pour en arriver à créer ensemble un produit commun. En multipliant les sources de connaissance et

les points de vue, le groupe permet de dresser un portrait plus juste du contexte où s'épanouissent le projet, les besoins et les aspirations. Il permet de façonner ensemble un projet porteur, de faire idéalement consensus sur ses fondements et finalités. En faisant appel aux attentes et au bagage de chacun, il permet à tous de prendre une place au sein du processus. Ensuite, ces démarches favorisent une appropriation à la fois collective et individuelle du projet porteur. Celui-ci devient donc une création et non plus le projet d'un individu ou d'un groupe fondateur. Le groupe est ainsi perçu comme un lieu de création où le produit final représente plus que la somme des parties (Benner et al., 1996). Finalement, l'énergie et la synergie du groupe permettent l'émergence d'idées nouvelles qui ne pourraient être attribuées à la seule pensée d'un individu. La confrontation des idées de l'individu à celles des autres invite celui-ci à définir et à préciser sa position, donc à cheminer. L'étroite relation entre individu et structure est de plus en plus évidente tout au long de la présente étude.

Or, l'idéal commun créé par les infirmières et les stratégies qui en dérivent consistent à articuler la dimension technique, institutionnelle et relationnelle du soin donnant ainsi le même poids à tous ces aspects. Comme le soulignent Barnard et Sandelowski (2001), les infirmières ont la responsabilité de maintenir des soins humains dans des milieux où la technologie est très présente. C'est ainsi que la technique et le relationnel ne sont plus à opposer mais à articuler ensemble; technologie et *caring* sont inséparables et indispensables (Almerud et al., 2008; de Bouvet et Sauvaige, 2005; Manley et McCormack, 2003). Dans le même sens, Benner (2007) affirme que le *Techne* (la standardisation, les résultats prédictibles, la séparation des significations et finalités) et le *Phronesis* (la compréhension des situations, la praxis, l'influence mutuelle, les résultats non pré-spécifiés) ne doivent pas devenir mutuellement exclusifs pour l'infirmière. Ainsi, la définition de la profession infirmière par l'Association Américaine d'Infirmières¹ approuve cette articulation entre art, science et pratique:

¹ Dans la langue originale: ANA (*American Nurses Association*)

Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations » (2003, pp. 6).

Wilson (2005), en s'appuyant sur cette définition, affirme que la pratique infirmière est la combinaison de l'art et la science simultanément et les infirmières ont l'obligation morale de protéger ceux qu'elles assistent et de fournir les meilleurs soins possible. Elles doivent reconnaître la place du sujet malade et la nécessité de respecter sa dignité et son autonomie (Barnard et Sandelowski, 2001; de Bouvet et Sauvaige, 2005; COIB¹, 2008; Malone, 2003) ainsi qu'une attitude engagée avec la famille (Zaforteza, 2005). Ce sont là des idéaux éthiques. En d'autres mots, c'est la recherche de la congruence de la pratique infirmière par rapport à une approche holistique de la personne et de sa famille (Johns, 2000).

Par rapport à la relation des infirmières avec les patients, Halldórsdóttir (2008) a développé une catégorisation des modes d'être des infirmières *caring* et non *caring* (modes fondamentaux d'être avec l'autre). Le premier est le vivifiant (biogène) où l'on affirme l'identité individuelle de l'autre en se connectant avec le véritable centre de l'autre; le deuxième mode est le maintien de la vie (bioactif) où l'on appuie et reconnaît la personnalité de l'autre mais la connexion entre eux ne se développe pas; le troisième mode est la vie neutre (bio passif) où l'on ne porte pas atteinte à la vie de l'autre; le quatrième est la vie de retenue (bio statique) où l'on est insensible ou indifférent à l'autre, provoquant le découragement, le développement de l'inquiétude envers l'autre et affectant négativement la vie existant dans les autres; enfin, le dernier mode d'être des infirmières est la vie en détruisant (bio cide) où l'on dépersonnalise l'autre, détruit la joie de vivre et contribue à augmenter la vulnérabilité des autres. Un tel mode provoque la détresse et le désespoir, et fait mal. Dans la présente étude, il semble que les infirmières ont élaboré des stratégies qui sont davantage en cohérence avec les modes biogène et bioactif que ceux du bio passif et bio statique. Tel que le suggèrent Bishop et Scudder (1999), les infirmières conçoivent la

pratique infirmière comme une pratique du *caring* qui favorise le bien-être du client grâce à une relation personnelle/professionnelle entre l'infirmière et le patient et grâce à la coordination de cette relation selon une perspective holistique envers la famille et en collaboration avec le médecin.

C'est ainsi que la réflexivité compréhensive permet un mouvement ontologique des infirmières depuis la conceptualisation du patient comme désincarné (l'individu comme objet passif où l'infirmière réalise ses activités) à celle du patient comme personne (sujet qui agit selon ses désirs et intentions et avec une histoire personnelle); en définitive, elles sont allées du paradigme du contrôle au paradigme de la relation (Benner, 2000; Palacios-Ceña, 2007). Cette réflexivité supporte également un mouvement épistémologique, du savoir objectif, physique et psychologique, où la relation entre la personne et l'infirmière se fonde essentiellement sur le fonctionnement et le contrôle des aspects physiques et psychologiques à un savoir davantage compréhensif, personnel, contextuel et relationnel (Liaschenko, 1997; Manley et McCormack, 2003). Tel que le soutiennent Rivera et Herrera (2006), le soin compréhensif se développe comme une relation faite de dialogue entre deux être humains, l'infirmière et la personne qui a besoin de soins; le soin compréhensif est relationnel et fait appel au dialogue pour accompagner le processus de transformation qui est déclenché à la fois chez les infirmières et chez ceux qui ont besoin de soins. Cette révision des projets réflexifs permet donc de stimuler la créativité des infirmières et de les aider à devenir, en tant que sujets éthiques, plus consciemment autonomes et davantage précurseurs d'humanité dans les soins; en définitive, cette révision permet de renouveler la manière de penser et de mettre en œuvre l'idéal infirmier.

Pareillement, la dimension relationnelle du soin s'améliore par rapport à la famille. Ces mêmes résultats sont présents dans l'étude de Zaforteza et al. (2004) qui s'intéressaient aux facteurs qui affectent la relation des infirmières avec la famille et aux attentes futures à partir du point de vue des infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs.

¹ COIB signifie *Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona* (Ordre des infirmières et infirmiers de Barcelona)

Ces auteurs affirment qu'en observant la pratique et en réfléchissant collectivement, les infirmières se sont rendu compte qu'il fallait changer des aspects de leur pratique et accorder plus d'attention à la famille. Au départ, elles considéraient la famille comme un élément externe à l'unité et au processus du soin au patient en phase critique; le contact avec la famille leur cause donc du stress; postérieurement au processus réflexif, elles ont changé et adopté une relation de confiance ou thérapeutique.

De plus, Zaforteza, Sánchez et Lastra (2008) ont fait une révision bibliographique des études reliées aux familles dans les unités de soins intensifs pendant les années allant de 1993 à 2004. Les auteurs concluent que les infirmières sont préoccupées par le degré d'hostilité envers les familles dans l'environnement des soins intensifs et par la sévérité des besoins que celles-ci présentent. Toutefois, ces auteurs constatent que les études recensées utilisent un devis de recherche plutôt répliatif qu'interventionniste. Ils affirment qu'il est nécessaire d'implanter et d'évaluer de façon systématique des soins centrés spécifiquement sur la famille. En ce sens, l'étude originale à partir de laquelle s'est effectuée la présente étude d'analyse secondaire, est un exemple de recherche interventionniste qui permettait d'élaborer, d'implanter et d'évaluer des stratégies pour améliorer les premiers soins à la famille, dans le contexte de soins critiques.

Par rapport aux infirmières qui recherchent une relation davantage professionnelle avec les médecins, plusieurs auteurs considèrent que la réflexion génère un *empowerment* (autonomisation) chez les infirmières qui permet de passer du silence (*silence*) à une voix construite (*the constructed voice*) et de répondre de façon appropriée à l'aide d'une relation professionnelle avec les médecins qui soit désirable et davantage effective (Belenky et al. 1986; Johns, 1999, 2000; Manley et McCormack, 2003); c'est le mouvement de la passivité à l'action, en agissant avec intégrité, responsabilité et auto-affirmation. Selon Perraut (2001), la décision de sortir du silence est la première condition au changement dont cette profession a besoin, non seulement pour survivre mais surtout pour enfin s'épanouir et se construire selon ses propres valeurs. Finalement, Madden (2007) affirme que c'est la capacité de la réflexivité de produire de *l'empowerment* chez les infirmières

qui leur permet d'utiliser avec liberté leur créativité et de faire passer leurs idées dans l'action, en les conduisant ainsi à développer une auto-image davantage positive et à accroître la motivation et le développement professionnel. C'est un processus continu qui amène les individus à comprendre, à réviser et à utiliser leurs capacités pour mieux contrôler leur pratique et ainsi gagner du pouvoir.

C'est ainsi qu'à cette étape du processus, les infirmières décident des actions (choix des styles de vie) à intégrer dans leur pratique qui (i) revalorisent le patient comme personne et considèrent davantage la famille, (ii) améliorent également la coordination entre infirmières et (iii) établissent une relation professionnelle avec les médecins, ce qui permet de sortir de la passivité et de s'affirmer comme professionnelles. Ceci confirme la dualité du structurel décrite par Giddens où les individus et les structures sont interdépendants, la structure ayant une influence sur la pratique infirmière (voir la première partie de la discussion, pp. 184-209) mais les infirmières modifiant également certains aspects du structurel. C'est à partir de l'analyse des conditions non reconnues (voir aspects structurels) et des conséquences non intentionnelles de l'action que les infirmières augmentent leur contrôle réflexif sur leur pratique.

La révision des projets réflexifs permet donc le rapprochement entre les récits de soi et les choix de styles de vie à l'aide de la création d'un idéal commun qui concède aux infirmières le fait d'élaborer un plan d'action davantage relié à une identité infirmière renouvelée, identité plus claire et concrétisée dans leur nouvelle façon de concevoir la personne, la famille et la relation inter et intra professionnelle dans le contexte de soins intensifs. La révision des projets réflexifs suscite le passage à l'action; en conséquence, l'étape suivante du processus de production du savoir au moyen de la réflexivité s'appelle: l'action pour le changement, étape où les infirmières vont mettre en œuvre les actions décidées et les vivre.

5.2.7. L'action pour le changement

À partir de l'élaboration d'un plan d'action, cette étape représente la mise en pratique de ce plan et, conséquemment, l'application du nouveau savoir dans la pratique infirmière ainsi que la création de narrations descriptives et analytiques par rapport à l'application du savoir et, finalement, la validation individuelle du nouveau savoir.

Pour quelques auteurs, cette action collective est majeure car elle représente des actions de résistance comme l'expression de l'exercice du pouvoir dans les services infirmiers (Lunardi et al, 2007; Peter, Lunardi et Macfarlane, 2004). Ainsi, Giddens affirme qu'il est relativement facile de montrer la relation entre action et pouvoir parce qu'être capable d'agir autrement signifie pouvoir intervenir dans l'univers pour influencer le cours d'un processus concret. L'action dépend donc de la capacité d'une personne de créer une différence dans un processus concret, dans le cours des événements. Un individu cesse de l'être s'il perd cette capacité de créer une différence, donc d'exercer un pouvoir (1987).

Selon Peter et al. (2004), cette action collective, telle une tactique de résistance, se concrétise à travers l'assertivité (véritable communication avec soi-même et les autres, affirmation de soi et respect d'autrui), la cohésion du groupe et l'action, la réévaluation des valeurs et de l'éthique infirmière, entre autres. Par rapport aux aspects éthiques, le Code déontologique de la profession infirmière en Espagne (*Consejo General de Enfermería de España*, 1989) propose aux infirmières plusieurs obligations morales: protéger le patient des éventuelles actions humiliantes, dégradantes ou de tout autre affront à la dignité personnelle (article 5), respecter la liberté du patient de choisir et de contrôler les soins qui lui sont donnés (article 6), maintenir le patient informé, en utilisant un langage clair et approprié à sa capacité de compréhension (article 10), administrer des soins toujours en fonction de ses besoins (article 52), dans la relation avec d'autres professionnels de la santé, se fonder sur le respect de leurs fonctions propres (article 62) et pour de meilleurs services au patient, l'infirmière collaborera

assidûment avec les autres membres de l'équipe de santé, en respectant les domaines de compétence respectifs, mais sans pour autant enlever l'autonomie professionnelle (article 63), entre autres. Tous les éléments précédemment cités sont présents dans plusieurs des actions que les infirmières de la présente étude vont implanter dans la pratique infirmière. C'est ainsi qu'il y a toujours des aspects moraux et éthiques reliés à la réflexivité dans la pratique infirmière (Duffi, 2007; Hannigan, 2001; Johns, 2004). Tel que le préviennent plusieurs auteurs (Lunardi et al, 2002, 2006; Yarling et McElmurry, 1986), il faut développer un fort sentiment d'identité professionnelle pour que les infirmières agissent en conformité avec leurs valeurs éthiques. En ce sens, les résultats de cette étude basée sur la théorie de Giddens concordent avec l'opinion de ces auteurs, car la révision des projets réflexifs provoque une action infirmière différente qui permet de reconstituer l'identité professionnelle.

C'est ainsi que les infirmières ont d'abord agi différemment, au moyen de l'implantation du plan d'action décidé ensemble, en permettant d'obtenir des données empiriques sur la nouvelle manière d'être comme professionnelles et l'utilisation du nouveau savoir préalablement élaboré à l'étape antérieure. Ces évidences ont été décrites et analysées dans leur journal de bord pour faciliter la validation individuelle des savoirs ainsi que leur effet sur la pratique et leur degré de satisfaction. L'étape suivante consiste à réunir des données individuelles dans le but d'obtenir une validation collective des savoirs.

5.2.8. La réflexivité émancipatrice

À cette étape, les infirmières se situent à un autre niveau de production du savoir par la réflexivité. En ce sens, la réflexivité compréhensive s'est progressivement transformée et est devenue réflexivité émancipatrice, les infirmières étant plus conscientes de leur pouvoir de produire et de raffiner le savoir infirmier. Premièrement, elles mettent ensemble les analyses de l'action (mise en pratique des savoirs préalablement unifiés) et elles identifient des modèles souhaitables à partir des points partagés et antagoniques des

expériences (théorisation) et, en deuxième lieu, elles déterminent les conceptions et les stratégies avec plus de succès ce qui permet d'obtenir une sécurité ontologique et l'autonomie professionnelle, tout autant qu'une qualité des soins envers les patients et leur famille. En ce sens, elles se situent dans le troisième moment de production de savoir infirmier décrit par Mantzoukas et Jasper (2008) et qui est en accord avec les idées de Giddens. Ainsi, ces auteurs affirment que dans ce troisième moment, situé au début de 1990 jusqu'à nos jours, le savoir infirmier se caractérise par une attitude critique et interrogative de chaque praticien, validée par la cohérence et la constance qu'a ce savoir avec le réseau de tous les autres ensembles de croyances des praticiens, savoir qui se déplace et se recrée dans des espaces et des temps différents (Avis et Freshwater, 2006; Mantzoukas 2007). En conséquence, la réflexivité critique ou émancipatrice devient le principal outil pour atteindre ce type de savoir (Freshwater et Rolfe, 2001; Mantzoukas et Watkinson, 2008) parce qu'elle augmente la conscience du rôle que jouent le pouvoir, le langage, l'idéologie et l'autorité dans le processus de production du savoir.

Cette étape est considérée par plusieurs auteurs de différentes disciplines comme la dernière étape dans le processus de réflexivité: Habermas (1976) en sociologie, Freire (1972), Merrirow (1981) et Carr et Kemmis (1986) en éducation, et Kim (1999) et Taylor (2000) en science infirmière. C'est ainsi, qu'à cette étape, l'intérêt pratique des infirmières (réflexivité compréhensive) devient intérêt émancipatoire (réflexivité émancipatrice), alors que l'analyse collective des savoirs se centre davantage sur la critique de la pratique infirmière en tenant compte de la spécificité des situations de soin vécues ainsi que des conditions et des conséquences de l'action. Toutefois, les conditions reconnues de l'action (contexte institutionnel et professionnel) ainsi que la mise en œuvre du plan d'action (contexte pratique) influencent de manière différente les infirmières, ce qui provoque des conséquences de l'action soit partagées, soit antagonistes. L'analyse de tous ces éléments permet de recréer et d'identifier des modèles souhaitables pour la pratique en perfectionnant et validant subséquemment les savoirs produits ainsi que l'intériorisation réelle de leur capacité de transformation sociale. L'étape suivante et finale du processus de

production du savoir au moyen de la réflexivité consiste à visualiser la transformation des infirmières et leur contexte.

5.2.9. Le savoir transformateur des infirmières et leurs contextes

Cette dernière étape du processus de production de savoir est reliée à la capacité transformatrice des savoirs produits sur les infirmières et leurs contextes. L'interdépendance et la récursivité entre l'institution, le praticien et la production de savoir ont déjà été soulevées par Giddens (1987). Cet auteur affirme que les règles et ressources (contexte institutionnel) qui virtuellement existent dans la pratique, ne sont pas indépendantes de l'action mais sont plutôt recrées et maintenues au moyen de l'interaction en devenant des modèles « normaux » dans le temps et l'espace (Giddens, 1984). C'est ainsi que ces règles et ressources peuvent se recréer et se redéfinir selon ce que les professionnels font ou pensent dans un espace et un temps déterminés. Tel que le suggèrent Clarke et ses collaborateurs (1996), quand l'infirmière réfléchit sur le contexte de sa pratique et sur elle-même, il se produit un effet inévitable: la croissance et la transformation de l'individu et l'accroissement de la libération et de l'émancipation.

Fay (1987) affirme que la transformation des praticiens se produit au moyen d'un processus incluant trois étapes: (1) l'éclaircissement (comprendre la manière dont un praticien sent, pense et répond dans une situation déterminée et apprécier la façon dont le contexte limite la réalisation d'une pratique souhaitable), (2) *l'empowerment* (engagement, compréhension et sens du conflit (énergie) qui permet de réaliser des actions plus près de la pratique souhaitable; ceci consiste à enlever la peur et à gagner la sensation d'être libre pour faire quelque chose de significatif afin de changer la pratique, (de la passivité à l'action) et, enfin, (3) l'émancipation (c'est la transformation de soi-même parce que l'on a mis en pratique des actions pour lesquelles une pratique davantage souhaitable s'est concrétisée). Ces étapes qui donnent lieu à la transformation des infirmières et de leur pratique concordent partiellement avec celles décrites dans la présente étude. Toutefois, la

conceptualisation de Fay ne tient pas compte de la transformation des contextes institutionnel et professionnel. Comme le suggère Habermas (1976), n'importe quelle étude portant sur la pratique nécessite l'incorporation d'un projet émancipatoire à travers lequel la vie sociale peut être libérée de la domination et des distorsions.

Ainsi, cette transformation fait en sorte que les infirmières se perçoivent elles-mêmes comme productrices du savoir, qu'elles acquièrent une plus grande conscience critique envers elles-mêmes et les autres et agrandissent également le sentiment d'*empowerment* d'elles-mêmes, des patients et des familles. La transformation des infirmières permet donc un rapprochement entre la conscience discursive et la conscience pratique; voici quelles sont ces conséquences: des projets réflexifs renouvelés qui permettent le développement d'une pratique davantage holistique et éthique, l'augmentation de la qualité de la relation des infirmières avec les patients et les familles à partir du respect, de la détection réelle de leurs besoins et la reconnaissance de l'importance de leur «voix» pour arriver à offrir des soins excellents. Ces résultats sont également présents dans le méta analyse sur la réflexion menée par Gustafsson et al. (2007). Ainsi, le savoir technique initial se transforme progressivement en un savoir qui tient compte de l'ensemble mais aussi d'un savoir intégré dans la pratique, un savoir élaboré en commun accord parce qu'elles construisent ensemble une approche sur laquelle elles s'entendent malgré la diversité, un savoir plus responsable étant donné qu'il est davantage en concordance avec l'idéal infirmier et un savoir émancipatoire qui permet de modifier des aspects structurels de la pratique infirmière. Chinn et Kramer (2008) définissent le savoir émancipatoire comme le moyen de rendre possibles des changements sociaux et structurels; ceci consiste à analyser ce qui se cache derrière les questions et les problèmes et à redéfinir les enjeux et les problèmes pour découvrir des liens entre les contextes sociaux et politiques.

Lunardi et al. (2006) affirment que les infirmières ne sont pas conscientes de leur pouvoir ou le sous-estiment de sorte qu'elles n'en possèdent pas vraiment. Quand les infirmières n'exercent pas le pouvoir pour construire un agenda professionnel ou éthique

déterminé, elles sont, d'une certaine manière, en train de collaborer à leur propre oppression, et elles sont moralement coupables d'accepter une telle situation. Aujourd'hui, il existe un traitement pour combattre « l'anorexie de pouvoir »; c'est un traitement long et complexe (comme les infirmières de cette étude l'ont détecté), mais il existe déjà (Gastaldo, 2003; Lunardi et al., 2002, 2006). Les résultats de cette étude démontrent, qu'au départ, les infirmières n'étaient pas conscientes de leur pouvoir mais tout au long du processus, elles ont eu le sentiment qu'elles pouvaient changer les choses. Elles sont donc allées des omissions qui perpétuent le modèle sanitaire en vigueur à l'action transformatrice où elles construisent d'autres propositions. Comme dans l'étude de Mantzoukas et Jasper (2004), les infirmières ont reconnu le fait que la réflexion est un outil qui permet d'avancer aux niveaux de la pratique et du savoir mais également une activité de conscientisation qui permet la renégociation des aspects reliés au savoir, à la pratique, aux rôles et au pouvoir dans un milieu hospitalier.

Quelques auteurs considèrent que les infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs sont celles qui présentent le plus de comportements propres à un groupe opprimé (DeMarco, Roberts, Norris et McCurry, 2008). Certains aspects font percevoir les infirmières comme un groupe opprimé: le manque de pouvoir et de contrôle sur leur propre groupe, la non reconnaissance de la valeur du *nursing*, une identité infirmière éclipsée par le corps médical, le manque d'estime de soi, une personnalité passive-agressive, entre autres (Bradbury-Jones, Sambrook et Irvine, 2008; DeMarco et Roberts, 2003; Roberts, 2000). C'est la réflexion critique ou émancipatrice autant aux niveaux personnel que professionnel qui donne lieu au développement d'une identité positive qui permet de sortir d'une situation de groupe opprimé (DeMarco et al., 2005; Roberts, 2000). Le tableau de l'annexe 27 montre comment les étapes décrites par ces auteurs pour sortir de l'oppression et développer une identité positive sont très similaires à celles décrites dans la présente étude sur le processus de réflexivité. C'est ainsi que le renouvellement continu des projets réflexifs, tout au long du processus, permet une renégociation de l'identité infirmière, un

renforcement de leur sécurité ontologique ainsi qu'une plus grande autonomie professionnelle.

