

Université de Montréal

**Processus de facilitation d'une pratique réflexive, de type codéveloppement, auprès
d'infirmières pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle**

par

Annie Tucotte

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)
en sciences infirmières

Juillet, 2012

© Annie Turcotte, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

**Processus de facilitation d'une pratique réflexive, de type codéveloppement, auprès
d'infirmières pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle**

présentée par :
Annie Turcotte

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Pilar Ramirez-Garcia

présidente-rapporteuse

Mme Louise Bouchard

directrice de recherche

Mme France Dupuis

membre du jury

Mme Cécile Michaud

examinatrice externe

M. Richard Boyer

représentant du doyen de la FES

Résumé

Deux catégories de compétences influenceraient toute pratique professionnelle, les compétences disciplinaires et relationnelles. Selon le cadre théorique de ce projet, la pratique réflexive (PR) aiderait le professionnel à développer les compétences relationnelles, grâce à l'approfondissement de sa conscience et de son autocritique des composantes tacites de sa pratique, telles que ses valeurs et principes, ses perceptions et ses stratégies d'action, afin de les rendre plus efficaces et satisfaisantes lors de la résolution de problèmes. Dans cette étude, la PR souhaitait aider un groupe d'infirmières pivots en oncologie (IPO) à réfléchir et agir sur les composantes de leur pratique qui contribuaient à certaines difficultés relationnelles persistantes vécues auprès de gestionnaires, collègues et familles et qui, selon les IPO, avaient un impact sur l'expérience de santé de familles touchées par le cancer.

Toutefois, la recension des écrits effectuée dans cette recherche soutient qu'il y a un nombre insuffisant d'études qui a trait à l'influence d'une PR sur la pratique infirmière et, plus encore, sur le développement des compétences relationnelles des infirmières. Les écueils théoriques et méthodologiques suivants ont entre autres été rapportés: la PR étudiée ne reposait pas toujours sur un modèle théorique clair et le but poursuivi par la PR n'était pas toujours énoncé; aucune recherche n'a documenté de quelle manière la PR s'était développée et, une fois acquise, de quelle façon elle avait contribué aux résultats; et, enfin, aucune étude recensée n'a exploré l'influence d'une PR intégrée par l'infirmière, en tenant compte de la perspective de familles qui bénéficiaient de leurs soins.

Considérant ces principaux écueils, cette étude a privilégié la recherche-action participative afin de documenter la facilitation d'une PR et son influence sur les compétences relationnelles d'IPO et sur d'autres dimensions à la fois personnelles, organisationnelles et cliniques. Six IPO ont pris part à l'intervention de l'étude d'une durée d'un an. Cinq collègues des équipes de soins et douze membres de familles touchées par le cancer ont participé à l'évaluation de son influence.

Les résultats de cette recherche portent à croire que les IPO qui développent une PR plus profonde, c'est-à-dire jusqu'à leurs sentiments et besoins internes, parviennent à établir des relations plus mutuelles auprès de collègues et de familles, grâce à des changements importants réalisés sur le plan de leurs valeurs et principes, de leurs perceptions et de leurs stratégies d'action. Les résultats de l'étude soutiennent aussi que ces changements au sein de la pratique infirmière génèrent des effets positifs. Les IPO ont parlé d'une plus grande satisfaction liée à leur travail et de bienfaits sur leur santé. La majorité des IPO et des participantes-collègues de l'étude ont rapporté un climat de travail plus calme et des processus d'équipe plus satisfaisants lors, par exemple, de la résolution de problèmes. Enfin, lorsque les IPO intégraient une approche plus mutuelle, des familles rapportaient une atténuation de leur inquiétude ou de leur détresse psychologique, une plus grande capacité de donner du sens à leur expérience de cancer, une qualité accrue de leur communication intrafamiliale ou avec l'équipe soignante.

Mots-clés : Pratique réflexive, infirmière pivot en oncologie, recherche-action participative, approche familiale, expérience familiale du cancer

Abstract

Two categories of competencies influence all professional practice: disciplinary skills and relational skills. According to the conceptual model of this study, reflective practice (RP) helps the professional develop the latter, by way of a deepening of consciousness and a self-critique of the tacit components of one's practice, such as one's values and beliefs, perceptions and action strategies, in order to render them more effective and satisfying when problem solving. In this study, RP sought to help a group of oncology pivot nurses (OPNs) reflect and act on the components of their practice that contributed to certain persistent relational difficulties experienced with nursing leaders, colleagues and families, which in turn, they felt had an impact on the health experience of families affected by cancer.

The literature review conducted in this study however, supports that there are an insufficient number of studies regarding the influence of RP on nursing practice and on the development of relational competencies by nurses. The following theoretical and methodological gaps have, amongst others, been reported: the RP studied was not always based on a clear conceptual model and the aim sought by RP wasn't always stated; no study has documented in what way RP had been developed and, once acquired, in what manner it had contributed to the results; and finally, none of the identified studies explored the influence of the integration of RP by the nurse, and took into account the perspectives of the families that benefited from their care.

Taking these gaps into consideration, this study used a participatory action research approach in order to document the facilitation of RP and its influence on the relational competencies of OPNs' as well as on other areas like personal, organizational and clinical ones. Six OPNs took part in the intervention of the study for a one year period. Five colleagues from care teams and a dozen family members affected by cancer participated in the evaluation of its influence.

The study results suggest that the OPNs who develop a deeper RP, that is one that involves their feelings and internal needs, are able to establish more mutual relationships with colleagues and families because of important changes made with regards to their values and principles, perceptions and action strategies. The results of the study also support that these changes in nursing practice yielded positive effects. The OPNs spoke about improved work related satisfaction and of benefits on their health. The majority of OPNs and participant colleagues in the study reported a calmer work climate and more satisfactory team processes, for example, when problem-solving. Finally, when OPNs integrate a more mutual approach, families reported a reduction of their concerns and of their psychological distress, a greater capacity to make sense of their cancer experience, a higher quality of communication within their family or with the health care team.

Keywords : Reflective practice, oncology pivot nurse, participatory action research; family approach, family cancer experience

Table des matières

Chapitre 1 : problématique	1
But de la recherche.....	12
Questions de recherche.....	12
Chapitre 2 : recension des écrits	13
Défis liés à la pratique d’infirmières en oncologie	14
Fondements théoriques d’une PR et de sa facilitation	17
Cadre théorique sur la PR et les outils réflexifs.....	17
Modèle d’approche unilatérale	21
Modèle d’approche mutuelle	23
Outils réflexifs.....	25
Analyse critique d’approches réflexives en sciences infirmières	31
État des connaissances sur la PR	32
Éléments reliés à l’intervention « facilitation d’une PR ».....	33
État des connaissances sur l’influence d’une PR sur la pratique infirmière.....	36
Chapitre 3 : méthode de recherche	43
Devis de l’étude: recherche-action participative	44
Participants de l’étude	45
Participant·es cochercheuses : IPO	45
Participant·es-familles.....	46
Participant·es-collègues.....	47
Description de la facilitation d’une PR	47
Pertinence du rôle de facilitateur expert.....	47
Étapes d’une PR.....	49
Déroulement de l’étude	50
Élaboration du protocole de recherche	50
Recrutement des participants.....	51
Recrutement des IPO.....	52

Recrutement des participants-familles.....	54
Recrutement des participants-collègues	56
La réalisation du projet	57
Phase de pré-facilitation.....	59
Phase de facilitation d'une PR	66
Phase de post-facilitation	66
Collecte des données	68
Phase de pré-facilitation.....	68
Phase de facilitation d'une PR	70
Phase de post-facilitation	72
Analyse des données qualitatives et interprétation des résultats	74
Identifier et analyser les apprentissages-clés	75
Catégoriser et codifier	76
Décrire le contexte.....	77
Enrichir l'analyse	77
Schématisation (<i>concept mapping</i>)	78
Écriture collaborative du rapport de recherche	78
Critères de qualité	79
Crédibilité	79
Confirmabilité	80
Fiabilité	81
Transférabilité	81
Considérations éthiques.....	81
Chapitre 4 : résultats.....	86
PARTIE I : Facilitation d'une PR.....	87
Cycle réflexif de recherche # 1	90
Rencontre du groupe de PR # 1: PR de Maude et de Léa.....	91
Rencontre du groupe de PR # 2 : PR de Marie et de Sarah	103

Rencontre du groupe de PR # 3 : PR de Camille et de Jade	108
Bilan du cycle réflexif de recherche # 1	117
Cycle réflexif de recherche # 2	124
Bilan du cycle réflexif de recherche # 2	128
Cycle réflexif de recherche # 3	131
Résumé	140
BILAN sur la facilitation d'une PR.....	144
PARTIE II: Influence d'une PR	151
Influence d'une PR sur la pratique des infirmières cochercheuses.....	152
Influence d'une PR sur le plan personnel des infirmières cochercheuses.....	167
Influence d'une PR sur l'équipe de travail	169
Influence d'une PR sur l'expérience de santé de familles.....	175
Chapitre 5 : discussion	187
Contribution à la théorie sur la PR et sur le <i>caring</i>	189
Contribution à la pratique infirmière	196
Contribution à la facilitation d'une PR, de type codéveloppement	203
Contribution à la méthode <i>recherche-action participative</i>	212
Qualités et limites de l'étude	216
Crédibilité	217
Confirmabilité	219
Fiabilité.....	220
Transférabilité	220
Recommandations.....	221
Conclusion.....	226
Références	228
Annexes.....	i
Annexe A : Outil à colonnes	ii
Annexe B : Invitation à une séance d'informations.....	iv

Annexe C : Entente de confidentialité des observatrices participantes.....	vi
Annexe D : Guide des entrevues individuelles semi-dirigées pour les IPO, participantes cochercheuses (phase de pré-implantation)	vii
Annexe E : Guide des entretiens IPO/familles	viii
Annexe F : Outil intitulé « Identification des conversations les plus aidantes et les moins aidantes avec l’infirmière pivot en oncologie ».....	ix
Annexe G : Guide du groupe «focus» pour les co-professionnels.....	xv
Annexe H : Formulaire de consentement éclairé pour les IPO, participantes cochercheuses	xvi
Annexe I : Formulaire de consentement éclairé pour le patient et les membres de la famille participant	xxxix
Annexe J : Formulaire de consentement éclairé pour les participants co-professionnels	liv
Annexe K : Guide des entrevues semi-dirigées pour les IPO (phase de post-implantation).....	lxvii

Liste des tableaux

Tableau I : Ensemble des méthodes de collecte de données de l'étude.....	69
Tableau II : Activités du groupe de PR du premier cycle de recherche	91
Tableau III : Activités du groupe de PR- second cycle de recherche	124
Tableau IV : Activités du groupe de PR- troisième cycle de recherche	131
Tableau V : Résumé des apprentissages-clés	142

Liste des figures

Figure 1 : Composantes du savoir tacite sur lequel repose l'action professionnelle	19
Figure 2 : Réalisation du projet.....	58
Figure 3 : Valeurs et règles du groupe de PR.....	65
Figure 4 : Spirale réflexive de la recherche-action	67
Figure 5: Théorie sur la pratique réflexive et ses niveaux de profondeur.....	190
Figure 6: Relation transpersonnelle	197

Liste des abréviations

IPO	Infirmière pivot en oncologie
M1	Modèle d'approche unilatérale
M2	Modèle d'approche mutuelle
OPNs	Oncology pivot nurses
PR	Pratique réflexive
RP	Reflective practice
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer

*À mes parents, modèles extraordinaires de
persévérance et de foi, sources d'amour
inconditionnel, phares et piliers dont tous
les enfants peuvent rêver...*

*À mon conjoint, pour son amour, son
soutien et sa confiance indéfectible en ma
capacité de mener à terme ce projet,
depuis le tout premier jour... À nos deux
filles, Florence et Amélie, deux trésors
inépuisables d'inspiration, de joie et
d'amour...*

Remerciements

La concrétisation d'un projet de cette ampleur ne peut être possible sans la présence soutenue de proches bienveillants, de guides inspirants et de plusieurs collaborateurs profondément engagés dans la démarche. Je suis très heureuse d'avoir l'occasion de souligner la contribution particulière et appréciable de chaque artisan qui m'a aidé à donner sens et vie à ce projet.

À mes proches bienveillants...

Tout d'abord, plusieurs événements inattendus peuvent survenir au cours d'un processus aussi long que l'exige un doctorat. Dans mon cas, j'ai eu le bonheur de devenir enceinte et de donner naissance à deux merveilleuses petites filles. Par conséquent, sans l'aide et la grande disponibilité de mes parents et beaux-parents pour aimer nos deux trésors et nous aider à en prendre soin, jamais je n'aurais pu mener à terme ce projet. Encore une fois, je veux les remercier profondément de leur soutien.

Je tiens aussi à remercier mes cinq frères et mes deux sœurs pour leur amour, leur écoute, leurs nombreux encouragements tout au long de cette démarche exigeante et pour tous les moments que j'ai le bonheur de partager avec eux. Ils sont mes points d'ancrage et de ressourcement. Je suis privilégiée de les avoir dans ma vie. Un merci très spécial au bébé de la famille, Sophie, pour son empathie, son soutien moral, son esprit critique et nos longues soirées et nuits passées à corriger mes textes.

À deux collègues et amies. Ma grande amie Maggy Dion qui m'a toujours encouragée et dont la grande écoute m'a été fort précieuse. Danielle Drouin, une collègue qui est devenue une amie au cours de ce projet. Nos nombreuses conversations passionnées sur la pratique réflexive ont été très inspirantes et stimulantes. Je souhaite une très longue vie à notre amitié et puissions-nous avoir l'occasion de vivre des projets professionnels communs.

À mes guides inspirants...

À ma directrice de thèse, Louise Bouchard. Louise est une professeure extraordinaire qui éveille et stimule l'esprit critique. Son approche humaniste et sa patience m'ont permis d'avoir l'espace qu'il me fallait pour mieux comprendre mes aspirations profondes liées à cette démarche académique. De plus, sa curiosité, son ouverture, son empathie, sa grande générosité et sa passion sont autant de qualités qui la représentent et dont j'ai pu bénéficier au cours de mes nombreuses années d'études supérieures. C'est dans le plaisir et la joie que j'ai appris à ses côtés. Son soutien et sa foi en moi m'ont aidée à entreprendre une transformation en profondeur de ma façon de comprendre le monde et de l'appréhender, lors des mes premiers balbutiements en tant que chercheuse. Cette transformation m'a permis de développer une pratique de recherche qui se rapproche des valeurs humaines auxquelles j'aspire. Je suis fort reconnaissante de la qualité du soutien qu'elle m'a apportée. Un tel processus se vit rarement sans moments de grande vulnérabilité. Sans son accompagnement bienveillant lors de ces moments, l'insécurité aurait été grande et je lui dis un immense merci!

Je tiens aussi à remercier sincèrement Fabie Duhamel qui a agi à titre de co-directrice de ma thèse pendant une longue période. Son expertise sur l'approche familiale systémique et les approches constructivistes de recherche ont contribué de façon très significative à l'élaboration du protocole de recherche. Fabie a toujours été très disponible pour répondre à mes questions et elle m'a beaucoup soutenue lors de mes démarches pour obtenir des bourses et subventions de recherche. Sa contribution à ce projet a donc été déterminante et je lui en suis très reconnaissante. Un merci spécial à Cécile Michaud pour son expertise en recherche, sa grande disponibilité et sa qualité d'écoute. Merci également à Johanne Goudreau pour sa disponibilité et ses judicieux conseils lors de l'approbation scientifique de mon projet doctoral.

À mes collaborateurs engagés...

Tout d'abord, un merci particulier aux co-gestionnaires du Centre Intégré de lutte contre le Cancer de la Montérégie, Christine Mimeault, Nathalie Moreau et Jean Latreille pour leur disponibilité, leur soutien professionnel et financier tout au long de mon parcours académique et pour avoir grandement facilité la réalisation du projet doctoral qui a conduit à cette thèse.

Je veux également remercier le facilitateur expert de ce projet, Jacques Tremblay. Jacques est décrit comme un catalyseur de potentiels, c'est-à-dire une personne qui a le talent de mettre en lumière et d'optimiser les forces de ses collaborateurs ou de ses clients. Je peux affirmer, après plus de deux ans de collaboration avec lui, que cette description le caractérise très bien. Notre collaboration a éveillé et catalysé des qualités relationnelles que je sous-utilisais. Je souhaite que la vie multiplie les opportunités de travailler encore ensemble.

Aux membres du groupe de pratique réflexive, infirmières pivots en oncologie et observatrices, je ne trouve pas les mots pour leur dire à quel point je me sens privilégiée et reconnaissante d'avoir pu co-apprendre à leurs côtés pendant un peu plus d'un an et demi. Ensemble, nous avons vécu toutes sortes d'émotions intenses au fil du projet : pleurs, rires, colère, déception... Plus d'un an après la fin du projet, je me sens encore pleinement habitée par le lien d'intimité et de confiance que nous avons développé lors de ces échanges. Je pense souvent à elles et à nos nombreux moments « Ha!Ha! » du projet. Un immense merci à chacune d'elles pour leur engagement constant et leur générosité.

Un merci sincère aux membres des équipes locales des IPO qui ont bien voulu me partager généreusement leur expérience concernant ce projet, selon leur point de vue spécifique. Leur participation a été très significative. Elle a permis d'élargir notre compréhension de la facilitation d'une PR et de son influence. Merci aussi aux douze membres de familles qui ont accepté si généreusement de partager leur expérience de

santé, afin de nous aider à améliorer la pratique des infirmières pivots en oncologie auprès d'autres familles.

Je tiens aussi à remercier Me Delphine Roight du CHUM qui m'a soutenue lors de ma demande d'un certificat éthique. Un projet comme celui-ci implique des mesures particulières du point de vue éthique. Son expertise a été d'un grand secours afin d'identifier et mettre en place des stratégies qui permettaient de bien prendre soin de la dimension éthique des activités proposées dans cette étude. Merci aussi à Mme Marianne Dion-Labrie de l'Unité d'éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher qui était disponible pour nous soutenir, en cas de difficultés sur le plan éthique. Merci aux membres du centre d'éthique de recherche (CÉR) de l'Hôpital Charles-LeMoine, plus particulièrement à Mme Marielle Faubert et Mme Denise Lavallée qui travaillent souvent dans l'ombre et sont d'un soutien inestimable, particulièrement pour une chercheuse novice qui apprivoise le volet éthique de sa pratique de recherche. Leur grande disponibilité, leur accueil et leur expertise ont été fort appréciés.

Enfin, mes derniers remerciements s'adressent aux nombreux bailleurs de fonds qui ont cru en ce projet et l'ont soutenu. Sans leur appui, ce projet doctoral n'aurait pas pu se concrétiser. Les voici : Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, Chaire Desjardins sur les soins à la personne âgée et la famille, Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers, Centre Intégré de Lutte contre le Cancer de la Montérégie et Réseau Cancer Montérégie.

Chapitre 1 : problématique

En octobre 1997, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux proposait le Programme Québécois de Lutte contre le Cancer afin d'assurer un ensemble de services intégrés de lutte contre le cancer centrés à la fois sur la population et sur la personne atteinte. En 2000, ce programme donnait lieu à l'instauration d'un nouveau rôle dans le système de santé québécois, celui d'infirmière pivot en oncologie (IPO). En 2009, le Québec comptait plus de 200 IPO et ce nombre est toujours en croissance dans les différentes régions québécoises. L'infirmière qui assume ce rôle est souvent décrite comme « le point d'ancrage » tant pour les professionnels de l'équipe interdisciplinaire que pour les familles¹, et ce, tout au long du cheminement thérapeutique (Tremblay, 2008). Ses fonctions comportent un mandat clinique et organisationnel (De Serre & Beauchesne, 2000). Le mandat clinique de l'IPO implique une participation active dans l'évaluation et le suivi de l'état de santé physique et psychosocial des familles touchées par le cancer et dans la propagation d'activités de promotion et d'éducation à la santé. Le mandat organisationnel de l'IPO se réalise à travers des activités de coordination de services, c'est-à-dire de tâches reliées à l'organisation des soins, au fonctionnement des équipes interdisciplinaires et à l'amélioration de la continuité des soins en oncologie au sein du réseau de la santé.

L'intérêt initial suscité par ce projet de recherche provient d'observations cliniques et de consultations auprès d'IPO, de conseillères en soins spécialisées en oncologie et d'une gestionnaire qui se sont dites grandement préoccupées par la souffrance et le niveau d'épuisement psychologique perçus chez plusieurs IPO. Les infirmières consultées ont associé ces observations aux difficultés que vivent les IPO sur le plan relationnel, autant auprès des familles touchées par le cancer qu'auprès de l'équipe de soins. Les principales difficultés soulevées par les IPO consultées sont les suivantes : des malaises à négocier des espaces de temps suffisants pour évaluer les besoins des familles touchées par le cancer et intervenir auprès d'elles; des problèmes à résoudre des dilemmes éthiques, principalement lors de l'accompagnement de familles vivant une progression du cancer chez l'un des membres ou présentant des défis importants sur le plan psychosocial; des difficultés à établir

¹Lorsque le terme « famille » est utilisé dans cet ouvrage, il sous-entend le patient diagnostiqué du cancer et toutes les autres personnes qui sont identifiées, par ce dernier, comme étant membres de sa famille.

des communications interprofessionnelles satisfaisantes. Ces dernières rapportent que ces difficultés persistent et nuisent à leur pratique professionnelle, malgré des formations portant sur le travail en interdisciplinarité et sur l'approche familiale systémique (AFS) basée sur le modèle de Wright et Leahey (2001, 2005). Selon elles, ces formations demeurent limitées pour les aider à dénouer certaines impasses relationnelles vécues auprès de familles, de collègues et de la gestion et, ultimement, ces difficultés auraient un impact sur l'expérience de santé de familles qu'elles soignent.

Les résultats de nombreuses études (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop & Yilmaz, 2009; Barnard, Street & Love, 2006; Barrett & Yates, 2006; Botti, Endacott, Watts, Cairns, Lewis & Kenny, 2006; Catalan, Burgess, Pergami, Hulme, Gazzard & Phillips, 1996; Davis, Kristjanson & Blight, 2003; de Carvalho, Muller, de Carvalho & de Souza Melo, 2005; Ergün, Oran & Bender, 2005; Herschbach, 1992; Isikhan, Comez & Danis, 2004; Kent, Wills, Faulkner, Parry, Whipp & Coleman, 1994; Sherman, Edwards, Simonton & Mehta, 2006) menées auprès d'infirmières en oncologie corroborent les récits des infirmières consultées. Ces écrits rapportent une grande prévalence de détresse psychologique et d'épuisement professionnel chez les infirmières et autres professionnels de la santé qui travaillent auprès de personnes devant faire face à une maladie potentiellement fatale comme le cancer. Selon plusieurs auteurs, les problèmes de détresse et d'épuisement identifiés au sein de la population infirmière spécialisée en oncologie découleraient d'une faible satisfaction face à leur travail, souvent liée aux facteurs suivants : habiletés relationnelles déficientes pour intervenir lors de certaines situations de soins hautement émotives, croyance qu'il est nécessaire de se protéger émotionnellement pour minimiser les risques d'épuisement professionnel, difficultés interprofessionnelles, faible degré d'implication des infirmières dans les prises de décision de l'équipe, faible soutien organisationnel et surcharge de travail. Ces résultats sont corroborés en partie par ceux provenant d'études québécoises (Farber, Deschamps & Cameron, 2002; Roberge, Denis, Cazale, Comtois, Pineault & Touati & al., 2004; Tremblay, 2008) qui se sont intéressées à l'implantation du rôle d'IPO. Certains aspects organisationnels qui affecteraient la qualité de la pratique de ces dernières auprès de familles sont soulevés par ces études: difficulté de négocier une organisation de soins qui les dégagerait de la responsabilité d'accomplir des tâches cléricales et de courtage de services, ce qui est causé, entre autres, par des ressources organisationnelles limitées; difficulté à clarifier

le rôle d'IPO au sein de l'équipe; communications interprofessionnelles difficiles; surcharge de travail.

Kuiper et Pesuit (2004) offrent un éclairage sur ce qui pourrait expliquer la difficulté des IPO à dénouer certaines de ces impasses relationnelles, malgré les formations mises à leur disposition. Ces auteures infirmières prétendent que la plupart des approches pédagogiques utilisées pour développer les compétences relationnelles des infirmières mettent l'accent sur le développement de leur dimension cognitive, c'est-à-dire relative aux connaissances. Ceci signifie que ces approches tentent de soutenir le développement de compétences relationnelles en élargissant le savoir des infirmières sur le système-famille ou le système-équipe, afin qu'elles adoptent de bonnes attitudes et intègrent des interventions infirmières qui augmentent la qualité de leur pratique professionnelle. Or, selon ces auteures, ces apprentissages d'ordre cognitif ne suffisent pas et devraient être soutenus par des stratégies favorisant le développement d'habiletés réflexives ou métacognitives chez les infirmières. Ces habiletés réflexives optimiseraient le développement de leur pensée critique et de leur capacité de résolution de problèmes, en les encourageant à se placer en méta-position face à leur propre pratique, ce qui permettrait aux infirmières d'élargir leur vision des systèmes famille/équipe en considérant leur propre contribution aux problèmes relationnels vécus avec ceux-ci. Le discours de Kuiper et Pesut (2004) rejoint les propos de plusieurs auteures infirmières (Brown & Gillis, 1999 ; Burnard, 1995 ; Burton, 2000 ; Dewing, 1990 ; Greenwood, 1993, 1998 ; Jarvis, 1992 ; Johns, 2009; Johns & Freswater, 2005; Jones, 1995 ; Kim, 1999 ; Lowe & Kerr, 1998 ; Mallik, 1998 ; Newell, 1992, 1994) qui prétendent que le développement d'une pratique réflexive (PR) permet à l'infirmière d'améliorer la qualité de sa pratique professionnelle. En constatant la quantité d'articles sur la PR dans les différentes bases de données scientifiques, il est clair que ce type de démarche est non seulement très prisé au sein de la discipline infirmière et dans d'autres champs professionnels mais également très complexe, comportant une variété de conceptions théoriques, d'objectifs recherchés, d'approches et d'outils réflexifs.