L'établissement de mécanismes pour être davantage considérées et respectées par les médecins tout comme la défense de leurs arguments, le fait de poser des questions, de tenter le dialogue ou de prendre des décisions, permettent donc aux infirmières de sortir du silence et de défendre leur position professionnelle (le positionnement «social » tel que suggéré par Giddens). En ce sens, Taylor (1998) affirme qu'à travers une réflexion systématique et critique, les praticiens apprennent à être libres face à leurs propres perceptions de leur rôle subalterne par rapport aux médecins et aux administrateurs. Par conséquent, le processus de la réflexivité aide les infirmières à identifier les facteurs qui provoquent leur silence et à prendre des mesures pour le réduire et, éventuellement, être libérées de tels facteurs (Burns et Bulman, 2000). La lutte «*game*» infirmière-médecin est un thème très important auquel réfléchir; ainsi les questions par rapport (i) à la façon dont cette relation apporte de l'information sur la pression avec laquelle les infirmières travaillent, (ii) aux attentes et aux rites qui s'établissent dans la relation avec les médecins, (iii) au fait de se demander pourquoi elles continuent à promouvoir le *statu quo* ainsi que (iv) le questionnement sur le comment, quand et pourquoi les interactions pourraient être gérées de façon différente, doivent être analysées par les infirmières. Plusieurs auteurs affirment que l'on obtient de meilleurs résultats lorsque les infirmières sont autonomes dans l'application de leur savoir, dans la prise de décision envers le patient, dans la mobilisation des ressources nécessaires et lors de l'établissement de bonnes relations avec les médecins (Havens, Labov, Faura et Aiken, 2002). Le processus de réflexivité devient alors très effectif pour l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle (Miller, Reeves, Zwarenstein, Beales, Kenaszchuk et Conn, 2008), la construction des identités professionnelles (Maheu et Bien-Aimé, 1996; Robitaille, 1998) et l'acquisition des compétences liées à l'autonomie (Atkins, 2006).

Dans cette étape de transformation, les infirmières déterminent également les actions dans le but de modifier le contexte pratique. D'un côté, elles désirent faire

connaître aux autres infirmières de l'unité le processus de changement auquel elles en sont arrivées. Elles ont planifié différentes réunions informatives pour tous les quarts de travail. D'un autre côté, les participantes désirent que le reste des infirmières puisse participer et s'impliquer dans le processus de réflexivité parce qu'elles sont conscientes que si ces infirmières ne s'impliquent pas dans le processus, à peu près aucun résultat tangible ne pourra être obtenu. Parvenues à ce point, les participantes, à l'instar de Hagland (1998), ont cru qu'il convenait de créer des groupes avec les différents quarts de travail qui se réunissent dorénavant chaque mois ou tous les deux mois afin d'arriver à créer une culture réflexive. Finalement, elles ont décidé de communiquer avec l'infirmière-chef pour qu'elle essaie de voir s'il était possible d'appliquer différentes actions implantées lors de l'étude pour toutes les infirmières travaillant à l'unité. C'est ainsi que la perception de l'infirmière-chef comme plus proche de l'institution que des infirmières a changé, devenant une personne ressource dans le développement de l'action infirmière.

En résumé, ce processus émancipatoire permet de développer chez les infirmières un sentiment d'*empowerment* sur leur capacité de modifier la pratique actuelle et leur contexte, d'accroître leur sécurité ontologique puisqu'elles se sentent bien, c'est à dire en accord avec ce qu'elles pensent réellement du soin; elles sont rassurées de constater qu'elles peuvent être ce qu'elles aimeraient être et vivre, soit une identité infirmière renouvelée.

5.3. L'apport de la théorie de la structuration de Giddens dans l'étude du processus de production de savoir dans la pratique infirmière

La théorie de la structuration de Giddens a été adoptée dans le contexte infirmier afin d'étudier différents phénomènes et indiquer, du point de vue théorique, différentes possibilités d'utilisation de la théorie. Ainsi, Beringer, Fletcher et Taket (2006) utilisent la partie de la théorie de la structuration qui traite des aspects structurels (ressources et règles) pour comprendre la coordination des soins de santé chez les enfants en milieu hospitalier.

Ensuite, Dallaire, Audet, L'Heureux, Saint-Laurent, Fillion, Morin et Dubé (2008) s'en servent comme cadre théorique dans l'étude qui visait à décrire le prêt de services infirmiers et à évaluer qualitativement ses effets sur le développement des compétences infirmières en soins palliatifs; cette théorie leur permet de comprendre les changements organisationnels en considérant à la fois l'importance des structures et la capacité des individus à les maintenir ou à les transformer. Finalement, Adamsen, Larsen, Bjerregaard et Madsen (2003) font également référence à Giddens comme cadre théorique pour étudier l'opinion des infirmières sur l'utilisation du savoir dérivé de la recherche et les obstacles à son utilisation. D'autres auteurs s'intéressent davantage à la description de la théorie de la structuration, à son utilité pour la science infirmière (Allen, 1992; Hardcastle, Usher et Holmes, 2005) et à l'analyse et à la critique des écrits de Field et Benner, en utilisant comme cadre de référence la théorie de la structuration de Giddens (Purkis, 1994).

Ainsi, les bénéfices de cette théorie pour l'étude de phénomènes qui intéressent les infirmières sont divers. La théorie propose un système pour organiser et catégoriser les données en incorporant la structure et les praticiens du niveau micro contexte jusqu'au macrocontexte (Hardcastle et al. 2005). Tel que le suggère Giddens (1987) et adaptée par Hardcastle et al. (2005) dans le domaine infirmier, cette théorie pourrait être utilisée pour: (i) l'élucidation herméneutique du sens des pratiques comme par exemple la découverte de la nature de l'habileté des infirmières pour créer du savoir, la découverte des raisons d'agir des infirmières reliées à la pratique et la compréhension de la façon dont le pouvoir se manifeste lui-même à travers le sens que lui donnent les infirmières; (ii) l'étude du contexte et de la forme de la conscience pratique, par exemple en observant ce que font les infirmières par rapport à ce que les infirmières disent qu'elles font (niveau de compétence discursive) ou à explorer la façon dont l'espace-temps permet et limite la conscience pratique; (iii) l'identification des limites de la connaissance en reconnaissant, par exemple, les conditions de la pratique infirmière involontaire et non reconnue ainsi que les résultats dans la pratique; (iv) spécifier les ordres institutionnels, par exemple l'analyse des conditions de la vie sociale (niveau micro-salle d'hospitalisation/unité) et le système

d'intégration (niveau macro-organisation) en recherchant le consensus et les contradictions entre les deux.

En accord avec les recommandations faites par ces auteurs sur l'utilité de la théorie de la structuration de Giddens pour les recherches infirmières et, concrètement, pour l'étude de la production du savoir dans la pratique, dans le cadre de cette étude, cette théorie a permis de mettre en évidence les faits suivants:

(1) La réflexivité individuelle donne à chaque praticien l'occasion d'élaborer un projet réflexif de soi par la mise en ordre réflexive de récits de soi (conscience discursive). Nous l'avons vu, les infirmières ont explicité leurs récits de soi tantôt verbalement (infirmières observées et interviewées au début de l'étude), tantôt au moyen de leur journal de bord (infirmières participantes au processus de réflexivité).

(2) La réflexivité collective (les rencontres face à face) consiste à mettre en commun plusieurs récits de soi pour avoir une plus grande compréhension des soins ainsi qu'une production collective du savoir. Les rencontres entre infirmières ont effectivement permis de mettre en commun chacune des compréhensions sur leur pratique mais aussi une transformation d'elles-mêmes, de leur pratique et de leur contexte.

(3) Les praticiens font des choix (conscience pratique) parmi une diversité d'options. Nous avons constaté les choix effectués par les infirmières tout au long du processus, autant par rapport aux soins qu'en relation à la profession et au contexte.

(4) La cohérence entre le récit de soi (conscience discursive) et les pratiques qui se rapportent à ces choix (conscience pratique) permet davantage de développer une autonomie professionnelle et un sentiment de sécurité ontologique. Effectivement, plus la pratique réelle se rapprochait de l'idéal, plus la sensation d'*empowerment* augmentait, la perception d'autonomie émergeait et le sentiment de sécurité se développait.

(5) La recherche de cohérence entre le récit de soi et les pratiques permet une renégociation constante de l'identité professionnelle (d'une identité biomédicale à d'autres davantage en cohérence avec la profession infirmière).

(6) La réflexivité institutionnelle peut limiter ou favoriser l'action des individus. Au début de l'étude, les règles et ressources présentes dans la pratique infirmière limitaient indubitablement l'action infirmière en favorisant le maintien du *statu quo*. Toutefois, la reconnaissance des infirmières de l'effet limitant de la réflexivité institutionnelle a été le premier mouvement vers un nouveau positionnement social qui a permis de renouveler l'identité professionnelle.

L'analyse de ces concepts clés de la théorie de Giddens dans le contexte de cette étude a permis d'identifier les étapes du processus de production du savoir au moyen de la réflexivité (annexe 24) ainsi qu'apporter des éléments de réflexion sur cette théorie en essayant de clarifier quelques concepts qui ont été superficiellement développés par l'auteur. C'est ainsi que les résultats de l'étude démontrent, premièrement, que le processus de production du savoir par la réflexivité n'est pas statique, mais est plutôt complexe, dynamique, récursif et qu'il évolue dans la mesure où les infirmières modifient continuellement leurs intérêts dans un contexte déterminé. De ce fait, nous avons catégorisé la réflexivité en trois niveaux, selon le degré de cohérence entre la conscience discursive et la pratique et la capacité des infirmières de se transformer elles-mêmes et de transformer aussi les aspects structurels. Cette catégorisation inclut: la réflexivité technique, la réflexivité compréhensive et finalement, la réflexivité émancipatoire. Ainsi, le concept de réflexivité chez Giddens pourrait bénéficier de cette catégorisation dans la conceptualisation du projet réflexif de soi car la cohérence entre récits et choix semble être reliée aux types d'intérêt des infirmières, soit technique, compréhensif ou émancipatoire, ce dernier type étant le seul qui permette une véritable transformation des individus ainsi que des règles et des ressources encastrées dans la vie quotidienne, et en conséquence, la transformation des savoirs.

En second lieu, il semble donc évident que le processus de la réflexivité permet de modifier les différents intérêts des infirmières et ainsi [co]créer, changer et transformer les savoirs, mais la réflexivité permet aussi de constater les différents niveaux de conscience de celles-ci par rapport à leur pratique. En ce sens, Bonis (2009), qui a réalisé une analyse sur l'évolution du concept de «*knowing*» dans le domaine des soins infirmiers, conclut que la pratique infirmière exige de multiples niveaux de conscience et de réflexion sur les expériences de soins. Puisque Giddens utilise surtout deux niveaux de conscience (la pratique et la discursive), nous avons utilisé la conceptualisation de la conscientisation faite par Gélinau (2001) car les infirmières sont allées plus loin qu'une prise de conscience élémentaire. Dans le contexte de cette étude, nous avons mis en évidence les trois étapes suivantes du processus de conscientisation: (i) susciter une prise de conscience se retrouve à l'étape du projet réflexif individuel et collectif; (ii) susciter le passage à l'action se développe à l'étape de révision des projets réflexifs et (iii) encadrer et vivre l'action s'étend jusqu'à l'étape de l'action pour le changement.

En troisième lieu, le concept de sécurité ontologique reste à développer par l'auteur. Il n'a pas beaucoup approfondi ce concept. Il explique plutôt les idées d'Erikson sur le développement de la confiance chez les nourrissons et les enfants et le rôle de la mère dans cette confiance et aussi chez les malades schizophréniques. Giddens affirme que la routinisation des pratiques fait partie des conduites usuelles; ces pratiques servent donc d'appui et assurent un sentiment de sécurité ontologique (1987). Cet auteur considère aussi que lorsque les personnes perçoivent qu'une situation pose un risque à leur sécurité ontologique, elles font le choix de retourner à la situation routinière qui est la seule qui permette de maintenir ce sentiment de sécurité. Toutefois, les routines des soins infirmiers sont souvent fondées sur les coutumes et les traditions qui peuvent dominer les infirmières si celles-ci ne se questionnent pas sur les buts qu'elles poursuivent. Dans cette étude, la réflexivité technique pourrait s'ajuster à cette conceptualisation de sécurité ontologique mais dans la réflexivité compréhensive et émancipatrice, les infirmières n'ont pas fait le choix de retourner à la situation initiale ou routinière; elles ont plutôt recréé une pratique

désirable ou idéale, ce qui a permis d'élargir leurs horizons. C'est un sentiment basé sur la confiance que ce qu'elles allaient faire était préférable pour les patients, les familles mais aussi pour elles-mêmes en tant que professionnelles. Ainsi, il est difficile d'identifier dans la théorie de Giddens quand et pourquoi les individus peuvent présenter un sentiment d'insécurité ontologique dans la routine de tous les jours, à l'exception du moment où il discute de dangers mondiaux comme le sont les armes nucléaires (Giddens, 1994).

Finalement, dans le contexte de cette étude, située dans un espace et un temps déterminés, nous avons considéré des aspects structurels dans la production du savoir infirmier (contexte institutionnel) mais aussi le lieu concret où la pratique s'est développée (contexte pratique) et la situation de la profession infirmière dans le contexte espagnol (contexte professionnel), donnant ainsi à la théorie de Giddens une nouvelle perspective, pragmatique et davantage axée sur l'action. C'est ainsi que nous considérons la théorie de Giddens pour l'étude du processus de production du savoir comme simple mais capable de capter la complexité (ce qui constitue l'idéal d'une théorie) car, lorsque nous avons identifié les étapes du processus de production du savoir et l'interrelation de la structure dans ce processus, nous avons pareillement réussi à atteindre des objectifs qui n'étaient pas directement explicités tels que le renouvellement de l'identité et l'augmentation de l'autonomie infirmière.

Bref, en retournant aux postulats initiaux de cette étude (pp. 60-61), nous pouvons affirmer que les infirmières produisent des savoirs dans la pratique, que cette production du savoir est toujours le fruit de la réflexivité individuelle (projet réflexif de soi) et de la réflexivité collective (dialogue et partage avec d'autres) et que cette production est influencée par le contexte pratique (micro contexte), institutionnel (règles et ressources) et professionnel (autonomie professionnelle et identité infirmière).

5.4. Les forces et les limites de l'étude

5.4.1. Les forces

La pertinence et les retombées de cette étude pour la discipline infirmière, la théorie de la structuration de Giddens et le contexte espagnol sont nombreuses. L'analyse des théories qui portent sur la production du savoir dans la pratique professionnelle s'avère intéressante et nécessaire dans ce nouveau siècle pour une discipline professionnelle telle que la discipline infirmière. Toutefois, si l'on veut avoir une vision et un discours davantage contemporains, la théorie de Giddens apparaît utile dans le contexte infirmier et cela, pour plusieurs motifs.

Tout d'abord, sur le plan théorique, cette étude contribue de façon substantielle à l'avancement des connaissances en ce qui concerne la compréhension du phénomène de la réflexivité par rapport au processus de la production du savoir dans la pratique à partir d'une nouvelle théorie, un travail inédit en science infirmière. Ensuite, les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence le processus de production du savoir ainsi que l'éventuelle influence du contexte dans cette production du savoir. Finalement, sur le plan pratique, le fait de rendre explicite ce processus dans le contexte d'application va permettre de pouvoir le critiquer, l'améliorer et le développer. Ainsi, des conceptualisations théoriques pourront découler de façon inductive des significations.

La théorie de la structuration ou de la modernité réflexive de Giddens semble apporter un nouvel éclairage au processus de production du savoir pratique en introduisant de nouveaux éléments dont on devrait tenir compte si l'on veut comprendre ce processus. Giddens signale que sa théorie est en processus en construction, qu'elle n'est pas complétée. Cette théorie de la structuration est suffisamment vaste pour pouvoir être utilisée dans d'autres domaines. Elle a donc été utilisée dans le domaine de la criminologie (Bellot, 2001) et pour des études commerciales (Briand, 2001), entre autres. En tenant compte du fait que l'un des aspects intéressants de cette théorie c'est la conceptualisation de l'action et des institutions dans une relation complexe et interactive, il semble que cette

étude a permis de raffiner la théorie de Giddens dans un contexte d'application spécifique (l'action infirmière et l'institution hospitalière).

Ensuite, dans le contexte espagnol, le concept de réflexivité a été davantage analysé dans le domaine de la formation infirmière (Betolaza et Alonso, 2002; Colina et Medina, 1997; Crespo, 2002; Fernández, 2003; Medina, 2002) que de la pratique (Delgado et al., 2001). La seule étude publiée retrouvée dans les bases de données de revues espagnoles a été celle de la chercheuse et ses collaborateurs. La présente étude nous a permis d'élaborer de nouveau une recherche inédite dans le contexte infirmier espagnol. Dans notre première étude, nous avons fait la démonstration que la réflexion-action produit des changements dans la pratique infirmière et, dans cette seconde étude, nous avons décrit le processus de production du savoir dans la pratique quotidienne. Puisque la présente étude utilise les données recueillies lors de la première étude, il semble évident que les résultats vont mieux répondre à la réalité d'un contexte spécifique, c'est-à-dire, celui d'une unité de soins intensifs de l'Espagne.

Finalement, nous avons constaté que l'analyse secondaire de données qualitatives est une méthode valide qui doit être utilisée dans la recherche infirmière. À la lumière d'une nouvelle relecture, décomposition, réexamen et ré-analyse des données, cette méthode nous a permis de retrouver des données qui étaient présentes lors de la première étude mais que nous n'avions pas remarquées. Comme d'autres auteurs, nous croyons que l'utilisation de cette méthode dans le contexte de cette étude a permis la génération de nouvelles connaissances, de nouvelles hypothèses, de soutenir des théories existantes, comme celle de Giddens, et d'abandonner des théories davantage populaires comme celle de Schön, mais moins actuelles et qui ne tiennent pas en compte de la multi dimensionnalité des pratiques et des contextes dans la production du savoir pratique. Le « *fit* » des nouvelles questions de recherche avec les données de la première étude ainsi qu'entre certaines étapes du processus de recherche de la première étude (recherche-action participative) et le processus de réflexivité décrit par Giddens, ont favorisé le développement de la présente étude.

En somme, la contribution de la présente thèse à l'avancement des connaissances est évidente. Tout d'abord, la production du savoir découlant de la compréhension du phénomène et de l'identification des éventuelles étapes du processus de production du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité et selon la théorie de Giddens; ensuite, la découverte des éléments les plus caractéristiques du processus ancrés dans l'action des infirmières dans un milieu de soins critiques de l'Espagne et le début du raffinement de la théorie de Giddens dans le domaine des sciences infirmières et, finalement, la production du savoir méthodologique par rapport au devis de recherche du type analyse secondaire.

5.4.2. Les limites

Tout d'abord, les résultats de cette étude ont permis une première appréhension du processus de production du savoir au moyen de la réflexivité, selon la théorie de Giddens. De ce fait, la signification des résultats de la présente étude est contextuelle; subséquemment, sa transposition à d'autres contextes reste à vérifier. C'est pour ce motif que nous sommes en train d'élaborer un protocole de recherche dans le but de vérifier les étapes du processus de production du savoir dans la pratique infirmière dans différents contextes pratiques et en utilisant comme devis la recherche-action participative.

Il est également important de mettre l'accent sur le fait que la présente étude ne représente pas la réalité de toutes les infirmières travaillant dans l'unité des soins intensifs. Le caractère volontaire et participatif du devis lors de la première étude peut avoir fait en sorte que seules les infirmières davantage motivées par l'analyse de leur pratique ont participé à l'étude. Toutefois, cet élément est fort difficile à contrôler quand on utilise comme devis la recherche-action participative.

Ensuite, nous l'avons dit tout au long de la thèse, l'analyse des données a été effectuée toujours en fonction d'une réflexivité de recherche sur la réflexivité des infirmières participantes dans la présente étude. La théorie de Giddens affirme que les

individus font constamment de la réflexivité, alors nous partons du fait que les infirmières effectuent de la réflexivité; toutefois, sans la recherche, nous ne pourrions jamais distinguer ce qui vient de leur réflexivité dans l'action. En tant que chercheuse, ayant placé les infirmières dans un processus de réflexivité, nous ne pouvons pas connaître par le biais de ce projet quelle est, dans les faits, leur propre réflexivité sans notre intervention. Ainsi, tout ce que nous avons présenté dans les résultats provient d'une réflexivité de recherche sur la réflexivité des infirmières; nous avons donc construit notre objet de recherche différemment. Toutefois, Medina (2002), en analysant la nouvelle épistémologie de la pratique basée sur la réflexion, affirme que le processus de réflexivité sur la réflexion en action correspond à une métaréflexion sur les savoirs et la réflexion. De ce fait, nous nous sommes situés à un autre niveau de production de savoirs.

En outre, l'âge des données peut être une autre limitation bien que le contexte de la pratique quotidienne n'ait pas changé de façon notable ces dernières huit années, selon les conversations informelles que nous avons eues avec les infirmières des soins intensifs et selon les dernières études publiées aux niveaux national et international par rapport à la pratique infirmière dans les unités de soins intensifs; de plus, différentes recherches publiées ont utilisé des données vieilles de sept ou dix ans.

Finalement, en ce qui concerne le contexte linguistique, le fait que le verbatim soit traduit du catalan/espagnol au français peut également occasionner une perte dans la richesse des expressions bien que toutes les données aient été révisées par une personne francophone.

5.5. Les recommandations pour la pratique, la gestion, la formation et la recherche infirmière

5.5.1. Les recommandations pour la pratique

Les recommandations pour la pratique sont spécifiques et directement issues des résultats de la présente étude. La théorie de la structuration de Giddens est utile pour les infirmières cliniciennes parce qu'elle les aide à explorer et à comprendre le monde pratique en facilitant leur analyse, tout en intégrant l'action infirmière, ainsi que les aspects structurels à savoir: l'institution, la pratique et la profession. Les significations que les infirmières attachent à leurs actions peuvent être explorées en abordant l'importance des aspects structurels dans la pratique quotidienne et la découverte de la façon dont le pouvoir est maintenu par elles-mêmes ou comment l'infirmière se positionne dans l'organisation. De ce fait, il faut que les infirmières appuient leurs interventions sur une réflexivité compréhensive (individuellement et collectivement) pour comprendre les inconsistances et les contradictions dans la pratique quotidienne, élaborer et implanter des stratégies qui leur permettent d'évoluer vers une réflexivité émancipatrice favorisant la transformation des pratiques, des savoirs, des organisations et de la profession infirmière. Bref, il est nécessaire que les infirmières questionnent sans cesse leur pratique et transforment leurs savoirs afin de vivre une pratique davantage centrée sur les soins au patient et à sa famille, ce qui va permettre d'améliorer la qualité du service infirmier.

Plus concrètement, les résultats de cette étude peuvent aider les infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs à être conscientes que des nouveaux modèles de pratique davantage holistiques et intégraux sont possibles, modèles qui considèrent mieux le patient et sa famille, dans un contexte où la technologie occupe une place de plus en plus importante ainsi que la possibilité d'introduire des changements par rapport aux relations avec d'autres professionnels et aux normes et règles encadrés dans leur pratique professionnelle; en définitive, une identité infirmière renouvelée davantage autonome et puissante est possible. Ainsi, elles mettent à contribution des nouveaux savoirs et viennent

donc enrichir la production du savoir dans la pratique. La démarche collective entreprise favorise la reconnaissance de ce savoir et lui donne forme.

En s'appuyant sur la conceptualisation d'autonomie de Meyers (1989), Atkins (2006) affirme que l'autonomie est un ensemble de compétences pratiques acquises à travers l'auto découverte, l'autodéfinition, l'auto savoir et l'auto direction. Ces déclarations sont fondées sur la conviction que les choix personnels sont fondamentaux pour l'autonomie et que l'autonomie est essentielle à l'éthique du soin. C'est ainsi que les résultats de cette étude ouvrent de nouvelles possibilités pour les infirmières ce qui permettra d'identifier les processus qui facilitent l'autonomie et réorienter les aspects qui font obstacle.

Il faut également noter que le journal réflexif ou journal de bord est un outil qui favorise la découverte du projet réflexif individuel et collectif, car les infirmières expriment plus facilement les subtilités de ce qu'elles font, les raisons et les répercussions de cette pratique; elles sont donc plus en mesure d'énoncer le savoir qui est implicite dans leurs actions (Atkins et Murphy, 1993; Burton, 2000) et pourront ainsi chercher à mieux définir la profession infirmière (Burns et Bulman, 2000).

Finalement, les participantes de cette étude ont exprimé la nécessité de poursuivre le processus réflexif afin de toujours analyser la pratique parce que, avec le temps, elles continuent à travailler comme elles le faisaient auparavant. Ainsi, notre dernière recommandation consiste à former des groupes de réflexion guidés par des infirmières plus expertes sur le processus réflexif, des pairs-aidants (*peer-coaching*) ou des infirmières-chef, selon le contexte.

5.5.2. Les recommandations pour la gestion

Les gestionnaires pourraient jouer un rôle clé dans le développement du savoir au moyen de la réflexivité. C'est ainsi que la réflexivité requiert quelques pré-conditions pour

atteindre le potentiel maximum du processus: du temps et de l'espace pour réfléchir, un milieu favorisant le soutien à l'innovation qui apparaît inévitablement pendant le processus, une personne facilitant le processus et informée sur le contexte et, enfin, de la volonté et de l'intérêt de la part des infirmières afin de demeurer critiques et, ainsi, améliorer la pratique. La réalisation de ces pré-conditions pourrait être soutenue par les infirmières gestionnaires.

Tel que le suggèrent quelques auteurs qui ont étudié l'utilisation du processus réflexif et les facteurs qui peuvent influencer leur emploi, les facteurs individuels qui influencent la réflexion sont la motivation et la préparation des praticiens par rapport à la réflexion (ces résultats concordent avec ceux d'Atkins et Murphy, 1993). En lien avec les facteurs reliés au contexte pratique, les auteurs affirment que la disponibilité des ressources (avoir du temps, niveau de dotation infirmière) et la culture de la pratique (ouverture vers l'innovation, attentes ou soutien des gestionnaires) sont autant d'éléments qui influencent le processus réflexif (Lowe et al., 2007).

Effectivement, les infirmières, de façon individuelle et collective, ont besoin de temps pour analyser et comprendre les situations, élaborer de nouveaux projets du soin à partir des savoirs développés et raffinés ou évaluer les résultats, entre autres (Andrews, 1996; Collière, 2001; *Honor Society of Nursing*, 2005; Perraut, 2001; Thorpe et Barsky, 2001). C'est ainsi que les gestionnaires pourraient faciliter l'instauration et le maintien des temps de réflexion comme partie intégrante du temps de travail pour que les infirmières puissent partager leurs expériences, les enrichir et en tirer des savoirs bénéficiant aux patients, aux familles, à la relation inter et intra professionnelle ainsi qu'aux infirmières et à leur profession.

L'infirmière a besoin d'être accompagnée dans le processus de réflexivité (Burns et Bulman, 2000; Howarth, 2005; Jonhs, 1998; Perraut, 2001). Les écrits les plus récents soutiennent que le *Peer Coaching* (l'apprenant et l'entraîneur), le *Critical Friend* (l'ami critique) ou le *companionship* (camaraderie) aident les infirmières à atteindre leur niveau

optimal de bien-être à travers l'autoréflexion, le changement et la croissance (*Honor Society of Nursing*, 2005; Tyra, 2008). En ce sens, Waddell et Dunn (2005) affirment que le *Peer Coaching* consiste en une relation de partenariat entre deux praticiens d'expériences similaires où l'un des deux aide l'autre à établir des objectifs, à observer, à réfléchir sur leur pratique ainsi qu'à établir des rapports, à partager un désir d'apprendre et d'incorporer ce qu'il vient d'apprendre (savoirs et compétences) dans la pratique. Ainsi, l'infirmière développe son propre plan d'amélioration de la pratique qui conduit à la réalisation de soi et, partant, à l'*empowerment*.

5.5.3. Les recommandations pour la formation

Les implications pour la formation sont liées au besoin d'élaborer des méthodes d'enseignement qui préparent les étudiantes à une pratique basée sur la réflexivité pour que, à tout moment de leur vie professionnelle, les futures infirmières puissent se questionner sur leur pratique et travailler collectivement à générer les changements nécessaires dans le contexte dynamique des soins, favorisant ainsi la qualité et l'excellence de la pratique professionnelle. Il semble nécessaire que les enseignants intègrent davantage dans leurs cours du temps pour la réflexion.

La réflexivité critique doit être une composante intégrale dans l'enseignement en science infirmière (Mantzoukas et Watkinson, 2008). Nous suggérons donc également d'élargir et d'approfondir la formation des infirmières afin de les préparer davantage à une réflexivité critique et émancipatrice. Cette formation doit porter sur des techniques comme la construction de récits, l'observation des pratiques pendant les stages, l'analyse des incongruités et l'influence des structures sur ces incongruités, la recherche de solutions et l'analyse critique de la mise en pratique des solutions.

La question, dès lors, est bien celle de savoir comment former des praticiennes réflexives qui, pour mieux se mettre au service des malades, feront davantage preuve de

réflexion et de créativité, donnant ainsi un véritable sens à leurs responsabilités mais aussi à leurs limites. C'est les aider à penser, dans leur complexité, les situations de soins auxquelles elles seront confrontées dans le quotidien (de Bouvet et Sauvaige, 2005). Pour ce faire, les enseignants doivent aider les étudiantes à développer une écriture réflexive pour faciliter l'apprentissage, donner du sens aux événements et rencontres, développer une voix, surmonter le silence, accroître l'auto-estime et cultiver la conscience morale.

Tel que le proposent Morgan et Johns (2005), il faut que les enseignantes réfléchissent en se demandant si la réflexion est essentiellement une technique éducationnelle ou un trait de la culture de l'éducation-apprentissage. Comme technique, la réflexion peut être utilisée conjointement avec d'autres techniques éducationnelles mais la réflexion, comme culture de l'éducation-apprentissage, est considérée comme le noyau autour duquel le tissage des systèmes d'information renseigne sur le processus d'apprentissage. Finalement, les enseignantes doivent se demander si la formation à une pensée critique et aux habilités de relation éduque les futures professionnelles en vue de l'exercice de la profession infirmière.

5.5.4. Les recommandations pour la recherche

Suite aux résultats de cette étude, nos recommandations de recherche portent sur le processus de développement du savoir dans la pratique au moyen de la réflexivité et sur l'approche méthodologique d'analyse secondaire.

Premièrement, notre étude a permis de contribuer à la théorie de la structuration de Giddens et à la science infirmière en précisant les étapes du processus de production du savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité, ainsi que les conditions et dynamiques du contexte institutionnel, pratique et professionnel qui peuvent influencer le processus de production du savoir. Pour poursuivre cette contribution, il serait nécessaire de vérifier ces étapes auprès de groupes cibles distincts présentant notamment des

caractéristiques contextuelles et professionnelles diversifiées, ayant des objectifs de travail différents, de façon à saturer les concepts, à les comparer et à conforter ainsi les catégories, les propriétés et les liens existants ou à en faire émerger de nouveaux. L'accent peut donc être placé sur la façon dont les infirmières agissent elles-mêmes dans des contextes ou temps différents.

Il serait également essentiel pour valider et étoffer les fondements théoriques du processus, de réaliser des recherches basées sur des techniques de collecte des données davantage fondées sur l'observation de la pratique afin de vérifier le processus de réflexivité, sans l'intervention du chercheur. Les devis de recherche comme l'ethnographie ou la recherche-action participative pourraient être utilisés pour l'étude de la réflexivité dans la pratique elle-même.

Il serait ensuite également intéressant d'identifier, à partir du processus de production du savoir dans la pratique au moyen de la réflexivité, quelles sont les sources du savoir utilisées par les infirmières, à chaque étape. Ainsi, on pourrait reconnaître les sources empirique, esthétique, personnelle, éthique, sociopolitique et émancipatrice que les infirmières utilisent ainsi que les savoirs spécifiques qui émergent de la pratique. Pour y parvenir, il pourrait être indiqué d'effectuer de nouvelles recherches en utilisant comme cadre de référence les étapes sur la production du savoir dans la pratique identifiées dans la présente étude et inclure, à chaque étape, les questions du modèle de réflexion structurée de Johns (annexe 2) qui permettent d'identifier les sources du savoir que les infirmières utilisent. Toutefois, il s'avère nécessaire d'introduire les sources sociopolitique (White, 1995) et émancipatrice (Chinn et Kramer, 2008) dans ce modèle de réflexion structurée. La découverte de ces savoirs permettra ensuite de les transmettre de manière intelligible aux infirmières, aux gestionnaires et aux enseignants.

Finalement, il faut recommander aux chercheurs et chercheuses l'utilisation du devis de recherche d'analyse secondaire de données qualitatives, car il permet de fournir des réponses aux questions additionnelles de recherche qui n'ont pas été élaborées dans la première étude. Ceci permettrait de mieux utiliser les données que nous possédons ce qui

aurait comme effet de faire davantage usage des données provenant de la recherche qualitative. Ainsi, le fait d'utiliser des données pour les analyser sous divers angles devrait être un souci constant de la recherche en sciences infirmières et les chercheuses devraient le prévoir en incluant les clauses épistémologiques, méthodologiques et éthiques nécessaires dès le premier protocole de recherche.

L'utilisation des données déjà existantes est une pratique courante dans les autres disciplines des sciences humaines et sociales. Il est donc temps que la recherche infirmière profite des méthodes d'analyse secondaire des données pour à la fois économiser des énergies et des ressources déjà trop souvent insuffisantes. Cela est d'autant plus recommandable pour la recherche infirmière que les praticiennes sont souvent sollicitées pour des recherches-terrain qui exigent beaucoup de temps et de ressources alors que la pratique est déjà à court de ces ressources.

Tel que le reconnaissent plusieurs auteurs et mis en évidence dans la présente étude, ce devis permet de générer de nouvelles connaissances, de nouvelles hypothèses et de soutenir des théories existantes. De plus, ce devis est fortement recommandé pour des étudiants inscrits à un programme doctoral.

Finalement, plusieurs recommandations sont nécessaires pour les chercheuses et chercheurs qui s'intéressent à l'utilisation de ce devis: (i) les données des études qualitatives sont mieux analysées par un chercheur qui a participé à la collecte des données de la première étude; (ii) pour décider si l'analyse secondaire est une option viable dans n'importe quelle recherche, il est très important de vérifier le degré selon lequel les questions secondaires de recherche s'adaptent aux données disponibles; (iii) le « *fit* » des données de l'étude originale avec les nouvelles questions de recherche et la qualité des données sont des étapes indispensables pour effectuer une évaluation préliminaire des données; (iv) des outils sont disponibles pour vérifier si les données sont suffisamment riches et si elles collent aux nouvelles questions de recherche ainsi que pour vérifier

l'accessibilité et la pertinence des différentes sources des données; et finalement, (v) il s'avère capital que les données puissent être disponibles pour d'autres interprétations.

CHAPITRE 6: CONCLUSION

Cette recherche est la première étude connue, réalisée en Espagne, pour décrire et comprendre le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière. Dans le contexte international, c'est la première étude qui utilise la théorie de la structuration de Giddens pour reconnaître les conditions et dynamiques du contexte institutionnel, pratique et professionnel qui influencent le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière dans une unité de soins intensifs ainsi que pour identifier les étapes du processus de réflexivité dans la production de savoir. C'est ainsi que l'identification des étapes du processus de production de savoir dans la pratique ainsi que la démonstration de la relation récursive entre l'action infirmière et les aspects structurels affectant directement cette production de savoir permettent d'apporter de nouveaux savoirs à la discipline infirmière.

Cette étude met en évidence que les conditions et dynamiques des contextes institutionnel, pratique et professionnel marquent profondément l'action infirmière et le développement de savoir. Au début du processus, ces conditions et dynamiques étaient intériorisées dans la vie professionnelle des infirmières et constituaient des manières «normales» d'aborder la pratique. L'action et les discours des infirmières viennent nous informer que, bien qu'il y avait acceptation du *statu quo*, les sentiments contradictoires et la souffrance ressortaient facilement quand les infirmières approfondissaient leur réflexion sur la situation réelle de la pratique infirmière. Ensuite, cette situation de base de la pratique infirmière a provoqué chez les infirmières une incapacité à agir de façon juste, éthique et responsable ainsi qu'une limitation face à l'exploration de nouvelles possibilités, formulations et expressions de pratique. Finalement, elles génèrent ainsi une pratique et un savoir davantage biomédical et technique où l'objectivation des soins, les habilités techniques et les savoirs reliés à la pathologie semblent être prioritaires. L'identification et la compréhension de l'effet des différents contextes (aspects structurels) sur la pratique infirmière permet aux infirmières d'aller plus loin et, c'est à partir du partage des savoirs individuels et la co-crédation de nouveaux savoirs, qu'elles cherchent des solutions et élaborent des stratégies qui leur permettent finalement de modifier quelques aspects

structurels. Ceci leur a donc permis de croître et d'utiliser leur pouvoir pour renouveler l'identité infirmière et être davantage autonomes.

De plus, cette étude apporte un nouvel éclairage au processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité tel que conceptualisé par Giddens. Tout d'abord, cette étude confirme qu'il existe toujours une réflexivité chez les praticiennes infirmières. La reconnaissance de ce fait est majeure dans la compréhension de la production de savoirs dans la pratique infirmière, étant donné que la plupart des modèles et des théories qui portent sur la réflexivité ne prennent pas en compte cet élément. Cette réflexivité se modifie selon le degré de cohérence entre les récits de soi (conscience discursive) et les choix des styles de vie (conscience pratique). Ainsi, c'est à partir de la modification des intérêts des infirmières que la réflexivité évolue dès d'une réflexivité technique à une réflexivité davantage compréhensive et puis émancipatrice donnant lieu à la modification, au raffinement et à la co-création de savoirs.

Cette thèse soutient que le processus de production de savoir dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité a une ontologie disciplinaire et interprofessionnelle (processus d'identification et d'appropriation à ce qui est le sien, de comprendre ce que les infirmières apportent aux patients). Le processus est aussi transformateur des valeurs, des sentiments, des pratiques et des contextes ainsi que créateur d'identité professionnelle. Il est également un processus critique et libérateur, aide les professionnelles à se montrer critiques et en désaccord avec les traditions imposées par la routine et la tradition du contexte. Le processus a une orientation politique, en acceptant l'engagement pour réaliser des actions, pour créer les conditions dans lesquelles le *caring* puisse être réalisable. Il est ainsi créatif, interactif et participatif.

En tenant compte de la dimension ontologique du processus de production de savoir par la réflexivité, la dimension épistémologique du processus est reliée à la façon dont les infirmières connaissent et comprennent comment ce savoir est organisé. C'est ainsi que le processus a une épistémologie (i) pragmatique étant donné qu'il renvoie à la construction

de savoir utile à la connaissance de la pratique vécue et à l'action dans cette pratique ; (ii) relationnelle, éthique et intégrale plus proche de l'idéal infirmier; (iii) intra et intersubjective ; (iv) contextuelle et relative car ouvrant de nouvelles possibilités et montrant de nouveaux chemins à suivre ; (v) émancipatrice car permettant de se libérer à partir de la reconnaissance des pratiques et du contexte institutionnel et professionnel; et (vi) sociale et historique étant donné que le savoir se (co)construit dans un contexte local et spécifique et dans un temps déterminé.

La dimension méthodologique/instrumental du processus de production de savoir dans la pratique au moyen de la réflexivité se caractérise par la participation et l'engagement réel des infirmières, le travail individuel au moyen du journal de bord, le travail collectif à travers les rencontres face à face, l'observation de la pratique par un observateur et par elles-mêmes, l'analyse des documents dérivés du contexte pratique, institutionnel et professionnel, la formation des infirmières par rapport à la méthodologie à suivre (journal de bord, observation, analyse et réflexion).

Finalement, une des contributions les plus importantes de la théorie de Giddens pour la pratique et la recherche infirmière réside dans les concepts de sécurité ontologique et d'identité. Il semble nécessaire de les développer davantage au moyen de la recherche pour comprendre l'influence de ces concepts sur la production de savoir pratique dans la pratique infirmière.

RÉFÉRENCES

- Aaronson, L.S. (1994). Milking Data or Meeting Commitments: How Many Papers from one Study?. *Nursing Research*, 43(1), 60-62.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Adams, A., Hardey, M., & Mulhall, A. (1994). Secondary analysis in nursing research. Dans M. Hardey & A. Mulhall (Éds) *Nursing Research. Theory and Practice* (pp. 127-144). London: Chapman & Hall.
- Adamsen, L., Larsen, K., Bjerregaard, L., & Madsen, J.K. (2003). Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scand J Caring Sci*, 17, 57-65.
- Agudo, S., et González, J.L. (2002). Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios? [La consultation infirmière: pourquoi les utilisateurs sont allés?]. *Enferm Clínica*, 12(3), 104-108.
- Alasad, J. (2002). Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *International Journal of Nursing studies*, 39, 407-413.
- Alberdi R.M. (1992). La identidad profesional de la enfermera [L'identité professionnelle de l'infirmière]. *Rev Rol Enferm*, 170, 39-44.
- Alberdi R.M. (1993). Las enfermeras para el tercer milenio [Les infirmières dans le troisième millénaire]. *Rev Rol Enferm*, 178, 43-50.
- Alberdi R.M. (1998). Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. [Stratégies de pouvoir et de leadership pour le développement de l'engagement social des infirmières]. *Rev Rol Enferm*, 239-40, 27-31.
- Alberdi, R.M. (1999). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España [L'influence du genre sur le développement de la profession infirmière en Espagne]. *Metas de Enferm*, 11, 20-26.

- Alberdi R.M, Arriaga, E., et Zabala, J.. (2006). La ética del cuidado. Una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias [L'éthique des soins. Une proposition avec futur pour les infirmières et les établissements de santé]. *Rev Rol Enferm*, 29(3), 191-198.
- Alberdi. R.M., et Cuxart, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional : una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional [Soins, infirmières et développement professionnel: une réflexion sur les fondements de la pratique professionnelle]. *Presencia*, 1(2) [en ligne]. Récupéré le 20 mai 2008. Disponible sur web: <<http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>>.
- Alberdi, R.M., et López, C. (2004). Espacio enfermero vs espacio Europeo: El difícil puente entre la docencia y la asistencia en la nueva Europa [Espace infirmier vs espace européen: Le pont difficile entre l'enseignement et l'assistance dans la nouvelle Europe]. *Rev Rol Enferm*, 27(10), 72-76.
- Allen, DG. (1992). Feminism, Relativism and the Philosophy of Science: An Overview. Dans JL. Thompson, DG. Allen & Lorraine Rodrigues-Fisher (Éds) *Critique, Resistance and Action. Working Papers in the Politics of Nursing* (pp. 1-20). New York: National League for Nursing Press.
- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilante and invisibility-being a patient in technological intensive environments. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 151-158.
- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy*, 9, 55-61.
- American Nurses Association (2003). *Nursing's social policy statement* (2^{ème} éd.). American Nurses Association: Washington, DC.
- American Psychological Association (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5^{ème} éd). Washington, DC: American Psychological.

- Andrews, M. (1996). Using reflection to develop clinical expertise. *British Journal of Nursing*, 5(8), 508-513.
- Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Argyris, C., et Schön, D. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : comment en accroître l'efficacité*. Québec: Éditions Logiques.
- Ashby, C. (2006). The benefits of reflective practice. *Practice Nurse*, 32(9), 35-37.
- Atkins, K. (2006). Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach. *Nursing Philosophy*, 7(4), 205-215.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1188-1192.
- Avis, M., & Freshwater, D. (2006). Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. *Nursing Philosophy*, 7(4), 216-224.
- Baggs, J.G., Schmitt, M., Mushlin, A.I., Mitchell, P.H., Eldredge, D.H., Oakes, D., & Hutson, A.D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9), 1991-1998.
- Barbier, J.M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Presses universitaires de France.
- Barnard, A., & Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference ?. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367-375.

- Barrea De Vleeschhouwer, M. (2004). Le mal-être quotidien du soignant. *Ethique & Santé, 1*, 77-82.
- Baumann, S.L. (1999). Art as a Path of Inquiry. *Nursing Science Quarterly, 12*, 106-110.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Strassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Engagement et soins: les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Belenky, M.F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R., & Tarule, J.M. (1986). *Women,s Ways of Knowing. The Delopment of Self, Voice, and Mind*. New York: Basic Books.
- Bellot, C. (2001). *Expériences des jeunes et pratiques d'intervention à Montréal*. Thèse non publiée, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- Bengoechea, M.B. (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes [Des études sur la communication patient-infirmière en soins intensifs. L'étude des lignes de recherche prédominantes et d'autres pertinentes] *Enferm Clínica, 11*(6), 266-275.
- Benner, P. (1983). Uncovering the Knowledge Embedded in Clinical Practice. *Image, XV*, 36-41.
- Benner, P. (1987). A dialogue with excellence. *American Journal of Nursing, 87*(9), 1170-1172.
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science, 14*(2), 1-21.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers* (L. Ovion, Trans.). Québec: ERPI. (Travail original publié 1984).

- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100, 99-105.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (commémorative édition). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall Health.
- Benner, P. (2007). *Le développement de la sagesse clinique*. Conférence à l'École des sciences infirmières Santa Madrona, Université de Barcelone, le 16 avril.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care. Thinking-in-action Approach*. Philadelphia: W.B. 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., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1997). The Social Fabric of Nursing Knowledge. *American Journal of Nursing*, 97(7), 16BBB, 16DDD.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled Clinical Knowledge: The Value of Perceptual Awareness, Part 1. *The Journal of Nursing Administration*, 12(5), 11-14.
- Beringer, A.J., Fletcher, M.E., & Taket, A.R. (2006). Rules and resources: a structuration approach to understanding the coordination of children's inpatient health care. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 325-335.
- Berland, A., Whyte, N., & Maxwell, L. (1995). Hospital nurses and health promotion. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(4), 13-31.
- Bernstein, R.J. (1988). *Beyond objectivism and relativism: Science, hermeneutics, and praxis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Berragan, L. (1998). Nursing practice draws upon several different ways of knowing. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 209-217.