Cette étude repose sur les fondements théoriques d'une PR proposés par les pionniers Argyris et Schön (1999), provenant tous deux du domaine de l'éducation. Ces théoriciens ont été les premiers à pressentir et explorer la contribution d'une PR à l'amélioration des

compétences relationnelles des professionnels. D'autres théoriciens ont élaboré des modèles théoriques sur la PR, en s'inspirant de l'école de pensée d'Argyris et Schön, dont Schwarz (2002, 2008), Schwarz, Davidson, Carlson, McKinney et al. (2005) et St-Arnaud (2009), et ont contribué à enrichir le cadre théorique de cette étude. Leur contribution spécifique est abordée dans le second chapitre de cette thèse. D'autres théoriciens, tels qu'Atkins et Murphy (1995) et Johns (2009), ont développé leur propre modèle de PR en l'appliquant spécifiquement aux sciences infirmières². Cependant, l'investigatrice principale a retenu comme cadre théorique principal celui d'Argyris et Schön et leurs collaborateurs (Argyris & Schön, 1999, 2002 ; Argyris, Putnam & McLain Smith, 1985 ; Schön, 1983, 1987), car il s'est avéré être plus rigoureux et mieux documenté tant aux plans conceptuel qu'empirique en ce qui a trait à la contribution d'une PR à l'amélioration des compétences relationnelles des professionnels.

La prémisse au cœur du cadre théorique de la PR développé par Argyris et Schön et leurs collaborateurs est la *théorie d'action*. Cette théorie soutient que toute action humaine est intentionnelle et que cette intention, qui conduit à l'action humaine, repose généralement sur un savoir tacite et inconscient appelé *théorie d'usage*. L'action professionnelle serait donc guidée par un savoir tacite qui se forme inconsciemment et instantanément, à partir des différents types de savoir formel et informel que le professionnel a intégrés pendant sa vie, dont le savoir provenant de sa propre discipline. Afin de tenter de mieux comprendre le mécanisme de régulation du savoir tacite qui guide l'action professionnelle, Argyris et Schön (1999) ont analysé plusieurs centaines de situations professionnelles. Ces auteurs ont découvert que les principales composantes qui régulent le savoir tacite des professionnels varient en profondeur. Ces composantes sont présentées des plus superficielles aux plus profondes : les conséquences/résultats, les stratégies d'action, les perceptions et croyances et les valeurs et principes. Ces théoriciens ont aussi cherché à comprendre les caractéristiques des composantes du savoir tacite qui menaient à des interactions professionnelles efficaces et satisfaisantes par rapport à des interactions professionnelles qui ne l'étaient pas. Deux modèles se sont dégagés de leur analyse, c'est-à-dire deux façons d'être en relation avec les

² Une analyse critique des cadres théoriques infirmiers et de leur démarche pour soutenir une PR est disponible au chapitre 2 de cette thèse.

autres: le modèle d'approche unilatérale et le modèle d'approche mutuelle³. Ils ont découvert que, lorsque l'interaction est moins efficace et satisfaisante, elle repose généralement sur une approche unilatérale où plusieurs des valeurs ou principes suivants sont présents : gagner, ne pas perdre, agir rationnellement, contenir l'expression des sentiments désagréables et être adéquat et correct. À la lumière des travaux d'Argyris et Schön, l'investigatrice principale de cette étude comprend que ce type d'approche relationnelle favorise la sélection d'actions professionnelles qui ne tiennent pas compte des besoins et de la perspective des autres personnes impliquées dans la relation, ce qui accroît les attitudes défensives. Au contraire, les actions qui conduisent à l'établissement de relations plus satisfaisantes seraient guidées par une approche plus mutuelle qui tient compte des besoins et de la perspective des autres personnes impliquées dans la relation, ce qui augmente les occasions d'apprentissages mutuels. Selon Argyris et Schön (1999), une approche mutuelle est caractérisée par la présence de l'ensemble des valeurs et principes suivants : la transparence, la curiosité, le choix éclairé et libre et la responsabilité personnelle.

Ces théoriciens (Argyris & Schön, 1999) ont également découvert que les professionnels étaient rarement conscients de la présence d'un écart ou d'une dissonance importante entre l'approche dont ils disaient s'inspirer et l'approche qu'ils utilisaient réellement. L'intégration d'une démarche réflexive profonde sur une partie observable de leur pratique, lors de situations insatisfaisantes, leur permettait de prendre conscience de cette dissonance et de la corriger. Les travaux de Schön (1983, 1987) ont confirmé que le développement des habiletés réflexives s'effectuaient d'abord par un retour « sur l'action » passée et que, progressivement, les professionnels pouvaient parvenir à intégrer ces habiletés réflexives « en cours d'action » et donc transformer *in vivo* leur pratique et ses conséquences.

Selon le cadre théorique de cette étude (Argyris & Schön, 1999, 2002; Argyris & al., 1985; Schwarz, 2002, 2008; Schwarz et al., 2005; St-Arnaud, 2009), une PR plus superficielle, c'est-à-dire qui ne dépasse pas une prise de conscience et autocritique des stratégies d'action, ne favoriserait pas le développement de compétences relationnelles qui mènent à une plus grande satisfaction. Au contraire, le développement d'habiletés réflexives

³ Modèle d'approche unilatérale est la traduction libre de *Unilateral Control Model*; modèle d'approche mutuelle est la traduction libre de *Mutual Learning Model*.

plus profondes, jusqu'aux valeurs et principes sur lesquels repose l'action du professionnel, permettrait au professionnel de développer ses compétences relationnelles et interagir de façon plus cohérente, mutuelle et satisfaisante. Les propos de l'infirmière chercheuse Greenwood (1998) abondent dans le même sens. Elle soutient que l'infirmière qui développe une PR profonde où les valeurs et les normes sur lesquelles reposent ses actions sont remises en question lui permet d'améliorer la qualité de sa pratique professionnelle et de la rendre plus désirable.

Les écrits soutiennent qu'une telle PR peut se développer grâce au soutien d'un expert en PR, c'est-à-dire être facilitée ou guidée, ou de façon autodidacte, faisant appel à l'auto-apprentissage ou étant guidée par des personnes non expertes. La plupart des chercheurs et théoriciens s'accordent sur le fait que le développement d'une PR profonde, qui va au-delà des stratégies d'action du professionnel, est plus difficile à atteindre si elle n'est pas guidée. De plus, une PR, qu'elle soit guidée ou non, peut être développée individuellement ou à l'intérieur d'une démarche collective. Le développement d'une PR au sein d'un groupe d'infirmières⁴ comporterait plusieurs avantages ce qui, selon Carter et Walker (2008), favoriserait le développement d'une approche plus démocratique, rendrait les infirmières participantes davantage créatives, multiplierait les opportunités d'apprentissages mutuels, conduirait au développement d'habiletés réflexives plus profondes et favoriserait l'émancipation des infirmières et du groupe. Toutefois, ces auteures rappellent que le codéveloppement d'une PR pourrait, dans certains cas, produire des effets inverses à ceux souhaités pouvant aller jusqu'à nuire aux infirmières participantes. À titre d'exemple, elles mentionnent qu'une approche de groupe pourrait inciter les infirmières à présenter des cas où elles sont moins vulnérables, ce qui risquerait de limiter la profondeur des apprentissages. Une approche de groupe pourrait aussi mener à des conséquences plus néfastes, telles que de générer de l'anxiété, de l'impuissance et de la détresse, de favoriser l'émergence de rapports de force entre les membres et de faire vivre de la coercition au sein du groupe. Pour éviter ce type de conséquences non désirées, certaines conditions seraient essentielles : intégration de différentes façons d'apprendre; légitimité de différences sources de connaissances; capacité

⁴ Dans le cadre de ce projet de recherche, le développement d'une PR au sein d'un petit groupe sera appelé « codéveloppement ».

de soutenir les infirmières qui se retrouvent en position de vulnérabilité; gestion des relations de pouvoir entre les membres de sorte que celles-ci ne nuisent pas au processus démocratique nécessaire aux apprentissages mutuels; respect des règles et des valeurs négociées en groupe, dont la confidentialité. Argyris et Schön (1999) recommandent fortement la présence d'un facilitateur, possédant lui-même des habiletés réflexives profondes, afin de créer un contexte favorisant le développement d'une PR profonde et d'éviter ce type d'effets non désirés.

Plusieurs auteurs croient aussi que le développement d'une PR est favorisé lorsque l'on fait usage d'outils réflexifs (Appleton, 2008; Argyris & Schon, 1999, 2002; Atkins & Murphy, 1994 ; Carlsson, Drew, Dahlberg, & Lützen, 2002 ; Dewing, 1990 ; Girot, 1995 ; Johns, 2009 ; Reid, 1993), à condition que ceux-ci ne soient pas utilisés de façon rigide (Heath, 1998; St-Arnaud, 2009), ce qui permettrait à l'infirmière de se centrer plus rapidement sur le contenu de sa PR plutôt que sur la structure (Appleton, 2008). Les outils réflexifs intégrés dans cette étude sont tirés des travaux d'Argyris et Schön (1999, 2002), Argyris et al., (1985), Schön (1983, 1987), Schwarz, (2002, 2008) ou St-Arnaud, (2009). Ces outils sont utilisés comme points de repère pour aider les infirmières participantes à approfondir leur conscience et leur autocritique du savoir tacite qui a influencé leurs actions et, plus spécifiquement, les actions qui ont généré des conséquences non désirées. Dans le cadre de cette recherche, les outils réflexifs utilisés⁵ seront minutieusement étudiés afin de connaître leur capacité à créer les conditions favorables à l'approfondissement de la prise de conscience et au développement de l'autocritique des IPO.

Bien qu'il existe un appui théorique favorable au développement d'une PR dans la discipline infirmière, l'ensemble des chercheurs soulignent que les recherches traitant de l'influence d'une PR profonde sur la pratique infirmière sont insuffisantes. A cet égard, des écueils empiriques importants ont été soulevés dans les écrits et sont brièvement présentés ci-dessous. La recension des écrits élaborés dans le 2^e chapitre de cette thèse fait état de ces écueils de façon plus détaillée.

⁵ Dans le cadre de ce projet, le modèle d'approche unilatérale, le modèle d'approche mutuelle, l'échelle d'inférences, le test personnel d'efficacité et l'outil à colonnes sont utilisés comme outils réflexifs pour soutenir le développement d'une PR par les IPO. Ces outils sont explicités dans le 2^e chapitre de cette thèse

Quelques études (Cirocco, 2007; Gustafsson & Fagerberg, 2004 ; Mantzoukas & Jasper, 2004; Sutton & Dallay, 2008) présentent des limites importantes sur le plan théorique, puisqu'elles ne précisent pas de façon explicite la profondeur de PR visée, ni le cadre théorique sur lequel s'appuie la PR développée par les infirmières participantes. De plus, l'absence d'information sur la présence ou non d'un guide pour soutenir le processus d'intégration d'une PR par les infirmières participantes, démarche décrite comme complexe par la plupart des auteurs, peut expliquer l'impact limité de la PR sur la pratique de ces infirmières participantes.

L'étude menée par Duke et Appleton (2000) soutient qu'il est plus exigeant pour les infirmières de développer des habiletés réflexives profondes, telles qu'une analyse des sources de savoir et du contexte qui ont influencé l'action infirmière et la planification d'actions. Ces données sont intéressantes car elles sous-entendent qu'il est plus difficile pour les infirmières d'autocritiquer leurs façons de comprendre et percevoir une situation. Or, selon St-Arnaud (2009), l'autocritique est une habileté importante pour parvenir à transformer ce type de composantes d'une pratique professionnelle. L'étude de Duke et Appleton (2000) comporte toutefois des limites importantes sur le plan méthodologique. En effet, ces auteures ont eu recours à une grille d'observation structurée pour évaluer le niveau de profondeur des habiletés réflexives développées par les étudiantes infirmières. Une telle évaluation est très réductionniste, en plus de ne pas tenir compte du contexte plus large dans lequel s'effectue la pratique de ces infirmières. Ce type d'approche est dissonant avec les fondements philosophiques et théoriques sur lesquels repose une PR. Il ne permet pas de valider avec les infirmières participantes l'évaluation de la profondeur des habiletés réflexives qu'elles ont développée, ni l'utilité de celles-ci au sein de leur pratique professionnelle, en l'occurrence dans le cas professionnel traité. De plus, comme il est connu que l'intégration d'habiletés réflexives se fait progressivement, ce type de stratégies évaluatives ne permet pas de distinguer la profondeur des habiletés réflexives acquises par rapport à leur capacité de les mettre ou non en œuvre dans certains contextes ou situations de soins plus complexes. Enfin, ce type d'approche méthodologique ne permet pas de comprendre les éléments ayant pu faciliter ou restreindre l'intégration d'une PR profonde par les infirmières participantes, lors de ces événements précis.

La plupart des autres études infirmières retenues dans cette analyse critique de la problématique (Glaze, 2001 ; Graham, 2000 ; Liimatainen, Poskiparta, Karhila & Sjögren, 2001; Paget, 2001 ; Peden-MacAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck & Meiers, 2005) étaient particulièrement intéressantes, car elles avaient pour but explicite d'explorer l'influence du développement d'une PR profonde par un groupe d'infirmières. L'ensemble de ces recherches semblent appuyer le fait que le développement d'une PR profonde permet aux infirmières d'effectuer des changements au sein de leur pratique qui vont au-delà de l'aspect technique de leur rôle. Certaines infirmières de ces études ont affirmé que l'approfondissement de leur conscience avait transformé leur façon de comprendre et d'agir avec l'autre et avait favorisé la résolution de certains problèmes professionnels. Plus précisément, deux études (Graham, 2000 ; Peden-MacAlpine et al., 2005) soutiennent que le développement d'une pratique infirmière réflexive a influencé positivement la qualité des relations thérapeutiques auprès de patients/familles. Plusieurs de ces études rapportent aussi que l'infirmière qui développe une PR profonde influence certains aspects de son équipe à savoir : une plus grande cohésion, l'implantation plus rapide de changements, l'amélioration de la communication interprofessionnelle et le développement d'habiletés réflexives par d'autres collègues. Selon les infirmières participantes, l'identité professionnelle, la confiance en soi, l'ouverture et l'affirmation de soi sont autant d'aspects influencés par le développement d'une PR profonde. Enfin, l'étude de Paget (2001) rapporte qu'environ 75% des répondants de son étude poursuivent régulièrement des activités réflexives et de façon autonome plus d'un an après leur formation, ce qui les aide ainsi à revoir constamment leur pratique professionnelle. Ces résultats soutiennent le discours d'auteurs infirmières (Atkins & Murphy, 1994 ; Jarvis, 1992 ; Reid, 1993) qui prétendent que le développement d'une PR profonde permet d'apprendre comment apprendre.

Toutefois, même si les résultats de ces études sont prometteurs, ces recherches comportent des limites méthodologiques importantes. Très peu d'informations sont fournies sur les changements effectués au sein de la pratique de ces infirmières, c'est-à-dire sur les composantes de leur savoir tacite qui sont transformées et sur la nature de ces transformations. Aucune de ces études ne documente *comment* elles sont parvenues à faciliter le développement d'habiletés réflexives profondes ni *comment* ce type d'habiletés, une fois acquis, conduit à la transformation de la pratique infirmière et aux conséquences rapportées

sur la relation thérapeutique, sur l'équipe et sur les infirmières qui développent de telles habiletés. Les choix méthodologiques privilégiés par ces études ne permettent pas au chercheur de comprendre les processus qui conduisent au développement d'habiletés réflexives profondes, ce qui limite la transférabilité de ces résultats. Le chercheur ne peut s'inspirer des résultats de ces études pour soutenir le développement d'habiletés réflexives profondes auprès d'autres groupes d'infirmières. Enfin, peu d'études ont évalué l'influence d'une pratique infirmière réflexive sur l'équipe ou sur l'expérience de santé de familles, en tenant compte de la perspective de ces groupes d'acteurs.

En considérant les écueils scientifiques soulevés, une recherche-action participative a été privilégiée pour guider ce projet doctoral. La recherche-action se veut une approche méthodologique essentiellement constructiviste, où la connaissance se développe par l'action qui en est tout autant le fondement que le but final. La recherche-action est « conscientisante », appelant à une PR susceptible de faire émerger les problèmes et expériences vécus par les professionnels en leur donnant la parole (Fontaine & Vonarx, 2010). Ce projet de recherche poursuit donc le but d'explorer et de documenter de quelle façon la facilitation d'une PR, de type codéveloppement, peut parvenir à transformer la pratique professionnelle d'IPO à partir de leurs expériences vécues. Selon le discours théorique, une PR constitue une activité expérientielle, contextualisée et autocritique qui pourrait permettre aux infirmières d'apprendre continuellement de leur pratique et les aider à faire face plus efficacement aux défis relationnels qu'elles rencontrent. Ce projet doctoral cherche donc à mieux comprendre ce qui, dans la facilitation d'une PR, peut conduire à un approfondissement de leur prise de conscience et au développement de leur autocritique menant à des interactions plus efficaces et satisfaisantes au plan relationnel et à des effets personnels, organisationnels et cliniques, tels que rapportés dans les écrits. Cette étude est donc importante et pertinente pour les IPO, pour les organisations de santé qui offrent des services et soins infirmiers en oncologie, pour les familles qui bénéficient de leurs soins ainsi que pour la formation et la recherche infirmière qui s'intéressent à la facilitation d'une PR, de type codéveloppement, et à son influence potentielle sur les compétences relationnelles de l'infirmière de même que sur d'autres dimensions personnelles, organisationnelles et cliniques.

But de la recherche⁶

Cette recherche-action participative a pour but de documenter le processus de facilitation d'une PR, de type codéveloppement, et d'explorer son influence sur les compétences relationnelles des IPO et sur d'autres dimensions à la fois personnelles, organisationnelles et cliniques.

Questions de recherche

- 1) Quels éléments favorisent la facilitation d'une PR, de type codéveloppement?
- 2) Est-ce que ce processus permet de développer une pratique réflexive profonde?
- 3) Jusqu'à quel point la profondeur de la PR favorise le développement de compétences relationnelles?
- 4) S'il y a des changements sur le plan des compétences relationnelles, quelle est la nature de ces changements?
- 5) S'il y a des changements sur le plan des compétences relationnelles, quels sont leurs effets...
 - a) Sur les infirmières elles-mêmes?
 - b) Sur des membres de leur équipe de travail?
 - c) Sur des familles touchées par le cancer?

⁶ Le titre, le but de l'étude ainsi que le nom donné aux phases de l'étude qui apparaissent dans les divers guides d'entretien de cette recherche et les formulaires de consentement éclairé des groupes de participants à l'étude et qui sont annexés à cette thèse sont différents de ceux retrouvés dans les pages titres et le corps de l'ouvrage de cette thèse. Ces différences témoignent du caractère émergent du processus de recherche et de ses composantes, en cours de projet.

Chapitre 2 : recension des écrits

La recension des écrits de cette thèse se divise en deux sections. La première partie présente des études ayant exploré les défis auxquels des infirmières travaillant dans le domaine de l'oncologie sont confrontées dans leur pratique professionnelle, principalement en ce qui concerne leurs compétences relationnelles. La seconde partie a pour but de présenter le cadre théorique et les outils réflexifs sur lesquels repose la pratique réflexive (PR) de cette étude, d'offrir une brève critique d'approches réflexives et de faire état de données empiriques qui ont guidé les prises de décision méthodologiques présentées au chapitre suivant.

Défis liés à la pratique d'infirmières en oncologie

Des études portant sur les défis reliés à la pratique d'infirmières en oncologie, surtout sur le plan relationnel, ont été recensées dans les bases de données infirmières. Ces études offrent un éclairage significatif sur différentes difficultés qui influencent leur pratique auprès de familles touchées par le cancer. La plupart des résultats de ces études corroborent les récits anecdotiques d'infirmières pivots en oncologie (IPO) rencontrées lors de la phase d'élaboration du projet. Les facteurs rapportés dans ces études ont été regroupés en quatre catégories : professionnels, familiaux, interprofessionnels et organisationnels.

Quelques facteurs d'ordre professionnel et susceptibles d'influencer leur pratique auprès de familles ont été mentionnés par les infirmières en oncologie. Le manque d'expérience et d'habiletés relationnelles pour intervenir lors de situations plus complexes a été soulevé par Davis, Kristjanson et Blight (2003) et par Ramirez, Graham et Richard (1996). Ces auteurs mentionnent que les infirmières en oncologie ont identifié ce manque d'habiletés relationnelles comme l'un des facteurs qui génère le plus de stress chez elles. Une autre composante professionnelle signalée par Botti, Endacott, Watts, Cairns, Lewis et Kenny (2006) et dégagée des propos de participantes infirmières en oncologie c'était de croire qu'elles devaient se protéger du monde émotionnel des patients afin de diminuer le risque d'épuisement professionnel. Selon des résultats provenant de certaines études recensées, ces divers facteurs ont un impact sur la qualité de la relation entre l'infirmière et la famille.

Quelques études (Botti & al., 2006; Catalan, Burgess, Pergami, Hulme, Gazzard & Phillips, 1996; Davis & al., 2003; Ramirez et al., 1996) ont aussi rapporté des caractéristiques familiales qui avaient une influence sur la capacité des infirmières à établir une relation satisfaisante auprès de familles touchées par le cancer, telles que: présence de conflits au sein de la famille; perception que la famille ou le patient est en déni face à son état de santé; présence d'une attitude de surprotection du membre atteint de cancer; présence de détresse psychologique ou de dépression au sein de la famille et patients plus jeunes ou familles composées de jeunes enfants. D'autres auteurs ont aussi indiqué une plus grande difficulté des infirmières à intervenir face à des conflits intrafamiliaux ou lorsque que la famille manifestait un besoin de soutien émotionnel (Catalan & al., 1996; Herschbach, 1992). Dans le même ordre d'idées, le fait de ressentir qu'elles ne pouvaient parvenir à soulager la souffrance de familles, lors de leur transition de la phase active à la phase palliative de la maladie, lors de la phase terminale du cancer ou lors de périodes d'incertitude ou d'attente (Botti & al., 2006; de Carvalho, Muller, de Carvalho & de Souza Melo, 2005; Kent, Wills, Faulkner, Parry, Whipp & Coleman, 1994), générait beaucoup de stress pour les infirmières. Ces différentes situations familiales comportaient un degré élevé de difficulté parce qu'elles nécessitaient, selon les infirmières, la mise en œuvre d'habiletés relationnelles plus avancées, alors qu'elles se sentaient peu outillées pour y faire face.

Sur le plan interprofessionnel, plusieurs difficultés ont été rapportées, dont l'absence d'un plan de traitement concerté, une communication interprofessionnelle difficile et la présence de conflits au sein de l'équipe de soins (Botti & al., 2006; Davis & al., 2003). Les infirmières (n=60) d'un milieu de soins spécialisés en oncologie de l'Australie et ayant participé à l'étude de Davis et al. (2003) ont ajouté que la communication interprofessionnelle constituait le second facteur le plus déterminant de la qualité de leur relation thérapeutique avec les familles, particulièrement parce qu'elles avaient souvent accès à des informations sur l'état de santé du patient, bien avant ces familles, ce qui les plaçait dans une situation très inconfortable au moment de l'intervention. Dans l'étude de Barrett et Yates (2002), environ le tiers des infirmières en oncologie/hématologie (n=243) ont affirmé être insatisfaites du faible sentiment d'appartenance à l'équipe et du peu d'intégration de leur point de vue infirmier dans les conversations interdisciplinaires.

Enfin, quelques facteurs liés au contexte organisationnel, dont le manque de temps et la surcharge de travail, ont été soulevés parce qu'ils affectaient la qualité de la pratique familiale d'infirmières en oncologie (Botti & al., 2006; Davis & al., 2003). On a également noté des problèmes en termes d'espace et d'intimité, ce qui ne permettait pas d'établir un lien plus humain et personnalisé auprès de familles. L'étude de Barrett et Yates (2002) soutient que la charge de travail excessive liée à l'organisation des soins infirmiers était identifiée comme une préoccupation majeure chez environ 40% des infirmières en oncologie/hématologie de leur étude. Cette surcharge était attribuée en grande partie à la pénurie du personnel infirmier.