- Bertran, C. (2005). *La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals* [La féminisation de la profession infirmière. La causalité et les stratégies pour la formation des professionnels]. Thèse non publiée, Université de Girona, Espagne.
- Betolaza, E., et Alonso, I (2002). El diario reflexivo y el autoaprendizaje autorizado [Le journal réflexif et l'auto-apprentissage surveillé]. *Metas de Enferm*, 45, 14-18.
- Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F., & Yonge, O. (2007). A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. *Nursing Forum*, 42(3), 147-155.
- Bishop, A.H., & Scudder, J.R. (1990). *The practical, Moral, and Personal Sense of Nursing. A Phenomenological Philosophy of Practice*. New York: State University of New York Press.
- Bishop, A.H., & Scudder, J.R. (1999). A Philosophical Interpretation of Nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13(1), 17-27.
- Bjornsdottir K. (2001). Language, research and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 159-166.
- Blondeau, D. (2002a). L'art du soin infirmier: un art pratique. La nécessaire relation entre l'art et l'éthique. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds) *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 301-313). Québec: Gaëtan Morin.
- Blondeau, D. (2002b). Nursing art as a practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. *Nursing Philosophy*, 3, 252-259.
- Bonis, SA. (2009). Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 1328-1341.
- Boschma, G., Yonge, O., & Myshajlunow, L. (2005). Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-1975. *Nursing Inquiry*, 12(4), 243-255.

- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Droz.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P., et Wacquant, L.J.D. (1992). *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil.
- Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., & Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258-266.
- Briand, L. (2001). *Analyse structurationniste du contrôle de gestion dans la modernité et la modernité avancée*. Thèse non publiée, École des Hautes études Commerciales, Montréal.
- Brito, P.R. (2007). El camino hacia la identidad enfermera [Le chemin vers l'identité infirmière]. *Metas Enferm*, 10(2), 51-54.
- Burns, S., & Bulman, C. (2000). *Reflective practice in nursing. The growth of the professional practitioner* (2ème éd). London: Blackwell Science.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4ème. ed). Philadelphia: Saunders.
- Burton, A.J. (2000). Reflection: nursing's practice and education panacea?. *Journal of advanced Nursing*, 31(5), 1009-1017.
- Cachón, E (2007). El hospital y el paciente. Declaración de principios, realidad y paradojas [L'hôpital et le patient. Déclaration de principes, la réalité et le paradoxe]. *Index de Enferm*, 56, 35-39.
- Calderon, C. (2002). Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario [Critères de qualité dans la recherche qualitative

- en santé: Notes pour un débat nécessaire]. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 473-482.
- Cánovas, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión* [La relation d'aide en soins infirmiers. Une lecture anthropologique sur les compétences relationnelles dans la pratique]. Thèse non publiée, Université de Murcia, Espagne.
- Carballo, M. (2005). Del deseo a la realidad [Du désir à la réalité]. *Rev Rol Enferm*, 28(4), 250-252.
- Carnevale, F. (1999). Toward a Cultural Conception of the Self. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(8), 26-31.
- Carnevale, F. (2002). Decisions That Matter: Recognizing the Contextuality of Decision-Making. *Canadian Journal of Nursing research*, 34(3), 5-7.
- Carper, B. (1975). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. Thèse non publiée, University Microfilms International, London.
- Carper, B. (1978). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. *Advances in Nursing Science*, 1, 13-23.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., & Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing- a phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(5), 533-545.
- Carlsson, G., Drew, N., Dahlberg, K., & Lützen, K. (2002). Uncovering tacit caring knowledge. *Nursing Philosophy*, 3, 144-151.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1991). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber
- Carr, W., & Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*. London: Falmer Press.

- Carrasco, M.C. (2008). El cuerpo y sus significados: sociedades tradicionales versus sociedades modernas. *Index Enferm*, 17(1) [en ligne], récupéré le 14 février 2007. Disponible sur web: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n1/6618.php>>.
- Catterall, M., & Maclaran, P. (1997). Focus Group Data and Qualitative Analysis Programs: Coding the Moving Picture as Well as the Snapshots. *Sociological Research Online*, 2 (1) [en ligne], récupéré le 6 mars 1999. Disponible sur web: <<http://www.socresonline.org.uk/welcome.html>>.
- Centre d'Investigations Sociologiques-CIS (2006). Barómetro de junio sobre las profesiones [Baromètre de juin sur les professions], [en ligne], récupéré le 15 mai 2007. Disponible sur web: <http://217.140.16.67/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5717>.
- Centre of Evidence Based Nursing (2004). Les infirmières et les organisations, et des désaccords. *Index Enferm*, 13(44) [en ligne], récupéré le 21 janvier 2006. Disponible sur web: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_sumario.php>.
- Cervero, R.M. (1988). *Effective Continuing Education for Professionals*. London: Jossey-Bass Pub.
- Chinn, P.L. (1994). Developing a method for aesthetic knowing in nursing. Dans Chinn, P.L. & Watson, J. (Éds) *Art & Aesthetics in Nursing*, (pp.19-40). New York: National League for Nursing.
- Chinn, P.L. (2001). Toward a Theory of nursing art. Dans N.L. Chaska (Éd) *The nursing Profession. Tomorrow and Beyond*, (pp. 287-297). California: SAGE.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing* (7ème éd). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

- Chinn, PL., Maeve, M.K., & Bostick, C. (1997). Aesthetic Inquiry and the Art of Nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11, 83-96.
- Chinn, PL., & Watson, J. (1994). *Art & Aesthetics in Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Clarke, C.L., & Wilcockson, J. (2002). Seeing need and developing care: exploring knowledge for and from practice. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 397-406.
- Clarke, M. (1986). Action and reflection: practice and theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 3-11.
- Clarke, B., James, C., & Kelly, J. (1996). Reflective practice: reviewing the issues and refocusing the debate. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 171-180.
- Clements, P.T., & Averill, J.B. (2004). Patterns of knowing as a method of assessment and intervention for children exposed to family-member homicide. *Arch Psychiatr Nurs*, 18(4), 143-150.
- Cohen, I. (1987). Structuration theory and social praxis. Dans A. Giddens & J. Turner (Éds) *Social theory today* (pp.273-308). Stanford: Stanford University Press.
- Cohen, I. (1993). La sécurité ontologique, la face sociale et la question de la motivation dans la théorie de la structuration. Dans M. Audet et H. Bouchikhi (Éds) *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens* (pp. 405-435). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université de Laval.
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona-COIB (2003). *Valeurs et attitudes professionnels: étude de la pratique professionnelle des infirmières à Catalunya*. Barcelone: COIB Publications.

- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona-COIB (2008). *L'éthique de l'intimité: un défi pour les infirmières*. Rapport de la Commission déontologique du COIB. Barcelone: COIB Publications.
- Colina, J., et Medina, J.L. (1997). Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva [Construire la connaissance en soins infirmiers au moyen de la pratique réflexive]. *Rev Rol Enferm*, XX(232), 23-31.
- Collière, M-F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie* (2ème éd). Paris: Masson.
- Collière, M-F. (2004). In Memoriam. *Index Enferm*, 13 (47), 10.
- Consejo General de Enfermería de España (1989). Code déontologique du Conseil Général des Infirmières d'Espagne pour la profession infirmière [en ligne], récupéré le 15 juin 2009. Disponible sur web: <<http://www.cge.enfermundi.com>>.
- Consejo General de Enfermería de España (1992). Rapport sur la situation actuelle du collectif infirmier en Espagne. Madrid: Consejo General de Enfermería de España.
- Conway, J. (1994). Reflection, the art and science of nursing and the theory-practice gap. *British Journal of Nursing*, 3, 114-118.
- Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*, 4, 280-5.
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 250-257.
- Corser, W.D. (2000). The contemporary nurse-physician relationship: Insights from scholars outside the two professions. *Nursing Outlook*, 48, 263-268.
- Corti, L., & Thompson, P. (2004). Secondary analysis of archived data. Dans C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium, D. Silverman (Éds) *Qualitative Research Practice* (pp. 327-343). London: Sage.

- Cotton, A.H. (2001). Private thoughts in public spheres: issues in reflection and reflective practices in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 512-519.
- Couture, D. (1988). Enjeux actuels en sociologie des professions. *Sociologie et sociétés*, XX(2), 5-7.
- Couturier, Y. (2000). L'inflation réflexive dans le courant praxéologique: indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 137-152.
- Couturier, Y (2001). *Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- Couturier, Y. (2002). Les réflexivités de l'œuvre théorique de Bourdieu: entre méthode et théorie de la pratique. *Revue Internationale de sociologie et de sciences sociales*, 4(3) [en ligne], récupéré le 15 mars 2003. Disponible sur web: <<http://www.critique.ovh.org/0403/article2.html>>
- Cowling, R., Chinn, P.L., & Hagedorn, S. (2000). *The Nurse Manifesto* [en ligne], récupéré le 4 mars 2003. Disponible sur web: <<http://nursemanifest.com>>
- Crespo, S. (2002). El aprendizaje basado en problemas [L'apprentissage basé sur les problèmes]. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 10(9), 272-275.
- Cronqvist, A., Lützén, K., & Nyström, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14, 405-13.
- Cronqvist, A., & Nyström, M. (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*, 15(4), 458-465.

- Çobanoğlu, N., & Algier, L. (2004). A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics*, 11(5), 444-458.
- Dallaire, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds) *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 199-224). Québec: Gaëtan Morin Éditeurs.
- Dallaire, C., Audet, G., L'Heureux, M., Saint-Laurent, L., Fillion, L., Morin, D., et al. (2008). Le développement des compétences en soins palliatifs basé sur le modèle d'apprenti. *Perspective Infirmière*, 5(7), 13-19.
- Dallaire, C., et Blondeau, D. (2002). Le savoir infirmier: une problématique. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds) *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 279-300). Québec: Gaëtan Morin Éditeurs.
- Dallaire, C., et Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans C. Dallaire (Éd) *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 265-312). Québec: Gaëtan Morin Éditeurs.
- Davies, C., & Sharp, P. (2000). The Assessment and Evaluation of Reflection. Dans S. Burns & C. Bulman (Éds) *Reflective Practice in Nursing. The Growth of the Professional Practitioner* (2ème. Éd, pp. 52-78). London: Blackwell Science.
- De Bauvet A., et Sauvaige M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- De Miguel, J.M. (1978). *Sociologia de la medicina* [Sociologie de la médecine]. Barcelona: Vicens Vives.
- De Miguel, J.M. (1983). *Estructura del sector sanitario* [Structure du secteur sanitaire]. Madrid: Tecnos.

- De Montmollin, M. (1996). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome. Dans J.-M. Barbier (Éd), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 189-199). Paris: Presses Universitaires de France.
- De Pedro, J.E., et Morales, J.M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? [Les organisations, favorisent ou entravent «une pratique infirmière fondée sur l'évidence?]. *Index Enferm*, 44-45, 26-31.
- Dean, H. (1995). Science and Practice. The nature of knowledge. Dans A. Omery, C.E. Kasper & G.G. Page (Éds) *In Search of Nursing Science* (pp. 275-290). California: SAGE.
- Déclaration de Bologne (1999). Déclaration commune des ministres européens de l'éducation [en ligne], récupéré le 16 février 2010. Disponible sur web: <http://www.amue.fr/fileadmin/amue/veille-reglementaire/d_bologne.pdf>
- Degeling, P., Hill, J., Kennedy, B., Coyle, B., & Maxwell, S. (2000). A cross-national study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected nurses' capacity to respond to hospital reform. *Nursing Inquiry* 7(2), 120-135.
- Degerhammar, M., & Wade, B. (1991). The introduction of a new system of care delivery into a surgical ward in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 325-336.
- Delgado, P. (2000). *La modification des pratiques infirmières par la réflexion: une recherche-action participative à Barcelone*. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Delgado, P., Sola, A., Mirabete, I., Torrents, R., Blasco, M., Barrero, R., Català, N., Mateos, A., & Quinteiro, M. (2001). La modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa [La modification de la

- pratique infirmière par la réflexion: une recherche action participative]. *Enfermeria Intensiva*, 12, 110-126.
- DeMarco, R.F., & Roberts, S.J. (2003). Negative behaviours in nursing: looking in the mirror and beyond. *AJN*, 103(3), 113-116.
- DeMarco, R.F., Roberts, S.J., & Chandler, G.E. (2005). The use of a writing group to enhance voice and connection among staff nurses. *Journal of Nurses in Staff Development*, 21(3), 85-90.
- DeMarco, R.F., Roberts, S.J., Norris, A., & McCurry, M.K. (2008). The development of the nurse workplace scale: self-advocating behaviors and beliefs in the professional workplace. *Journal of Professional Nursing*, 24(5), 296-301.
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (2000). *Using Nursing research. Process, Critical Evaluation, and Utilization* (5^{ème} éd). Philadelphia: Lippincott.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE.
- Dewey, J. (1933). *How we Think: A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process*. Boston: D.C. Heath.
- Dewey, J. (1963). *Experience and education*. New York: Collier Books.
- Dick, B. (1997). A beginner's guide to action research. *Action research and evaluation on line* [en ligne], récupéré le 10 mai 1998. Disponible sur web: <<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/guide.html>>
- Dictionnaire Actuel de l'Éducation (1993), 2^{ème} éd. Montréal: Guérin.
- Dictionnaire Encyclopédique (1998). Paris: Hachette.
- Dobratz, M.C. (2004). Life-choosing spirituality and philosophic assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 17(4), 335-8.

- Domínguez, C. (1981). *La enfermería a Catalunya* [L'infirmière en Catalogne]. Barcelona: Rol.
- Domínguez, C. (1984). Imagen de la enfermera en la sociedad [Image de l'infirmière par la société]. *Rev Rol Enferm*, 83, 66-72.
- Domínguez C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España* [Les soins et la profession infirmière en Espagne]. Madrid: Pirámide; 1986.
- Domínguez, C. (1990). Feminización de las profesiones sanitarias [La féminisation des professions sanitaires]. *Rev Jano*, XXXVIII(909), 69-74.
- Domínguez C. (2001). El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI [L'engagement des professionnels de la santé pour la société du XXI siècle]. *Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practica enfermera*. XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (pp. 58- 66). Madrid:Fundación Mapfre Medicina.
- Donaldson, S.K., & Crowley, D.M. (1978). The discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26, 113-120.
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, 16(22), 1400-1407.
- Duran, M. (2000). El segundo ciclo en enfermería. Un proyecto de continuidad histórica [Le deuxième cycle en sciences infirmières. Un projet de continuité historique]. *Rev Rol Enferm*, 23(5), 371-379.
- Durgahee, T. (1997). Reflective practice: Decoding ethical knowledge. *Nursing Ethics*, 4, 211-217.
- Elcock, K. (1997). Reflections on being therapeutic and reflection. *Nursing in critical Care*, 2(3), 138-145.

- Eraut, M. (1985). Knowledge Creation and Knowledge Use in Professional Contexts. *Studies in Higher Education, 10*(2), 117-133.
- Escayola, A.M., et Granero, A. (2008). Anàlisi de l'opinió dels professionals d'infermeria respecte a la situació actual de la professió dins l'àmbit hospitalari [L'analyse des opinions des infirmières concernant l'état actuel de la profession au sein des institutions hospitalières]. Barcelone: COIB Publications.
- Estabrooks, C.A. (1999). Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect?. *Canadian Journal of Nursing Research, 3*, 273-294.
- Estabrooks, C.A., Field, P.A., & Morse, J.M. (1994). Aggregating qualitative findings: An approach to theory development. *Qualitative Health Research, 4*, 503-511.
- Estabrooks, C.A., & Romyn, D.M. (1995). Data sharing in nursing research: advantages and challenges. *Canadian Journal of Nursing Research, 27*(1), 77-88.
- Esteve, J. (2000). La Infermeria en el canvi de segle [Les sciences infirmières dans le changement de siècle]. *Annals de Medicina, 83*, 196-198.
- Fagin, C.M. (2001). *When care Becomes a Burden: Diminishing Access to Adequate Nursing*, Report. Milbank Memorial Fund [en ligne], récupéré le 15 mars 2004. Disponible sur web: <<http://www.milbank.org/reports/010216fagin.html>>
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P.H., & Fitzpatrick, J.J. (2001). On nursing theories and evidence. *Image Journal Nursing Scholarship, 33*, 115-119.
- Fay, B. (1987). *Critical Social Science*. Cambridge: Polity Press.
- Fernández, E. (2003). Plan de enseñanza de Enfermería por competencias en la Universidad Europea de Madrid (I) [Le plan d'enseignement en soins infirmiers par compétences dans l'université européen de Madrid]. *Educare21, 3* [en ligne]. Disponible sur web: <<http://enfermeria21.com/educare/educare03/ensenando/ensenando3.htm>>

- Ferrer, V., Medina, J.L., et Lloret, C. (2003). La complejidad en enfermería, profesión, gestión, formación [La complexité de la profession infirmière, la gestion et la formation]. Barcelona: Alertes.
- Finlay, L. (2002). "Outing the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity." *Qualitative Health Research*, 12 (4), 531-545.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Freire (1972). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.
- Freshwater, D., & Rolfe, G. (2001). Critical reflexivity: A politically and ethically engaged research method for nursing. *Nursing Times Research*, 6(1), 526-37.
- Fulbrook, P. (2004). Realizing advanced nursing practice through reflection. *Nursing in Critical Care*, 9(6), 255-256.
- Gadow, S. (1990). Response to "Personal knowing: Evolving research and practice". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4, 167-170.
- Gadow, S. (1999). Relational narratives: the postmodern turn in nursing ethics. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13(1), 57-70.
- García, C., et Martínez, M.L. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución histórica de cuidado enfermero* [Histoire des sciences infirmières. Evolution historique des soins infirmiers]. Madrid: Harcourt.
- García, F.M., González, A., et Cruzado, M. (1997). Enfermería como noticia: Estudio de las noticias aparecidas en la prensa durante los años 1990/92 [Des infirmières comme des nouvelles: étude des rapports dans la presse durant les années 1990/92]. *Enferm Científica*, 180-181, 68-74.
- Gastaldo D. (2003). Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro [Les relations de pouvoir dans les soins infirmiers et la santé mentale: les critiques et les défis à venir]. Conférence dans le XX Congrès National des

infirmières en santé mentale. Alicante, 10 – 12 d'avril [en ligne], récupéré le 3 d'avril 2008. Disponible sur web : <www.dip-alicante.es/enfermeria/20coaesm/Denise.doc>

Gegaris, C.M. (2007). Developing Collaborative Nurse/Physician relationships. *Nurse Leader*, 5(5), 43-46.

Gélineau, L. (2001). *Fondements pour une « théorie ancrée » de la conscientisation dans le cadre de la recherche-action participative et de l'éducation dans une perspective mondiale*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.

Gendron, S. (1996). L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé: vers une complémentarité transformatrice. *Ruptures*, 3(2), 158-172.

Gendron, S. (1998). La recherche participative: un cas d'illustration et quelques réflexions pour la santé publique. *Ruptures*, 5(2), 180-191.

Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.

Georges, J.M. (2003). An Emerging Discourse. Toward Epistemic Diversity in Nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 26(1), 44-52.

Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., & Trow, M. (1994). *The New production of Knowledge. The dynamics of science and research in contemporary societies*. London: SAGE.

Giddens, A. (1979). *Central problems in social theory*. London: Macmillan.

Giddens, A. (1987). *La constitution de la société* (M. Audet, Trans.). Paris: Presses Universitaires de France (travail original publié 1984).

Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the late Modern Age*. Cambridge: Polity.

- Giddens, A. (1993a). Identité de soi, transformation de l'intimité et démocratisation de la vie. Dans M. Audet et H. Bouchikhi (Éds) *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens* (pp.455-476). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université de Laval.
- Giddens, A. (1993b). Une théorie critique de la modernité avancée. Dans M. Audet et H. Bouchikhi (Éds) *Structuration du social et modernité avancée, autour des travaux d'Anthony Giddens* (pp. 29-53). Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Giddens, A. (1993c). *New rules of the sociological method. A positive critique of interpretative sociologies* (2ème éd). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gilbert, T. (2001). Reflective practice and clinical supervision : meticulous rituals of the confessional. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 199-205.
- Glass, N., & Davis, K. (2004). Reconceptualizing Vulnerability. Deconstruction and reconstruction as a Postmodern feminist analytical research method. *Advances in Nursing Science*, 27 (2), 82-92.
- Glaze, J.E. (2001). Reflections as a transforming process: student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 639-647.
- Glaze, J.E. (2002). Stages in coming to terms with reflection : student advanced nurse practitioners' perceptions of their reflective journeys. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 265-272.
- Gordon, S. (2006). The new cartesianism. Dans S. Nelson et S. Gordon (Éds) *The complexities of care. Nursing reconsidered* (pp.104-121). Ithaca: Cornell University Press.

- Gordon, S., & Nelson, S. (2006). Moving beyond the virtue script in nursing. Dans S. Nelson et S. Gordon (Éds) *The complexities of care. Nursing reconsidered* (pp.13-29). Ithaca: Cornell University Press.
- Gortner, S.R., & Schultz, P.R. (1988). Approches to Nursing Science Methods. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(1), 22-24.
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds) *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 163-180). Québec: Gaëtan Morin.
- Greenwood, J. (1993). Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schön. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1183-1187.
- Greenwood, J. (1998). The role of reflection in single and double lopp learning. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1048-1053.
- Greenwood, J., & Levin M. (1998). *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change*. London: SAGE.
- Griffin, F.N.U. (1997). Discovering knowledge in a practice setting. Dans S.E. Thorne & V. Hayes (Éds), *Nursing Praxis. Knowledge and action* (pp. 39-53). London: SAGE.
- Griffin, M. (2004). Teacing cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6), 257-262.
- Guba, E.G. (1990). The alternative Paradigm Dialog. Dans E.G. Guba (Éd) *The Paradigm dialog* (pp. 17-27). Newbury Park: SAGE.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. London: SAGE.

- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1998). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds), *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues* (pp. 195-220). London: SAGE.
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development?. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 271-280.
- Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Reflective practice in nursing care : Embedded assumptions in qualitative studies. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 151-160.
- Habermas, J. (1976). *Connaissance et intérêt* (G. Cléménçon, Trans.). Paris: Gallimard (travail original publié 1968).
- Hagland, M.R. (1998). Reflection: a reflex action?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 3, 96-100.
- Halldórsdóttir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643–652.
- Hannigan, B. (2001). A discussion of the strengths and weaknesses of 'reflection' in nursing practice and education. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), 278-283.
- Hamric, A.B., & Blackhall, L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*, 35(2), 422-429.
- Hardcastle, M.A., Usher, K.J., & Holmes, C.A. (2005). An overview of structuration theory and its usefulness for nursing research. *Nursing Philosophy*, 6(4), 223-234.
- Hardy, S., Garbett, R., Titchen, A., & Manley, K. (2002). Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. *Nursing Inquiry*, 9(3), 196-202.

- Hartrick, A. (2002). Beyond polarities of knowledge: the pragmatics of faith. *Nursing Philosophy* 3(1), 27-34.
- Haugaard, M. (2003). Reflections on Seven ways of creating power. *European Journal of Social Theory*, 6(1), 87-113.
- Havens, D.S., Labov, T.G., Faura, T., et Aiken, L.H. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria [L'environnement clinique de l'infirmière hospitalière]. *Enferm Clínica*, 12(1), 13-21.
- Heath, H. (1998a). Paradigm dialogues and dogma: finding a place for research, nursing models and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 288-294.
- Heath, H. (1998b). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1054-1059.
- Heaton, J. (1998). Secondary analysis of qualitative data. *Social Research UPDATE*, 22. Sociology at Surrey, University of Surrey [en ligne], récupéré le 18 avril 2004. Disponible sur web : <<http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU22.html>>
- Heaton, J. (2004). *Reworking Qualitative Data*. London: SAGE.
- Hernández, F. (1996). *Historia de la Enfermería de España: desde la antigüedad hasta nuestros días* [Histoire des soins infirmiers en Espagne: de l'Antiquité à nos jours]. Madrid: Síntesis.
- Heron, J. (1996). *Co-operative Inquiry. Research into the Human Condition*. London: SAGE.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscire le soin dans une perspective soignante*. Paris: Masson.
- Hills, M.D., & Mullet, J. (2002). Enhancing nursing health promotion through cooperative inquiry. Dans Lynne E. Young et Virginia Hayes (Éds) *Transforming health*

promotion practice-concepts, issues, and applications (pp.311-322). Philadelphia: FA Davis Company.

Hinds, P.S., Vogel, G.J., & Clarke-Steffen, L. (1997). The Possibilities and Pitfalls of Doing a Secondary Analysis of a Qualitative Data Set. *Qualitative Health Research*, 7(3), 408-424.

Hiraki, A. (1992). Tradition, rationality, and power in introductory nursing textbooks: A critical hermeneutics study. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 1-12.

Holmes, C.A. (1990). Alternatives to natural science foundations for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 27(3), 187-198.

Holmes, D. (2001). Biomedicalization and changes to professional education: two factors in the psychiatric nursing “identity crisis”. *J Psychiatric Ment Health Nurs*, 8(5), 379-381.

Holmes D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 557-65.

Honor Society of Nursing (2005). *The Scholarship of Reflective Practice*. Honor society of Nursing, Sigma Theta Tau International. Indianapolis: IN [en ligne], récupéré le 6 mars 2007. Disponible sur web: <http://www.nursingsociety.org/aboutus/PositionPapers/Documents/resource_reflective.doc>.

Howarth, A. (2005). Using reflection in complementary therapies: critical reflection and pain management. Dans C. Johns et D. Freshwater (Éds) *Transforming Nursing through reflective practice* (2ème éd, pp.129-141). Oxford: Blackwell Publishing.

Hsieh, H.-F. (2004). *Deductive content analysis of end-of-life decision-making in the ICU*. Thèse non publiée, University of Washington, Washington.

- Jacobs-Kramer, M., & Chinn, P. (1988). Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(2), 129-139.
- Jameton A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues*, 4, 542-51.
- Jansky, S. (2004). The nurse-physician relationship: is collaboration the answer?. *Journal of Practical Nursing*, 54(2), 28-30.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12, 174-181.
- Johns, C. (1995a). The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 23-30.
- Johns, C. (1995b). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 226-234.
- Johns, C. (1998a). Caring through a reflective lens: giving meaning to being a reflective practitioner. *Nursing Inquiry*, 5, 18-24.
- Johns, C. (1998b). Opening the doors of perception. Dans C. Johns & D. Freshwater (Éds), *Transforming nursing through reflective practice* (pp.1-20). London: Blackwell Science.
- Johns, C. (1999). Reflection as empowerment?. *Nursing Inquiry*, 6(4), 241-249.
- Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner. A reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision*. London: Blackwell Science.
- Johns, C. (2004). *Becoming a Reflective Practitioner*. (2ème éd). Oxford: Blackwell Publishing.

- Johns, C. (2005). Expanding the gates of perception. Dans C. Johns et D. Freshwater (Éds). *Transforming Nursing through reflective practice* (2ème éd, pp.1-12). Oxford: Blackwell Publishing.
- Johns, C., & Freshwater, D. (1998). *Transforming Nursing through reflective practice*. London: Blackwell Science.
- Johns C., & Freshwater, D. (2005). *Transforming Nursing through reflective practice*. (2ème éd). Oxford: Blackwell Publishing.
- Johns, C., & Hardy, H. (1998). Voice as a Metaphor for Transformation Through Reflection. Dans C. Johns & D. Freshwater (Éds) *Transforming nursing through reflective practice* (pp.51-61). London: Blackwell Science.
- Johns, C., & Hardy, H. (2005). Voice as a Metaphor for Transformation Through Reflection. Dans C. Johns et D. Freshwater (Éds) *Transforming Nursing through reflective practice* (2ème éd, pp. 85-98). Oxford: Blackwell Publishing.
- Kanter, R. (1993). *Men and women of the corporation* (2ème éd.). New York : Basic Books.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. Australia: Deakin University Press.
- Kennedy, C.M. (2004). A typology of knowledge for district nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 401-409.
- Kerr, D. (1996). The use of action research as an appropriate method of introducing and evaluating change in nursing care in an accident & emergency unit in Durban. *Curationis*, 19, 12-16; 7-12.
- Kim, H.S. (1998). Structuring the Nursing Knowledge System: A Typology of Four Domains. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 12(4),

- 367-378 (travail original publié 1987 dans *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1(2), 99-110).
- Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1205-1212.
- Kim, H.S. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* (2ème éd.). New York: Springer Publishing Company.
- King, I.M. (1997). Knowledge development for nursing: A process. Dans I.M. King & J. Fawcett (Éds), *The Language of Nursing Theory and Metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- King, R.A.L. (1998). *Levels of expertise in nurses working in surgical wards and intensive care units: a qualitative study*. Thèse non publiée, University of London, London.
- Kingsley, B. (2002). Patterns of knowing in professional practice in dealing with the abuse of older people. *Contemp Nurse*, 12(2), 136-143.
- Kinsella, EA. (2010). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, 11(1), 3-14.
- Kite, K. (1995). Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11, 203-209.
- Koehoorn, M., Lowe, G.S., et Schellenberg, G. (2002). *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé*, Document de recherche du Réseau de la main-d'œuvre W/15, Les réseaux canadiens de recherche en politiques publiques [en ligne], récupéré le 20 février 2007. Disponible sur web: <<http://www.cprn.com/fr/doc.cfm?doc=55>>.
- Kondrat, M.E. (2002). Actor-centered social work: Re-visioning "person-in-environment" through a Critical Theory lens. *Social Work*, 47(4), 435-448.

- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a Magnetic work environment Part I. *Nursing*, 34(6), 50-54.
- Lamb, G.S., et Huttlinger, K. (1989). Reflexivity in Nursing Research. *Western Journal of Nursing Research*, 11 (6), 765-772.
- Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L., & Madsen, J.K. (2002). There is no gap “per se” between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. *Nursing Outlook*, 50, 204-212.
- Larson, M.S. (1988). A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d’essayer de tout dire. *Sociologie et société*, XX(2), 23-40.
- Larson, E., Hamilton, H.E., Mitchell, K., & Eisenberg, J. (1998). Hospitalk: An exploratory study to assess what is said and what is heard between physicians and nurses. *Clinical Performance and Quality Health Care*, 6(4), 183-189.
- Lau, P.Y., & Chan, C.W.H. (2005). SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome): reflective practice of a nurse manager. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 28–34.
- Lave, J. (1991). Acquisition des savoirs et pratiques de groupe. *Sociologie et sociétés*, XXIII(1), 145-162.
- Lavoie, L., Marquis, D., et Laurin, P. (1996). *La recherche-action: Théorie et pratique*. Sainte-Foy: Presses de l’Université de Québec.
- Lawler, J. (2002). *La face cachée des soins* (L. Caas, Trans.). Paris: Seli Arslan (Travail original publié 1991).
- Lazar, J. (1992). La compétence des acteurs dans la « théorie de la structuration de Giddens ». *Cahiers Internationaux*, XCIII, 399-416.
- Le Moigne, J-L. (1994). *Le constructivisme. Tome 1 : des fondements*. Paris : ESF éditeur.

- Le Moigne, J-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes* (Tome I). Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Moigne, J-L. (2001). *Le constructivisme* (Tomme I et II). Paris : L'Harmattan.
- Lehmann, J-C. (1996). De la gestion de la complexité à un corpus de «sciences de l'action». Dans J-M. Barbier (Éd.) *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 147-159). Paris: Presses Universitaires de France.
- LeVasseur, J.J. (2002). A Phenomenological Study of the Art of Nursing: Experiencing the Turn. *Advances in Nursing Science*, 24, 14-26.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures*, 1 (1), 92-100.
- Levy, R. (1997). Réflexion sur la recherche en santé publique : des métaphores à la rescousse. *Ruptures*, 4(1), 35-44.
- Leyva-Moral, J.M. (2007). Silencio organizacional. Revisión bibliográfica de las razones y consecuencias del silencio en el trabajo [Silence Organizational. Revue de littérature des raisons et des conséquences du silence au travail]. *Index Enferm*, 16(57), 33-36.
- Lhotellier, A, et St-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche de praxéologie. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 95-117.
- Liaschenko, J. (1997). Knowing the patient?. Dans S.E. Thorne et V. Hayes (Éds), *Nursing Praxis. Knowledge and action* (pp.23-38). London: SAGE.
- Liaschenko, J., & Fisher, A. (1999). Theorizing the Knowledge that Nurses Use in the Conduct of Their Work. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13(1), 29-41.
- Liaschenko, J., & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualization of nursing: profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 488-495.

- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P., & Sjogren, A. (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 648-658.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: SAGE.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N.K. Denzin & Y.S Lincoln (Éds), *Handbook of Qualitative Research* (2ème éd, pp. 163-188). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Litchfield, M. (1999). Practice wisdom. *Advances in Nursing Science*, 22, 62-73.
- Lobo, M.L. (1986). Secondary Analysis As a Strategy for Nursing Research. Dans P.L. Chinn (Éd) *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp. 295-304). State University of New York: ASPEN.
- Lowe, M., Rappolt, S., Jaglal, S., & McDonald, G. (2007). The role of reflection in implementing learning from continuing education into practice. *Journal of Continuing Education in the Health professions*, 27(3), 143-148.
- Lumby, J. (1998). Transforming Nursing Through Reflective Practice. Dans Dans C. Johns & D. Freshwater (Éds) *Transforming nursing through reflective practice* (pp.91-103). London: Blackwell Science.
- Lunardi, V., Peter, E., et Gastaldo, D. (2002). Are submissive nurses ethical? A reflection on power anorexia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2), 183-188.
- Lunardi, V., Peter, E., et Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder [Est-il éthique de soumission des infirmières? Une réflexion sur l'anorexie pouvoir]. *Enferm Clinica*, 6(5), 268 – 274.
- Lunardi, V., Lunardi Filho, W.D., Silva, R., Santos, M.R., Sallette, J., et Salum, M. (2007). Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), 493-497.

- Lunardi Filho, W.D. (2004). *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Pelotas: Editora e Gráfica Universitaria–UFP.
- Mackintosh, C. (1998). Reflection: a flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today, 18*, 553-557.
- Madden, M.A. (2007). Empowering nurses at the bedside: What is the benefit?. *Australian Critical Care, 20*, 49-52.
- Maggs, C., & Biley, A. (2000). Reflections on the role of the nursing development facilitator in clinical supervision and reflective practice. *International Journal of Nursing Practice, 6*, 192-195.
- Maheu, L., et Bien-Aimé, P-A. (1996). Et si le travail exercé sur l'humain faisait une différence... *Sociologie et sociétés, XXVIII (1)*, 189-199.
- Malin, N. (2000). Evaluating clinical supervision in community homes and team serving adults with learning disabilities. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 548-557.
- Malone, R.E. (2003). Distal Nursing. *Social Science and Medecine, 56(11)*, 2317-2326.
- Manley, K., et McCormack, B. (2003). Practice development : purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care, 8(1)*, 22-29.
- Mantzoukas, S. (2002). *Exploring and understanding reflection, knowledge and everyday practice in the medical wards*. Thèse non publiée, University of Portsmouth, UK.
- Mantzoukas, S. (2007). The evidence-based practice ideologies. *Nursing Philosophy, 8(4)*, 244-255.
- Mantzoukas, S., & Jasper, M.A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 925-933.
- Mantzoukas, S., & Jasper, M.A. (2008). Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. *Journal of Advanced Nursing, 62 (3)*, 318-326.

- Mantzoukas, S., & Watkinson, S. (2008). Redescribing reflective practice and evidence-based practice discourses. *International Journal of Nursing Practice, 14*, 129-134.
- Mauthner, N.S., Parry, O., & Backett-Milburn, K. (1998). The data are out there, or are they? Implications for achieving and revisiting qualitative data. *Sociology, 32*(4), 733-45.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal, 320*, 50-52.
- McArt, E.W., & McDougal, L.W. (1985). Secondary data Analysis-A new Approach to Nursing Research. *Image, 17*(2), 54-57.
- McBrien, (2007). Learning from practice-Reflections on a critical incident. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 128-133.
- McTaggart, R. (1991). Principles for participatory action research. *Adult Education Quarterly, 41*, 168-187.
- McTaggart, R. (1997). *Participatory Action Research*. London: New York Press.
- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* [La pédagogie du soin: la connaissance et la pratique dans l'enseignement universitaire en sciences infirmières]. Barcelone: Alertes.
- Medina, J.L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados desde una perspectiva reflexiva [Pratique éducative et la pratique des soins dans une perspective réflexive]. *Revista de Enfermería, 15*, 21-30.
- Medina, J.L. (2003). *La pedagogía del cuidado* [La pédagogie du soin]. Barcelona: Alertes.
- Medina, J.L., et Sandín, M.P. (1994). Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado (I) [Épistémologie de la théorie des soins]. *Enferm Clin, 4*(4), 221-32.

- Medina, J.L., et Sandín, M.P. (1995). Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera [Epistémologie et soins infirmiers (II): paradigmes de recherche en soins infirmiers]. *Enferm Clin*, 5(1), 40-52.
- Meleis, A. (1987). Revisions in Knowledge development: A passion for substance. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1(1), 5-19.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4ème éd). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A.I., & Eun-Ok, I. (1999). Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry*, 6, 94-102.
- Merino, M.A., et Martínez, M. (2006). Otra forma de mirar enfermería [Une autre façon de voir les soins infirmiers]. *Rev Rol Enferm*, 29(1), 60-63.
- Merirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, 32(1), 3-24.
- Merirow, J. (1990). *Fostering Critical Reflection in Adulthood*. San Francisco: JosseyBass.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (M. Hlady Rispal, Trans., 2ème. éd.). Paris: De Boeck University (Travail original publié 1994).
- Miller, K-L., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J.D., Kenaszchuk, C., & Conn, L.G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Aadvanced Nursing*, 64(4), 332-343.
- Milliken, F.J., Morrison, E.W., & Patricia, F.H. (2003). An exploratory study of employee silence: issues that employees don't communicate upward and why. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1454-1476.

- Miró, M. (2008). *Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)* [Continuités et transformations des discours et des rapports de pouvoir dans l'identité des infirmières en Espagne (1956-1976)]. Thèse non publiée, Université de les Illes Balears, Espagne.
- Mitchell, G.J. (1995). Reflection: The Key to Breaking with Tradition. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 57.
- Mitchell, G.J., & Cody, W.K. (2002). Ambiguous opportunity: toiling for truth of nursing art and science. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 71-79.
- Mitchell, M.H., & Cody, W.K. (1992). Nursing knowledge and human science: Ontological and epistemological considerations. *Nursing Science Quarterly*, 5(2), 54-61.
- Mobley, M.J., Rady, M.Y., Verheijde, J.L., Patel, B., & Larson, J.S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 256-263.
- Moch, S.D. (1990). Personal Knowing: Evolving research and practice. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4(2), 155-165.
- Moland, L. (2006). Moral integrity and regret in nursing. Dans S. Nelson et S. Gordon. *The complexities of care. Nursing reconsidered* (pp. 50-68). Ithaca: Cornell University Press.
- Mompart, M.P. (2004). La problemática del conocimiento enfermero [La problématique du savoir infirmier]. *Educare21*, 11 [en ligne], récupéré le 22 de novembre de 2004. Disponible sur web : <<http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare>>
- Moreno, M. (2006). Del cuidado de la diversidad a la diversidad del cuidado [Du soin de la diversité à la diversité du soin]. *Index Enferm*, 55, 7-8.

- Morgan, D. (1998). *Planning Focus Groups-Focus group kit 2* (pp.71). London: SAGE Publications.
- Morgan, R., & Johns, C. (2005). The beast and star: Resolving contradictions within everyday practice. Dans C. Johns et D. Freshwater (Éds) *Transforming Nursing through reflective practice* (2ème éd, pp. 114-128). Oxford: Blackwell Publishing.
- Morin, E. (1994). *La complexité humaine*. Paris: Flammarion.
- Morse, J.M. (1994). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. London: SAGE.
- Morse, J.M., & Field, P.A. (1995). *Qualitative Research Methods for Health Professionals* (2ème éd.). London: SAGE.
- Mruck, K. (2005). Análisis secundario de datos cualitativos [Analyse secondaire des données qualitatives]. *Forum: Qualitative Social research*, 6(1) [en ligne], récupéré le 10 mai 2006. Disponible sur web : <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/497/1069>>.
- Munhall, P.L. (1993). “Unknowing”: Toward Another Pattern of Knowing in Nursing. *Nursing Outlook*, 41, 125-128.
- Murphy, F., & Timmins, F. (2009). Experience based learning (EBL): exploring professional teaching through critical reflection and reflexivity. *Nurse Education in Practice*, 9, 72-80.
- Newell, R. (1994). Reflection: art, science or pseudo-science. *Nurse Education Today*, 14, 79-81.
- Nicholl, H., & Higgins, A. (2004). Reflections in pre-registration nursing curricula. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 578-585.

- Nieto, E., et Bolaños, E. (2003). Representación social de los cuidadores de pacientes dependientes [La représentation sociale des aidants de patients dépendants]. *Index Enferm*, *XII*(42), 14-18.
- Noël-Hureaux, E. (2004). Un concept polysémique : l'autonomie. *Recherche en Soins Infirmiers*, *78*, 59-70.
- Northway, R. (2000). Disability, nursing research and the importance of reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(2), 391-397.
- Nowotny, H., Scott, P., & Gibbons, M. (2003). *Repenser la science. Savoir et société à l'ère de l'incertitude*. Paris: Editions Belin (travail original publié 2001).
- O'Brien-Pallas, L., Hiroz, J., Cook, A., & Mildon, B. (2005). Nurse-physician relationship. Solutions and recommendations for change. Rapport réalisé par The Nursing Health Services Research Unit [en ligne], récupéré le 20 avril de 2008. Disponible sur web: <http://www.nhsru.com/documents/Revised%20FINAL%20Nurse-Physician%20Report%20-%20Dec%2013%2005.pdf>.
- Offredi, C. (1981). La recherche-action ou aspects d'un débat plus large sur l'intellectuel et son rapport à l'action. *Revue internationale d'action communautaire. La recherche-action: enjeux et pratiques*, *5* (45), 82-88.
- Owen, S. (2004). Commentary on "Analysis of the moral habitability of the work environment". *Journal of Advanced Nursing*, *47*(4), 11-12.
- Padgett, D.K. (1998). *Qualitative Methods in Social Work Research. Challenges and Rewards*. London: SAGE.
- Palacios-Ceña, D. (2007). El manejo de la tecnología y su influencia en los cuidados de enfermería [La gestion de la technologie et son influence sur les soins infirmiers]. *Enferm Intensiva*, *17*(3), 146-51.

- Patenaude, J. (1998). L'apport réflexif dans les modèles professionnels par-delà l'efficacité. Dans G.A. Legault (Éd) *L'intervention: usage et méthodes* (pp. 99-133). Québec: GGC Éditions.
- Pavlovich-Danis, S., Forman, H., & Simek, P.P. (1998). The nurse-physician relationship: can it be saved?. *J Nurs Adm*, 28(7-8), 17-20.
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P.S., Forneris, S.G., Genck, G., & Meiers, S.J. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494–501.
- Perraut, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Peter, E.H., Lunardi, V., et Macfarlane, A.V. (2004). Nursing resistance as ethical action: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 403-416.
- Peter, E.H., Macfarlane, A.V., & O'Brien-Pallas, L.L. (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 1-12.
- Piaget, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Paris : Gallimard.
- Pierson, W. (1998). Reflection and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 165-170.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* [Investigation scientifique en sciences de la santé] (6ème éd). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114-116.

- Porter, S. (1992). The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 720-726.
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeurs.
- Powers, B.A., & Knapp, T.R. (1995). *A Dictionary of Nursing Theory and Research* (2ème. éd.). London: SAGE.
- Purkis, M.E. (1994). Entering the field : intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *Int J Nurs Stud*, 31(4), 315-336.
- Racine, G. (1996). *La production de savoirs d'expérience chez des intervenants d'organismes communautaires*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- Racine, G. (1997). La production de savoirs d'expérience: un processus ancré dans la participation à une pratique commune. Dans CL. Nelisse (éd.), *L'intervention: les savoirs en action* (pp. 183-195). Sherbrooke: GGC Éditions.
- Racine, G. (2000). *La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux. Le rapport entre l'expérience individuelle et collective*. Paris : L'Harmattan.
- Rafferty, A., Allcock, N., et Lathlean, J. (1996). The theory/practice "gap": taking issues with the issue. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 685-691.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [Les valeurs et les attitudes professionnelles. Étude de la pratique infirmière en Catalogne]*. Thèse non publiée. Université de Barcelone, Espagne.
- Reason, P. (1988). *Human inquiry in action: developments in new paradigm research*. London: SAGE.

- Reed, P.G. (1996). Transforming practice knowledge into nursing knowledge- a revisionist analysis of Peplau. *The Journal of Nursing Scholarship*, 28(1), 29-33.
- Reed, P.G. (2000). Nursing Reformation: Historical Reflections and Philosophic Foundations. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 129-136.
- Reeves, S., Nelson, S., & Zwarenstein, M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1-2.
- Reid, B. (1993). «But ve're doing it already!» Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4), 305-309.
- Rew, L., & Horner, S.D. (2003). Personal strengths of homeless adolescents living in a high-risk environment. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 90-101.
- Rew, L., Koniak-Griffin, D., Lewis, M.A., Miles, M., & O'Sullivan, A. (2000). Secondary Data Analysis: New Perspective for Adolescent Research. *Nursing Outlook*, 48, 223-229.
- Richardson, R. (1995). Humpty Dumpty: reflection and reflective nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1044-1050.
- Rigol, A. (2003). La legitimación del conocimiento masculino [La légitimité de la connaissance masculine]. *Rev Cultura de los cuidados*, VII, 14, 21-26.
- Rivera, M.S., et Herrera, L.M. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería [Les fondements phénoménologiques pour les soins infirmiers compréhensifs]. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15,158-163.
- Roberts, S.J. (2000). Development of a positive professional identity. Liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 71-82.

- Roberts, S.J., DeMarco, R., & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293.
- Robitaille, M. (1998). *Identités professionnelles et travail réflexif : le cas des enseignants des Collèges d'enseignement général et professionnel*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Canada.
- Rodgers, B.I. (1989). Concepts, analysis, and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 330-335.
- Rodgers, B.I. (2000). Concept analysis: An evolutionary view. Dans B.L. Rodgers & K.A. Knafl (Éds) *Concept development in nursing. Foundations, Techniques, and Applications* (2ème éd, pp. 77-102). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rogers, W.H. (1999). Psychological well-being of family caregivers of dementia patients in nursing homes. Thèse non publiée, University of Missouri, Columbia.
- Rooda, L.A., & Nardi, A.N. (1999). A curriculum self-study of writing assignments and reflective practice in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 38, 333-335.
- Rosa, I., et Rodrigues, A. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos [Technologie et humanisation dans les soins intensifs]. *Rev Bras Enferm*, 63(1), 141-4.
- Rosenfeld, P. (1986). Nursing and professionalization: On the road to recovery. *Nursing and Health Care*, 7(9), 484-488.
- Rosenstein, A.H. (2002). Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *AJN*, 102(6), 26-34.
- Rubio, L., Cosi, M., Martínez, C., Miró, A., Sans, Ll., Toda, D., et al. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos

[Relations interdisciplinaires et humanisation dans les unités de soins intensifs]. *Enferm Intensiva*, 17(4), 141-53.