Quelques écrits rapportent que la santé et la qualité de vie de l'infirmière en oncologie risquent d'être affectées si celle-ci se retrouve régulièrement en situation d'insatisfaction face aux soins qu'elle prodigue à la clientèle (Alacacioglu, Yavuzse, Dirioz, Oztop & Yilmaz, 2008; Barnard, Street & Love, 2006; Catalan et al., 1996; Ergün, Oran & Bender, 2005; Sherman, Edwards, Simonton & Mehta, 2006). Barrett et Yates (2002) rapportent que près de 70% des infirmières de leur étude ressentaient un niveau de stress élevé et étaient préoccupées par le risque d'épuisement émotionnel. En outre, Davis et al. (2003) mentionnent que l'expérience de difficultés auprès de collègues et de patients/familles génère souvent des sentiments de frustration et de culpabilité chez les infirmières en oncologie, en plus d'alimenter leur propre perception d'être incompetentes. Quelques auteurs (Barrett & Yates, 2002; Botti & al., 2006; Ergun & al., 2005) soulèvent le manque d'études qui traitent de la santé psychologique des infirmières dispensant des soins à des patients auxquels on a diagnostiqué un cancer.

En somme, plusieurs facteurs, qu'ils soient professionnels, familiaux, interprofessionnels et organisationnels, influenceraient la qualité des soins offerts par l'infirmière en oncologie, particulièrement au plan relationnel, ce qui limiterait la capacité de cette dernière de répondre efficacement aux besoins d'accompagnement et de soutien de la population vivant une expérience de cancer. Le cadre théorique de la PR et ses outils qui sont exposés dans le texte suivant offrent des avenues pertinentes qui visent à aider les IPO à améliorer leurs compétences relationnelles et, ainsi, à résoudre les difficultés relationnelles en lien avec ces facteurs professionnels, familiaux, interprofessionnels et organisationnels.

Le but ultime de cette démarche est d'aider les IPO à développer leurs compétences relationnelles, de sorte qu'elles puissent influencer positivement l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer.

Fondements théoriques d'une PR et de sa facilitation

Cette partie de la recension présente le cadre de référence théorique sur lequel repose l'intervention de ce projet : la facilitation d'une PR. Elle est divisée en quatre sections. Dans un premier temps, le cadre théorique sur la PR de cette étude et les outils réflexifs qui sont utilisés pour faciliter le développement d'une PR sont décrits. Puis, une brève analyse critique de cadres théoriques infirmiers sur la PR et des outils réflexifs qu'ils proposent pour soutenir une PR est présentée. Enfin, la recension se termine par une revue de l'état des connaissances qui concerne la facilitation d'une PR et son influence sur la pratique infirmière.

Cadre théorique sur la PR et les outils réflexifs

Argyris et Schön (1999), provenant tous deux du domaine de l'éducation, sont les premiers théoriciens qui ont soulevé le fait que, lors de situations professionnelles complexes, la mobilisation de deux catégories de compétences rendait le professionnel plus efficace (Smith, 2011). La première catégorie concerne les compétences liées au savoir-faire ou à la rationalité technique d'une profession. Il s'agit de l'utilisation appropriée de modèles, théories et techniques d'une discipline à des moments déterminés de la pratique professionnelle, afin de résoudre le contenu des problèmes rencontrés (Smith, 2011). La deuxième catégorie porte sur les compétences interactionnelles ou relationnelles. Elles sont décrites comme étant les habiletés du professionnel à interagir efficacement avec les autres afin d'atteindre des objectifs partagés ou lors de la résolution de problèmes. Lors des travaux de recherche menés par les pionniers Argyris et Schön et leurs collaborateurs (Argyris, Putnam & McLain Smith, 1985; Argyris & Schön, 1999, 2002; Schön, 1983, 1987), ceux-ci ont élaboré un cadre théorique qui avait pour objectif d'aider les professionnels à développer cette dernière catégorie de compétences.

Selon Argyris et Schön (1999), la prémisse théorique à la base d'une PR est la *théorie d'action*. Cette théorie soutient que toute action humaine est intentionnelle. Il existerait deux

types de théories d'action utilisées dans toute pratique professionnelle : les *théories de référence* et les *théories d'usage*. Les théories de référence sont celles auxquelles un professionnel dit se référer lorsqu'on lui demande comment il se comporterait ou comment il s'est comporté à tel ou tel moment. Ces théories proviennent souvent du champ disciplinaire du professionnel, ce qui correspond aux normes et standards de pratique que certains théoriciens (Carper, 1978; Johns, 2009) décrivent comme étant un savoir empirique. Les théories d'usage, quant à elles, sont celles qui guident réellement les comportements du professionnel lorsqu'il est en intervention. Le savoir sur lequel s'appuie toute *théorie d'usage* serait généralement tacite et inconscient. Ce type de savoir correspondrait au savoir esthétique de l'infirmière décrit par Carper (1978) et qui traduit sa façon de comprendre, interpréter, percevoir et agir pour accomplir ce qu'elle croit devoir accomplir. Ce savoir esthétique se développerait à même les différents types de savoirs formels et informels que l'infirmière a intégrés pendant sa vie, dont les savoirs empirique, personnel, éthique et expérientiel (Carper, 1978; Johns, 2009).

Le savoir tacite serait d'une grande puissance, en ce sens qu'il serait intériorisé et se mettrait en place instantanément et sans effort (Schwarz, 2005). De plus, les travaux de recherche d'Argyris et Schön (1999) portent à croire que les professionnels sont rarement conscients de la présence d'un écart ou d'une dissonance importante entre leur savoir tacite et les *théories de référence* sur lesquelles ils disent appuyer leur pratique. Par conséquent, pour connaître le savoir tacite qui guide la pratique d'un professionnel, il ne suffit pas de lui poser la question, mais d'effectuer une observation minutieuse de sa pratique et d'entreprendre une réflexion profonde et critique de celle-ci.

Argyris et Schön (1999) ont cherché à comprendre le mécanisme qui régule le savoir tacite qui guide l'action professionnelle. Pour ce faire, ils ont analysé plusieurs centaines de situations professionnelles. Quatre composantes qui varient en profondeur semblent réguler le savoir tacite sur lequel s'appuie l'action professionnelle. Celles-ci sont présentées en partant des plus superficielles jusqu'aux plus profondes (voir figure ci-dessous): les conséquences/résultats; les stratégies d'action; les présuppositions qui orientent la façon de percevoir et interpréter; et les valeurs ou principes. Ces auteurs se sont aussi questionnés sur

les caractéristiques des composantes du savoir tacite qui menaient à des interactions professionnelles efficaces et celles qui menaient à des interactions moins efficaces.

Figure 1 : Composantes du savoir tacite sur lequel repose l'action professionnelle



Finalement, les travaux de recherche d'Argyris et Schön (1999) portant sur les caractéristiques des composantes du savoir tacite qui guident les actions professionnelles menant à des interactions efficaces et satisfaisantes par opposition à des interactions non efficaces et insatisfaisantes ont conduit à l'émergence de deux modèles qui ont été bonifiés par Schwarz (2002, 2008) et Schwarz et al. (2005): le modèle d'approche unilatérale, surnommé le modèle 1 (M1) et le modèle d'approche mutuelle, surnommé le modèle 2 (M2)⁷. Ces modèles sont au cœur de leur cadre théorique sur la PR. Dans ce projet, ces modèles sont utilisés comme outils réflexifs pour soutenir le développement d'une PR chez les IPO. Avant de présenter ces deux modèles, il semble justifié de préciser ce que signifie une interaction professionnelle *efficace*, puisque Argyris et Schön (1999, 2002) et d'autres théoriciens (Schwarz, 2002; Schwarz et al., 2005; St-Arnaud, 2009) ayant été influencés par l'école de pensée d'Argyris et Schön soutiennent que la finalité poursuivie par une PR est d'aider le professionnel à accroître l'*efficacité* de ses interactions professionnelles, afin qu'il éprouve une plus grande satisfaction liée à son travail. L'*efficacité* d'une interaction est

⁷ Modèle d'approche unilatérale est la traduction libre de *Unilateral Control Model*; modèle d'approche mutuelle est la traduction libre de *Mutual Learning Model*. La version de ces modèles présentée dans cette thèse est celle proposée par Schwarz (2008).

définie par St-Arnaud (2009) comme étant la qualité d'une interaction à atteindre le but visé, en minimisant le plus possible les effets secondaires indésirables pour soi et les autres. En d'autres mots, une évaluation de l'efficacité d'une interaction qui ne tiendrait compte que de l'atteinte ou non d'objectifs rationnels établis par le professionnel ou promus par une discipline ou une organisation serait déficiente, selon la définition proposée précédemment. Ce n'est pas que ce type d'évaluation objective ne soit pas pertinent mais plutôt que, s'il est employé seul, il comporte des pièges et limites importants.

Dans la société actuelle et ses nombreuses organisations, l'évaluation objective de l'efficacité est très répandue et sert souvent de mesure dans l'évaluation de la performance individuelle ou organisationnelle. Par exemple, la performance professionnelle aura tendance à être évaluée seulement à partir de critères rationnels et quantifiables, tels que le nombre de mandats réalisés, la durée de séjour de la clientèle et le nombre de consultations professionnelles effectuées. Malheureusement, ce type d'évaluation essentiellement objective ne permet pas de tenir compte de «*facteurs humains*» (St-Arnaud, 2009, p.90) ou résultats moins tangibles de la pratique professionnelle. De plus, l'évaluation objective ne considère pas l'interdépendance entre les différents éléments d'un système qui contribuent à l'atteinte ou non d'objectifs rationnels. Par conséquent, une telle évaluation risque de limiter l'identification d'effets collatéraux insidieux et indésirables et de ne pas être en mesure de considérer l'impact de ces effets, parfois significatif, sur l'efficacité professionnelle globale.

Ces effets négatifs risquent de maintenir le professionnel ou son organisation dans une inefficacité paralysante à moyen et long termes. Par exemple, une infirmière pourrait se dire satisfaite d'avoir aidé une patiente à faire entendre son désir de mettre fin à ses traitements de chimiothérapie aux autres membres de sa famille. Toutefois, ses interventions qui ont aussi eu comme effets collatéraux de briser son lien de confiance avec les autres membres de la famille et ont donc eu une conséquence importante non désirée seraient moins satisfaisants. Conséquemment, même si l'infirmière a atteint l'objectif visé au départ, c'est-à-dire aider la patiente à exprimer à sa famille son désir de mettre fin à ses traitements de chimiothérapie, l'effet indésirable produit auprès des autres membres de la famille ferait probablement en sorte qu'elle ne pourrait pas qualifier ses interventions comme étant efficaces et satisfaisantes.

Dans ce projet, la PR proposée souhaite permettre au professionnel de développer les habiletés qui lui permettront d'évaluer l'efficacité globale de ses interactions professionnelles, en tenant compte de son évaluation subjective et le rendant plus conscient des résultats moins tangibles qui en découlent. Or, les travaux d'Argyris et Schön (1999) ont permis de faire émerger deux modèles d'approche. Le premier, le modèle d'approche unilatérale, risque de mener à des interactions professionnelles inefficaces et générant de l'insatisfaction. Au contraire, le modèle d'approche mutuelle conduit généralement à des interactions professionnelles plus efficaces et satisfaisantes.

Modèle d'approche unilatérale

Le modèle d'approche unilatérale (M1) a émergé suite à l'analyse d'interactions professionnelles vécues comme inefficaces et insatisfaisantes. Argyris et Schön (1999) prétendent que c'est le modèle que la plupart des gens utilisent pour guider leurs actions lorsqu'ils sont confrontés à des situations psychologiquement menaçantes ou potentiellement embarrassantes. Toujours selon ces théoriciens, lorsque les professionnels agissent selon le M1, ils adhèrent implicitement et souvent inconsciemment à l'ensemble ou à un mélange de certaines des valeurs ou principes suivants : atteindre leurs buts à travers un contrôle unilatéral; gagner, ne pas perdre; minimiser l'expression des sentiments négatifs; agir rationnellement. Les valeurs ou principes orientent le mode de pensée. Par conséquent, les valeurs et principes de ce type d'approche conduisent souvent aux stratégies d'actions suivantes, retrouvées dans le M2 présenté par Schwarz (2002) : défendre sa vision sans s'enquérir de connaître celle des autres; ne partager certaines informations qui pourraient influencer une prise de décision, ne pas partager son raisonnement, agir à partir d'interprétations non validées, contrôler le but et l'approche de la conversation, éviter certains sujets ou tenter de « sauver la face » et ne pas discuter ouvertement du processus de prise de décisions.

Il peut paraître étrange que la plupart des professionnels qui se retrouvent face à des impasses relationnelles adoptent ce type d'attitudes défensives, compte tenu des conséquences néfastes et de l'insatisfaction qui en découlent. Selon Argyris et Schön (1999), les professionnels ne sont généralement pas conscients qu'ils adoptent ce type d'approche, parce que ce modèle se transmet implicitement dès la naissance et qu'il est renforcé tout au

long de la vie, d'abord par les parents et à l'école et, par la suite, au sein des différentes institutions académiques et organisations de la société.

Les valeurs et les présuppositions de ce type d'approche défensive favorisent le développement de relations interpersonnelles fondées sur des enchaînements de perceptions et d'inférences tacites et utilisées unilatéralement, c'est-à-dire des interprétations souvent inconscientes et utilisées sans les avoir validées ouvertement (Schwarz & al., 2005). L'inférence est une interprétation de l'intention, du raisonnement, des pensées ou des actions d'une personne ou d'un groupe de personnes. Voici un exemple d'inférence pouvant être rencontrée: lors d'une rencontre, un collègue baille pendant que vous présentez; vous inférez donc silencieusement que cette personne vous trouve ennuyeux, même si elle ne le dit pas clairement. Schwarz et al. (2005) précisent que ces processus d'inférence et de perception sont utiles, car c'est à travers eux que les personnes donnent sens à leurs expériences et à leurs relations avec les autres. Toutefois, l'absence de validation des inférences et des perceptions auprès des personnes concernées peut faire en sorte qu'elles ne soient plus considérées comme des interprétations mais comme des faits, ce qui pourrait inciter à agir avec les autres comme si elles étaient vraies.

Schwarz (2002) prétend qu'une approche qui s'appuie sur des interprétations non validées risque d'aggraver les situations déjà difficiles ou conflictuelles et d'en générer de nouvelles. Ceci favoriserait également l'émergence de raisonnements défensifs et conduirait aux comportements et réactions suivantes : défendre sa position; conserver pour soi son raisonnement; ne pas chercher à comprendre le raisonnement des autres; faire des easy-in, c'est-à-dire s'engager en façade, se conformer ou mettre l'accent sur la diplomatie aux dépens de la transparence; se protéger ou protéger les autres de façon unilatérale (Argyris & Schön, 1999; Schwarz & al., 2005). Ces comportements ont pour but de minimiser les sentiments négatifs et les attitudes défensives des autres. Pourtant, à la suite des analyses des histoires de cas rapportées, Argyris et Schön (1999) ont noté que l'utilisation de ces stratégies conduisait, au contraire, à ces conséquences non désirées, dont des problèmes de compréhension, des conflits, des comportements défensifs, une diminution de la qualité de vie au travail (Schwarz & al., 2005) et une capacité moindre d'aider le client, but ultime de toute pratique professionnelle (Argyris & Schön, 1999). Ce que l'investigatrice retient du

modèle d'approche unilatérale c'est qu'il conduit à des actions professionnelles qui n'ont pas tenu compte des besoins et du point de vue de l'ensemble des personnes impliquées dans une relation, incluant parfois aussi le point de vue du professionnel.

Modèle d'approche mutuelle

Le modèle d'approche mutuelle (M2), contrairement au M1, promeut une pratique professionnelle d'une plus grande qualité, particulièrement en présence de situations difficiles. Il repose sur un processus d'apprentissages mutuels qui valorise les perceptions et les inférences ayant un niveau d'interprétation plus près des faits directement observables que le professionnel cherchera à valider auprès des gens concernés (Argyris & Schön, 1999; Schwarz & al., 2005).

La première valeur défendue par ce modèle est la *transparence*, ce qui signifie partager toute information pertinente (Schwarz, 2008), incluant les sentiments, pensées, raisonnements, conclusions et autres éléments pouvant être reliés à la situation soumise à la réflexion. Cette valeur permet aux autres personnes qui interagissent avec le professionnel « *d'avoir une meilleure compréhension et de déterminer de façon indépendante si l'information fournie fait sens pour elles* » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 41]. Un autre principe, la *curiosité*, peut se manifester par l'exploration du point de vue de l'autre ou par la validation de toute perception ou inférence qui pourrait influencer la relation ou la prise de décision (Schwarz, 2008). Un deuxième principe concerne la possibilité de faire des *choix informés et libres*. Les choix libres sont faits en tenant compte de ses propres besoins et convictions personnelles, sans subir la pression ou la manipulation de quelqu'un ou d'un groupe (Schwarz, 2005a). Pour permettre l'accès à des choix informés, la valeur *transparence* est nécessaire. Un autre principe important ne peut être intégré que lorsque les autres valeurs ou principes sont présentes; il s'agit de s'engager intérieurement lorsque l'on fait un choix et d'*assumer la responsabilité de ses choix et leurs conséquences*. Enfin, la dernière valeur du modèle est la *compassion* (Schwarz, 2005a, 2008). Elle se caractérise par l'adoption d'une attitude d'ouverture, d'empathie et de bienveillance envers les autres et soi-même, en suspendant ses jugements de valeur. La *compassion* encourage

l'atteinte des autres valeurs et principes. Le modèle d'approche mutuelle repose sur la cohabitation de ces cinq valeurs ou principes (Schwarz, 2002, 2008).

Schwarz (2002, 2005a, 2008) a identifié neuf règles ou stratégies d'action qui sont cohérentes avec les valeurs et principes du M2: présenter son point de vue tout en s'intéressant, avec authenticité, à celui des autres; partager toute information qui pourrait influencer des choix individuels ou collectifs; partager son raisonnement et son intention ouvertement; valider ses interprétations auprès des personnes concernées; négocier ensemble les étapes suivantes, se centrer sur les intérêts et besoins des personnes impliquées, non sur leurs positions; « mettre le poisson sur la table » ou parler directement de sujets qui délicats ou tabous; et utiliser un processus de prise de décision qui génère le niveau d'engagement nécessaire.

Selon Argyris et Schön (1999, 2002) et Schwarz (2002) et Schwarz et al. (2005), lorsqu'un groupe parvient à intégrer une pratique plus près des valeurs du M2, des répercussions positives en découlent : une augmentation de la compréhension, une diminution des conflits, de la méfiance et des patterns relationnels non résolus, une plus grande efficacité et une meilleure qualité de vie au travail. À la lumière des composantes du M2 proposé par Schwarz (2002, 2008), l'investigatrice principale comprend qu'une approche mutuelle implique des compétences relationnelles qui favorisent une prise en considération des besoins et du point de vue des diverses personnes impliquées dans la relation.

Le développement d'une PR a donc pour but d'aider le professionnel à approfondir sa conscience des composantes du savoir tacite qui a influencé ses actions professionnelles insatisfaisantes, d'effectuer une autocritique de ces composantes et de les transformer, afin d'accroître l'efficacité de ses interactions professionnelles, efficacité qui s'évalue en tenant compte de la satisfaction des diverses personnes impliquées dans la relation. L'autocritique implique l'évaluation de la cohérence interne du savoir tacite devenu explicite et l'évaluation de la présence de dissonance entre ce savoir tacite et les normes, théories ou modèles sur lesquels le professionnel dit appuyer ses actions professionnelles.

Dans cet ordre d'idées, Argyris et Schön (1999, 2002) prétendent que le professionnel en PR est à la recherche d'erreurs au sein de son savoir tacite, en vue de les corriger, erreurs

ayant contribué à la création, au maintien ou à l'aggravation du problème soulevé. St-Arnaud (2009) affirme que la notion *erreur* a souvent une connotation négative et, dans le langage courant, signifie une faute ou une action inadéquate. Par conséquent, l'erreur attire généralement le blâme ou réfère à un manque de compétence. Dans ce projet, la notion *erreur* n'est pas définie de cette façon. Elle est plutôt comprise comme étant une « *tentative faite intentionnellement par un professionnel pour produire chez son interlocuteur un effet qui ne s'est pas produit* » (St-Arnaud, 2009, p 90-91). En ce sens, le but de la PR n'est pas de faire en sorte que le professionnel ne commette plus d'erreurs, mais de l'aider à développer une démarche qui facilite la prise de conscience de ses erreurs, afin qu'il devienne de plus en plus habile à les transformer rapidement en actions satisfaisantes pour lui et pour les autres. Cette façon de concevoir la notion *erreur* rejoint la croyance selon laquelle la compétence professionnelle ne repose pas sur l'absence d'erreurs mais sur la capacité d'une personne d'apprendre de ses erreurs (Smith, 1992-1993).

Selon plusieurs théoriciens et chercheurs (Argyris & Schön, 1999, 2002; Greenwood, 1998; Schwarz, 2002; St-Arnaud, 2009), une PR plus superficielle, c'est-à-dire qui ne dépasse pas une prise de conscience et autocritique des stratégies d'action, serait plus limitée pour aider le professionnel à dénouer des impasses relationnelles, car elle ne permettrait pas de déceler la présence d'incohérences ou d'erreurs qui seraient en lien avec des composantes plus profondes du savoir tacite. Au contraire, le développement d'habiletés réflexives plus profondes, jusqu'aux valeurs et principes sur lesquels repose l'action du professionnel, permettrait au professionnel d'aller au-delà de l'aspect technique de la relation et de mieux comprendre sa contribution au processus relationnel moins efficace et satisfaisant. Ceci lui permettrait, ensuite, de développer ses compétences relationnelles et d'interagir de façon plus cohérente, mutuelle et satisfaisante.

Outils réflexifs

Pour aider les professionnels à approfondir leur conscience et à développer leur autocritique des composantes du savoir tacite qui avaient guidé leurs actions professionnelles insatisfaisantes, Argyris et Schön et leurs collaborateurs (Argyris & al., 1985; Argyris & Schön, 1999, 2002; Schön, 1983, 1987) ont développé des outils réflexifs, dont les deux modèles présentés dans les pages précédentes. Ces modèles sont utiles pour aider le

professionnel à approfondir sa PR jusqu'au niveau des valeurs et principes et pour l'aider à autocritiquer la cohérence interne de son savoir tacite et sa congruence avec d'autres modèles et approches issus de sa discipline. L'échelle d'inférences et l'outil à colonnes sont deux autres outils réflexifs proposés par Argyris et Schön et leurs collaborateurs. Ils favorisent l'approfondissement de la conscience et de l'autocritique du professionnel en ce qui concerne les interprétations qui ont influencé ses actions professionnelles. Ces outils sont présentés dans les lignes qui suivent.

L'échelle d'inférences

L'échelle d'inférences proposée par Argyris et al. (1985) est un outil visuel utilisé par le professionnel en PR pour l'aider à évaluer le niveau de ses interprétations attribuées à un individu, lors d'une situation donnée. Seul le professionnel peut déterminer le niveau de ses inférences. Lorsqu'un événement se passe, il y a un ensemble de données ou faits directement observables qu'une caméra pourrait capter, tels que les paroles dites et le comportement non verbal. À partir du moment où la personne tente de donner du sens à ce qui se passe entre elle et son interlocuteur, elle amorce sa montée plus ou moins élevée dans l'échelle d'inférences. Chacun des niveaux de cette échelle est brièvement décrit, du plus bas au plus haut, inspiré des travaux d'Argyris et al. (1985).

Données observées et retenues. Chaque situation ou conversation est ancrée dans un contexte complexe qui fournit un nombre incalculable d'informations. Dépendamment du professionnel en PR, influencée entre autres par ses expériences antérieures et son parcours professionnel, seules certaines informations de la relation retiendront son attention et seront sélectionnées, alors que les autres données seront ignorées. Ce processus peut expliquer que deux personnes, ayant été témoins d'un même événement, ne le décrivent pas de la même façon, même si cette différence ne signifie pas que l'une ou l'autre des versions soit erronée. À ce niveau de l'échelle, il y a des faits choisis par la personne qui pourraient être observés par une caméra, par exemple : Marie jette un regard à Jade pendant que je parle.

Hypothèses. À cet étage de l'échelle, la personne commence à interpréter les données qu'elle observe en les traduisant dans ses propres mots ou en émettant des hypothèses sur des aspects de sa relation qui a lieu en ce moment avec l'autre. Voici un exemple que l'on peut

rencontrer: peut-être que Marie jette un regard à Jade pendant que je parle parce qu'elle ne partage pas mon point de vue.

Conclusions et convictions. Les conclusions impliquent un niveau d'inférences plus élevé. À ce niveau de l'échelle, le professionnel donne un sens à ce qui se passe et prend pour acquis que son interprétation de la situation actuelle est *vraie*, sans l'avoir validée auprès de son interlocuteur, par exemple : Marie et Jade ne sont pas intéressées à écouter mon point de vue.

Généralisation. La généralisation est le plus haut niveau d'inférences. Le professionnel, à ce niveau d'interprétation, fait des associations entre son expérience actuelle et d'autres expériences vécues dans le passé, à partir des faits observés et qui pourraient ressembler à : Marie et Jade sont des personnes peu ouvertes aux points de vue différents. Ce type d'inférences risque d'être présent lors d'expériences répétées avec une même personne et alimente la boucle rétroactive insidieuse et inconsciente de l'échelle. Par exemple, si le professionnel se retrouvait en relation avec Marie et Jade, avant même que leur échange commence, il serait inconsciemment habité par l'inférence élevée «Marie et Jade sont des personnes peu ouvertes », ce qui l'amènerait inconsciemment à ne retenir que les faits qui confirment sa perception de Marie et Jade. Il aurait aussi tendance à agir avec elles comme si son inférence était valide, ce qui risquerait de rendre plus nombreux les comportements défensifs de Marie et Jade et de renforcer son inférence.

Outil à colonnes

Selon Argyris (2010), l'outil à colonnes est fondamental pour faciliter le développement d'une PR qui conduit à une pratique professionnelle plus efficace et satisfaisante. Cet outil permet au professionnel d'observer minutieusement une partie de sa pratique, lors de sa PR sur une situation difficile. Plusieurs auteurs soutiennent que de mettre par écrit une situation difficile ou menaçante peut effectivement accroître les prises de conscience et ajouter à la motivation d'apprendre (Atkins & Murphy, 1994; Dewing, 1990; Johns, 1995, 2009). Dans ce projet, ce qui était rapporté dans cet outil servait de point de départ à la PR effectuée par l'infirmière, lors de la rencontre du groupe de PR.

L'outil à colonnes est divisé en trois parties. Tout d'abord, le professionnel décrit brièvement, dans un paragraphe, la situation difficile qu'il a vécue lors de la conversation et

qu'il aurait souhaitée plus efficace. Ensuite, il résume en quelques phrases les stratégies qu'il a utilisées pour tenter de résoudre le problème, en précisant les objectifs visés, les moyens choisis pour y parvenir et les difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre. La dernière étape est l'écriture d'un extrait de conversation représentant la difficulté rencontrée, à l'intérieur de deux colonnes. La colonne de droite comprend le verbatim et les comportements observables, tels que les aurait captés une caméra. Cette reconstitution d'une conversation est une réduction de l'événement qui s'est passé en temps réel et repose sur les souvenirs qu'en a conservés le professionnel. L'important est de tenter de rapporter les faits au plus près de ce dont le professionnel se souvient. La colonne de gauche, quant à elle, contient les pensées, interprétations et sentiments du professionnel qui étaient présentes et qui n'ont pas été partagés à l'interlocuteur au moment de la conversation.

Au début de la phase de facilitation du projet, cet outil comprenait deux colonnes, tel que proposé par Argyris et al. (1985). Toutefois, une troisième colonne a été ajoutée à partir de la seconde rencontre du groupe de PR du premier cycle de recherche. Cette décision a été inspirée de l'outil à colonnes proposé par St-Arnaud (2009). La colonne additionnelle permettait au professionnel d'effectuer le test personnel d'efficacité, décrit dans les lignes qui suivent, pour chaque action professionnelle effectuée pendant la conversation soumise à une PR. Par conséquent, l'outil à colonnes présenté dans cette partie est la version comportant trois colonnes. Elle est disponible à l'annexe A, à la page ii.

Le test personnel d'efficacité

Le test personnel d'efficacité a été développé par St-Arnaud (2009) dans le but de permettre à la personne qui est en PR d'entreprendre une évaluation subjective de l'efficacité de chacune des actions qu'elle a posées, lors d'une interaction professionnelle difficile et insatisfaisante. Selon St-Arnaud (2009), il est important que le professionnel apprenne à évaluer subjectivement la qualité de chaque action posée lors de ces situations, ce que le test personnel d'efficacité permet, voici ses propos :

« Le professionnel, contrairement au technicien, doit créer un dialogue adapté à chaque situation, même s'il est tenu de procéder en respectant les règles de l'art. Sa première source d'information pour évaluer ce qui va et ce qui ne va pas dans ce cheminement par essais et erreurs est ce qu'il ressent. On a raison de ne pas s'appuyer uniquement sur la subjectivité, mais on se prive d'une

source d'information importante si on occulte le ressenti : c'est la voie la plus directe pour évaluer l'efficacité d'une relation. » (p.44)

Ce test aide le professionnel à prendre conscience de son ressenti, c'est-à-dire du sentiment présent lors des moments insatisfaisants de la conversation. De tels moments sont des signaux subjectifs indiquant l'efficacité ou la qualité de chaque intervention du professionnel. Plusieurs théoriciens infirmiers encouragent également l'identification des inconforts ressentis en cours d'action comme activité pour initier une PR (Howatson-Jones, 2010). Le test personnel d'efficacité est très convivial et simple à faire. Il fonctionne avec les couleurs des feux de circulation. Le vert est la couleur indiquée lorsque le professionnel évalue que la réplique de l'interlocuteur lui convient et ne semble pas créer d'effets collatéraux non désirés, tels que se sentir moins en lien avec son interlocuteur. Lorsque la personne se sent sur le « vert », cela signifie qu'elle peut poursuivre dans la même direction. Le jaune, quant à lui, est la couleur qui indique que le professionnel n'a pas tout à fait obtenu le type de réplique auquel il s'attendait, mais qu'il sent quand même une ouverture de la part de l'autre à poursuivre dans cette direction. Enfin, le rouge signifie que la réponse de l'autre va à l'opposé de ce qui était souhaité par le professionnel et signifie que l'objectif visé n'a pas été atteint. Un exemple de situation où le professionnel pourrait identifier une lumière rouge serait celui-ci : son intervention a engendré une attitude défensive chez l'interlocuteur ou un rejet catégorique d'une piste d'intervention. St-Arnaud (2009) soutient que ce test, en plus d'être facilement intégrable dans la pratique quotidienne, permet de garder le professionnel conscient de son ressenti et lui donne un signal rapide de l'efficacité de chacune de ses interventions en cours d'action. Après trois lumières rouges, St-Arnaud suggère de remettre en question son intention, car il y a risque que l'interaction s'avère inefficace et insatisfaisante.

La pyramide d'évaluation

Un dernier outil réflexif utilisé principalement pour guider la démarche du facilitateur expert et de l'investigatrice principale de ce projet est la pyramide d'évaluation proposée par St-Arnaud (2009). La pyramide d'évaluation comprend quatre étages. St-Arnaud (2009) suggère d'effectuer les activités à l'intérieur de chacun de ces étages, lors

d'une PR sur l'action passée. Généralement, la personne monte et redescend les étages à plusieurs reprises au cours d'une PR, idéalement au moins à chaque fois qu'elle évalue une nouvelle composante de sa pratique. Il arrive parfois que certains étages de la pyramide soient omis, même s'il n'est pas recommandé de le faire, surtout lorsqu'il s'agit des étages deux et trois.

1. Au premier étage se retrouve le dialogue reconstitué d'une situation qu'une personne soumet au groupe, quelques jours avant la PR. À cet étage, l'événement unique global est déjà réduit de façon considérable. Seuls s'y retrouvent les faits choisis par la personne en PR. Cette étape est possible grâce à la mémoire affective et cognitive du professionnel. Elle est réalisée à l'aide de l'outil à colonnes qui se retrouve à l'annexe A.
2. Le deuxième étage se nomme *autorégulation reconstituée*. Il s'agit de la période où les membres du groupe, par leurs questions exploratoires, aident la personne en PR à prendre conscience des composantes tacites de sa pratique, telles que son intention, ses perceptions et ses stratégies d'action, et de leur ajustement pendant l'interaction. Ce travail est essentiel car il permet au professionnel de déterminer les composantes de sa pratique qui ont mené aux actions et conséquences retrouvées dans la conversation présentée à l'étage inférieure et, par conséquent, les composantes qui seront soumises à une autocritique. À cet étage de la pyramide, l'autoévaluation subjective de la qualité des actions est prépondérante. Elle est amorcée à l'aide du test personnel d'efficacité qui a été décrit à la section précédente.
3. Le troisième étage correspond à l'étape autocritique. Cet étage ajoute la dimension objective à l'autoévaluation de la qualité de la pratique. Elle correspond à l'autoévaluation du professionnel de la congruence entre sa pratique qui a réellement eu lieu et celle qu'il aurait souhaitée. Le professionnel utilise ses modèles de référence professionnels, culturels et personnels pour faire son autocritique.
4. Le dernier étage est l'espace où les autres membres du groupe de PR se permettent de proposer des idées nouvelles et théories pour expliquer une ou plusieurs composantes de la pratique de la personne en PR. Une fois les idées proposées, le professionnel retourne à l'étape autocritique pour explorer si ces propositions lui conviennent ou font sens pour lui.

Plusieurs auteurs infirmiers (Appleton, 2008; Atkins & Murphy, 1994 ; Carlsson, Drew, Dahlberg, & Lützen, 2002 ; Dewing, 1990 ; Girot, 1995 ; Johns, 2009 ; Reid, 1993) croient également que le développement d'une PR est favorisé lorsqu'il y a utilisation d'outils réflexifs, à condition que ceux-ci ne soient pas employés de façon rigide (Heath, 1998; St-Arnaud, 2009), car ils aident à l'infirmière à se centrer plus rapidement sur le contenu de sa PR plutôt que sur la structure (Appleton, 2008). En outre, il existe des approches réflexives en sciences infirmières, dont celle de Johns (2009) qui est fréquemment citée dans les écrits infirmiers. Toutefois, les approches réflexives infirmières consultées n'ont pas été retenues pour cette étude pour diverses raisons qui sont brièvement présentées ci-dessous.

Analyse critique d'approches réflexives en sciences infirmières

Plusieurs auteurs infirmiers, dont Atkins et Murphy (1995), Bulman et Schutz (2008), Johns (2009), Hawatson-Jones (2010) et Taylor (2000) proposent leur propre approche pour faciliter le développement d'une PR auprès d'infirmières ou font état de diverses approches infirmières qui en proposent. Toutefois, aucune de ces approches n'a été choisie comme cadre de référence de cette étude pour les deux raisons qui suivent. L'ensemble des approches proposées dans ces ouvrages suggèrent des outils réflexifs facilitant l'approfondissement de la conscience de l'infirmière, sans toutefois proposer des outils pour soutenir le développement de l'autocritique de l'infirmière, c'est-à-dire sa capacité d'évaluer la cohérence interne entre les composantes du savoir tacite sur lequel repose ses actions infirmières et la congruence entre ce savoir et les modèles ou théories sur lesquels elle dit appuyer sa pratique. Or, l'autocritique serait une habileté réflexive inhérente à une PR dont le but est de permettre au professionnel de découvrir des alternatives de valeurs, de perceptions et d'actions qui transforment en profondeur sa pratique et la rend plus efficace et satisfaisante (St-Arnaud, 2009). Enfin, les modèles infirmiers sur la PR ne précisent pas le type d'approches ou de compétences relationnelles que permet de développer une PR, ni comment la PR parvient à transformer le processus relationnel entre l'infirmière et ses interlocuteurs. Le cadre théorique de la PR et les outils réflexifs de cette étude permettent de mieux comprendre ce qui compose le savoir tacite sur lequel repose l'action professionnelle efficace

par opposition à l'action professionnelle inefficace et, ainsi, offrent aux novices dans ce type de démarche des points de repère pour guider leur introspection et leur autocritique.

État des connaissances sur la PR

Cette partie de la recension concerne l'analyse d'articles scientifiques portant sur la PR et provenant du domaine infirmier. Une recherche d'articles francophones et anglophones publiés au cours des 10 dernières années - entre 1998 et 2008- dans les bases de données CINAHL et MEDLINE a été effectuée à partir des mots-clés suivants, utilisés seuls ou en combinaisons variées : *reflection*, *reflective practice*, *nursing*, *family nursing* et *nursing practice*. D'autres articles ont été retenus à l'intérieur des listes de références des articles récupérés dans les bases de données. Ces deux stratégies ont permis de répertorier quelques centaines d'articles. Il a donc fallu procéder à une sélection d'articles pour l'analyse.

Ce choix n'a pas été aléatoire. D'abord, la majorité des articles répertoriés portaient sur des aspects philosophiques ou théoriques de la PR en sciences infirmières. Ainsi, seuls les écrits théoriques provenant d'auteurs régulièrement cités, d'auteurs de référence sur la PR ou d'auteurs offrant une perspective nouvelle sur la PR ont été retenus. De plus, une sélection manuelle des études infirmières a été effectuée, ce qui a permis de cibler les écrits empiriques évaluant l'influence de la PR sur la pratique infirmière et qui répondaient au moins à l'un ou l'autre des deux éléments suivants : des écrits mettant en lumière des facteurs facilitant ou limitant le développement d'une PR ou ayant pour but implicite ou explicite de favoriser une PR profonde, jusqu'aux valeurs et principes ou perceptions et croyances sur lesquelles reposaient les actions professionnelles des infirmières participantes. Ces critères étaient recherchés parce qu'ils se rapprochaient des objectifs visés par cette étude doctorale ou pouvaient influencer certains choix méthodologiques liées au contexte de mise en œuvre de l'intervention. Une sélection manuelle des études pertinentes a été effectuée car peu d'articles pouvaient répondre à ces critères.

La présentation de ces écrits est divisée en deux volets. D'une part, on y retrouve les résultats d'études mettant en lumière des éléments susceptibles d'influencer la facilitation d'une PR de type codéveloppement et ayant pour but de soutenir une PR qui va au-delà de

l'aspect technique de la pratique infirmière. D'autre part, il y a une analyse critique des études portant sur l'influence d'une PR sur la pratique infirmière.

Éléments reliés à l'intervention « facilitation d'une PR »

À la lumière des résultats soulevés dans les études recensées, il semble que certains aspects soient favorablement associés au développement d'une PR menant à de plus grandes compétences relationnelles de l'infirmière : niveau de profondeur du travail réflexif, utilisation de modèles réflexifs, présence d'un facilitateur suffisamment habileté, culture organisationnelle et motivation personnelle. Ces aspects sont brièvement présentés dans les lignes qui suivent.

Profondeur de la PR. Les résultats de quelques études recensées (Duke & Appleton, 2000; Glaze, 2001; Liimatainen, Poskiparta, Karhila & Sjögren, 2001; Paget, 2001) soutiennent la présupposition théorique que le développement d'habiletés réflexives profondes ne s'effectuent pas au même rythme. Les habiletés réflexives profondes menant à des apprentissages qui permettent de développer les compétences relationnelles s'acquerraient plus difficilement, c'est-à-dire nécessiteraient une plus longue période de facilitation avant d'émerger, parfois une année ou plus. Toutefois, une fois accessible, ce type d'habiletés serait plus facilement transférable dans la réalité quotidienne des infirmières et utile pour solutionner des situations difficiles similaires à celles travaillées lors de formations et, également, pour résoudre des situations d'autres domaines de leur pratique professionnelle (Paget, 2001).

Ces résultats corroborent ceux d'études antérieures (Clarke, James & Kelly, 1996; Richardson & Malby, 1995; Wong, Kember, Chung, & Yan, 1995) suggérant qu'une réflexion profonde sur sa pratique est plus complexe à développer et à intégrer dans la réalité infirmière quotidienne. Greenwood (1998) soutient toutefois que même si le développement d'une PR profonde est visé, il est possible, qu'inconsciemment, seuls des apprentissages qui mènent à une transformation superficielle de la pratique infirmière soient observés, si le facilitateur ne possède pas les habiletés nécessaires pour reconnaître ce type de situations. Ces propos mènent tout droit au deuxième élément relié à la facilitation d'une PR profonde : la présence d'un modèle ou d'un facilitateur suffisamment habilité.

Présence d'un modèle théorique et d'un facilitateur suffisamment compétent. Plusieurs auteurs (Atkins & Murphy, 1994 ; Carlsson & al., 2002; Dewing, 1990 ; Girot, 1995 ; Graham, 2000; Gustafsson & Fagerberg, 2004 ; Johns, 2009 ; Paget, 2001 ; Reid, 1993 ; Sutton & Dalley, 2008) abondent dans le même sens que les propos de Greenwood (1998) et indiquent que l'un ou l'autre ou les deux éléments suivants facilitent le développement d'habiletés réflexives profondes auprès de novices: utilisation de modèles réflexifs et présence d'un facilitateur suffisamment habilité.

Une étude phénoménologique menée par Sutton et Dalley (2008) conclut qu'une structure et une personne jouant le rôle de guide sont nécessaires pour favoriser l'intégration d'une PR. D'autres études (Graham, 2000 ; Paget, 2001) vont plus loin et ajoutent que le facilitateur doit être suffisamment compétent. Entre autres, dans l'étude de Paget (2001), une association positive entre la profondeur de la PR développée et les habiletés du facilitateur est ressortie de l'analyse des résultats. Graham (2000) a aussi conclu qu'en présence d'un facilitateur compétent, la PR pouvait mener à l'amélioration et au développement des soins infirmiers. Ces résultats empiriques corroborent le discours des théoriciens Argyris et Schön (1999) qui affirmaient qu'il était indispensable que le facilitateur possède des habiletés réflexives minimales. Ils avaient résumé comme suit les compétences nécessaires pour faciliter le développement d'une PR :

« Ne pas mettre plus de temps à faire son propre apprentissage que n'importe quel autre participant, c'est-à-dire avoir suffisamment intériorisé le modèle d'apprentissages mutuels, au point de s'y consacrer sans restriction, de le vérifier ouvertement et d'accepter des remises en question de ses fondements mêmes; sa réaction aux conduites défensives des participants ne doit pas être compulsive; il devrait être en mesure de fournir des schémas cognitifs précis des modèles de théories d'action (modèle de contrôle unilatéral et modèle d'apprentissages mutuels); et, il devrait être capable de créer des environnements d'apprentissage non coercitifs. » (p. 206)

Culture organisationnelle. Quelques auteurs (Darbyshire, 1993 ; Glaze, 2001 ; Jarvis, 1992 ; Matzoukas & Jasper, 2004 ; Paget, 2001 ; Shields, 1995) ont précisé que les éléments associés à la culture et à la structure organisationnelles étaient aussi des aspects non négligeables pouvant faire obstacle à l'intégration d'une PR dans la réalité quotidienne infirmière. L'étude ethnographique interprétative de Matzoukas et Jasper (2004) menée en

Angleterre est la seule recensée qui se soit intéressée à l'enjeu politique que pouvait soulever l'intégration d'une PR par des infirmières au sein d'une organisation de santé. Cette recherche a exploré la relation entre divers éléments de la culture organisationnelle des unités où pratiquaient les infirmières participantes (n=16) qui tentaient d'intégrer une PR à leur réalité quotidienne, c'est-à-dire la relation entre le discours, le contexte, la structure et les prises de décision de l'organisation. Les résultats obtenus de l'étude de Matzoukas et Jasper (2004) soutiennent que la PR peut être invalidée par la hiérarchie organisationnelle des unités de soins. Les auteurs expliquent ce phénomène par l'inégalité du partage de pouvoir entre médecins et infirmières et entre gestionnaires et infirmières. Les résultats de l'étude indiquent qu'il y avait hégémonie du savoir issu de la science au sein de la culture organisationnelle par rapport aux autres types de savoir. Cette culture avait un impact sur la structure de l'unité où il y avait évaluation et définition des habiletés infirmières essentiellement sur la base du savoir scientifique, ce qui ne favorisait pas la création d'espace pour la PR, pendant les heures de travail rémunérées.

Les auteurs ont observé une dissonance importante entre le discours quotidien tenu par les groupes professionnels dominants de l'organisation et leurs pratiques. Ces derniers disaient permettre l'utilisation de méthodes réflexives par les infirmières pour transformer leur pratique mais, paradoxalement, ils sous-entendaient que la PR, qui tient compte des connaissances tacites et implicites d'une pratique, était une stratégie peu crédible pour développer une pratique professionnelle. Cette situation analysée à l'aide des travaux de Foucault et de la théorie sociale critique a conduit à la recommandation suivante : tenir compte de la culture organisationnelle lors de la facilitation d'une PR par des infirmières.

Motivation interne à l'opposé de motivation externe. Duke et Appleton (2000) prétendent que la difficulté de certaines étudiantes de leur projet à développer une PR profonde qui permet d'effectuer des apprentissages à boucle double, c'est-à-dire des apprentissages qui conduisent à une transformation de la façon de comprendre et de percevoir un problème, est peut-être reliée au fait que la PR était perçue comme un exercice académique plutôt qu'une opportunité d'améliorer leur pratique. Ces résultats suggèrent qu'une participation libre et délibérée des infirmières au développement de leurs habiletés réflexives profondes est préférable et corroborent les propos d'Argyris et Schön (1999) qui

prétendent que la PR ne devrait être entreprise que par des personnes très motivées et croyant fondamentalement qu'une telle démarche peut contribuer à l'amélioration de leur pratique professionnelle.

État des connaissances sur l'influence d'une PR sur la pratique infirmière

Il existe un discours théorique hégémonique qui se dégage des écrits et affirmant que le développement d'une PR contribuerait à l'amélioration de la pratique infirmière et qu'il devrait devenir partie intégrante du curriculum académique infirmier (Jarvis, 1992 ; Newell, 1992). Des mesures significatives qui découlent de cette croyance ont d'ailleurs été prises par certains gouvernements, dans le but de favoriser le développement systématique d'une PR par des groupes d'infirmières. Par exemple, Matzoukas et Jasper (2004) soulignait que le département de la santé du Royaume-Uni avait imposé comme exigence professionnelle à toutes leurs infirmières de s'engager régulièrement dans des activités réflexives et de présenter un compte-rendu écrit de celles-ci. Plus près de la culture québécoise, l'Ordre des Infirmiers et Infirmières de l'Ontario (OIIO) a ajouté comme condition au renouvellement annuel du permis d'exercice de ses membres, que les infirmières effectuent des activités réflexives (Cirocco, 2007). Cette mesure a pour but d'assurer la qualité de la pratique infirmière.

Toutefois, ces initiatives ne tiennent pas compte de plusieurs des caractéristiques soulevées plus tôt qui favorisent le développement d'habiletés réflexives profondes et qui conduisent à la transformation en profondeur de la pratique de l'infirmière. Entre autres, ces initiatives ne tiennent pas compte de la motivation interne des participantes, elles ne sont pas facilitées ou guidées et il est permis de croire que leurs activités réflexives ne favorisent pas l'émergence d'apprentissages qui permettent d'effectuer des changements au-delà de l'aspect technique de la pratique infirmière. De plus, ces initiatives massives pourraient être qualifiées de précoces et leur légitimité pourrait être remise en question, à la lumière des propos de plusieurs chercheurs (Brown & Gillis, 1999 ; Burnard, 1995 ; Burton, 2000; FitzGerald & Chapman, 2000; Greenwood, 1998 ; Jones, 1995 ; Kim, 1999 ; Lowe & Kerr, 1998 ; Mallik, 1998 ; Matzoukas & Jasper 2004 ; Newell, 1994 ; Paget, 2001 ; Pierson, 1998 ; Wallace, 1996) qui affirment qu'il existe un nombre insuffisant d'études démontrant que le développement d'une PR est un moyen réellement efficace pour améliorer la qualité de la

pratique infirmière et, ultimement, pour influencer l'expérience de santé de populations qui bénéficient de leurs soins. En somme, il y a un écart significatif entre le discours théorique et le discours empirique, lequel a trait à l'influence de la PR sur le développement de la pratique infirmière. Afin de valider cet écart, une analyse critique d'études portant sur la PR en sciences infirmières a été effectuée. Elle est présentée dans les lignes qui suivent.

Certaines études (Cirocco, 2007; Mantzoukas et Jasper, 2004; Sutton & Dallay, 2008) ne sont pas parvenues à confirmer la présence d'un lien d'influence entre la PR et la pratique infirmière. Ces études présentaient toutefois des limites importantes. La PR n'avait pas été guidée ni par un facilitateur, ni par un modèle ou un processus réflexif spécifique ou alors aucune information n'avait été fournie à ce sujet. De plus, la profondeur de PR visée n'était pas précisée. L'absence de telles informations limite la capacité du lecteur d'effectuer une analyse critique de la crédibilité et de la validité des résultats rapportés. De plus, la PR proposée dans ces études a été effectuée sur une période de temps indéterminée ou très courte, ce qui laissait supposer que les habiletés réflexives développées ne permettaient pas à l'infirmière d'effectuer des changements en profondeur de sa pratique en ce qui concerne ses compétences relationnelles. Les différentes limites de ces études ont pu nuire à l'émergence d'effets positifs de la PR sur la pratique infirmière.

Une seule étude explorant l'effet de l'intégration d'une PR effectuée de façon autodidacte a été retenue pour cette recension. Il s'agit de l'étude phénoménologique menée par Gustafsson et Fagerberg (2004) et réalisée en Suisse. Ces chercheurs ont exploré l'expérience d'infirmières (N=4) travaillant en psychiatrie ou en chirurgie. Ces dernières avaient été approchées pour prendre part à l'étude à partir d'informations fournies par des superviseurs infirmiers de l'organisation qui prétendaient qu'elles intégraient régulièrement une PR. Les infirmières de l'étude ont mentionné que l'intégration d'une PR les aidait à se développer professionnellement, mais elles étaient incapables de préciser quelles composantes de leur pratique se développaient. Comme la plupart des situations soumises à une PR pendant le projet portaient sur des aspects techniques de la pratique, il est fort probable que ce soit principalement leurs interventions qui aient été transformées et non les composantes plus profondes de leur savoir tacite, tels que leurs valeurs et principes et leur façon de comprendre et de percevoir. Pourtant, selon Argyris et Schön (1999, 2002) et

Schwarz (2002, 2008), ce sont ces types de changement qui favoriseraient le développement des compétences relationnelles du professionnel.