Ryle, G. (1990). *The concept of mind*. London: Hutchison.

San Martin, L., D'Amour, D., et Leduc, N. (2008). Influencia del nivel de colaboración interprofesional sobre la gestión del dolor en pacientes onco-hematológicos [Influence du niveau de collaboration interprofessionnelle sur la gestion de la douleur chez les patients onco-hématologiques]. *Metas*, 11(2), 27-32.

Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16(2), 1-8.

Sandelowski, M. (1997). "To Be of Use": Enhancing the Utility of Qualitative Research. *Nursing Outlook*, 45, 125-132.

Sandelowski, M. (2002). Visible Humans, Vanishing Bodies, and Virtual Nursing: Complications of Life, Presence, Place, and Identity. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 58-70.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer Publishing Company.

Santana, L., Yañez, B., Martín, J., Ramírez, F., Roger, I, et Susilla, A. (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos [Les activités de communication du personnel infirmier avec les proches des patients admis dans une unité de soins intensifs]. *Enferm Clin*, 19(6), 335-339.

Sarvimäki, A. (1995). Aspects of Moral Knowledge in Nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(4), 343-353.

Sauvaige, M., et de Bouvet, A. (2004). Penser autrement l'éthique du soin infirmier. *Ethique & Santé*, 1, 83-87

- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (J. Heynemand et D. Gagnon, Trans.) Montréal: Les éditions logiques (travail original publié 1983).
- Schön, D.A. (1996a). À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Dans J.-M. Barbier (Éd) *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 201-222). Paris: Presses Universitaires de France.
- Schön, D.A. (1996b). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas* (J. Heynemand et D. Gagnon, Trans.). Montréal: Les éditions logiques (travail original publié 1991).
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-Physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29(1), 74-83.
- Schultz, P.R., & Meleis, A.I. (1988). Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 217-221.
- Schutz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Seng, J.S. (1998). Praxis as a Conceptual Framework for Participatory Research in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 20(4), 37-48.
- Seymour, J., Ingleton, C., Payne, S., & Beddow, V. (2003). Specialist palliative care: patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 24-33.
- Silva, M.C. (1999). The state of Nursing Science: Reconceptualizing for the 21st Century. *Nursing Science Quarterly*, 12, 221-226.
- Silva, M.C., Sorrell, J.M., & Sorrell, C.D. (1995). From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. *Advances in Nursing Science*, 18, 1-13.

- Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships: Improving or not?. *Nursing*, 37(1), 52-55.
- Sirota, T. (2009). Relación profesionales de enfermería/médicos: resultados de una encuesta. [Relation entre les infirmières / médecins: résultats d'une enquête]. *Nursing*, 27(4), 8-11.
- Skillen, D.L., Olso, J.K., & Gilbert, J.A. (2001). Framing Personal Risk in Public Health Nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 664-678.
- Smith, A. (1998). Learning about reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 891-898.
- Soltis-Jarrett, V. (1997). The Facilitator in Participatory Action Research: Les raisons d'être. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 45-54.
- Sorlie, V., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2005). Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nurs Ethics*, 12, 133-42.
- St-Arnaud, Y. (1992). *Connaître par l'action*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal
- Stringer, E.T. (1996). *Action research: A Handbook for Practitioners*. London: SAGE.
- Szabo, V., & Strang, V.R. (1997). Secondary analysis of qualitative data. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 66-74.
- Szabo, V., & Strang, V.R. (1999). Experiencing control in caregiving. *Image*, 31(1), 71-75.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their jobs. *J Clin Nurs*, 15(9), 1071-80.
- Tangenberg, K.M. (1998). *Marginalized Epistemologies: Bodily and Spiritual Knowing Among HIV-Positive Mothers*. Thèse non publiée, Social Work University of Washington.
- Taylor, B. (1998). Locating a phenomenological perspective of reflective nursing and midwifery practice by contrasting interpretative and critical reflection. Dans C.

- Johns & D. Freshwater (Éds), *Transforming nursing through reflective practice* (pp.134-150). London: Blackwell Science.
- Taylor, B. (2000). *Reflective Practice: A Guide for Nurses and Midwives*. London: Open University Press.
- Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse-nurse relationships through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 406-413.
- Taylor, C. (2003). Narrating practice: reflective accounts and the textual construction of reality. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 244-251.
- Teekman, B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 1125-1135.
- Thomas, S.P. (2003). Horizontal Hostility. Nurses against themselves: how to resolve this threat to retention. *AJN*, 103(10), 87-91.
- Thorne, S. (1994). Secondary Analysis in Qualitative Research: Issues and Implications. Dans J.M. Morse (éd.), *Critical Issues in Qualitative Research Methods* (pp. 263-279). London: SAGE.
- Thorne, S. (1998). Ethical and Representational Issues in Qualitative Secondary Analysis. *Qualitative Health Research*, 8(4), 547-555.
- Thorne, SE. (1997). Praxis in the Context of Nursing's Developing Inquiry. dans S.E. Thorne et V. Hayes (Éds), *Nursing Praxis. Knowledge and action* (pp. ix-xxi). London: SAGE.
- Thorne, SE., Hislop, TG., Stajduhar, K., & Oglov, V. (2008). Time-related communication skills from the cancer patient perspective. *Psycho-Oncology*, 18(5), 500-507.

- Thorpe, K., & Barsky, J. (2001). Healing through self-reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 760-768.
- Timmins, F. (2006). Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity. *Nursing Standard*, 20(39), 49-54
- Tongue, C. (1997). *A study of the nature of nursing practice and its relationship to theory*. Thèse non publiée, University of Surrey, London.
- Torres, A., et Sanhueza, O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería [Développement de l'auto-estime professionnel des infirmières]. *Invest. educ. enferm.*, 24 (2): 112-119.
- Torres, L., Morales, J.M., Rodríguez, M., et Castillo, J.I. (2002). Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico [Estimation de l'incidence de la réponse humaine chez les patients critiques]. *Tempus Vitalis*, 2(2), 31-35.
- Trossman, S. (2003). Professional respect: The CWPA and magnet facilities work to improve nurse-physician relationships. *American Journal of Nursing*, 103(3), 65-67.
- Turner, P.D. (1998). *Classification and illustrations of a multiparadigmatic schema of secondary analysis*. Thèse non publiée, University of Nebraska.
- Tyra, S. (2008). Coaching Nurses: a real example of a real difference. *Creative Nursing*, 14(3), 111-115.
- Ushiro, R. (2009). Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1497-1508.
- Van Dyne, L., Ang, S., & Botero, I.C. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1359-1392.

- Van Manen, M. (1977). Linking ways of knowing with ways of being practical. *Curriculum Inquiry*, 6(3), 205-228.
- Van Manen, M. (2001). Transdisciplinarity and the new production of knowledge. *Qualitative Health Research*, 11, 850-852.
- Waddell, D.L., & Dunn, N. (2005). Peer coaching: the next step in staff development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(2), 84-89.
- Wainwright, P. (1999). The Art of Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 379-385.
- Waterman, H., Webb, C., & Williams, A. (1995). Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 779-784.
- Weiss, S.M., Malone, R.E., Merighi, J.R., & Benner, P. (2002). Economism, Efficiency, and the Moral Ecology of Good Nursing Practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 95-120.
- Wilde, M.H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*, 10(3), 170-176.
- Wilkinson, J. (1999). Implementing reflective practice. *Nursing Standard*, 13(21), 36-40.
- Will, C.I. (2001). *Portraits of nursing knowledge: contemplating nurses' lives*. Thèse non publiée, Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, Toronto.
- Williamson, M. (2003). Challenging doctors' orders. *Nursing New Zealand*, 9, 26-27.
- Wilson, C. (2005). Said Another Way. *Nursing Forum*, 40(3), 116-118.
- White, J. (1995). Patterns of Knowing: Review, critique and update. *Advances in Nursing Science*, 17, 73-86.

- Woods, N.F. (1988). Using existing data sources: Primary and secondary analysis. Dans N.F. Woods & M. Catanzaro (Éds) *Nursing Research: Theory and Practice* (pp. 334-347). St-Louis: Mosby.
- Yarling, R., & McElmurry, B. (1986). The moral foundation of nursing. *Advanced Nursing Sciences*, 8(2), 63-73.
- Zaforteza, C. (2005). Cambiar la atención a los familiares del paciente crítico: de cuidado arbitrario a cuidado sistemático [Changer l'attention sur la famille du malade en phase critique: du soin arbitraire au soin systématique]. *Tempus Vitalis*, 5(2) [en ligne], récupéré le 10 mars 2007. Disponible sur web:<<http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2005vol5num2/2opinion52.pdf>>
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez, P., de Pedro, J.E., et Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: indicios para el cambio [Relations entre les infirmières des unités de soins intensifs et les familles: des preuves pour le changement]. *Nure Investigación*, 3 [en ligne], récupéré le 10 mai 2005. Disponible sur web:<http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf>
- Zaforteza, C., Sánchez, C., et Lastra, P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos [Analyse de la littérature sur les familles des malades en phase critique: il est nécessaire de développer de la recherche sur l'efficacité des soins]. *Enferm Intensiva*, 19(2), 61-70.
- Zapico, F. (2005). *Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad* [Le progrès dans l'exercice de la profession infirmière. Visions d'une même réalité]. Thèse non publiée, Université de Barcelone, Espagne.

- Zarate, R.A. (2004). La gestión del cuidado en enfermería [La gestion des soins infirmiers]. *Index Enferm*, 13(44), 42-46.
- Zazpe, C. (1996). Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos [Information pour les familles des patients admis à l'unité des soins intensifs]. *Enfermería Intensiva*, 7 (4), 147-151.
- Zúñiga, R. (1994). *L'évaluation dans l'action*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

ANNEXE 1: Le modèle de réflexion structurée

<ul style="list-style-type: none"> • Écrire une description de l'expérience • Quels sont les propos plus signifiants pour y mettre plus d'attention? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sélections Réflexives (<i>reflective cues</i>) : 	
ÉSTHÉTIQUE	<p>Qu'est ce que j'essayais de réaliser?</p> <p>Pourquoi je réponds comme je le fais?</p> <p>Quelles ont été les conséquences pour le patient, autres ou moi-même?</p> <p>Comment les personnes se sont-elles senti?</p> <p>Comment sais-je ça?</p>
PERSONNEL	<p>Comment me suis-je senti dans cette situation?</p> <p>Quels sont les facteurs internes qui m'ont affecté?</p>
ETHIQUE	<p>Comment jouent mes actions avec mes croyances?</p> <p>Quels sont les facteurs qui me fassent réagir dans un chemin inconvenant?</p>
EMPIRIQUE	<p>Quelles sont les connaissances qui m'ont informé ou devaient m'avoir informé?</p>
REFLEXIVITÉ	<p>Comment se relie ceci avec des expériences précédentes?</p> <p>Pourrais-je manipuler ce meilleur dans les situations semblables?</p> <p>Quelles seront les conséquences des actions alternatives pour le patient, autres ou moi-même?</p> <p>Comment me sens-je maintenant en relation à mon expérience?</p> <p>Est-ce que je peux par conséquent mieux me soutenir et en soutenir autres?</p> <p>A-t-il changé mes manières de savoir ?</p>

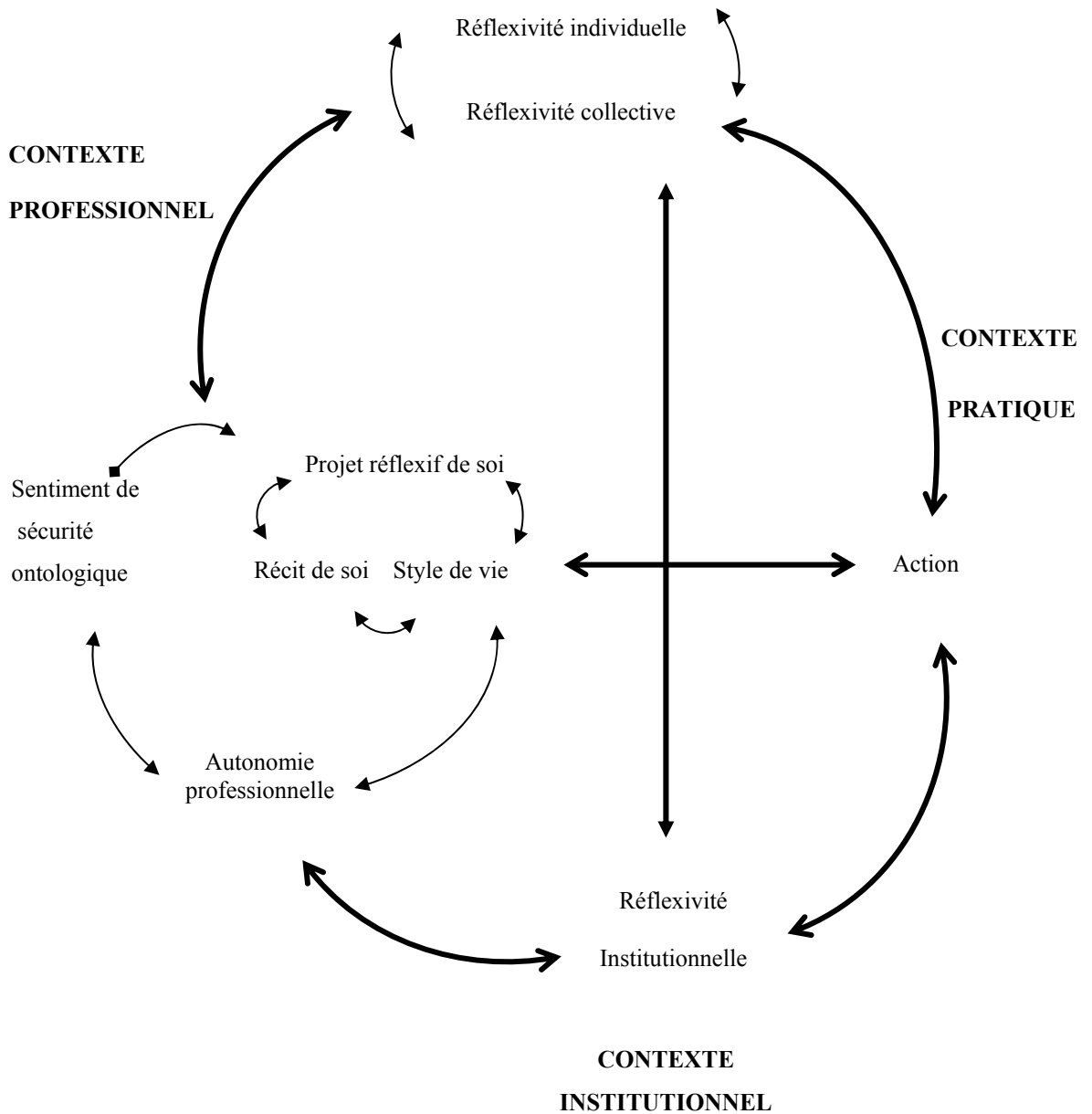
Source: Johns, C., & Freshwater, D. (1998). Transforming nursing through reflective practice (p. 4). London: Blackwell Science. (Traduction libre, p. 4)

ANNEXE 2: Modèle modifié de réflexion structurée

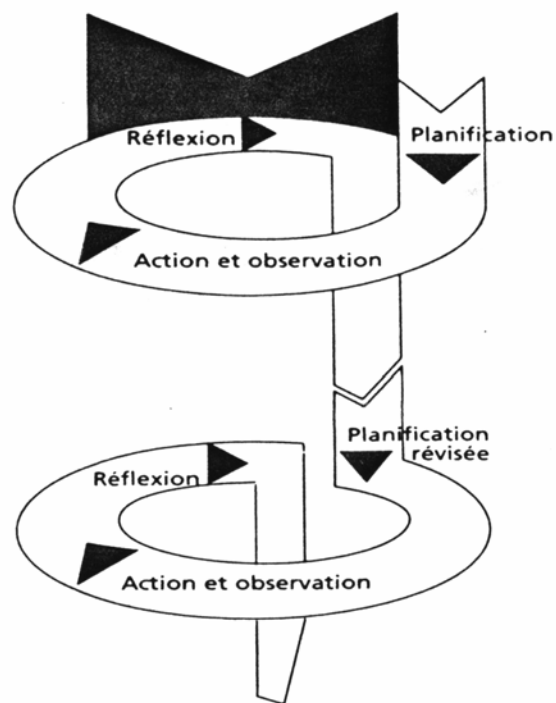
Thèmes à réfléchir	Source de savoir
Focaliser sur une expérience qui est significative pour moi Quels sont les problèmes particuliers qui semblent suffisamment importants pour exiger de l'attention? Comment les personnes se sont-elles senti? Comment sais-je ça? Qu'est ce que j'essayais de réaliser? Pourquoi je réponds comme je le fais? Quelles ont été les conséquences pour le patient, autres ou moi-même?	ÉSTHÉTIQUE
Comment me suis-je senti dans cette situation? Qui m'a fait ressentir de cette façon? Quels sont les facteurs (imbriqués dans moi ou dans l'environnement) qui m'ont influencé?	PERSONNEL
Dans quelle mesure ai-je agi pour le meilleur et en harmonie avec mes valeurs?	ETHIQUE
Quelles sont les connaissances qui m'ont informé ou me devaient avoir informé?	EMPIRIQUE
Comment connecte cette situation avec des expériences précédentes? Comment pourrais-je manipuler cette situation mieux? Quelles seront les conséquences des actions alternatives pour le patient, autres ou moi-même? Comment me sens-je maintenant en relation à mon expérience? Est-ce que je peux par conséquent mieux me soutenir et soutenir à d'autres? Suis-je plus en mesure de réaliser une pratique souhaitable à l'aide des cadres appropriés comme ceci de Carper, ou avec d'autres cadres?	REFLEXIVITÉ

Source: Johns, C. & Freshwater (2005). Transforming Nursing Through Reflective Practice, 2ème éd. Oxford: Blackwell Publishing. (Traduction libre, p.3).

ANNEXE 3: La production de savoirs pratiques à partir de la théorie de Giddens



ANNEXE 4: Les étapes du modèle de recherche-action de Kemmis et McTaggart (1988)



Source: Lavoie, Marquis et Lauri (1996, p.82). Source originale de Kemmis et McTaggart (1988, p.11).

ANNEXE 5: Guide pour la réflexion sur les changements

1. Quelle est votre perception des événements?
2. Quelle est la perception des autres?
3. Quels ont été les effets prévus/imprévus?
4. Quels sont les problèmes dérivés de vos observations?
5. Quelles sont les limitations? Pourquoi?
6. Est-ce que le contexte de votre travail a changé?
7. Quels sont les changements au niveau du langage, des activités et des relations sociales?
8. Quels sont les accords/désaccords d'interprétation et d'utilisation du langage, des activités et des relations sociales?
9. Quelles sont les contradictions les plus importantes pour vous? Pourquoi?
10. Que va-t-on faire à partir de maintenant?
11. Que doit-on faire de plus pour changer le langage, les activités et les relations sociales?
12. Quels nouveaux changements doit-on faire?
13. Quelle est la re-planification la plus adéquate/faisable?
14. Voulez-vous qu'on parle d'un autre aspect qui vous préoccupe?

Questions basées sur le guide « The action research planner » de Kemmis et McTaggart (1988).

ANNEXE 6: Guide pour la réflexion sur la méthode

1. Quelle est votre perception par rapport à ce type de recherche?
2. Considérez-vous la réflexion individuelle et collective essentielles pour le changement?
3. Est-ce que votre pratique s'est améliorée? De quelle façon?
4. Est-ce que la compréhension de votre pratique s'est améliorée? Comment?
5. Qu'avez-vous appris?
6. Est-ce que la méthode de cette recherche vous a aidé dans d'autres choses?
7. Quelles sont les limitations? Pourquoi?
8. Voulez-vous qu'on parle d'un autre aspect qui vous préoccupe?

Questions basées sur le guide « The action research planner » de Kemmis et McTaggart (1988).

ANNEXE 7: Les étapes de la recherche de la première étude

CYCLE	ÉTAPES	ACTIVITÉS
1er Cycle janvier- février 1999	1. Reconnaissance du terrain par la chercheuse	<ul style="list-style-type: none"> • Observation directe de la pratique infirmière • Utilisation du journal de bord • Utilisation d'un guide pour l'analyse des registres infirmiers • Entrevues semi-structurées
Du 18 au 24 mars 1999	2. Planification conjointe de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Deux rencontres avec le groupe (8 infirmières) pour changer et réélaborer des aspects de l'étude et arriver à un consensus sur comment elles réaliseront l'observation de leur pratique et ce qu'elles vont observer
Du 25 mars au 26 mai 1999	3. Action-Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan décidé par le groupe est mis en pratique et elles annotent leurs observations dans leur journal de bord
Du 26 mai au 2 juin 1999	4. Réflexion de groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Deux rencontres avec le groupe pour réfléchir et critiquer sa propre pratique observée
2ème Cycle 3 juin 1999	5. Re-planification	<ul style="list-style-type: none"> • Un rencontre avec le groupe pour décider de ce qu'elles veulent changer de leur pratique et élaborer des stratégies de changement
Du 4 juin au 28 octobre 1999	6. Action-Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe change sa pratique et observe les effets et les conséquences
Du 1 novembre au 15 décembre 1999	7. Réflexion de groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Deux rencontres avec le groupe pour analyser ce qui est arrivé avec la nouvelle pratique et suggérer de nouveaux changements à différents niveaux

ANNEXE 8: Outil élaboré par Hinds et al. (1997) pour évaluer la réutilisation de données

APPENDIX A
Example of an Assessment Tool: Criteria for Use
in a Secondary Analysis of Qualitative Data

Criteria for determining general quality of primary study data set

Ready access to study documents/team

	Yes	No
Tapes of interviews	—	—
Hard copies/disk of interviews	—	—
Field notes	—	—
Memos or interpretive notes	—	—
Principal investigator/team member(s)	—	—

Training of primary team

	Satisfactory	Unable to determine	Unsatisfactory
Credentials of team members to conduct primary study	—	—	—
Training of members for roles in primary study	—	—	—

Completeness of the data set

	Yes	No
Available document(s) are complete (i.e., no missing papers/tapes)	—	—
Accuracy of transcription	—	—
Minimal or insignificant typographic errors	—	—
Appropriate use of software	—	—

Able to assess quality of interviewing

	Satisfactory	Unable to determine	Unsatisfactory
Interviewing quality	—	—	—
Interviewing format allowed responses of descriptive depth	—	—	—
Focus/meaning/subject of responses can be determined	—	—	—

Able to assess sampling plan

	Yes	No
Type of sampling plan (e.g., convenience, purposive, theoretical, etc.) is clear	—	—

Criteria for determining fit of secondary research question

	Present in sufficient depth	Unable to determine	Not present in sufficient depth
Able to determine extent to which concept of interest is reflected in data set	—	—	—
Able to estimate validity of new question	—	—	—
Study sample could be expected to experience this concept/situation	Likely	Not sure	Not likely
Proposed research question is similar to that in primary study	Similar	Somewhat similar	Not similar

Aggregate impression

	Yes	No
Data set of sufficient quality, completeness, and fit with secondary research question	—	—

Source: Hinds, P.S., Vogel, R.J., et Clarke-Steffen, L. (1997). The Possibilities and Pitfalls of Doing a Secondary Analysis of a Qualitative Data Set. *Qualitative Health Research*, 7(3): 408-424 (p. 420-421).