D'autres études très intéressantes ont été recensées (Duke & Appleton, 2000 ; Glaze, 2001 ; Graham, 2000 ; Liimatainen et al., 2001; Paget, 2001 ; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck & Meiers, 2005 ; Taylor, 2001). Elles soutiennent la croyance selon laquelle le codéveloppement d'une PR profonde peut influencer la pratique infirmière, au-delà de l'aspect technique, et qu'elle peut mener à des relations plus satisfaisantes auprès de la population ciblée par les soins et auprès de l'équipe de travail.

L'étude britannique de Graham (2000) a été réalisée auprès d'infirmières en santé mentale. Ces dernières ont formé un groupe de PR dans le but de réfléchir et d'agir sur leur pratique clinique. Il s'agit de l'une des rares études qui va jusqu'à rapporter une influence de la PR sur la pratique clinique et, aussi, sur des dimensions personnelles des participantes et sur l'équipe d'infirmières. Cette chercheuse mentionne que la PR, échelonnée sur un an, a aidé les infirmières de son étude à développer une plus forte identité professionnelle et a mené à une cohésion accrue entre elles. Graham (2000) rapporte également que la PR a permis aux infirmières d'articuler les théories sur lesquelles reposaient leur pratique et qu'elle a fourni un médium pour qu'elles puissent partager leurs expériences entre elles. Au sein de cette étude, un déplacement d'un processus de *réflexion sur l'action* vers un processus de *réflexion en cours d'action* avait été identifié, au fur et à mesure que le groupe se développait dans le temps. Enfin, les infirmières participantes auraient approfondi leur conscience d'elles-mêmes et leur compréhension des patients et il en aurait découlé des relations davantage mutuelles auprès des patients.

L'étude menée par Glaze (2001) au Royaume-Uni a exploré l'expérience de quatorze infirmières en pratique avancée ayant participé à des modules de formation sur la PR. Ces infirmières ont affirmé que l'approfondissement d'habiletés réflexives avait influencé positivement une ou plusieurs des dimensions personnelles suivantes : leur confiance en elles, leur ouverture et leur capacité de s'affirmer. Elles ont exprimé avoir une plus grande conscience d'elles-mêmes, ce qui leur permettait de recadrer plus facilement une situation, de mieux comprendre pourquoi les autres ne voyaient pas les choses comme elles et d'approfondir leur compréhension du système. De plus, les participantes ont affirmé utiliser

plus souvent les écrits et les théories pour les aider à légitimer quelques-unes de leurs actions et comprendre certaines des difficultés qu'elles rencontraient. Un nombre plus restreint de participantes se sont décrites comme des agentes facilitant la cohésion au sein des groupes auxquels elles prenaient part et se sont dites plus politisées.

Dans l'étude de Paget (2001), un sondage rétrospectif a été effectué à partir d'une méthode mixte de recherche. Cette étude avait pour but d'évaluer l'efficacité clinique d'une formation portant sur la PR offert à des étudiantes (n=200) d'un département infirmier du Royaume-Uni. La question de recherche principale était la suivante : « *Est-ce que les infirmières qui ont participé aux cours pré et post graduation au département de nursing perçoivent des changements dans leur pratique clinique qu'elles peuvent attribuer à une période formelle de leur formation sur la PR?* » [Traduction libre, p. 205.] Environ le tiers (n=61) des infirmières sollicitées ont répondu au sondage et un nombre plus restreint ont participé à une entrevue téléphonique. Les résultats rapportent qu'environ 75% des répondantes poursuivaient régulièrement et de façon autonome des activités réflexives, sous forme de journal réflexif ou à l'intérieur de petits groupes, et disaient mettre en œuvre quotidiennement les habiletés réflexives développées, plus d'un an après la fin de leurs cours.

Par conséquent, cette étude démontre que la PR n'a pas seulement influencé les situations difficiles discutées pendant la formation mais, au contraire, que les apprentissages réalisés étaient transférables à d'autres situations de la pratique clinique. En d'autres mots, une fois développée, la PR devenait une stratégie permettant aux infirmières de revoir et d'améliorer constamment leur pratique professionnelle. Ces résultats soutiennent les propos de certains auteurs (Atkins & Murphy, 1994 ; Jarvis, 1992 ; Reid, 1993) affirmant que le développement d'une PR permet d'apprendre comment apprendre. Ils corroborent également la croyance de Girot (1995) qui prétend que la PR, une fois acquise, a un effet domino sur les autres aspects reliés aux soins. De plus, cette étude mentionne la présence d'un impact de la PR sur la capacité d'affirmation d'infirmières participantes. Enfin, les résultats de l'étude de Paget (2001) indiquent que l'intégration d'habiletés réflexives par les infirmières a généré plusieurs conséquences positives ; elle a, entre autres, facilité l'introduction d'un nouveau modèle dans une unité, amélioré leur communication et facilité l'intégration d'une PR auprès de collègues de leur équipe locale.

L'étude menée par Duke et Appleton (2000) a analysé 160 incidents critiques soumis à une démarche réflexive par des étudiantes infirmières. Les résultats de cette étude mentionnent que certaines habiletés ont été acquises plus facilement par les infirmières participantes, telles que la description de la pratique, l'identification d'un *focus*, la clarté d'expression, l'utilisation de sources de connaissances et l'autoévaluation. Ces auteures soutiennent que ces habiletés découlent d'une PR moins profonde. En contrepartie, elles affirment que d'autres habiletés qui découleraient d'une PR plus profonde nécessitent plus de temps avant d'être maîtrisées, telles qu'une analyse des sources de savoir et du contexte qui ont influencé l'action infirmière et la planification d'actions. Ces données sont intéressantes car elles sous-entendent qu'il est plus difficile pour les infirmières d'autocritiquer leurs façons de comprendre et de percevoir, habileté qui, selon St-Arnaud (2009), est essentielle pour accéder à une compréhension et une perception différentes. Cette étude comporte toutefois des limites importantes sur le plan méthodologique. Elle a eu recours à une grille d'observation structurée pour évaluer le niveau de profondeur des habiletés réflexives développées par les étudiantes infirmières. Ce type d'évaluation ponctuelle s'avère plutôt réductionniste, car il ne tient pas compte du contexte plus large dans lequel s'effectue la pratique de ces infirmières. Une telle approche évaluative semble dissonante en regard des fondements philosophiques et théoriques sur lesquels repose une PR puisqu'elle ne permet pas de valider avec les infirmières participantes leur évaluation de la profondeur des habiletés réflexives qu'elles ont développées, ni l'utilité de celles-ci au sein de leur pratique professionnelle, en l'occurrence dans le cas professionnel traité. De plus, puisqu'il est connu que l'intégration d'habiletés réflexives se fait progressivement, ce type de stratégies évaluatives ne permet pas de distinguer la profondeur des habiletés réflexives acquises dans le temps par les infirmières par rapport à leur capacité de les mettre ou non en œuvre dans certains contextes ou situations de soins plus complexes. Enfin, ce type d'évaluation ne permet pas de comprendre les éléments ayant pu faciliter ou restreindre l'intégration d'une PR profonde, lors de ces contextes ou situations de soins.

Une autre étude, celle de Liimatainen et al. (2001) menée de 1998 à 2000, auprès de 16 étudiantes entreprenant leur baccalauréat en sciences infirmières, rapporte que seulement 50% des participantes ont développé un niveau de conscience critique pendant leur formation d'une durée de trois ans. La conscience critique est définie au sein du cadre théorique de

cette étude comme une prise de conscience des composantes du cadre de référence qui a guidé l'action professionnelle, combinée avec leur autocritique. Selon le cadre théorique de cette étude, cette profondeur de PR mènerait à une transformation significative de la pratique infirmière. Toutefois, comme dans l'étude de Duke et Appleton (2000), cette recherche n'a pas exploré les effets des habiletés réflexives développées par les infirmières sur leur pratique professionnelle.

L'étude phénoménologique de Peden-McAlpine et al. (2005) a tenté d'établir un lien entre la PR et les soins infirmiers prodigués à la famille, à partir de la perception des infirmières participantes. Elle avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention de PR, enseignée à un groupe de huit infirmières en soins critiques pédiatriques, afin d'augmenter leur sensibilité à la famille. L'intervention intégrait trois stratégies d'apprentissage expérientiel, dont la narration, le modèle de rôle et une discussion réflexive. Les résultats soutiennent que la mise en place de l'intervention de PR a permis une plus grande reconnaissance de la famille et du stress familial vécu, une meilleure collaboration infirmière-famille ainsi qu'une plus grande intégration des familles dans les soins infirmiers. Toutefois, les auteures ne précisent pas quelle est la durée de l'intervention de leur étude. Par conséquent, bien que les résultats soient prometteurs, il est permis de questionner la profondeur des habiletés réflexives développées. De plus, les chercheuses ne précisent ni les composantes de la pratique infirmière qui ont été transformées par l'activité réflexive ni comment elles ont influencé l'expérience de soins infirmiers offerts aux familles.

En bref, plusieurs résultats de ces études portent à croire que le codéveloppement d'une PR peut mener à l'approfondissement de la conscience des infirmières et qu'il peut générer des conséquences significatives sur des dimensions personnelles des infirmières participantes, sur le développement de certaines habiletés infirmières, sur leurs soins à la famille et sur leur contribution à l'équipe. Toutefois, ces études comportent des limites importantes qui, dans la plupart des cas, questionnent la crédibilité des données et leur transférabilité. L'ensemble des chercheurs des études recensées ont effectué un rapprochement entre la PR et les changements techniques, relationnels ou personnels rapportés par les infirmières participantes. Cependant, aucune de ces études n'a documenté leur processus de facilitation d'une PR profonde ni *comment* les habiletés réflexives, une fois

acquises, étaient parvenues à transformer la pratique des infirmières participantes et avaient pu avoir un impact sur des dimensions personnelles, cliniques et organisationnelles.

En somme, il semble que la PR ait acquis un corpus d'écrits théoriques disproportionné par rapport à l'évidence empirique de son influence sur la pratique infirmière. Conséquemment, même si les écrits scientifiques analysés donnent accès à des résultats qui aident à mieux comprendre certains aspects du codéveloppement d'une PR, nos conclusions abondent dans le même sens que plusieurs auteurs qui affirment qu'il y a un urgent besoin d'études empiriques pour valider l'influence d'une PR profonde sur la pratique professionnelle de l'infirmière, plus précisément sur ses compétences relationnelles auprès de familles touchées par la maladie et auprès de collègues. De plus, des approches de recherche qui permettent de documenter de quelle façon se développent les habiletés réflexives et de comment ces habiletés influencent la pratique infirmière seraient souhaitables. À la lumière de ces connaissances, il semblait justifié de conduire une étude participative de type recherche-action qui permettrait de décrire la facilitation d'une PR profonde et d'explorer son influence sur la pratique d'IPO et sur d'autres dimensions d'ordre personnel, clinique et organisationnel. Le chapitre qui suit présente en détails la méthode de recherche utilisée.

Chapitre 3 : méthode de recherche

Une approche qualitative participative a été privilégiée pour cette étude afin de documenter le processus de facilitation d'une pratique réflexive (PR) de type codéveloppement et son influence sur les compétences relationnelles des infirmières pivots en oncologie (IPO) et sur d'autres dimensions à la fois personnelles, organisationnelles et cliniques. Ce projet de recherche découle d'une démarche collective élaborée avec des acteurs infirmiers du milieu concernés par la pratique des IPO : une gestionnaire, deux conseillères en soins spécialisées en oncologie et des IPO. Même s'ils n'ont pas été consultés lors de la phase d'élaboration du projet, d'autres acteurs concernés par la pratique des IPO ont participé à cette étude : des collègues des équipes locales d'IPO et des familles touchées par le cancer.

De façon à mieux comprendre la procédure de cette étude et la pertinence des choix méthodologiques, les aspects suivants sont présentés dans ce chapitre : devis de l'étude, participants de l'étude, facilitation d'une PR, déroulement de l'étude, collecte des données, analyse des données et leur interprétation, critères de qualité et considérations éthiques.

Devis de l'étude: recherche-action participative

Une étude qualitative participative, de type recherche-action, a été choisie comme devis de recherche. La recherche-action participative est définie comme une façon systématique d'investiguer les problèmes ou besoins d'un milieu, en tenant compte du point de vue des acteurs concernés par le sujet de l'étude. Cette méthode de recherche a permis à divers acteurs de prendre part au processus de production de connaissances qui concerne la pratique des IPO, en intégrant leur expertise lors de l'identification du problème, du choix d'une solution à ce problème ou de l'évaluation de l'influence de cette solution sur le problème posé initialement (Stringer, 2007). Cette approche a donc favorisé la génération de connaissances qui ont du sens pour les acteurs concernés (Bradbury & Reason, 2001). La recherche-action facilite également l'intégration d'activités de transfert de connaissances pendant l'étude et, de ce fait, elle augmente les probabilités que les connaissances produites soient considérées par les participants, dans leur réalité quotidienne (St-Cyr Tribble, Lane, Boyer, Aubé, Blackburn, Brassard, Gendron, Labadie, Belleau, Le Gall, 2008).

Participants de l'étude

Les participants de cette étude sont divisés en trois catégories : les IPO, participantes cochercheuses⁸, les participants-familles et les participants-collègues. Cette section vise à offrir une brève description de ces trois groupes de participants et des critères d'inclusion qui leur permettaient de prendre part à cette étude.

Participantantes cochercheuses : IPO

Les participantantes cochercheuses devaient assumer les fonctions du rôle d'IPO dans un programme régional d'oncologie en périphérie de Montréal. Des infirmières occupant deux types de poste étaient admissibles: les infirmières cliniciennes assumant officiellement le rôle d'IPO en clinique ambulatoire d'oncologie et les infirmières cliniciennes effectuant le suivi de patients/familles faisant partie d'un protocole de recherche, de type essai clinique en oncologie. Ces dernières, communément appelées dans le milieu « infirmières de recherche » assument les fonctions du rôle d'IPO pendant la période où les familles participent à un protocole de recherche en oncologie. Les IPO potentielles étaient réparties dans neuf centres hospitaliers de la région de l'étude. Elles avaient toutes reçu une formation de base sur les modèles infirmiers d'évaluation et d'interventions familiales systémiques développés par Wright et Leahey (2001, 2005). Les IPO utilisaient quotidiennement plusieurs des outils cliniques issus de ces modèles, tels que le génogramme, l'écocarte, les questions systémiques et une collecte de données initiale inspirée de ces modèles. En outre, depuis l'implantation de la fonction d'IPO en 2000, la plupart des IPO avaient accès à des journées de formation mensuelle sur différents thèmes reliés aux soins infirmiers en oncologie. Ces activités de formation étaient organisées par le programme en oncologie de leur région. Le nombre d'IPO admissibles à l'étude a été déterminé en tenant compte de divers facteurs. Payette et Champagne (2008) recommandait d'entreprendre le codéveloppement de ce type de compétences avec des groupes composés de quatre à dix professionnels, alors que St-Arnaud (2008) suggérait des groupes variant de six à treize professionnels. De leur côté, deux experts, l'une infirmière et l'autre consultant au développement organisationnel, ayant

⁸ Afin d'alléger la lecture, les participantantes cochercheuses du projet seront identifiées par « IPO » (infirmières pivots en oncologie).

cofacilité le développement d'une PR auprès de plusieurs groupes d'infirmières pendant les quinze dernières années ont recommandé à l'investigatrice principale de pas inclure plus de six infirmières cochercheuses, de façon à optimiser l'espace de parole pour chaque participante et limiter les risques que certaines soient davantage en retrait du groupe. Ces experts ont aussi suggéré qu'il y ait un minimum de trois cycles réflexifs à la recherche, car, selon leurs expériences, les transformations de la pratique infirmière sont davantage perceptibles par les infirmières elles-mêmes et les facilitateurs, lors d'un troisième cycle réflexif. À la suite de ces consultations théoriques et d'experts, l'investigatrice principale a décidé qu'un maximum de six IPO, participantes cochercheuses, pourraient prendre part au groupe de PR de l'étude et que la facilitation s'échelonneait sur trois cycles réflexifs de recherche.

Critères d'inclusion des IPO

- Assumer les fonctions du rôle d'IPO dans l'un des centres de santé de la région où se déroule l'étude
- Démontrer une motivation à entreprendre le codéveloppement d'une PR
- Parler et écrire aisément le français

Participants-familles

Les participants-familles correspondent à un autre groupe d'acteurs très important. Dans cette étude, les participants-familles ont été invités à décrire les interactions les plus aidantes et les moins aidantes qu'ils avaient vécues avec leur IPO et à partager leur influence de ces interactions sur leur expérience de santé. Les familles participantes devaient décider lequel ou lesquels de leur(s) membre(s) ayant eu au moins une interaction avec l'IPO, pendant la phase de facilitation d'une PR, les représenteraient lors des activités de cette étude. Dans ce projet, la définition de la famille était celle proposée par Wright, Watson et Bell (1990) : « un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et par un sentiment d'appartenance au groupe, où chacun s'identifie comme étant membre de la famille » (cité dans Duhamel, 2007, p. 26). Les informations concernant le type de cancer, le stade de la maladie et les traitements oncologiques du patient ont été collectées au début des entretiens IPO/familles. Ces informations sont présentées plus loin dans ce chapitre à la section « recrutement des participants-familles ».

Critères d'inclusion des participants-familles

- L'un des membres de la famille est diagnostiqué de cancer
- Le ou les membres qui représentent la famille doivent avoir eu au moins une interaction avec l'une des IPO, pendant la phase de facilitation d'une PR
- Parler et écrire aisément le français

Participants-collègues

Les participants-collègues admissibles étaient l'ensemble des membres des équipes de soins des IPO participantes, ce qui incluait des gestionnaires, des conseillères en soins, des collègues infirmières et des collègues provenant d'autres disciplines.

Critères d'inclusion des participants-collègues

- Être un membre de l'équipe de soins de l'une des IPO qui participent à la phase de facilitation d'une PR de ce projet
- Avoir été témoin de changements de pratique d'au moins une IPO de l'étude, depuis le début de sa participation à ce projet
- Parler et écrire aisément le français

Description de la facilitation d'une PR

La facilitation d'une PR est une démarche qui souhaitait permettre aux six IPO de développer des habiletés réflexives profondes, afin de les aider à agir sur les composantes de leur pratique qui contribuaient aux problèmes relationnels d'ordre clinique, interprofessionnel ou organisationnel qu'elles rencontraient et qui, ultimement, influençait l'expérience de santé de familles touchées par le cancer. Cette intervention est décrite plus en détail, à partir de son contexte, de son processus et de ses activités sur le terrain.

Pertinence du rôle de facilitateur expert

La facilitation d'une PR a été réalisée à l'intérieur d'un groupe d'infirmières nommé dans cette étude *groupe de PR*. Ce dernier incluait un facilitateur expert, en plus des six IPO et de l'investigatrice principale. Selon Argyris et Schön (1999) et Schwarz (2002), la PR doit être guidée par un facilitateur expert, c'est-à-dire quelqu'un possédant des habiletés réflexives profondes, afin de favoriser la création d'un contexte favorable aux apprentissages mutuels. Pour cette raison, un facilitateur expert a été intégré au projet dans le but de guider la facilitation d'une PR auprès des IPO et de soutenir l'approfondissement des habiletés

réflexives de l'investigatrice principale qui était alors novice dans la facilitation de ce type de démarche. Le principal leader de la facilitation d'une PR, lors des rencontres du groupe de PR, a donc été le facilitateur expert. Toutefois, l'investigatrice principale a agi à titre de co-facilitatrice pendant l'étude et de façon plus prononcée aux deux derniers cycles de recherche, étant donné son appropriation progressive d'habiletés réflexives profondes pouvant être intégrées *en cours d'action*, lors de la facilitation. L'investigatrice principale a également joué un rôle central au sein des activités de *debriefing* réalisées après chaque rencontre du groupe de PR et à la suite de chaque bilan. Il s'agissait de moments de réflexion sur le processus de recherche, dont sur la facilitation d'une PR. Ces espaces de recherche permettaient à l'investigatrice principale de valider auprès du facilitateur expert ses interprétations des apprentissages-clés observés, depuis le début de la facilitation d'une PR. Par la suite, l'investigatrice principale, en collaboration avec le facilitateur expert, tentaient d'identifier des stratégies pour bonifier la facilitation d'une PR lors des rencontres subséquentes, en y intégrant les apprentissages-clés réalisés.

Quelques jours avant le début du recrutement, deux infirmières ont pris contact avec l'investigatrice principale. Il s'agissait d'infirmières consultées lors de la phase d'élaboration du projet et occupant des postes plus élevés au sein de la structure hiérarchique du programme régional en oncologie déjà engagé dans le projet. Elles lui ont manifesté leur grand désir de prendre part au groupe de PR du projet doctoral, à titre d'observatrices, afin de mieux connaître ce en quoi consistait une PR et, à l'issue de ce projet, d'être en mesure de soutenir le développement de cette pratique au sein du programme d'oncologie. Après discussion avec le facilitateur-expert, l'investigatrice principale a déposé un amendement au principal comité d'éthique de recherche de ce projet pour ajouter ces deux infirmières au groupe de PR, en tant qu'observatrices participantes⁹. Cet amendement semblait pertinent pour les raisons suivantes : l'investigatrice principale présumait que la participation de ces deux infirmières aux activités de l'étude liées à la facilitation d'une PR leur permettrait de développer leurs propres habiletés réflexives, en même temps que les IPO; elle présumait également qu'à l'issue du projet ces nouvelles habiletés réflexives permettraient aux deux

⁹ Afin d'alléger la lecture, les observatrices participantes du projet sont identifiées par « observatrices »

observatrices participantes, occupant un rôle stratégique au sein de la hiérarchie organisationnelle du programme régional d'oncologie, de favoriser la mise en place de stratégies pour assurer la pérennité des apprentissages effectués par les IPO de l'étude et, aussi, accompagner le développement d'une PR auprès d'autres groupes d'infirmières en oncologie de leur programme.

Lors du recrutement des IPO, l'investigatrice principale était en attente de la réponse du principal comité d'éthique de recherche au sujet de cet amendement. Finalement, l'amendement a été accepté par le comité d'éthique à la fin de la phase de pré-facilitation. Deux observatrices participantes se sont donc ajoutées aux six IPO, lors des rencontres du groupe de PR et aux bilans effectués à la fin de chaque cycle réflexif de recherche.

Étapes d'une PR

La PR est un processus cyclique qui comprend les étapes suivantes inspirées de la pyramide de St-Arnaud (2009) : 1) prendre conscience de son mécanisme d'autorégulation, c'est-à-dire prendre conscience des composantes tacites du savoir tacite qui ont guidé ses actions, lors de la situation difficile soumise à une PR; 2) effectuer une autocritique de ces composantes; 3) proposer des alternatives aux composantes moins satisfaisantes de sa pratique afin qu'elles mènent à une plus grande efficacité globale et satisfaction de l'interaction professionnelle; 4) s'exercer à mettre en action la ou les stratégies d'action découvertes à l'aide de jeux de rôle et, ensuite, les mettre en œuvre dans la réalité clinique; enfin, 5) lorsque c'est possible et pertinent, évaluer les conséquences des nouvelles actions sur le problème relationnel initialement posé. Ces cinq étapes ont été réalisées à l'aide de deux activités, l'une structurée, l'autre facilitée : le rapport écrit des situations soumises à une PR et les rencontres du groupe de PR.

Le rapport écrit était effectué à l'aide de l'outil à colonnes, disponible à l'annexe A de cette thèse, page ii. Il souhaitait préparer l'infirmière au travail réflexif qui lui permettrait de prendre conscience des composantes qui avaient autorégulé sa pratique et de les autocritiquer, lors de sa PR. Une fois par cycle, chaque IPO devait remplir l'outil à colonnes et l'envoyer par courriel à tous les membres du groupe de PR, dans la semaine précédant leur PR.

Les rencontres du groupe de PR, quant à elles, avaient lieu une fois par mois et duraient trois heures. À chaque rencontre du groupe de PR, deux infirmières réfléchissaient, à tour de rôle, sur une difficulté vécue. Le rapport écrit servait de point de départ au groupe pour soutenir ces infirmières dans leur travail réflexif. Trois rencontres du groupe de PR étaient nécessaires pour que chaque IPO puisse avoir eu l'opportunité de présenter et analyser un problème relié à sa pratique. Lorsque ces trois rencontres avaient eu lieu, un bilan était effectué avec le groupe de PR, afin de valider l'interprétation des apprentissages-clés réalisés depuis le début du projet par l'investigatrice principale et le facilitateur expert, ce qui mettait fin au cycle de recherche en cours. Il y a eu trois cycles réflexifs de recherche d'une durée d'environ quatre mois chacun, pendant toute la durée de l'étude. Il était prévu de réserver une période, au début de chaque cycle de recherche, pour (re) négocier une entente sur les valeurs et les règles de fonctionnement du groupe de PR. Finalement, ce type de retour a été intégré de façon ponctuelle et plus fréquente lors du projet à cause des défis liés au fonctionnement interne de ce groupe.

Déroulement de l'étude

Le déroulement de l'étude est décrit à partir des trois éléments suivants : élaboration du protocole de recherche, recrutement des participants et réalisation du projet.

Élaboration du protocole de recherche

La première étape du projet a consisté à mettre sur pied un comité de cogénération de connaissances. Le but d'un tel comité était d'explorer les divers besoins et points de vue des acteurs infirmiers sans hiérarchiser les connaissances des uns par rapport aux autres et, alors, d'élaborer un projet qui réponde aux besoins et intérêts de tous (St-Cyr Tribble et al., 2008). Ce comité de cogénération de connaissances était composé d'infirmières du programme régional de lutte contre le cancer. Il comprenait deux infirmières qui agissaient à titre de conseillères en soins infirmiers spécialisées en oncologie, une infirmière qui avait un mandat de soutien professionnel auprès des IPO et qui, à l'occasion, assumait le rôle d'IPO et une infirmière gestionnaire. L'infirmière qui assumait parfois le rôle d'IPO a été l'informatrice-clé entre l'investigatrice principale et les IPO potentielles pendant cette étape du projet. Elle avait pour mandat de les informer de l'évolution du problème et de la question de recherche

et de représenter leurs intérêts et préoccupations lors des réunions du comité. Cette infirmière a été choisie pour plusieurs raisons. En premier lieu, elle n'occupait pas de poste plus élevé dans la structure administrative. De plus, ses fonctions infirmières lui permettaient d'avoir une bonne connaissance des difficultés et dilemmes auxquels les IPO étaient confrontées dans leur réalité quotidienne. Il est présumé que son rôle comme informatrice-clé a favorisé un échange transparent avec les IPO admissibles sur leurs préoccupations et besoins. Ce rôle d'informatrice-clé avait aussi pour but de minimiser les risques que les IPO pressenties vivent de la coercition ou de la désirabilité sociale face à l'investigatrice principale, bien connue par la majorité d'entre elles. En outre, à la suite d'une demande des IPO de cette région, une rencontre informelle a été organisée auprès d'une quinzaine d'entre elles, afin de valider si la facilitation d'une PR leur convenait et de tenir compte de leurs recommandations quant à sa faisabilité et la procédure à suivre. Cette rencontre a permis de bonifier le protocole de leurs recommandations.

Au cours de cette période, il y a également eu une entente avec les décideurs régionaux afin que l'engagement des IPO et observatrices aux activités du groupe de PR soit considéré comme des activités de perfectionnement, contribuant au développement de leur pratique professionnelle. Cette entente signifiait que ces infirmières pouvaient être rémunérées pour leur participation à ce projet. Ces décideurs ont également appuyé financièrement ce projet par l'octroi de bourses de perfectionnement/formation dédiées à la formation au troisième cycle universitaire de l'investigatrice principale, afin qu'elle poursuive le développement de ses compétences en recherche, à travers la réalisation de ce projet doctoral. Ces bourses de perfectionnement lui ont permis d'assumer une grande partie des frais directs liés à la réalisation de ce projet, tels que des frais de transcription du verbatim et de consultations de même que les coûts afférents au stationnement et au transport des participantes. Les établissements de santé où le projet a été réalisé ont aussi donné accès à leurs locaux, afin de faciliter la tenue des diverses activités du groupe de PR et des entretiens de recherche.

Recrutement des participants

À l'intérieur de cette recherche-action, le recrutement des participants s'est fait en trois temps. Dès le début de l'étude, il y a eu recrutement des IPO. Par ailleurs, le

recrutement des participants-familles devait s'effectuer tout au long des trois cycles réflexifs de la phase de facilitation d'une PR. Toutefois, lors du premier cycle de recherche, l'ensemble des IPO ont mentionné qu'elles n'avaient pas encore intégré suffisamment de changements à leur pratique auprès de familles pour en recruter. Par conséquent, les familles ont été recrutées à partir de la moitié du deuxième cycle de l'étude. Enfin, le recrutement des participants-collègues a eu lieu à la fin de la phase de facilitation.

Recrutement des IPO

La première vague de recrutement, celle des IPO, s'est effectuée par le biais d'une invitation à une séance d'information envoyée par courriel (disponible à l'annexe B, page iv) par l'informatrice-clé. Les personnes intéressées devaient en aviser cette dernière dans les 48 heures. Par la suite, l'investigatrice principale communiquait avec chacune d'elle, afin de convenir d'un lieu et d'un moment opportun pour les rencontrer lors d'une séance d'information. Lors de ces séances, il y a eu présentation de certains volets centraux du protocole de recherche, dont le but de la recherche, la procédure de l'étude, les engagements et les considérations éthiques. Par la suite, une période a été réservée pour les questions. Enfin, lors de ces séances, un formulaire de consentement¹⁰ (disponible à l'annexe H, p. xvi) a été remis à chaque infirmière présente. Les IPO pouvaient le conserver si elles désiraient le consulter ultérieurement. Un numéro de téléphone était également disponible pour rejoindre l'investigatrice principale si d'autres questions ou précisions s'avéraient nécessaires. Les infirmières intéressées par le projet devaient en aviser l'informatrice-clé par téléphone ou par courriel au cours des 72 heures suivantes.

Lors de l'élaboration du projet, l'investigatrice croyait que les difficultés vécues sur le plan relationnel par les IPO risquaient de varier selon le nombre d'années d'expérience et, aussi, en fonction d'éléments personnels et organisationnels. Les récits des IPO rencontrées lors des consultations en période d'élaboration du projet ont validé cette croyance. Ils ont révélé que les défis d'ordre relationnel ne pouvaient être considérés sans tenir compte du

¹⁰ Plusieurs éléments du formulaire de consentement éclairé des IPO sont différents de ceux retrouvés dans cette thèse, tels que le titre, la description du but de l'étude et les phases de l'étude. Ces différences témoignent du caractère émergent du processus de recherche et de ses composantes, en cours de projet.

parcours individuel de l'infirmière qui les vivait et de son contexte de soins. Il devenait donc difficile pour l'investigatrice principale de défendre la pertinence d'établir des critères de priorité pour le recrutement des IPO uniquement sur la base de données sociodémographiques, puisque bien d'autres facteurs, aussi légitimes et plus difficilement tangibles, pouvaient donner accès à une pluralité de points de vue sur le développement d'une PR. Pour cette raison, l'investigatrice principale a choisi la pige au hasard comme stratégie de sélection des IPO, lors du recrutement, dans le cas où plus de six infirmières démontraient de l'intérêt à participer au projet. Finalement, sept IPO ont manifesté leur désir de participer à l'étude. Certaines des IPO recrutées avaient entendu parler de ce projet depuis près d'un an et disaient l'attendre avec impatience. D'autres IPO ont effectué des démarches auprès de leur gestionnaire et ont négocié leur participation au projet, grâce au déplacement des rencontres de recherche en dehors des heures habituelles de travail, étant donné le contexte de surcharge de leur organisation. Une autre a communiqué avec le responsable de l'évaluation du projet pour lui manifester son grand intérêt pour ce projet, voyant que le recrutement tardait à débiter dans son établissement de santé. Il y a donc eu pige de six IPO parmi les sept qui ont manifesté leur désir de prendre part au projet, ce qui correspond à un échantillonnage aléatoire. D'autres IPO étaient admissibles au projet puisque leur établissement de santé avait autorisé leur recrutement, mais n'ont pas manifesté d'intérêt à assister à une séance d'information ou à y donner suite. L'une d'entre elles a mentionné qu'elle était intéressée par le projet, mais qu'elle était trop intimidée par la démarche collective pour y prendre part. Les raisons pour lesquelles les autres infirmières n'ont pas pris part à l'étude demeurent inconnues.

Les six IPO sélectionnées de façon aléatoire ont été rencontrées individuellement, afin de revoir le protocole de recherche et le formulaire de consentement éclairé. Lorsque l'investigatrice principale a été assurée qu'elles avaient bien compris les engagements ainsi que les risques et bénéfices associés à l'étude, elles ont signé le formulaire de consentement. Par la suite, les entrevues individuelles pré-facilitation ont été réalisées. Les données collectées en phase de pré-facilitation ont permis d'identifier la présence de différences majeures entre les trois établissements d'attache des IPO participantes, en voici quelques-unes : l'accessibilité à des experts en approche familiale systémique; la présence d'une équipe interdisciplinaire et, lorsqu'il y en avait une, l'intégration d'une approche

interdisciplinaire qui s'ancre dans une perspective systémique; l'existence de sessions de co-développement interprofessionnel pour échanger sur les expériences de soins difficiles. Quelques données sociodémographiques des IPO ont aussi été amassées. Lors du recrutement, elles avaient toutes au moins 28 ans ou plus d'expérience comme infirmière. Seule l'une des infirmières occupait le poste d'IPO depuis moins d'un an; les autres avaient toutes entre 4 à 9 ans d'expérience dans ce rôle. Deux des six IPO recrutées assumaient seules ce rôle dans leur établissement de santé.

Recrutement des participants-familles

Le recrutement des participants-familles s'est fait par un premier contact direct avec leur IPO. Les familles qu'elles devaient approcher pour participer à l'étude étaient celles avec qui elles avaient eu au moins une interaction, lors de la phase de facilitation d'une PR, et auprès desquelles elles avaient effectué des changements de pratique liés à leur intégration d'habiletés réflexives. Toutefois, en cours de projet, les IPO ont rapporté qu'il était impossible pour elles de déterminer avec certitude quelles interventions découlaient directement de l'approfondissement de leurs habiletés réflexives. Il a donc été convenu de choisir des familles qui, selon les IPO, se sentiraient à l'aise de partager, en leur présence et en présence de l'investigatrice principale, les interventions que leur IPO avait effectuées qui avaient été les plus aidantes et celles qui avaient été les moins aidantes.

Lorsque les IPO présentaient les familles, elles les informaient sur le projet de recherche et l'objectif visé par l'étude. Si les familles le désiraient, elles leur remettaient le formulaire de consentement éclairé ¹¹ (disponible à l'annexe I, p. xxxix). Les IPO informaient les familles admissibles qu'elles étaient entièrement libres de participer ou non à l'étude et que, si elles refusaient, elles ne subiraient aucun préjudice lié à la qualité des soins et leur relation auprès d'elles ne serait pas altérée. Dans le cas où les familles étaient intéressées par le projet, les IPO leur demandaient de communiquer avec l'investigatrice principale au cours des sept jours suivants. Lorsque les familles le demandaient, l'IPO

¹¹ Plusieurs éléments du formulaire de consentement éclairé des participants-familles sont différents de ceux retrouvés dans cette thèse, tels que le titre attribué à ce groupe d'acteurs de l'étude, le titre de l'étude, la description du but de l'étude et les phases de l'étude. Ces différences témoignent du caractère émergent du processus de recherche et de ses composantes, en cours de projet.

remettait directement leur numéro de téléphone à l'investigatrice principale afin qu'elle communique avec celles-ci. L'investigatrice principale planifiait ensuite une rencontre d'information avec chaque famille intéressée par l'étude pour discuter du but de l'étude, des engagements de la famille, des risques et des bénéfices de la recherche. L'investigatrice principale était également disponible pour répondre à leurs questions, le cas échéant. Si le patient et d'autres membres de sa famille acceptaient de participer, un entretien IPO/famille (le guide d'entrevue est disponible à l'annexe E, p. viii) était planifié dans les jours ou les semaines qui suivaient, à la convenance de la famille et de son IPO. Avant de débiter la rencontre, l'investigatrice principale s'assurait à nouveau que la famille avait bien compris l'étude, revoyait une dernière fois le formulaire de consentement éclairé et le faisait signer.

Pendant toute la durée de l'étude, chaque IPO devait recruter trois familles touchées par le cancer qu'elles suivaient, soit une par cycle de recherche, ce qui menait à un total de dix-huit familles participantes. Toutefois, seulement huit familles ont pu être recrutées pendant l'étude. Deux raisons expliquent la difficulté des IPO à recruter des familles. En premier lieu, le recrutement n'a été amorcé qu'au second cycle de recherche plutôt qu'au premier cycle, ce qui a limité la durée de recrutement. En second lieu, cinq familles qui avaient accepté de rencontrer l'investigatrice principale pour une séance d'information ont finalement dû annuler, étant donné l'aggravation de l'état de santé du membre de la famille atteint de cancer.

Parmi les douze membres de familles, provenant des huit familles recrutées, il y a avait 6 personnes souffrantes de cancer ainsi que 3 filles, une sœur, un conjoint et une conjointe accompagnant ou ayant accompagné un de leur proche atteint de cancer. Huit de ces membres de familles étaient des femmes; quatre, des hommes. Divers types de cancer étaient représentés par ces familles dont le cancer de colon, colorectal, lymphome, sein et poumon. Enfin, les familles se situaient à différentes phases du cancer : une famille était en phase active de traitements, trois familles étaient en phase de rémission et trois autres en phase palliative et, finalement, une dernière famille était en deuil d'un de leur membre récemment décédé du cancer.

Recrutement des participants-collègues

Le recrutement des participants-collègues s'est amorcé à la fin du deuxième cycle réflexif de recherche et s'est échelonné jusqu'à la phase de post-facilitation où ont eu lieu les groupes « focus ». La méthode de recrutement utilisée fut une invitation faite directement par les IPO à certains membres de leur équipe locale.

Les personnes intéressées ou voulant obtenir plus d'informations étaient invitées à communiquer avec l'investigatrice principale au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel communiquée verbalement par l'une des IPO. Un entretien téléphonique était ensuite planifié avec chacune de ces personnes afin de leur expliquer le projet, répondre à leurs questions et s'assurer qu'elles comprenaient les risques et bénéfices de leur participation à l'étude. À la fin de l'entretien téléphonique, les personnes intéressées par l'étude pouvaient recevoir le formulaire de consentement éclairé¹² (disponible à l'annexe J, p. liv) par courriel ou en version papier à leur centre de santé respectif, si ce ne n'était pas déjà fait. Elles pouvaient alors le consulter plus en détail. Dans les jours qui suivaient, un dernier appel était effectué pour répondre aux éventuelles questions en lien avec le projet et le formulaire de consentement. Si les personnes acceptaient de participer, une rencontre était planifiée à la fin du recrutement pour que se réalise le premier groupe *focus*. Avant de débiter le groupe *focus*, l'investigatrice principale s'assurait que les participants-collègues avaient bien compris l'étude et elle faisait signer le formulaire de consentement éclairé.

Deux groupes *focus* ont été réalisés. Le premier groupe *focus* comprenait trois membres de l'une des équipes de soins : l'infirmière gestionnaire, la travailleuse sociale et une infirmière technicienne de la clinique ambulatoire d'oncologie. Lors du second groupe *focus* effectué auprès d'une autre équipe de soins, deux des trois participantes-collègues ayant accepté d'y participer se sont présentées, c'est-à-dire une infirmière gestionnaire et une travailleuse sociale. Une IPO, collègue de quelques IPO du projet, avait aussi accepté de participer au projet. Elle a toutefois oublié de se présenter à cet entretien de recherche et, par

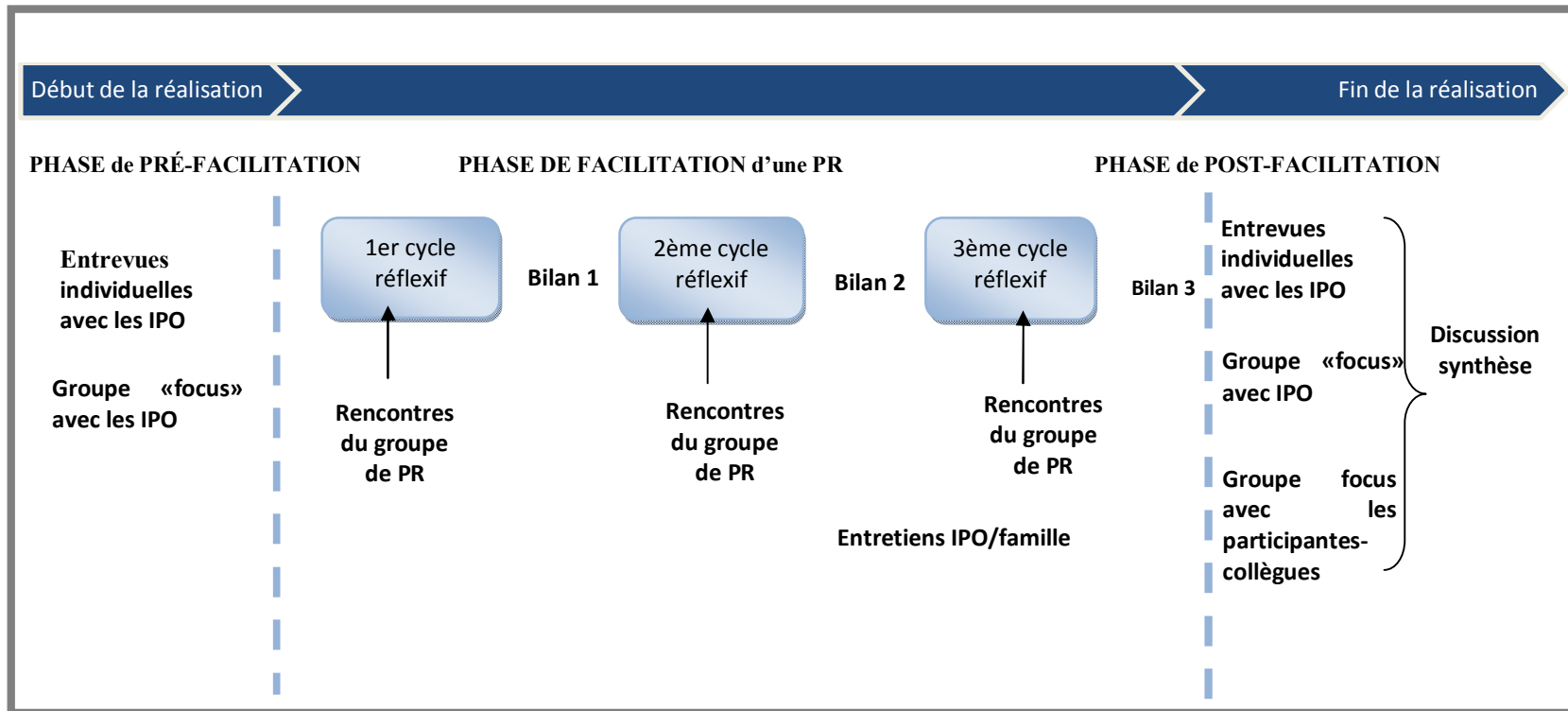
¹² Plusieurs éléments du formulaire de consentement éclairé des participants-collègues sont différents de ceux retrouvés dans cette thèse, tels que le titre attribué à ce groupe d'acteurs de l'étude, le titre de l'étude, la description du but de l'étude et les phases de l'étude. Ces différences témoignent du caractère émergent du processus de recherche et de ses composantes, en cours de projet.

conséquent, elle n'a pas pu participer au projet. Parmi les cinq participantes-collègues de l'étude, une gestionnaire et une travailleuse sociale assumaient un mandat régional au sein du programme d'oncologie en plus de leur mandat local dans leur établissement d'attache. Aussi, quatre des participantes-collègues avaient entre 21 ans et 25 ans d'expérience dans leur profession et seulement l'une des travailleuses sociales avait 40 ans d'expérience et possédait un diplôme de 2^{ème} cycle.

La réalisation du projet

La réalisation du projet se divisait en trois grandes étapes : la phase de pré-facilitation, la phase de facilitation et la phase de post-facilitation. La figure 2 ci-dessous offre une vision macroscopique de l'étude qui inclut les différentes méthodes de collecte de données intégrées dans chacune de ces phases. Ces trois phases sont présentées brièvement dans les lignes qui suivent. Toutefois, la description plus détaillée des méthodes de collecte de données utilisées est disponible à la section « Collecte de données » présentée un peu plus loin dans ce chapitre.

Figure 2 : Réalisation du projet



Phase de pré-facilitation

Le choix de la problématique de recherche d'une recherche-action dite participative doit, idéalement, tenir compte de la perspective des participantes de l'étude. La phase de pré-facilitation avait pour objectif d'explorer les difficultés relationnelles vécues par les IPO participantes et leurs attentes et préoccupations face à ce projet, afin d'en tenir compte lors de la facilitation d'une PR. Ces données devaient servir de points de repère à l'exploration de l'influence de l'intervention de l'étude. Deux stratégies de collecte de données ont été utilisées auprès des IPO à cette étape de la recherche : des entrevues individuelles semi-structurées et un groupe *focus*.

Les principales données qui se sont dégagées des entrevues individuelles effectuées avec chacune des six IPO sont résumées dans les encadrés qui suivent. Elles permettent de mieux comprendre ce qui habitait et animait chaque IPO à la veille de la phase de facilitation d'une PR. Afin de permettre au lecteur de suivre l'évolution de chaque IPO tout au long de la thèse, un nom fictif a été attribué à chacune d'elles : Léa, Maude, Marie, Sarah, Camille et Jade.

Léa

Situations professionnelles difficiles	Les « non dits » avec des familles dont le cancer est en progression ou en phase avancée de la maladie Les « non dits » au sein de l'équipe lorsqu'elle perçoit de la confrontation ou moins d'ouverture
Conséquences	Sentiment d'insatisfaction lié à une impression de ne pas accompagner de façon optimale certaines familles, surtout en phase avancée de la maladie
Attente(s) principale(s) face à la PR	Acquisition d'une aisance pour aborder les « non dits », c'est-à-dire les sujets qui sont plus délicats ou problématiques, tant avec les familles, avec les professionnels que dans sa vie personnelle Accroître ses connaissances sur la PR et faire des liens avec l'approche systémique
Principale(s) préoccupations(s) face à la PR	Bris de confidentialité au sein du groupe de PR Peur de créer des malaises, de se blesser ou de blesser les autres
Caractéristiques personnelles	Très motivée par le projet Se décrit comme une personne très sensible et émotive

Maude

Situations professionnelles difficiles	Évitement de sujets plus délicats ou discussion peu profonde afin de respecter la confidentialité de la relation thérapeutique avec la famille (limite de l'environnement physique) Tensions entre collègues ou autres membres du personnel qui influencent la qualité des soins offerts à certaines familles
Conséquences	Plus grande anxiété Climat de travail tendu
Attente(s) principale(s) face à la PR	Comprendre comment les gestes posés ou les paroles peuvent mener à la transformation et à l'évolution professionnelle et personnelle
Principale(s) préoccupations(s)	Bris de confidentialité au sein du groupe de PR
Caractéristiques personnelles	Personne qui ressent le besoin d'analyser et de jeter un regard critique sur sa façon d'intervenir avec les gens. Très motivée par le projet, le décrit comme un cadeau de la vie

Marie

Situations professionnelles difficiles	Soutenir des familles vivant une progression de la maladie Tensions dans des relations interprofessionnelles
Conséquences	Climat de travail insatisfaisant Qualité des soins aux familles moins optimale
Attente(s) principale(s) face à la PR	Transférer dans son équipe locale les apprentissages réalisés, dont sa façon de travailler et d'aborder les problèmes de façon plus efficace, avec les familles et les collègues Espoir que les apprentissages aient aussi un impact dans sa vie personnelle
Principale(s) préoccupations(s) face à la PR	Peur de décevoir Travail qui risque d'ébranler et de mener à des prises de conscience qui peuvent être plus difficiles parfois, mais nécessaires
Caractéristiques personnelles	Grand intérêt pour le projet Malaise face à son impression de statu quo quant à l'évolution de ses compétences

Sarah

Situations professionnelles difficiles	Manque de temps pour rencontrer des familles et effectuer de façon satisfaisante des suivis et de nouvelles consultations Absence de reconnaissance entre professionnels face au travail accompli qui sont davantage centrés sur ce qui n'a pas été fait Approche de soins plus individualiste
Conséquences	Épuisement émotionnel lié à l'insatisfaction face à son travail Ambiance de travail difficile et énergivore Sentiment de culpabilité face à sa pratique auprès de familles Dépassement de ses limites au détriment de sa propre santé
Attente(s) principale(s) face à la PR	Effectuer des apprentissages transférables dans sa pratique auprès de collègues et de familles Aborder ce qui lui semble inabordable Devenir plus à l'aise à mettre ses limites Émettre ses idées sans craindre de nuire aux relations de travail Être plus efficace auprès de familles, dans un temps restreint
Principale(s) préoccupation(s)	Bris de confidentialité au sein du groupe de PR
Caractéristiques personnelles	Grande motivation à prendre part au projet

Camille

Situations professionnelles difficiles	Difficulté à intervenir lorsque les besoins des membres d'une même famille semblent à première vue incompatibles Manque de temps pour offrir des soins satisfaisants à chaque famille De moins en moins d'espaces physiques ce qui ne permet pas la confidentialité des relations thérapeutiques Communication difficile au sein de l'équipe
Conséquences	Sentiment d'insatisfaction et de culpabilité pour ne pas avoir fait son travail de façon optimale avec chaque famille Diminution de la qualité du suivi interprofessionnel puisque ses notes au dossier et les collectes de données cliniques ne sont pas complétées rigoureusement Stress lié au fait de ne pas être dans la légalité puisque les dossiers ne sont pas à jour Non intégration de nombreuses connaissances théoriques ou données probantes, par manque de temps pour les intégrer

Attente(s) principale(s) face à la PR	Donner un sens au quotidien, alimenter la flamme. Apprendre à voir et apprécier ses bons coups, pas seulement à voir ce qui a été difficile ou insatisfaisant Devenir encore plus compétente pour aider les familles et les patients Apprendre à séparer la vie personnelle et la vie professionnelle
Principale(s) préoccupations(s)	Peur du jugement Bris de confidentialité Position de vulnérabilité lors du travail réflexif
Caractéristiques personnelles	Grande motivation à participer au projet

Jade

Situations professionnelles difficiles	Intervenir avec des familles qui ne semblent pas vouloir parler du pronostic Difficulté à intervenir lorsque les besoins des membres d'une même famille semblent incompatibles Difficulté à assumer certaines responsabilités liées à la gestion de la maladie chez certaines familles Approche de soins plus individualiste au sein de l'équipe
Conséquences	Suivi inadéquat de symptômes Mauvaises utilisations des ressources pour le suivi de la clientèle
Attente(s) principale(s) face à la PR	Améliorer la communication au sein de l'équipe pour favoriser la résolution efficace de problèmes cliniques Co-apprendre à partir des expériences des autres, dans le but d'améliorer et développer sa propre pratique auprès de familles
Principale(s) préoccupations(s)	Peur de la critique et d'être blessée Peur de se sentir incompétente
Caractéristiques personnelles	Grande motivation à améliorer sa pratique clinique, à se dépasser

Lors des entrevues individuelles de la phase de pré-facilitation, l'ensemble des IPO ont également soulevé des préoccupations directement liées à l'ajout possible des deux observatrices participantes qu'elles connaissaient, Nicole et Brigitte¹³, au sein du groupe de PR. Ce sont plus particulièrement les malaises suivants qui ont été mentionnés :

¹³ Tous les prénoms utilisés dans cette thèse sont fictifs.