ANNEXE 9: Outil élaboré par Heaton (2004) pour évaluer la réutilisation de données

Table 6.1 Guidelines for assessing the re-usability of qualitative data sets

Accessibility

Where, when and how can the data set be accessed?
 Are all the data accessible, or only part of the data set (e.g. transcripts but not tapes)?
 Have informants given informed consent for the data to be used for the purposes of the proposed study?
 Are there conditions, or terms of usage, associated with the use of the data set?
 Can the primary investigator(s) be consulted, if desired?

Quality

Is the data set complete for the purposes of the secondary study (i.e. no or minimal missing data)?
 Has the data been recorded fully and accurately (e.g. accuracy of transcriptions)?
 Have any data been modified (e.g. to preserve anonymity) and, if so, how?
 Has the data set been adequately prepared for possible secondary analysis?
 Is the meta-documentation of the data set sufficient for the purposes of the secondary analysis?
 Was the primary study well designed and executed?

Suitability

Is the data set 'fit' for the purposes of the proposed research?
 Is the sample adequate for the proposed research?
 Are there sufficient data to address the proposed question?
 Is the type, and format, of the qualitative data compatible with the proposed research?
 Can the data be combined or compared with other data sets, if required?
 Is the age of the data set appropriate?

Source: Heaton, J. (2004). *Reworking Qualitative Data*. London: SAGE (p. 93).

ANNEXE 10: Cohérence entre les concepts clés de la théorie de Giddens et les thématiques de la première étude

Niveau		Concepts clés de la Théorie de Giddens		Thématiques provisoires de la première étude appropriées aux concepts clés de la théorie de Giddens
Micro social	Contexte Pratique	Réflexivité Individuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Projet réflexif de soi *Récit de soi *Choix 	<ul style="list-style-type: none"> • Incohérence entre récit et choix (avant réflexion) : pratique biomédicale • Cohérence entre récit et choix (à travers la réflexion): approche holistique et plus humaine <ul style="list-style-type: none"> ○ En tenant compte du patient comme sujet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecter le rythme du patient ▪ Favoriser la communication ▪ Soins avec le patient (non sur lui) ▪ Protéger l'intimité du corps ▪ Relation thérapeutique ▪ Protéger le patient ▪ Favoriser les liens avec l'environnement (temps-espace, famille) ○ En considérant davantage la famille dans le processus <ul style="list-style-type: none"> ▪ Défendre leurs intérêts ▪ Favoriser le rapprochement avec le patient ▪ Améliorer le soutien physique et psychologique

		Réflexivité Collective	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en commun de différents points de vue (discussion) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les expériences personnelles : Ce qui a été appris ○ Les meilleurs soins à donner ○ Les soins les plus réalistes à donner ○ Évaluation : les avantages et les inconvénients ○ Favoriser la collaboration interprofessionnelle • Réflexion • Consensus
	Contexte organisationnel	Réflexivité Institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources <ul style="list-style-type: none"> *Pouvoir matériel *Pouvoir humain • Normes <ul style="list-style-type: none"> *Codes de Significations *Sanctions 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps • Manque d'un espace pour l'information et l'entrevue avec la famille • L'invisibilité de l'infirmière dans l'hôpital • Valorisation de la technologie • Restrictions budgétaires • Situations de patients de plus en plus compliquées • Relations de pouvoir médecins et infirmières • Rejet de l'infirmière-chef dans les discussions • Langage non verbal : cris, rires, silences • Protection face aux situations extrêmes avec le médecin, le patient et la famille : isolement, fuite, rapidité • Impuissance, rage • Commentaires hors contexte • Manque de respect du médecin envers l'infirmière • Communication nulle ou avec des monosyllabes • Manque d'écoute du médecin envers l'infirmière • Indifférence entre médecin et infirmière • Cynisme du médecin envers l'infirmière • Pas de soutien des collègues

Macro Social	Contexte professionnel	Réflexivité Individuelle et collective	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie professionnelle • Sentiment de sécurité ontologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Subordination-soumission • Hiérarchie • Registres infirmiers fastidieux et inutiles • Manque d'auto-affirmation • Augmentation des activités déléguées • Formation incomplète • Critique de l'institution • Routine • Recherche de l'information • Accepter relation non-professionnelle : suivre les blagues et commentaires • Préconceptions : tous les patients sont sous sédation, la famille n'est pas réceptive, la relation avec les médecins dépend de celui qui est de garde
--------------	------------------------	--	--	---

ANNEXE 11: Guide pour l'observation directe de la pratique infirmière

	Patient	Famille	Collègues	Médecins
Langage*				
Activités**				
Relations***				

(*)-Comment s'expriment les infirmières avec le patient, la famille, les collègues et les médecins?

-Quelles sont les normes de langage caractéristiques ou répétitives?

(**)-Quels types d'activités réalisent les infirmières avec le patient, la famille, les collègues et les médecins?

-Quelles sont les activités faites avec ou sur le patient?

(***)-Comment sont les relations avec le patient, la famille, les collègues et les médecins?, de collaboration, de consultation, d'autorité, ...?

-Qui est en relation avec qui?

-Quelles sont les relations entre le langage et les activités?

-Quelles sont les relations entre le langage et les relations?

-Quelles sont les relations entre les activités et les relations?

ANNEXE 12: Grille pour évaluer la collecte de données infirmières

	Présents	Non présents
Signes vitaux (FC, TA, T ^a , PAP, FR, diurèse)		
Respiration (sécrétion pulmonaire, caractéristiques)		
Alimentation (voie, hydratation, difficultés)		
Élimination (caractéristiques, difficultés)		
Sommeil (caractéristiques, difficultés)		
Mouvement (difficultés, particularités)		
Peau (caractéristiques, altérations)		
Cathéters (type, situation)		
Tubes (type, situation)		
Communication (verbale, non verbale)		
Niveau de conscience (conscient, inconscient, confus)		
État émotionnel		
Diagnostic		
Famille		

ANNEXE 13: Guide pour les entrevues structurées avec les infirmières

- Pouvez-vous me décrire, dans vos propres mots, le rôle que vous exercez comme infirmière dans cette unité de soins intensifs?.....
.....
.....
.....
- Croyez-vous que l’infirmière fait tout ce que son rôle lui commande?
.....
.....
.....
.....
- Pensez-vous qu’on travaille en équipe dans l’unité?.....
.....
.....
.....
- Comme trouvez-vous la collecte de données infirmière actuelle?.....
.....
.....
.....

ANNEXE 14: Fiche de synthèse de documents selon Miles et Hubermas (2003)

FICHE DE DOCUMENT	SITE..... DOCUMENT N°..... REÇU OU RETIRÉ LE.....
<ul style="list-style-type: none"> • NOM OU DESCRIPTION DU DOCUMENT • ÉVÉNEMENT OU CONTACT AUQUEL 	
LE DOCUMENT EST ASSOCIÉ	DATE.....
<ul style="list-style-type: none"> • IMPORTANCE OU PORTÉE DU DOCUMENT • BREF RÉSUMÉ DU CONTENU 	

ANNEXE 15: Formulaire de consentement en français

TITRE DE L'ÉTUDE : LE PROCESSUS DE PRODUCTION DE SAVOIRS DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AU MOYEN DE LA RÉFLEXIVITÉ

ÉTUDIANT-CHERCHEUR : PILAR DELGADO HITO

Adresse :

Téléphone:

Courrier électronique:

DIRECTEUR DE RECHERCHE : MICHEL PERREAULT

CHERCHEUR AU GRASP, PROFESSEUR TITULAIRE, FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Adresse: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2375 Côte Ste-Catherine, H3T 1A8, Montréal, Québec

Téléphone: (514) 343-6111 poste 7723

Télécopieur: (514) 343-2334

Courrier électronique:

INTROCUCTION

Au XXI^{ème} siècle, on met l'accent sur la pratique, celle-ci étant vue comme génératrice ou productrice de savoirs (Nowotny, Scott et Gibbons, 2003). C'est ainsi, que dans la plupart des disciplines professionnelles, plusieurs théories et approches qui portent sur la production de savoirs dans la pratique professionnelle, sont en train de gagner de la popularité et on essaie de s'en servir plus souvent dans les recherches.

Dans le domaine des sciences infirmières, Benner (1995) affirme qu'on doit découvrir les savoirs encastés dans l'expertise parce qu'ils sont la clé de la progression de la pratique infirmière et du développement des sciences. Les savoirs s'acquièrent cependant avec le temps, et les infirmières ne se rendent pas toujours compte elles-mêmes de leur progression. Il est nécessaire de bâtir des stratégies pour faire connaître ce savoir pratique, de manière à pouvoir le développer et l'améliorer.

En ce sens, plusieurs écrits théoriques affirment que le processus de réflexion ou la réflexivité est une stratégie qui aide à développer, à améliorer et à rendre explicite ce savoir pratique. Dans le domaine des sciences infirmières, la théorie de la réflexivité de Schön (1994, 1996) a été la plus utilisée. Toutefois, cette théorie laisse dans l'ombre deux points essentiels: le processus collectif de production de savoirs et l'influence du contexte pratique, professionnel et organisationnel dans ce processus de production de savoirs. Les savoirs pratiques sont donc implicites et influencés par la culture professionnelle et institutionnelle (Gibbons et al., 1994). C'est ainsi qu'un nouveau cadre théorique pour concevoir la production de savoirs dans la pratique infirmière s'avère nécessaire dans le domaine des sciences infirmières. Un cadre théorique qui tient compte de la production de savoirs individuels mais aussi collectifs et de l'influence du contexte dans cette production, soit la théorie de la réflexivité de Giddens (1987).

BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude vise à décrire et à comprendre le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité. Plus spécifiquement, elle pose les questions de recherche suivantes: 1) Comment la réflexivité permet-elle la production de savoirs dans la pratique chez des infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs d'un hôpital de troisième niveau de Barcelone? et 2) Quelles sont, selon les infirmières, les conditions et dynamiques du contexte pratique, institutionnel et professionnel qui influencent le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière dans une unité de soins intensifs d'un hôpital de troisième niveau de Barcelone?.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Afin de répondre au but de cette recherche, le devis de recherche choisi est l'analyse secondaire du type expansion analytique. Ce devis a comme objectif l'étude d'un phénomène à partir des données qui ont été préalablement recueillies dans une autre étude. C'est ainsi que nous allons mener une recherche avec les informations fournies par les huit infirmières travaillant aux soins intensifs lors de leur participation à mon mémoire de recherche: *«La modification des pratiques infirmières par la réflexion: une recherche-action participative à Barcelone»*.

Cette étude sera menée dans cet hôpital par la même infirmière chercheuse lors de la première étude, ayant une formation en recherche (MSc) et candidate au doctorat en sciences infirmières.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous ayez participé à la première étude.

AVANTAGES DE LA PARTICIPATION

On ne s'attend à aucun bénéfice direct pour les sujets participant à l'étude. Cependant, votre participation à l'étude procurera des bénéfices au niveau de l'avancement de connaissances dans la discipline infirmière et la théorie de Giddens. En ce sens, l'étude permettra d'enrichir notre compréhension du phénomène de la réflexivité par rapport au processus de la production de savoirs dans la pratique à partir d'une nouvelle théorie, un travail inédit dans la discipline infirmière et le contexte infirmier espagnol. En tenant

compte du fait que l'un des aspects intéressants de la théorie de Giddens est la conceptualisation de l'action et des institutions dans une relation complexe et complémentaire, il semble que cette étude pourrait permettre de raffiner cette théorie dans un contexte d'application spécifique (l'action infirmière et l'institution hospitalière).

RISQUES ET INCONFORTS

Étant donné que l'on analysera de nouveau les données fournies par les participantes lors de la première étude, les risques et inconforts prévus sont ceux inhérents à la vie quotidienne.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans devoir justifier votre décision et sans que cela ne vous cause aucun préjudice. Vous serez avisé de toute nouvelle information susceptible de vous amener à reconsidérer votre participation à l'étude.

Si vous prenez la décision de vous retirer de l'étude, vous n'aurez qu'à aviser Pilar Delgado au poste _____ ou au téléphone _____. Aucune condition ou situation pouvant conduire à votre exclusion de l'étude n'a été prévue.

RÈGLES RÉGISSANT L'ARRÊT DE L'ÉTUDE

Aucune condition ou situation pouvant conduire à l'arrêt de l'étude n'a été prévue.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Nous tenons à vous assurer que ce que vous avez dit tout au long de la recherche antérieure restera totalement confidentiel et qu'en aucun moment, votre nom ne sera mentionné. Les mesures que l'on prendra pour assurer la protection de la vie privée et la confidentialité seront donc les suivantes: le nom des participantes sera changé dans les écrits et les transcriptions des réunions pour un nom fictif. Seule la chercheuse principale de l'étude aura accès à l'information nécessaire permettant d'identifier les participants.

Lorsque l'étude sera complétée, les données seront conservées pendant 7 ans sous la surveillance de la chercheuse principale. Les cassettes audio seront détruites dans l'année qui suivra la fin de la recherche, à moins qu'une demande ne soit faite pour les conserver.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE (Renseignements et urgence)

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec Pilar Delgado Hito:

- De 9h. À 17h. Au numéro de téléphone _____, si vous appelez de l'intérieur de l'hôpital, ou au numéro _____ poste _____ si vous appelez de l'extérieur de l'hôpital.
- En cas d'urgence ou de 17h à 9h, communiquez avec le numéro de téléphone cellulaire: _____
- À travers le courriel: _____

ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, partager vos préoccupations avec la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme. Marie-France Daniel (e-mail: [redacted] Téléphone (514) [redacted]). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (e-mail: [redacted] Téléphone (514) [redacted]) ainsi qu'avec l'ombudsman de l'hôpital de la Santa Creu i Sant Pau, Madame Milagros Alonso (e-mail: [redacted] Téléphone [redacted]).

SIGNATURES

TITRE DE L'ÉTUDE : LE PROCESSUS DE PRODUCTION DE SAVOIRS DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AU MOYEN DE LA RÉFLEXIVITÉ

CHERCHEUR PRINCIPAL OU RESPONSABLE DE L'ÉTUDE : PILAR DELGADO HITO

Je, (nom en lettres moulées du participant).....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec PILAR DELGADO HITO et comprendre le but, la nature, les procédures, les avantages et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant Date

Je, PILAR DELGADO HITO.....

déclare avoir expliqué le but, la nature, les procédures, les avantages et les nconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

Signature de l'investigateur.....Date.....

ANNEXE 16: Formulaire de consentement en espagnol

TÍTULO DEL ESTUDIO: EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE SABER EN LA PRÁCTICA ENFERMERA A TRAVÉS DE LA REFLEXIVIDAD

ESTUDIANTE-INVESTIGADORA : PILAR DELGADO HITO

Dirección: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS,

Teléfono:

Correo electrónico:

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN : MICHEL PERREAULT

INVESTIGADOR EN EL GRASP, PROFESOR TITULAR, FACULTAD DE ENFERMERÍA

Dirección: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2375 Côte Ste-Catherine, H3T 1A8, Montréal, Québec

Teléfono: (514) 343-6111 extensión 7723

FAX: (514) 343-2334

Correo electrónico:

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI, se ha puesto el acento sobre la práctica, viéndola como generadora o productora de saber (Nowotny, Scott et Gibbons, 2003). Es por esto que, en la mayoría de disciplinas profesionales, varias teorías y modelos basados en la producción de saber en la práctica profesional están ganando cada vez más popularidad et se intenta hacerlos servir cada vez más en las investigaciones.

En enfermería, Benner (1995) afirma que se debe descubrir el saber incrustado en la experiencia porque es la clave para la progresión de la práctica enfermera y el desarrollo de las ciencias. Sin embargo, el saber se adquiere a lo largo del tiempo y las enfermeras no siempre se dan cuenta de su progresión. Se hace necesario utilizar estrategias con el fin de conocer este saber práctico y así poderlo desarrollar y mejorar.

En este sentido, varios escritos teóricos afirman que el proceso de reflexión o de la reflexividad es una estrategia que ayuda a desarrollar, mejorar y explicitar este saber

práctico. En enfermería, la teoría de la reflexividad de Schön (1994, 1996) ha sido la más utilizada. Sin embargo, esta teoría deja en la sombra dos puntos esenciales: el proceso colectivo de producción de saber y la influencia del contexto práctico, profesional y organizacional en el proceso de producción de saber. El saber práctico está implícito e influido por la cultura profesional e institucional (Gibbons et al., 1994). En este sentido, un nuevo marco teórico para concebir la producción del saber práctico en la práctica enfermera se hace necesario en enfermería. Un marco teórico que tenga en cuenta la producción de saber individual y colectivo así como la influencia del contexto en esta producción, como es el de la teoría de la reflexividad de Giddens (1987).

EL PROPÓSITO Y LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es describir y comprender el proceso de producción de saber en la práctica enfermera a través de la reflexividad. Concretamente, este estudio plantea dos preguntas de investigación : 1) Cómo la reflexividad permite la producción de saber en la práctica de las enfermeras que trabajan en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel de Barcelona? y 2) cuales son , según las enfermeras, las condiciones y dinámicas del contexto práctico, institucional y profesional que influyen en el proceso de producción de saber en la práctica enfermera en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel de Barcelona?.

MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Con el fin de responder al propósito de esta investigación, le método de investigación escogido es el análisis secundario de expansión analítica. Este método tiene como objetivo el estudio de un fenómeno a partir de los datos que han sido anteriormente recogidos en otro estudio. Es por esto que nosotros vamos a realizar una investigación con las informaciones aportadas por las ocho enfermeras de cuidados intensivos durante su participación en mi tesina: «La modificación de las prácticas enfermeras por la reflexión: una investigación-acción participativa en Barcelona».

Este estudio será hecho en este hospital por la misma enfermera investigadora que realizó el primer estudio, teniendo una formación en investigación (MSc) y candidata al doctorado en enfermería.

CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN

Para participar en el estudio, es esencial que vosotras hayáis participado en el primer estudio.

VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN

No se espera ningún beneficio directo para los sujetos participantes en el estudio. Sin embargo, vuestra participación en el estudio procurará beneficios para el avance de conocimientos en la disciplina enfermera y en la teoría de Giddens. En este sentido, el estudio permitirá enriquecer nuestra comprensión del fenómeno de la reflexividad en relación a los procesos de producción de saber en la práctica a partir de una nueva teoría, un trabajo inédito en la disciplina enfermera y en el contexto enfermero español. Teniendo en cuenta el hecho que uno de los aspectos interesantes de la teoría de Giddens es la conceptualización de la acción y de las instituciones en una relación compleja y

complementaria, parece ser que este estudio podría permitir de refinar esta teoría en un contexto de aplicación específica (la acción enfermera y la institución hospitalaria).

RIESGOS E INCOMODIDADES

Dado que se analizarán de nuevo los datos ofrecidos por las participantes durante el primer estudio, los riesgos e incomodidades previstos son aquellos inherentes a la vida cotidiana.

PARTICIPACION VOLUNTARIA Y RETIRADA O EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO

Vuestra participación en este estudio es enteramente voluntaria. Vosotras podéis retiraros del estudio en todo momento, sin tener que justificar vuestra decisión y sin que esto os cause perjuicios. Vosotras seréis avisadas de toda nueva información susceptible a llevaros a reconsiderar vuestra participación en el estudio.

Si vosotras escogéis la decisión de retiraros del estudio, sólo tendréis que avisar a Pilar Delgado en la extensión 2477 o en el teléfono 607 51 86 33.

No ha sido prevista ninguna condición o situación que pueda conducir a vuestra exclusión del estudio.

REGLAS QUE PUEDEN LLEVAR A LA PARADA DEL ESTUDIO

No ha sido prevista ninguna condición o situación que pueda conducir a parar el estudio.

CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LAS INFORMACIONES

Nosotros tenemos que aseguraros que lo que vosotras habéis dicho a lo largo de la investigación anterior seguirá totalmente confidencial y que en ningún momento vuestro nombre será mencionado. Las medidas que se tomarán para asegurar la protección de la vida privada y la confidencialidad serán las siguientes: el nombre de los participantes será cambiado en los escritos y en las transcripciones de las reuniones por un nombre ficticio. Sólo la investigadora principal del estudio tendrá acceso a la información necesaria permitiendo identificar a las participantes.

Cuando el estudio sea completado, los datos serán conservados durante 7 años bajo la vigilancia de la investigadora principal. Los casetes audio serán destruidos durante el año que seguirá al finalizar la investigación, a menos que una solicitud haya sido hecha para conservarlos.

CUESTIONES SOBRE EL ESTUDIO (Información y urgencia)

Si tenéis preguntas sobre este estudio, podéis comunicaros (antes, durante o después del estudio) con Pilar Delgado Hito:

- De 9h. a 17h. en el número de teléfono _____, si llamáis desde dentro del hospital, y en el número _____ extensión _____ si llamáis desde el exterior del hospital.
En caso de urgencia o de 17h à 9h, comunicaros con el número de teléfono móvil: _____
- A través del correo electrónico: _____

ÉTICA

Para todo problema ético concerniente a las condiciones en las que se desarrolla vuestra participación en este proyecto, vosotras podéis, después haber discutido con el responsable del proyecto, compartir vuestras preocupaciones con el presidente del Comité de ética de la investigación en ciencias de la salud de la Universidad de Montreal, Sra. Marie-France Daniel (e-mail: _____ Teléfono (514) _____).

_____. Tras este encuentro, se vosotras tuvieseis razones serias de creer que la respuesta aportada es insuficiente, podríais ponerlos en comunicación con el defensor de la Universidad, Madame Marie-José Rivest (e-mail: _____ Teléfono (514) _____) así como con el responsable en el l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Sra. Milagros Alonso (e-mail: _____ Teléfono _____).

FIRMAS

TÍTULO DEL ESTUDIO: EL PROCESO DE PRODUCCION DE SABER EN LA PRÁCTICA ENFERMERA A TRAVÉS DE LA REFLEXIVIDAD.

INVESTIGADOR PRINCIPAL O RESPONSABLE DEL ESTUDIO: PILAR DELGADO HITO

Yo, (nombre en letras mayúsculas de la participante)
declaro haber tenido conocimiento de los documentos adjuntos de los que he recibido copia, haber discutido con PILAR DELGADO HITO y entender el propósito, la naturaleza, los procedimientos, las ventajas y los inconvenientes del estudio en cuestión. Después de una reflexión y un tiempo razonable, yo consiento libremente tomar parte en este estudio, Yo se que puedo retirarme en cualquier momento sin perjuicio.