- Peur d'être jugée et de décevoir, étant donné la position hiérarchique des observatrices au sein de l'organisation;
- Inquiétude face au fait que les observatrices puissent occuper un espace de parole qui limiterait leur propre participation aux échanges lors des rencontres;
- Inconfort face aux niveaux d'engagement différents entre les IPO et les observatrices, c'est-à-dire que les IPO étaient inconfortables face au fait que les observatrices ne soient pas obligées de se soumettre à une PR sur certaines de leurs situations difficiles;
- Crainte d'éventuels conflits de rôles au sein des activités de recherche, c'est-à-dire que les observatrices aient tendance à agir comme leaders du groupe de PR plutôt que comme participantes;
- Inquiétude face au respect de la confidentialité des situations soulevées, lors des rencontres de PR, car les observatrices agissaient souvent à titre de conférencière lors de congrès.

Les préoccupations des IPO face à l'ajout des observatrices au sein du groupe de PR avaient été sous-estimées par l'investigatrice principale et le facilitateur expert. Ces préoccupations étaient en grande partie liées à la relation hiérarchique qui existait déjà entre les IPO et les observatrices au sein du programme régional d'oncologie. Puisque cette étude et son intervention se voulaient ancrées dans une approche démocratique et collaborative, des discussions ont été entamées avec les deux observatrices admissibles et avec chacune des IPO. Le but de ces échanges était d'en arriver à un mode de fonctionnement qui permettrait de tenir compte des préoccupations des IPO. La règle de fonctionnement suivante a finalement été proposée aux IPO et observatrices, dans l'éventualité où le principal comité d'éthique de recherche accepterait leur ajout au projet : *Un encadrement de l'espace de parole des observatrices par le facilitateur expert et l'investigatrice principale, au sein des activités de recherche. Ces dernières ne pourraient intervenir que dans les derniers 10 à 20 minutes de chacune des PR effectuées.* Cette règle a été acceptée unanimement et semblait permettre de minimiser les malaises liés à l'ajout des observatrices. De plus, l'investigatrice principale et le facilitateur se sont engagés à observer avec soin l'évolution des

préoccupations des IPO et des observatrices et de créer des espaces pour la renégociation du fonctionnement au sein du groupe de PR, tout au long de la démarche de recherche.

Une interprétation du motif d'exclusion des IPO du projet a également été proposée. Ce motif d'exclusion, retrouvé dans le formulaire de consentement des IPO, précisait que les IPO pouvaient être exclues en cas de non respect des engagements du projet, tel que de ne pas participer aux neuf rencontres du groupe de PR. Les IPO et les observatrices ont été informées qu'une seule absence serait autorisée à ces neuf rencontres pour chacune d'elles, pendant toute la durée de l'étude. Deux raisons ont été présentées pour défendre cette règle. Premièrement, l'importance qu'il y ait un engagement soutenu de chaque membre pour permettre la création d'un lien de confiance au sein du groupe de PR a été mentionnée. Deuxièmement, il a été précisé que cette règle était essentielle pour la qualité et la crédibilité des résultats de l'étude. Il a également été convenu que si l'une ou l'autre des participantes accusait plus d'une absence pour des raisons exceptionnelles – par exemple pour cause de maladie – chaque situation serait étudiée en fonction de ses particularités et discutée en groupe. Chaque participante s'est dite à l'aise avec cette règle.

Le groupe *focus* était la dernière activité de recherche de la phase de pré-facilitation. Le but recherché par cet entretien de groupe était de créer un contexte optimal au codéveloppement d'une PR, lors de la phase de facilitation du projet. Malheureusement, lors de la tenue du groupe *focus*, l'investigatrice principale ne savait pas encore si le comité d'éthique de recherche allait approuver l'ajout d'observatrices au groupe de PR. Par conséquent, celui-ci a lieu en leur absence, c'est-à-dire en présence des six IPO, du facilitateur et de l'investigatrice principale.

Une activité appelée « les souvenirs du futur » a été effectuée lors du groupe *focus*. Elle avait pour but de permettre aux six IPO de ce projet de partager les valeurs avec lesquelles elles souhaitaient travailler au cours de la prochaine année, de négocier des stratégies/règles qui leur permettraient de tenir compte de chacune de leurs préoccupations et de créer un contexte optimal afin d'atteindre leurs différents objectifs d'apprentissage, en lien avec les difficultés professionnelles rapportées lors des entrevues individuelles. Selon Schwarz (2008), même si un groupe négocie des valeurs et règles de fonctionnement, elles ne deviennent celles du groupe que lorsque les membres les incarnent dans leurs relations entre

eux. En d'autres mots, à ce stade-ci du projet, il s'agissait d'une profession de valeurs et de règles que les IPO croyaient nécessaires à leur travail commun. Le facilitateur et l'investigatrice avaient pour mandat de les soutenir dans l'intégration de ces valeurs et règles, lors de leur travail collectif pour développer une PR. Ces valeurs et règles professées en phase de pré-facilitation ont été résumées dans la figure ci-dessous.

Figure 3 : Valeurs et règles du groupe de PR



L'approbation par le comité d'éthique de recherche de l'amendement au protocole lié à l'intégration des observatrices Nicole et Brigitte a été confirmée quelques jours avant le début de la phase de facilitation d'une PR. Ces infirmières observatrices pouvaient donc prendre part au groupe de PR pour toute la durée du projet. Ceci signifiait que le groupe de PR comprenait maintenant dix membres : l'investigatrice principale, le facilitateur, les six IPO et les deux observatrices. Afin de s'assurer que les infirmières du groupe puissent toutes s'engager à respecter les valeurs et règles de fonctionnement préalablement négociées lors du groupe *focus*, un espace pour renégocier ces valeurs et ces règles a été créé au début de la 1^{ère} rencontre du groupe de PR, en présence des deux nouvelles infirmières participantes, les observatrices. Les valeurs et règles initialement négociées entre les IPO ont été adoptées par ces dernières.

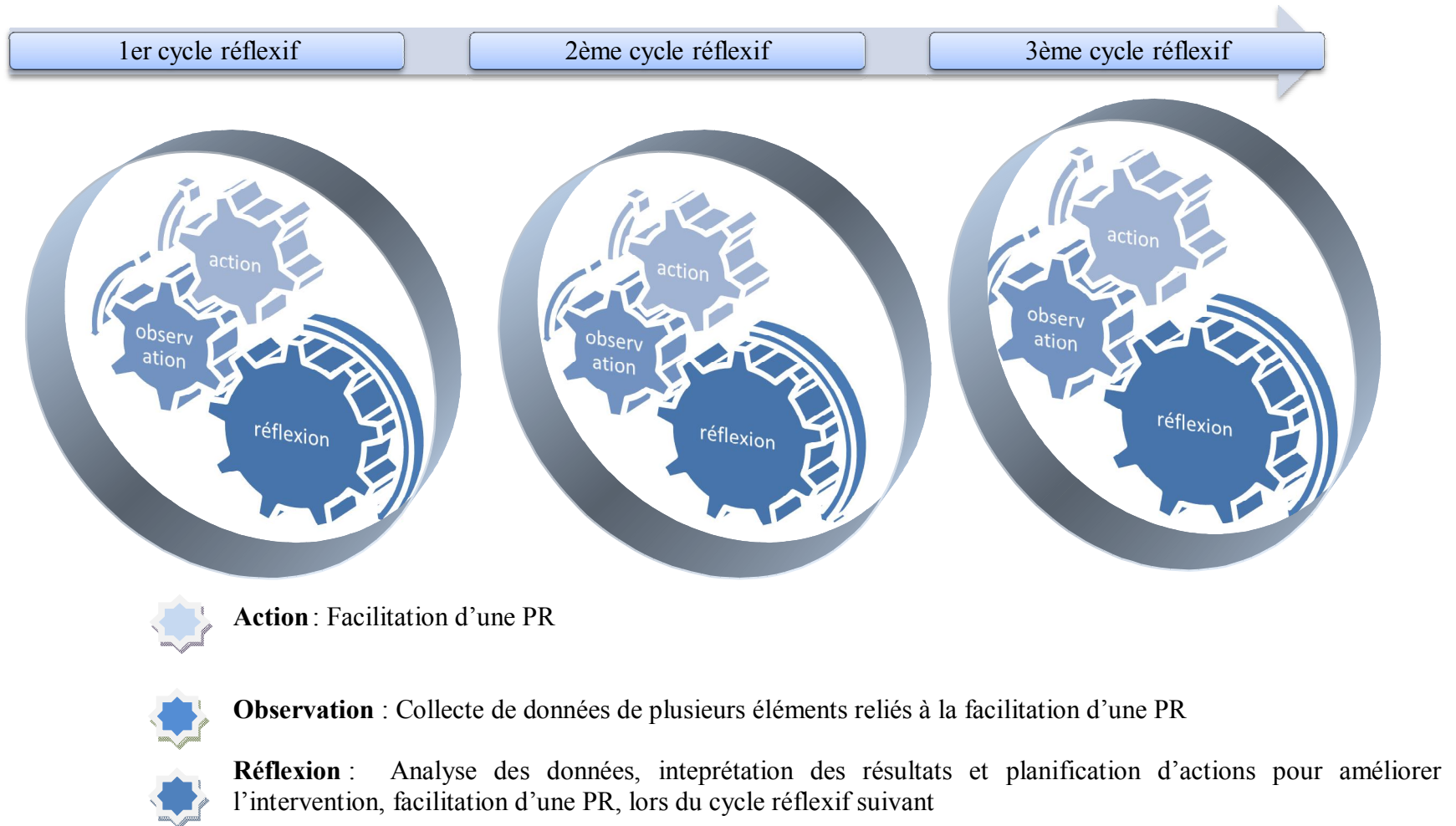
Phase de facilitation d'une PR

La phase de facilitation d'une PR constituait la phase névralgique de cette recherche-action participative qui a été illustrée par une spirale réflexive (voir la figure 6 ci-dessous), laquelle est composée de plusieurs cycles réflexifs, tel que proposé par Kemmis & McTaggart (2000). Toutefois, c'est la démarche proposée par Stringer (2007) qui a orienté le processus de recherche au sein de cette phase, où il y a eu trois cycles de recherche consécutifs. Chaque cycle de recherche devait répondre aux critères suivants : avoir permis à chaque IPO d'effectuer une PR sur une situation issue de son expérience professionnelle et avoir tenu une rencontre bilan pour valider collectivement l'analyse des données et l'interprétation des résultats effectuées par l'investigatrice principale pendant ce cycle. Tel que suggéré par Stringer (2007), chaque cycle réflexif de cette recherche comprenait trois étapes : l'observation, la réflexion et l'action. Ces étapes ne suivaient pas une séquence mécanique et rigide. Au contraire, elles ont été intégrées dans un processus itératif, c'est-à-dire que les frontières qui les délimitaient étaient fluides, ouvertes et sensibles. La première étape, l'observation, concerne les nombreuses méthodes utilisées pour amasser des données pendant chaque cycle réflexif. Le tableau III (p. 69) résume les méthodes de collecte de données utilisées pendant l'étude. La deuxième étape, celle de la réflexion, correspond aux activités d'analyse des données et d'interprétation des résultats abordées plus loin dans ce chapitre. Finalement, la dernière étape d'un cycle réflexif de recherche correspond à l'action. Il s'agissait de bonifier la facilitation d'une PR, en intégrant les apprentissages-clés réalisés au cours des cycles de recherches précédents.

Phase de post-facilitation

La dernière phase de cette étude a permis d'amasser différentes données à l'aide de trois méthodes de collecte : des entrevues individuelles avec les IPO, des groupes *focus* par groupe de participants et une discussion synthèse. Cette phase de l'étude a permis de valider plusieurs éléments déterminants de la facilitation d'une PR et d'explorer son influence sur les compétences relationnelles des IPO et sur des dimensions à la fois personnelles, cliniques et organisationnelles. Enfin, des données ont aussi permis d'effectuer une analyse critique du processus de recherche.

Figure 4 : Spirale réflexive de la recherche-action



Collecte des données

Le travail de collecte et d'analyse de données ne s'est pas effectué de façon linéaire, mais plutôt dans un processus itératif (Creswell, 1998). Cependant, afin de faciliter la compréhension de ce projet, les stratégies de collecte de données sont présentées séparément des stratégies d'analyse de données. Diverses méthodes de collecte de données ont été utilisées pour répondre aux différentes questions de recherche de cette étude. Lors de l'analyse, il y a eu triangulation de plusieurs stratégies de collecte de données et de sources de données afin de confronter les différentes perspectives et interprétations et, ainsi, accroître la crédibilité des résultats générés. Les méthodes de collecte de données sont regroupées dans le tableau ci-dessous. Une brève description de chacune des méthodes de collecte de données est également disponible dans les lignes qui suivent. Elles sont associées à chacune des phases de l'étude où elles ont été réalisées, à l'exception d'une seule qui a été utilisée tout au long de l'étude, et ce, dès la phase de pré-facilitation : le journal de bord de l'investigatrice principale.

Journal de bord de l'investigatrice principale

But : noter les réflexions, les observations, les analyses personnelles et les choix méthodologiques faits tout au long de l'étude, afin d'enrichir la compréhension et l'analyse des données collectées et le processus même de recherche.

Forme de données : écrites.

Phase de pré-facilitation

Entrevues individuelles semi-dirigées

Participant·es : chaque IPO.

Buts : explorer les situations professionnelles qui affectent la qualité de la pratique des IPO auprès de familles et explorer leur perception de l'impact de ces situations sur l'expérience de santé de familles qu'elles soignent; explorer les attentes et préoccupations des IPO concernant le codéveloppement d'une PR.

Durée : 60 à 90 minutes.

Guide : disponible à l'annexe D, p. vii.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Tableau I : Ensemble des méthodes de collecte de données de l'étude

Méthode de collecte de données		Nombre planifié	Nombre réalisé
Toute la durée de l'étude	Journal de bord de l'investigatrice principale	1	1
Phase de pré-facilitation	Entrevue individuelle semi-structurée avec les IPO	6	6
	Groupe <i>focus</i> avec les IPO	1	1
Phase de facilitation d'une PR	Rapport écrit des situations professionnelles soumises à une PR	18	18
	Rencontres du groupe de PR	9 (total de 18 PR)	11 (total de 20 PR)
	Outil utilisé auprès des participants-familles, sur l'identification des conversations les plus aidantes et les moins aidantes	18 à 54	2
	Entretien IPO/ famille	18	8
	Bilans	3	3
	Groupe <i>focus</i> avec les participantes-collègues	1 à 2	0
Phase de post-facilitation	Entrevue individuelle semi-structurée avec les IPO	6	5
	Groupe <i>focus</i> par groupe d'acteurs participants	3 à 4	3
	Discussion synthèse	1	1

Groupe focus

Participant·es : six IPO.

Buts : approfondir et confronter certains éléments présentés lors des entrevues individuelles et en tenir compte dans le processus de recherche; favoriser la création d'un contexte de travail optimal, par le biais de valeurs et règles de fonctionnement négociées et entérinées par l'ensemble des membres du groupe de PR.

Durée : 60 à 90 minutes.

Guide : élaboré en fonction des données collectées lors des entrevues individuelles.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Phase de facilitation d'une PR

Rapports écrits des situations professionnelles soumises à une PR

Participant·es : chaque IPO.

But : suivre l'évolution des situations difficiles rapportées d'un cycle réflexif à l'autre. À noter que les IPO n'étaient pas tenues de réfléchir sur la même situation, lors des trois cycles réflexifs, le choix de la situation étant laissé à leur discrétion.

Outil : outil à colonnes, disponible à l'annexe A, p. ii.

Forme des données : écrites.

Rencontres du groupe de PR

Participant·es : six IPO et deux observatrices.

But : documenter la facilitation d'une PR, à partir des données portant sur les cas présentés, le fonctionnement du groupe de PR, les aspects relationnels et les aspects organisationnels.

Fréquence et durée : neuf rencontres étalées sur toute la durée de l'étude, soit environ une rencontre par mois, d'une durée de trois heures consécutives par rencontre.

Déroulement : se référer à la section « Description de la facilitation d'une PR, de type codéveloppement » décrit plus tôt dans ce chapitre.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Ajustement au protocole de recherche

Deux rencontres du groupe de PR, d'une durée variant entre 60 et 90 minutes, ont été ajoutées à l'étude. Ces espaces réflexifs ont été créés pour permettre aux deux observatrices d'effectuer au moins une PR pendant le projet. Ils ont été insérés au début des deuxième et troisième cycles de recherche. Un amendement a été déposé au principal comité d'éthique de recherche et a été approuvé à la fin du premier cycle de recherche. Pour plus de détails sur le contexte qui a mené à cette modification, se référer au chapitre quatre où l'apprentissage-clé suivant est présenté : *importance d'utiliser un processus de prise de décision qui génère le niveau d'engagement requis.*

Outil sur l'identification des conversations les plus aidantes et les moins aidantes avec l'IPO

Participants : chaque membre de famille qui participait à l'entretien IPO/famille.

But : aide-mémoire pour permettre à chaque membre de la famille d'identifier et mettre par écrit, individuellement, les conversations les plus aidantes et les moins aidantes qui avaient eu lieu avec leur IPO.

Fréquence et durée : chaque membre (un à trois membres par famille) de la famille devait compléter cet outil, une seule fois pendant l'étude.

Outil : disponible à l'annexe F, p. ix.

Forme des données : manuscrites.

Ajustement au protocole de recherche

Seulement deux membres de familles ont mis par écrit les contenus détaillés des conversations les plus aidantes et les moins aidantes. Les dix autres membres de familles recrutés ont préféré l'utiliser comme aide-mémoire en n'y inscrivant que des mots-clés.

L'outil disponible à l'annexe F est différent de celui retrouvé dans le formulaire de consentement des participants-familles. Plus précisément, ce dernier n'inclut pas une exploration des conversations les moins aidantes. Cette question a été ajoutée à la demande des IPO qui étaient très intéressées à connaître aussi les moments infirmiers les moins aidants, de façon à améliorer leur pratique auprès de familles.

Entretien IPO/Famille

Participants : famille qui peut être représentée par un ou plusieurs de ses membres et son IPO.

But : explorer les interactions les plus aidantes et les moins aidantes vécues entre l'IPO et la famille et explorer leurs effets sur l'expérience de santé de cette dernière.

Fréquence et durée : un seul entretien pendant l'étude, d'une durée de 60 à 90 minutes.

Guide : disponible à l'annexe E, p. viii.

Nature des données : enregistrées et transcrites.

Ajustement au protocole de recherche

À la fin du premier cycle de recherche, les IPO ne croyaient pas qu'elles avaient réalisé suffisamment d'apprentissages pour percevoir une transformation de leur pratique auprès de familles touchées par le cancer et, ainsi, être en mesure de débiter le recrutement de familles. Le recrutement des familles a donc été reporté et s'est amorcé au milieu du second cycle de recherche. Huit familles plutôt que dix-huit ont participé au projet.

Bilans

Participants : tous les membres du groupe de PR, dont les IPO, les observatrices, le facilitateur expert et l'investigatrice principale ont participé aux trois bilans, à l'exception de Jade qui n'a pu être présente lors du 3^{ème} et dernier bilan, pour une raison d'ordre personnel.

But : valider l'analyse et l'interprétation des résultats portant sur le processus de recherche et sur l'influence de la facilitation d'une PR.

Fréquence et durée : à la fin de chaque cycle réflexif de recherche et d'une durée de 90 minutes.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Phase de post-facilitation*Entrevues individuelles semi-structurées*

Participants : chacune des cinq IPO ayant complété les trois cycles réflexifs de recherche

But : explorer l'influence de la facilitation d'une PR sur les compétences relationnelles d'IPO; explorer les conséquences de ces nouvelles compétences sur des dimensions d'ordre personnel, clinique et organisationnel; explorer l'expérience de la facilitation d'une PR et de recherche des IPO.

Durée : 60 à 90 minutes.

Guide : disponible à l'annexe K, p. lxvii.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Ajustement au protocole de recherche

Il n'y a eu que cinq entrevues individuelles post-facilitation plutôt que six entrevues, parce que l'une des IPO s'est retirée de l'étude, lors du second cycle de recherche. Quatre des cinq entrevues ont lieu dans un bureau ou une salle de consultation privée de l'établissement d'attache de l'IPO. Une seule entrevue s'est déroulée à l'extérieur du centre de santé de l'IPO, afin de minimiser, pour cette dernière, les inconvénients liés à son déplacement.

Groupe focus

Participants : un groupe *focus* a eu lieu en présence des membres du groupe de PR, incluant les IPO, les observatrices, le facilitateur expert et l'investigatrice principale, à l'exception de l'IPO Jade qui n'a pu être présente à cet entretien pour des raisons d'ordre personnel; deux groupes *focus* ont été réalisés avec des participantes-collègues, soit un par établissement de santé participant où il y avait des participantes-collègues.

But : obtenir une compréhension des résultats de l'étude par groupe de participants.

Durée : 60 à 90 minutes.

Guide : guide des groupes *focus* avec les participantes-collègues disponible à l'annexe G, p. xv; aucun guide disponible pour le groupe *focus* avec les IPO, car cet entretien a été préparé en cours d'étude, en fonction des données collectées. Afin de minimiser les inconvénients liés au déplacement, le groupe « focus » réalisé en présence des IPO et observatrices s'est déroulé à la suite du troisième et dernier bilan.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Ajustement au protocole

Chaque participant-collègue n'a participé qu'à un seul groupe *focus* pendant l'étude. L'investigatrice principale et sa directrice de thèse croyaient qu'il serait facilitant pour ces derniers de se déplacer qu'une seule fois et, en outre, elles présumaient qu'un second groupe *focus* n'aurait pas fourni beaucoup plus de données. Il a donc été décidé de conserver celui en phase de post-facilitation, afin que les participantes-collègues aient une expérience plus longue avec une ou des IPO, à la suite de leur participation au codéveloppement d'une PR.

Il a également été décidé, conjointement par l'investigatrice principale et sa directrice de thèse, de ne pas effectuer le groupe *focus* prévu avec les participants-familles, pendant la phase de post-facilitation. L'enjeu temporel lié à la réalisation d'une étude doctorale et à son achèvement a influencé cette décision. En outre, des IPO ont mentionné que plusieurs des familles rencontrées en cours d'étude ne pourraient pas y participer, étant donné la détérioration importante de l'état de santé ou le décès de la personne atteinte de cancer.

Discussion synthèse

Participants : cette activité de recherche était facultative pour l'ensemble des infirmières cochercheuses et des participants-collègues. Finalement, les personnes qui ont participé à cet entretien de recherche sont : le facilitateur expert, une infirmière gestionnaire, les deux observatrices et deux IPO provenant d'un même établissement de santé. Trois IPO, les deux travailleuses sociales, une infirmière gestionnaire et l'infirmière technicienne n'ont pas pu être présentes.

But : valider les principaux résultats de l'étude qui concernent les apprentissages-clés réalisés pendant le projet et leur influence sur le processus de recherche ou sur la pratique professionnelle des infirmières cochercheuses, incluant ses effets sur les plans personnel, clinique et organisationnel. Élaborer une liste préliminaire de recommandations en lien avec les résultats de l'étude.

Durée : 90 minutes.

Forme des données : enregistrées et transcrites.