Firma de la participante..... Fecha

Yo, PILAR DELGADO HITO.....
Declaro haber explicado el propósito, la naturaleza, los procedimientos, las ventajas y los inconvenientes del estudio a (nombre en letras mayúsculas del participante)
.....

Firma del investigador Fecha

ANNEXE 17: Document d'autorisation de la direction des soins de l'Hôpital de la Santa Creu i Sant Pau



Barcelona, 15 de novembre 2006

Sra. Pilar Delgado Hito

Benvolguda,

Amb referència a la seva petició per realitzar el treball d'investigació amb el títol "**El proceso de producción de conocimiento en la práctica enfermera a través de la reflexividad**", m'és grat informar-li que per part d'aquesta Direcció no hi ha cap inconvenient per que vostè pugui portar a terme aquest treball dintre de la Institució.

Per tant, ho certifico atenent la seva sol·licitud a tots els efectes que corresponguin. aprofito aquesta ocasió per saludar-la atentament.

Àngels Junoy
Direcció de Processos Assistencials

The logo is a diamond-shaped emblem containing a cross and vertical lines. To its right, the text reads "FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA" in a small font, "HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU" in a slightly larger font, and "DIRECCIÓ DE PROCESSOS" in the largest font.

FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
DIRECCIÓ DE PROCESSOS

ANNEXE 18: Certificat d'èthique par le comité d'èthique de l'Hôpital de la Santa Creu i Sant Pau



Sant Antoni M. Claret, 167 • 08025 Barcelona
Tel. 93 291 90 00 • Fax: 93 291 94 27

Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación titulado: **“El proceso de producción de conocimientos en la práctica enfermera a través de la reflexividad”** presentado por la **Sra. P. Delgado** del servicio de Medicina Intensiva del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau ha sido revisado por este Comité en su reunión de fecha 13.02.2007, y considera que se ajusta a las normas establecidas.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 14 de Febrero de 2007.

Fdo: Dra. Milagros Alonso Martínez



ANNEXE 19: Certificat d'éthique par le comité d'éthique de la Recherche des Sciences de la Santé

DOSSIER No.

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CÉRSS)
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Titre du projet : Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité

Sous la direction de : Monsieur Michel Perreault

Nom de l'étudiant : Madame Pilar Delgado

À la réunion du 2 octobre 2006, 11 membres du CÉRSS étaient présents : la présidente, la vice-présidente et représentante de l'École d'optométrie, l'experte en éthique, l'experte en droit, la représentante du public, la représentante des étudiants, le représentant de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant du Département de kinésiologie.

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

Le certificat est émis pour la période du 19 octobre 2006 au 18 octobre 2007.

Le 19 octobre 2006.

Marie-France Daniel

Présidente

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

CEPSUM, 2100, Edouard-Montpetit, bureau 7211

Téléphone : (514) 343-5624

Télécopieur : (514) 343-2181

Courriel :

ANNEXE 20: Renouvellement du Certificat d'éthique par le comité d'éthique de la Recherche des Sciences de la Santé

Le 28 janvier 2010

Monsieur Michel Perreault
Professeur titulaire
Faculté des sciences infirmières
Pavillon M. d'Youville et L. Stewart

Monsieur Perreault,

Le Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé a bien reçu votre demande de renouvellement du certificat d'éthique pour le projet de recherche intitulé : « Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité ».

Ce projet avait reçu un certificat d'éthique pour la période allant du 9 février 2009 au 8 février 2010. Nous renouvelons ce certificat d'éthique pour la période du 28 janvier 2010 au 27 janvier 2011.

Il est à souligner que vous devez, sans délai, faire part au Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de toute nouvelle information (changement dans les connaissances scientifiques...) ou observation (événement négatif...) et tout changement que vous désiriez faire au protocole expérimental, qui pourraient modifier le fondement éthique sur lequel repose la poursuite de votre projet de recherche.

Lorsque le projet sera terminé, vous devrez soumettre un bref rapport au Comité sur l'aspect éthique du déroulement des différentes étapes du protocole. Il s'agit essentiellement d'informer le comité s'il y a eu des incidents et de formuler au besoin des recommandations. Nous vous communiquerons le formulaire 18b à cet effet, formulaire que vous devez nous renvoyer complété au meilleur de vos connaissances.

Je demeure à votre entière disposition si vous avez besoin de renseignements additionnels.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Marie-France Daniel
Présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé
CEPSUM, 2100 Édouard-Montpetit, bureau 7211
Téléphone : (514) 343 5624
Télécopieur : (514) 343 2181
Courriel :

ANNEXE 21: Évaluation de la collecte des données infirmières lors de l'admission et 24 heures après

Paramètres	Admission l'admission	24heures après
Signes vitales: Tension artérielle	100%	100%
Fréquence cardiaque	100%	100%
Température	100%	100%
Pression veineuse centrale	100%	100%
Fréquence respiratoire	100%	100%
Saturation oxygène	100%	100%
Pressions Swan-Ganz	100%	100%
Respiration:		
Paramètres/VMK	100%	100%
Secrétions/toux	50%/ 0%	85%/0%
Caractéristiques	50%	85%
Alimentation:		
Voie	85%	50%
Caractéristiques	0%	0%
Élimination:		
Caractéristiques	sv-sang-sr-dps 85-85-(1)(1)	sv-sng-sr-dps 0-34
Caractéristiques	50-85-(1)(1)	0-34
Sommeil:		
Caractéristiques	17%	0%
Difficultés	0%	0%
Mouvement:		
Caractéristiques	50%	34%
Peau/muqueuse:		
Caractéristiques	50%/50%	50%/34%
Cathéters:		
Type	85%	34%
Localisation	34%	34%
Caractéristiques	17%	17%
Tubes: (abdominal/pulmonaire/intracrânien)		
Type	85%	50%
Localisation	85%	50%
Communication:		
Type	0%	0%

Altérations	0%	0%
Niveau conscience:	50%	68%
Caractéristiques	50%	34%
Douleur	0%	17%
État émotionnel	17%	34%
Diagnostic	100%	-----
Famille	50%	85%
Type d'informations données	Horaires, infrastructure.	Horaires, infrastructure
Caractéristiques patients admis	2 CONSCIENTS, 3 SEMI INCONSCIENTS 1 INCONSCIENT	

ANNEXE 22: Les aspects légaux de la profession infirmière en Espagne (1857-1977)

ANNÉE	FAITS PRODUITS
1857	- 1 ^{er} références légales en Espagne relativement à la formation du personnel de la santé, praticien et sage-femme (<i>Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre</i>)
1915	- Les titres sont créés et l'examen réalisé par un tribunal de la Faculté de Médecine (<i>Orden del 7 de Mayo</i>)
1944	- Création de L'Ordre officiel des auxiliaires de la santé et le Conseil Général des Ordres (ensemble des Ordres provinciaux)
1945	- La loi oblige que les trois types de professionnels de la santé soient inscrits au tableau de l'Ordre
1953	- Unification des trois titres et adoption du titre d'Aidant Technique Sanitaire (ATS) et les écoles d'infirmières sont reliées aux Facultés de Médecine
1970	- On offre aux ATS une formation au CEGEP ou à l'université (<i>Ley General de Educación</i>) : l'université est choisie
1977	- On donne les directives pour l'élaboration des plans d'études des Écoles Universitaires de sciences infirmières (<i>La Orden del Ministerio de Educación y Ciencia</i>)

ANNEXE 23: Les changements sur la formation infirmière en Espagne

ANNÉE	FAITS PRODUITS
1915	- La formation a alors une orientation différente selon le sexe et elle est conçue surtout comme médicale et fondée sur les valeurs chrétiennes
1953	- Le développement de la technique et l'ouverture des Hôpitaux publics (n=131) changent l'orientation de la formation vers le médical-technique. et le titre d'ATS a alors été créé
1957	- Les spécialités apparaissent: médicalisation de la formation
1977	- Intégration à l'université et nouvelle orientation des programmes de formation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner des soins aux personnes en santé et malades, à la famille et à la communauté dans le milieu hospitalier et extrahospitalier, en orientant les soins vers la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la restauration de la santé et la réhabilitation ○ Participer avec l'équipe de santé tout en développant les rôles propres aux infirmières. ○ Contribuer à la formation des différents niveaux ○ Faire de la recherche dans le domaine des sciences infirmières ○ 3 années de formation avec 4600 heures (selon la norme Européenne, en 1985 on entre dans l'U.E.) ○ 50% théorie et 50% pratique (recommandé par le conseil européen)

ANNÉE	FAITS PRODUITS (cont.)
1990	<p data-bbox="451 275 1409 380">- Réforme de 1990 (de 1977 à 1990 alors que s'introduisent progressivement:</p> <ul data-bbox="597 422 1409 1003" style="list-style-type: none"><li data-bbox="597 422 1409 464">○ Des cours sur les modèles conceptuels de la profession<li data-bbox="597 474 1409 569">○ Le processus santé-maladie dans les étapes du cycle vital (infantile, maternel, gériatrique)<li data-bbox="597 579 1409 674">○ Le processus de santé-maladie dans la communauté (Soins communautaires)<li data-bbox="597 684 1409 779">○ L'adulte en situation de maladie (médico-chirurgical et psychiatrie)<li data-bbox="597 789 1409 884">○ Soutien et appui dans la prestation des soins (nutrition et diététique et pharmacologie clinique)<li data-bbox="597 894 1409 989">○ Autres fonctions de la profession (administration des services infirmiers et méthodologie de la recherche)

ANNEXE 24: Étapes du processus de production de savoir au moyen de la réflexivité

ELEMENTS CLES DU PROCESSUS		THEORISATION DU PROCESSUS	DESCRIPTION DU PROCESSUS	DES EFFETS
RECONNAISSANCE DE LA RÉFLEXIVITÉ QUOTIDIENNE	POINT DE DÉPART	Réflexivité technique et institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Le soin comme un CHECKLIST Réflexivité pré-discursive: il n'y a pas un récit de soi critique Processus réflexif plutôt individuel Réflexivité institutionnelle: pouvoir matériel et humain et règles 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien du <i>statu quo</i> Normalisation des soins Ressources et règles limitant la pratique Perception de l'impossibilité de donner des soins intégraux Sentiment infidèle de sécurité ontologique
	INVITATION	Réflexivité fondée sur la recherche	<ul style="list-style-type: none"> La proposition de travail avec méthodologie spécifique et proposition de changement significatif représentent le détonateur : <ul style="list-style-type: none"> Réflexivité intentionnelle, intériorisée Sentiment partagé qu'il est possible de modifier l'action infirmière (Rêves) Processus d'invitation de la chercheure 	<ul style="list-style-type: none"> Évidence d'une idéologie partagée entre chercheure et participantes
EXAMEN SYSTÉMATIQUE DES PRATIQUES	INVITATION	Perception du projet comme faisable et entraînant des bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> Perception du projet comme simple et ayant du bon sens Perception plus de visibilité des soins infirmiers Perception de transformation du savoir/faire 	<ul style="list-style-type: none"> Motivation Engagement dans le projet Identification d'une proposition vers l'autonomie professionnelle et une meilleure qualité des pratiques

	COMPRÉHENSION ET GÉNÉRATION DE SAVOIR	Projet réflexif individuel	<ul style="list-style-type: none"> Description de la pratique (récits du soi) Auto-observation de la pratique (choix des styles de vie) Confrontation et comparaison des récits Processus de déconstruction de la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnement du <i>statu quo</i> Documenter les expériences professionnelles en relation avec ce qu'elles pensent qu'elles font Découverte des cohérences et incohérences Expliciter l'identité infirmière et les multiples dimensions de soins Intérêt pour la production du savoir plus centré sur le soin
		Projet réflexif collectif	<ul style="list-style-type: none"> Rencontres : dialogue, partage et confrontation Mise en commun avec confiance : processus de groupe et critique Réflexivité pratique (plus compréhensive) Consensus sur les incongruités de la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> Plus grande cohésion du groupe Validation collective des problèmes identifiés Augmentation de la compréhension de la pratique Prise de conscience des possibilités d'autres réalités
CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU SAVOIR	COMPRÉHENSION ET GÉNÉRATION DE SAVOIR	Révision des projets réflexifs	<ul style="list-style-type: none"> Processus de co-création du savoir Créer un idéal commun Choix des styles de vie (stratégies) Accorder un plan d'action 	<ul style="list-style-type: none"> Renégociation de l'identité professionnelle Vers une véritable sécurité ontologique Projets réflexifs du soi révisés vers une vision holistique des soins Début du développement du sentiment d'<i>empowerment</i>

		Action pour le changement	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en pratique • Générer des narrations descriptives (décrire et analyser les choix réalisés) • Validation individuelle du nouveau savoir 	<ul style="list-style-type: none"> • Création de nouveau savoir • Elles apprennent de nouvelles manières d'être comme professionnelles
RE-CONSTRUCTION ÉMACIPATRICE DU SAVOIR	RÉVISION DES NOUVEAUX SAVOIRS	Reflexivité émancipatrice	<ul style="list-style-type: none"> • La théorisation des infirmières : <ul style="list-style-type: none"> • Mettre ensemble les analyses de l'action • Identification des modèles souhaitables • Raffiner le savoir 	<ul style="list-style-type: none"> • Validation collective du nouveau savoir • Augmentation de la qualité des soins • <i>Conscientisation</i> sur leurs capacités de transformation sociale
		Savoir transformateur des infirmières et leurs contextes	<ul style="list-style-type: none"> • Perception d'elles-mêmes comme productrices de savoir • Accroissement de leurs habilités de réflexivité critique : <ul style="list-style-type: none"> • Transformation du savoir • Transformation des contextes • Rapprochement entre conscience pratique et discursive • Perception d'<i>empowerment</i> d'elles-mêmes, des patients et des familles 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des soins prodigués • Plus grande sécurité ontologique et renforcement de l'autonomie professionnelle • Développement identitaire professionnelle positive • Savoir intégral, contextuel, consensuel, validé, plus responsable

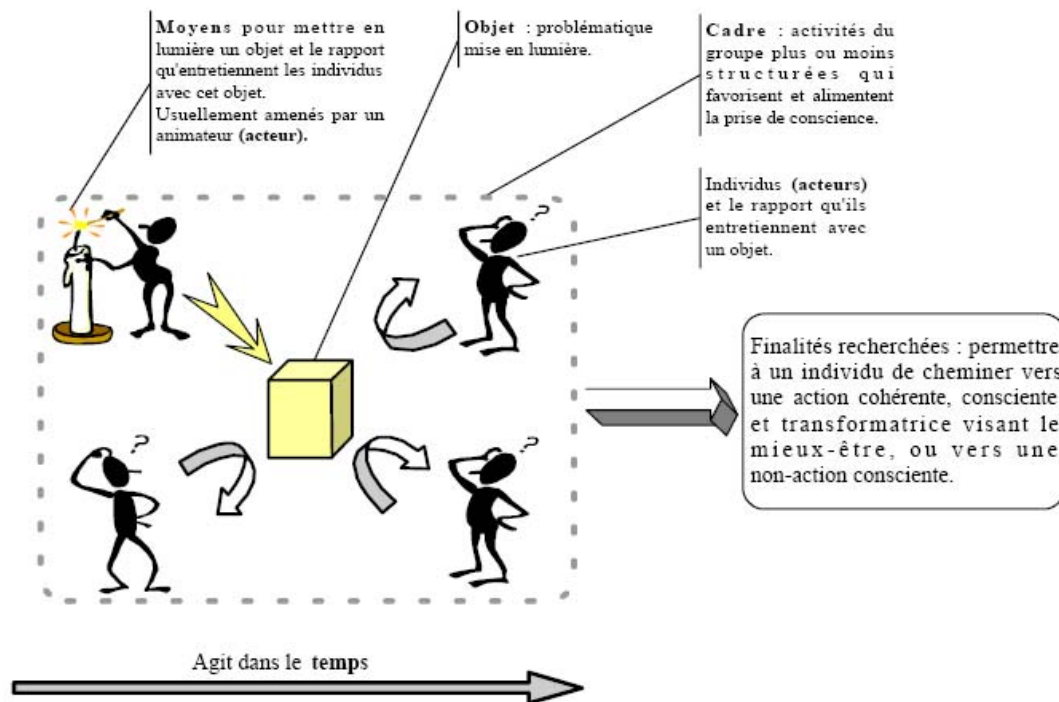
ANNEXE 25: Exemples d'auto-observation de la pratique infirmière

Hortensia décrivait sa pratique lors d'une hospitalisation d'une patiente dans l'USI comme suit : « *Hortensia: "le patient est sous sédation superficielle, essaie d'ouvrir les yeux lorsqu'on le lui demande, je lui dis : "Essayez d'ouvrir les yeux si vous m'écoutez car je veux savoir si vous m'entendez ", je lui répète ceci plusieurs fois. Je continue à dire : "nous allons vous mettre au lit, ne vous en préoccupez pas, nous ne vous ferons pas mal ».* Je ne me présente pas et une fois dans le lit, je lui explique où elle se trouve et lui répète plusieurs fois ensuite. Quand le médecin lui introduit un cathéter dans l'artère radiale, il ne l'informe pas préalablement, je suis distraite (en préparant le matériel pour un autre cathéter) et je n'informe pas non plus le patient de la ponction à l'artère. Elle le remarque et fait des gestes de douleur, en le voyant, je dis : "Carmen on lui a donné une ponction pour lui poser un cathéter dans l'artère", je ne m'excuse pas de ne pas le lui avoir dit préalablement. Ensuite je lui dis: "je vais maintenant vous faire une piqûre dans l'autre bras pour vous mettre un cathéter par lequel les sérums et les médicaments s'introduiront». La patiente s'est tendue. Plus tard, je dis: "nous allons vous faire un électrocardiogramme pour voir le rythme du cœur, nous vous branchons les câbles dans le bras, les jambes et la poitrine, maintenant je vous mets de l'alcool, pardonnez-moi, est un peu froid".

Elisa nous montre une autre description qui comporte de nombreux détails: « [...] j'arrive à l'USI désireuse de m'occuper d'un patient différent pour que mon étudiante voie d'autres choses. Dans le cubicule 4 il y a beaucoup de gens parce qu'on vient d'hospitaliser un patient et c'est pourquoi je vais aider. Je vois dans le moniteur que la tension artérielle systolique est de 30 mmHg, la fréquence cardiaque de 135 par minute, porte perfusion de dopamine et de noradrénaline. Le développement de la situation est la suivante: J'arrive au cubicule et je dis aux infirmières : « écoutez ! puis-je vous aider, vous devez vous en aller, racontez-moi où vous en êtes ». Les médecins parlent entre eux, j'entre sans saluer, je m'adresse directement aux infirmières, je ne dis rien au patient, il était sous sédation et curare. Au même moment, le signal de la fin du soluté sonne, c'est la noradrénaline, je sens que mes yeux s'ouvrent quand je vérifie à nouveau que la tension artérielle systolique est de 30 mmHg. L'infirmière, très en contrôle, enlève l'air de la perfusion et retourne brancher la perfusion. Le docteur X demande: « avons-nous une pression veineuse centrale? », l'infirmière répond: « je ne l'ai pas montée », je dis: « je vais chercher une connexion ». Pendant que je prépare le système je m'aperçois que l'infirmière passe très rapidement un sérum par un autre cathéter. Le médecin dit: « pouvons-nous avoir une pression veineuse?. Je réponds : « c'est ce que je suis en train de faire ». Par le moniteur, on voyait que la courbe de la pression veineuse était très mauvaise parce que le patient « combattait » avec le respirateur et la valeur n'était pas fiable. Je dis : « la courbe n'est pas fiable...veux-tu que je débranche le respirateur » et le médecin répond : « non, on voit que la valeur est autour de 5 mmHg ». À ce moment-là, une infirmière dit: « on a déjà envoyé les essais croisés pour sang et plaquettes ». L'infirmière du matin écrit ses observations et elle termine son travail. Moi, en prévenant qu'on aura besoin d'un petit cathéter pour injecter le sang, je commence à préparer le matériel. Je fais la ponction dans le bras droit, sans ne rien dire au patient mais il est impossible de l'introduire. Bon vient m'aider : « n'enlève pas l'aiguille, essaie un peu plus ». Je ne réponds pas et je vais réessayer. Finalement, je ne peux pas, je retire l'aiguille et je fais une compression. Un médecin dit alors à un autre qui vient d'arriver: « on lui passe des doses de sérum et les infirmières sont en train de chercher une veine. Ils ne me disent rien. Arrive une autre infirmière, nous sommes déjà 7 personnes dans le

cubicule. Une infirmière qui était dans le cubicule et celle qui vient d'arriver ; elles surveillent les bras et proposent de mettre un cathéter médium et plus long. Je l'approuve et vais chercher le matériel... Quand toutes les infirmières sont au poste de contrôle infirmier en train d'échanger information des patients, le médecin X demande ; « Qui va s'occuper du cubicule 4 ?, avez-vous pris des billets de tirage ? ». C'est moi qui ai gagné !!! Arrive alors l'infirmière-chef qui nous dit qu'un technicien viendra expliquer le fonctionnement d'un nouveau respirateur : « vous devez vous organiser pour aller en petits groupes au laboratoire ». L'état de la situation est le suivant : dans le cubicule 1 une hémodialyse en fonctionnement, dans le cubicule 2 une hémodialyse à mettre en branle, un patient à qui enlever le tube endotraqueal, un autre à qui il faut faire une trachéo, ...».

ANNEXE 26: Le processus de prise de conscience selon Gélineau (2001)



Source: Gélineau (2001). *Fondements pour une "théorie ancrée" de la conscientisation dans le cadre de la recherche-action participative et de l'éducation dans une perspective mondiale*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal (p. 97)

ANNEXE 27: Étapes du développement d'une identité infirmière positive

<p>1. ACCEPTATION NON REVISÉE (le <i>statu quo</i> concernant le pouvoir et l'autorité est perçu comme « acceptable»)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation du rôle de l'infirmière • Le non remise en question du pouvoir • Croyance que ce sont les médecins qui doivent contrôler le système • L'intériorisation de la vision négative du <i>nursing</i>
<p>2. LA CONSCIENTISATION (l'infirmière commence à comprendre l'inégalité sociale qui prévaut)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le réveil à la notion d'injustice • Les infirmières ont toujours raison et les autres ont tort • Elles sont dépassées par le fait de se sentir fautive • Recherche de support auprès des autres infirmières
<p>3. CONNEXION (la fierté en soi et l'appréciation de l'appui des collègues émergent)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Affiliation avec des groupes d'infirmières • Elles dépendent du soutien des autres infirmières pour l'élaboration de nouvelles idées • Elles sont perçues comme avant-gardistes et rigides • Affirmation de l'identité positive en tant qu'infirmière
<p>4. LA SYNTHÈSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intériorisation d'une nouvelle vision positive du <i>nursing</i> • Évaluation des autres en tant qu'individus • Meilleure implication interdisciplinaire • Utilisation des stratégies selon le type de problème

5. L'ACTION POLITIQUE (travailler ensemble dans les buts d'effectuer des changements et de favoriser la justice et l'égalité sociale)	<ul style="list-style-type: none">• Implication dans le changement• Implication active• Portée globale des activités dirigées vers une justice sociale
---	--

Source: Roberts, S. J. (2000). Development of a positive professional identity: Liberating oneself from the oppressor within. *Adv Nurs Sci*, 22(4), 71-82 (traduction libre, p. 79).