Analyse des données qualitatives et interprétation des résultats

Tel que mentionné précédemment, cette partie de la recherche a été réalisée en concomitance avec la collecte de données, tout au long du processus de recherche. Comme le recommandent Miles et Huberman (2003), il avait été prévu d'utiliser des formats de présentation de données pour soutenir ces stratégies. Ces auteurs prétendent que l'utilisation rapide de formats de présentation permet d'économiser beaucoup de temps et que ces formats minimisent les risques de perdre de vue les participants dans une masse importante de données. Néanmoins, après plus de huit mois à tenter en vain

de structurer l'analyse des données pour qu'elle puisse être représentative des aspects centraux de l'étude en émergence, l'investigatrice principale a dû se rendre à l'évidence que l'utilisation de formats de présentation était peu aidante dans la cadre de cette étude. Par ailleurs, l'une des six stratégies proposées par Stringer et initialement prévues pour soutenir l'analyse des données de la phase de facilitation a dû être mise en œuvre préalablement aux autres stratégies, c'est l'identification et l'analyse des apprentissages-clés. Cette stratégie s'est imposée d'elle-même en cours d'analyse. Les cinq autres stratégies ont été utilisées comme complément de cette dernière, dont catégoriser et codifier, décrire le contexte, enrichir l'analyse ainsi que schématiser et écrire des rapports écrits. Chacune de ces stratégies d'analyse est brièvement présentée ci-dessous.

Identifier et analyser les apprentissages-clés

Cette stratégie d'analyse permettait de mettre en lumière les séquences d'action qui avaient eu un impact négatif ou positif sur l'expérience des acteurs de l'étude (Stringer, 2007), incluant l'investigatrice principale et le facilitateur expert. L'événement pouvait parfois être lié au contexte, au processus ou au contenu de l'étude. Denzin (1989) parle de moments de crise, de triomphe, de colère, d'amour, d'illumination, d'espoir ou de désespoir qui ont un effet durable sur les participants. Dans cette étude, ce sont les apprentissages-clés effectués par les IPO et les observatrices, les apprentissages liés à la facilitation et les apprentissages liés à la pratique de recherche qui étaient ciblés. Dans un premier temps, la procédure d'analyse consistait à revoir les données et à identifier les apprentissages-clés. L'investigatrice principale se servait de ses propres habiletés réflexives pour faire émerger les divers apprentissages-clés et les séquences d'action qui avaient mené à leur émergence. Cette stratégie a d'abord été utilisée de façon intuitive et inconsciente pour préparer les *debriefing* qui avaient lieu après chaque rencontre du groupe de PR. Ce n'est qu'en milieu de projet que l'investigatrice principale a réalisé que cette stratégie permettait d'identifier les apprentissages-clés et de délimiter les séquences d'action de la phase de facilitation s'y rapportant. Cette démarche lui a permis de structurer l'analyse des données de cette phase de l'étude. La stratégie d'identification des apprentissages-clés était la suivante :

- 1) Lors de la première écoute et de la première lecture des transcriptions des rencontres du groupe de PR et des bilans, l'investigatrice principale prenait conscience des sentiments désagréables ou agréables qui avaient émergé ou qui émergeaient.
- 2) Elle tentait d'identifier les séquences d'action en lien avec le sentiment vécu.
- 3) Elle identifiait les conséquences positives ou négatives qui rendaient ces séquences satisfaisantes ou insatisfaisantes
- 4) Elle identifiait à quoi ces conséquences étaient liées, par exemple à des éléments du contexte de travail, au contenu des échanges, à la facilitation ou au processus de recherche.
- 5) L'investigatrice principale intégrait d'autres stratégies d'analyse, telles que la codification, la description du contexte, l'enrichissement de l'analyse via les écrits théoriques et la schématisation, pour tenter de faire émerger l'apprentissage-clé que chacune de ces séquences pouvait contenir, afin de pouvoir en tenir compte pour la suite du projet.
- 6) Enfin, l'investigatrice principale tentait d'identifier et de mettre en lien les divers apprentissages-clés réalisés dans un même cycle et inter-cycles de recherche et d'en faire ressortir les principaux thèmes.

Catégoriser et codifier

Cette méthode d'analyse permettait de « distiller » les données (Stringer, 2007) et d'ancrer l'analyse dans les termes, les concepts et les significations des participants. Elle comprenait les étapes suivantes : s'immerger dans les données brutes (verbatim), les segmenter, les catégoriser et les codifier, identifier des thèmes, organiser un système en catégorie, rédiger un compte-rendu (Stringer, 2007). Ces étapes n'ont pas été suivies de façon rigide. Au contraire, le retour d'une étape à l'autre a été nécessaire afin d'en venir à saisir le sens inhérent de chaque apprentissage-clé de la phase de facilitation et pour faire émerger les principaux thèmes liés au processus de recherche et à l'influence d'une PR. Un logiciel (QDA-Miner) a été utilisé pour permettre des analyses transversales à

partir de codes. L'utilisation d'un logiciel a permis d'analyser un grand nombre de documents dans une perspective interprétative et constructive et a facilité la création, l'organisation et l'exploration des idées et catégories. Cette étape de l'analyse a été principalement effectuée par l'investigatrice principale, tout en étant soutenue par sa directrice de thèse, tout au long du projet.

Décrire le contexte

Le but de cette stratégie était de décrire les principaux éléments du contexte qui avaient influencé l'émergence des divers apprentissages-clés de l'étude et qui avaient pu influencer les résultats liés au processus de recherche et ceux qui portaient sur l'influence d'une PR. La mise en lumière d'éléments du contexte des apprentissages-clés, comme la présence de relations de pouvoir, a permis d'approfondir l'interprétation des résultats, c'est-à-dire de mieux comprendre les expériences ou comportements individuels et collectifs observés pendant le projet (Stringer, 2007) et, ainsi, de bonifier le processus de recherche d'un cycle à l'autre.

Enrichir l'analyse

L'enrichissement de l'analyse des données découle principalement des écrits théoriques consultés ainsi que de l'apport théorique et expérientiel du facilitateur expert et de la directrice de thèse. Les écrits théoriques ont contribué de façon importante à l'émergence des apprentissages-clés liés à la facilitation d'une PR et à la pratique de recherche, lors de la phase de facilitation. Ils ont permis de clarifier, approfondir ou recadrer l'interprétation de plusieurs de ces apprentissages. Le facilitateur expert, de par son expertise en psychologie, apportait une perspective théorique différente, originale et complémentaire sur la facilitation d'une PR. La directrice de thèse, grâce à sa connaissance approfondie du domaine de l'oncologie et des fondements philosophiques des sciences infirmières, a apporté un apport évident à la recherche constante de cohérence entre la méthode de recherche choisie et la pratique de recherche de l'investigatrice principale.

Schématisation (*concept mapping*)

La schématisation a, entre autres, pour objectif d'aider les participants d'une recherche-action à donner du sens à leurs expériences et à établir des liens entre les concepts de l'étude qui se sont dégagés des résultats (Stringer, 2007). Toutefois, cette stratégie n'a pas pu être utilisée avec les IPO de l'étude pendant la phase de facilitation, parce que deux des trois espaces participatifs visant à valider l'interprétation des résultats de l'étude ont dû être utilisés pour revoir le fonctionnement interne du groupe de PR. Néanmoins, tout au long du projet, la schématisation a été fort utile pour aider l'investigatrice principale à comprendre les divers résultats de l'étude et à les mettre en lien; cette stratégie se retrouve principalement à l'intérieur des mémos théoriques et a aussi été employée pour faire une synthèse de son interprétation des résultats de l'étude et la valider auprès du facilitateur expert et de la directrice de thèse.

Écriture collaborative du rapport de recherche

Il s'agit ici de la dernière étape de la recherche-action participative et rejoint la notion de discussion et de diffusion des connaissances. Malheureusement, pour cette étape de l'étude, seuls la directrice de thèse, le facilitateur expert et une infirmière externe au projet, qui a une bonne connaissance du développement d'une PR, ont été invités à participer. Ce choix a été fait pour deux raisons principales. D'abord, il aurait été nécessaire d'amender le protocole de recherche pour y inclure d'autres espaces participatifs dédiés à cette étape de l'étude, espaces participatifs auxquels des IPO et observatrices auraient probablement été appelées à participer en dehors des heures de travail puisque l'organisation n'avait pas consenti à assumer financièrement ce volet additionnel. En outre, étant donné l'échéancier auquel devait répondre l'investigatrice principale pour effectuer le premier dépôt de sa thèse, il n'y aurait pas eu suffisamment de temps de partage pour bien intégrer le point de vue des diverses participantes pendant la finalisation de l'interprétation des résultats et son écriture. Il s'agit d'une limite importante de cette étude et elle est abordée plus en détail au chapitre cinq de cette thèse. Toutefois, plusieurs infirmières cochercheuses ont mentionné qu'elles seraient probablement intéressées à participer à la diffusion locale des résultats de l'étude et à collaborer à l'écriture d'articles scientifiques découlant de cette thèse.

Critères de qualité

Les critères de qualité sont les fondements sur lesquels s'appuient les recherches participatives pour juger de la valeur scientifique des résultats. Dans cette étude, ce sont les critères de qualité d'une recherche-action participative proposés par Stringer (2007) qui ont été retenus: la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité. Selon Reason et Bradbury (2001), les critères de qualité d'une recherche-action participative devraient permettre d'évaluer la qualité démocratique de l'étude. Pour ce faire, ils suggèrent que le chercheur se pose les questions suivantes : Y avait-il une pluralité de perspectives et de types de savoirs considérés ou légitimés dans le processus de recherche, c'est-à-dire ayant une valeur politique? La recherche était-elle significative ou valable pour les tous les participants? La recherche a-t-elle eu un impact sur la pratique des participants à l'étude? Le processus de recherche était-il émergent? Ce processus a-t-il favorisé une émancipation individuelle ou collective des participants qui permet de modifier les patterns relationnels moins satisfaisants au sein de leur communauté? Ces questions seront considérées lors de l'évaluation de la scientificité de cette étude qui sera effectuée à partir des critères de qualité d'une recherche-action recommandés par Stinger (2007) qui sont décrits plus en détail ci-dessous : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité. À noter que les forces et limites de cette étude seront abordées au 5^e chapitre de cette thèse.

Crédibilité

La crédibilité du processus de l'étude est un critère de qualité fondamental. Ce critère permet de juger de l'intégrité et de la cohérence de la démarche de recherche. Plusieurs stratégies étaient envisagées pour démontrer la crédibilité de l'étude. Il était prévu de documenter la qualité de l'interaction et des formes politiques qui se développaient pendant le projet (Koch & Kralik, 2006), la qualité des relations étant en lien direct avec la capacité du groupe de cochercheuses d'intégrer les voix de tous les acteurs dans l'interprétation des résultats (Koch & Kralik, 2006). L'investigatrice principale avait aussi la responsabilité d'agir de façon à favoriser la création d'un environnement sécurisant pour le dialogue, ce qui signifiait qu'elle devait posséder un sens aigu des dynamiques du groupe, c'est-à-dire être capable d'identifier la présence

de relations de pouvoir et de les gérer de façon à encourager la croissance et le développement de tous les acteurs de l'étude (Koch & Kralik, 2006). Une description détaillée et une analyse des données illustrant le type de relations et les jeux de pouvoir présents dans le groupe de recherche étaient donc recherchées, pendant toute la durée de l'étude. La crédibilité du processus de recherche dépendait également du débat sur les types de connaissances reconnues et considérées dans l'étude, c'est-à-dire l'inclusion de multiples perspectives et de multiples sources de données et leur triangulation. La participation active des divers groupes d'acteurs et l'utilisation de nombreuses stratégies de collecte de données dans la plupart des phases de l'étude avaient pour but d'accroître la probabilité que les résultats soient représentatifs de différents points de vue (Koch & Kralik, 2006). La façon dont ces différentes perspectives et connaissances ont informé les résultats, tout au long de l'étude, devait se retrouver à l'intérieur du journal de bord de l'étudiante chercheuse et se dégager des résultats présentés dans la thèse.

Enfin, l'étudiante chercheuse devait démontrer la congruence de sa pratique de recherche (Bradbury & Reason, 2001) aux fondements épistémologiques propres à la recherche-action participative. Pour ce faire, la tenue consciencieuse d'un journal de bord était prévue, afin de suivre l'évolution de ses décisions méthodologiques pendant la recherche (Koch & Kralik, 2006). Les processus de prises de décision devaient aussi être accessibles au lecteur, pour que celui-ci puisse effectuer une critique de la pratique de recherche.

Confirmabilité

Pour répondre à ce critère de qualité, l'investigatrice principale devait être en mesure de confirmer que les procédures décrites avaient effectivement été réalisées. La conservation de toutes les données collectées, la description des stratégies d'analyse au sein du journal de bord de l'étudiante chercheuse, en plus de la production et de la conservation de l'évolution des mémos théoriques tout au long de l'étude devaient permettre d'attester la véracité des procédures de l'étude (Stringer, 2007). Elle devait également démontrer que l'interprétation des résultats avait été confirmée par d'autres personnes possédant une expertise sur le phénomène à l'étude et l'approche de recherche. Il a été prévu que la directrice de thèse effectuerait des vérifications pour

juger de la vraisemblance, de la solidité des interprétations des résultats réalisées par l'investigatrice principale, le facilitateur expert et les IPO.

Fiabilité

Ce critère repose sur la capacité du chercheur à démontrer que les sources de données sont fiables (Stringer, 2007). Une seconde écoute d'un entretien audio sur trois devait permettre à la l'étudiante chercheuse de s'assurer que les propos avaient correctement été transcrits. De plus, parce que cette étude était participative, elle devait favoriser la validation des interprétations des propos des participants de l'étude, par les participants eux-mêmes. Il a aussi été prévu de classer par catégorie et chronologiquement toutes les stratégies de collecte de données utilisées pendant le projet, tels que les enregistrements audio, les transcriptions, les rapports écrits et le journal de bord de l'étudiante chercheuse. Leur conservation dans un lieu sécuritaire et facilement accessible a été planifiée, de façon à ce qu'ils puissent être consultés, si nécessaire.

Transférabilité

La transférabilité réfère aux résultats qui peuvent être utilisés par les lecteurs dans leur contexte (Guba & Lincoln, 1989). La transférabilité est généralement possible lorsque les éléments du contexte, du processus et de contenu sont décrits de façon suffisamment détaillés (Stinger, 2007). Pour répondre à ce critère, l'investigatrice principale prévoyait présenter une description détaillée du contexte, du processus de recherche et de son influence.

Considérations éthiques

Dans une recherche participative, les considérations éthiques portent sur des dilemmes différents des études traditionnelles et ce, à bien des égards (Koch & Kralik, 2006). Certains de ces dilemmes sont relationnels ou situés à l'intérieur d'une relation. Ils sont traités dans les aspects éthiques de cette étude.

Avant tout, la relation entre l'investigatrice principale et les infirmières cochercheuses prend une forme différente, en ce sens qu'elle se distingue des liens

hiérarchiques traditionnels (Herr & Anderson, 2005). Dans cette étude, les IPO étaient considérées comme des cochercheuses. Le degré d'engagement et les rôles de chacune dans le processus de recherche devaient donc être établis clairement pour permettre un consentement éclairé. Toutefois, l'évolution du groupe de PR était difficile voire impossible à prévoir (Herr & Anderson, 2005). Pour cette raison, un contrat entre l'investigatrice principale, le facilitateur expert et les infirmières cochercheuses a été négocié périodiquement et chaque fois qu'il le fallait. Cette stratégie a permis d'effectuer des ajustements au niveau du fonctionnement et de s'assurer que le renouvellement de l'engagement était pleinement volontaire et faisait sens pour ces infirmières du projet, ce qui rejoignait les recommandations de Herr et Anderson (2005) qui suggéraient de revoir le consentement à tous les cycles d'une recherche-action participative.

La position interne de l'investigatrice principale soulevait un autre enjeu important, puisqu'elle avait déjà agi à titre d'infirmière pivot en oncologie dans cette région. Il y avait un risque que les IPO admissibles se sentent obligées de participer (Herr & Anderson, 2005) parce qu'elles la connaissaient bien (coercition ou désirabilité sociale). Pour minimiser ce risque, les contacts directs avec les IPO admissibles avaient été réduits le plus possible, grâce à l'intégration d'une informatrice-clé lors de certaines étapes de la phase de recrutement.

Un autre aspect éthique essentiel à ce type de démarche de recherche était relié à la confidentialité et l'anonymat. Dans le cadre d'une recherche-action collaborative comme celle-ci, les engagements éthiques traditionnels sont insuffisants, tels que d'assurer aux participants qu'on ne reconnaîtra pas le milieu, que des pseudonymes seront utilisés et que l'anonymat des participants sera possible, puisque les données sont collectées, la plupart du temps, en groupe et sur le terrain. Par conséquent, le respect de la confidentialité des récits et des données rapportés ainsi que l'anonymat ne pouvaient reposer que sur la vigilance et la responsabilité de l'investigatrice principale. Au contraire, il s'agissait d'une responsabilité partagée avec toutes les infirmières cochercheuses de l'étude. Dans une recherche collaborative, il appartient à ces infirmières du groupe d'évaluer et de négocier leur propre vulnérabilité tout comme les

meilleures façons d'intégrer ou d'utiliser les données dans leurs milieux respectifs (Herr & Anderson, 2005). Afin de minimiser les risques de transgression de la confidentialité ou de l'anonymat, les infirmières cochercheuses ont été clairement informées de leur responsabilité respective face à cet enjeu éthique important. De son côté, l'investigatrice principale a pris les mesures énumérées ci-dessous pour protéger la confidentialité des renseignements et des données colligées en groupe :

- Mise en lumière de la responsabilité de chacune des participantes quant au respect de la confidentialité des récits rapportés en groupe (ce qui est dit et ce qui a lieu) pendant la recherche, lors de la présentation et de la signature du formulaire de consentement.
- Rappel formel au début de chaque rencontre du « groupe de PR » et des bilans, de l'importance du respect de la confidentialité des données collectées et colligées en groupe.
- Préservation de l'anonymat des intervenants des équipes locales faisant partie du contexte des difficultés soumises à la PR par l'une des IPO, en évitant d'utiliser des noms et prénoms réels dans les rapports écrits et lors des rencontres de groupe.
- Engagement (annexe L) de l'Unité de consultation en éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher à soutenir le groupe de PR pendant l'étude, en offrant trois rencontres facultatives, soit une rencontre à la fin de chaque cycle réflexif de recherche. Ces rencontres devaient durer entre 60 et 90 minutes. Elles avaient pour but de permettre aux groupes de PR de présenter des cas cliniques difficiles vécus en interdisciplinarité et d'aborder et analyser les aspects éthiques importants à considérer lors de leur travail pour résoudre ces situations. Ces consultations en éthique clinique avec le groupe des IPO constituaient une stratégie préventive et complémentaire aux mesures mises en place par le CÉR principal. Cette expertise étant ancrée dans la réalité quotidienne donnait l'occasion, si nécessaire, d'offrir un renforcement des aspects éthiques à considérer sur le terrain en cours d'étude. Ainsi, elle permettait de minimiser les risques liés à d'éventuels malaises qui pouvaient être vécus par les IPO, de même

qu'au sein de leurs équipes locales, lors de leur travail sur des situations cliniques interdisciplinaires difficiles. Finalement, les participantes n'ont pas ressenti le besoin d'avoir recours à cette ressource pendant le projet.

Des stratégies d'intervention étaient également disponibles dans l'éventualité où, malgré toutes les mesures prises, des malaises avaient été vécus par des IPO ou des membres de leur équipe locale, lors du projet ou à la suite d'un bris de confidentialité. Toutefois, il n'a pas été nécessaire d'avoir recours à l'une ou l'autre de ces stratégies décrites ci-dessous, pendant le projet :

- Offre de consultations ponctuelles avec M. Jacques Tremblay, psychologue et conseiller au développement de l'individu, de l'équipe et de l'organisation, afin d'aider les membres de l'équipe concernée à gérer le malaise soulevé.
- Intégration de membres d'une équipe locale à l'une des périodes de consultation avec l'Unité de consultation en éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher, afin de les aider à gérer la situation clinique interdisciplinaire à l'origine du malaise. Ces rencontres avaient pour but de permettre aux personnes impliquées dans la situation difficile de prendre part au processus de réflexion éthique. L'intégration de membres d'équipes locales aurait été préalablement discutée entre l'investigatrice principale, les infirmières cochercheuses, Mme Dion-Labrie, consultante en éthique et membre de l'Unité de consultation en éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher, les responsables cliniques et les médecins impliqués dans ces équipes. Ce service était offert à tous les intervenants de l'établissement et était supporté par l'organisation.
- Engagement de l'investigatrice principale à présenter, le cas échéant, des rapports d'incidents au principal comité d'éthique de recherche dans les plus brefs délais, si des malaises ou bris de confidentialité rapportés en cours d'étude nécessitaient le recours à l'une des deux stratégies citées précédemment. Cette stratégie s'avérait conforme aux mesures habituelles de suivi passif proposé par le chercheur. Le principal comité d'éthique de recherche, cet aspect relevant de la responsabilité de ce comité, aurait pu alors s'assurer que les mesures proposées étaient adéquates et suffisantes.

- Accessibilité à deux ressources en éthique au besoin : Me Delphine Roigt, consultante en éthique et Mme Marianne Dion-Labrie de l'Unité de consultation en éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher.

Prendre part à cette étude comportait un risque important puisque la PR peut, dans certains cas, créer des sentiments temporaires de vulnérabilité, d'incompétence, de déception ou d'embarras. Le facilitateur expert, M. Jacques Tremblay psychologue et consultant, qui participait à cette étude possédait les compétences requises pour soutenir les infirmières cochercheuses lors de ces moments, mais il y avait tout de même un risque que ces sentiments se vivent. Par conséquent, si des personnes impliquées dans le projet avaient exprimé des besoins particuliers de soutien pendant l'étude, en lien avec leur expérience dans ce projet, elles auraient rapidement été référées à M. Jacques Tremblay pour obtenir le soutien ponctuel approprié. Il n'a pas été nécessaire d'effectuer ce type de soutien pendant la réalisation du projet.

Enfin, pour s'assurer que tous les aspects éthiques de cette recherche-action participative respectaient les normes et ne portaient pas atteinte à l'intégrité de participants admissibles, le projet de recherche a été soumis aux comités de convenance et d'éthique locaux de chaque établissement de la région. Par la suite, leurs recommandations ont été transmises au principal comité d'éthique de recherche qui a assumé la responsabilité de l'évaluation éthique du projet. Lors du recrutement, l'investigatrice principale a pris soin de vérifier que tous les participants avaient pris connaissance du formulaire de consentement éclairé les concernant et qu'ils avaient eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires avant de le signer. Tous les participants avaient également été avisés de leur droit de refuser de participer ou encore de leur possibilité de se retirer de l'étude en tout temps, sans que cette décision ne porte préjudice.

Chapitre 4 : résultats

La présentation des résultats d'une recherche-action participative se distingue des méthodes conventionnelles de recherche. La recherche-action participative oblige le chercheur à sortir des sentiers traditionnels d'écriture, étant donné qu'elle accorde autant d'intérêt au processus (Comment sommes-nous parvenus aux résultats attendus et inattendus?) qu'aux conséquences générées par ce processus (Quelle est l'influence de l'intervention?). Conséquemment, tout au long de ce chapitre, de nombreux efforts ont été investis pour relever le défi d'offrir suffisamment de contenu pour mieux comprendre la complexité du processus de facilitation d'une pratique réflexive (PR) et, à la fois, son influence tout en évitant de perdre le lecteur dans une masse de séquences d'actions et de données ayant eu moins d'impact sur le projet. Il est à souhaiter que la structure de présentation qui suit permettra effectivement aux lecteurs de donner du sens aux résultats rapportés et de retracer les diverses étapes de réflexion dans lesquelles l'investigatrice principale s'est elle-même engagée.

Ce chapitre se divise en deux parties. La première partie correspond à la phase de facilitation d'une PR. Elle concerne les résultats liés au *processus*, c'est-à-dire les résultats qui portent sur le processus réflexif ayant mené aux apprentissages, lors des différents cycles de l'étude de la phase de facilitation. Dans la seconde partie, les résultats portent sur l'*influence* de l'intégration d'une PR par les IPO sur le développement de leurs compétences relationnelles et sur les effets personnels, cliniques et organisationnels que ces nouvelles compétences semblent avoir engendrées.

PARTIE I : Facilitation d'une PR

Cette partie du chapitre des résultats découle de l'analyse de données collectées lors de la phase de facilitation d'une PR, qui était composée de trois cycles de recherche, comportant chacun trois rencontres du groupe de PR. Toutefois, deux autres espaces réflexifs ont été créés à la suite des bilans des deux premiers cycles, afin de permettre aux deux observatrices d'effectuer au moins une PR pendant le projet et ces espaces sont aussi considérés comme des rencontres du groupe de PR. Un amendement avait été déposé auprès du principal comité d'éthique de recherche et avait été approuvé avant la fin du premier cycle de recherche. Par conséquent, des données ont été collectées lors des trois rencontres du groupe de PR du premier cycle et des quatre rencontres du

groupe de PR de chacun deux derniers cycles réflexifs de recherche. À chaque rencontre du groupe de PR, une ou deux IPO devaient effectuer une PR d'environ 60 à 75 minutes. Pendant toute la durée de la phase de facilitation, les observatrices ont effectué une PR, tandis que les IPO en ont effectué trois, soit une PR par cycle de recherche.

Cette partie des résultats a pour objectif de documenter et comprendre de quelle façon l'intervention *facilitation d'une PR* a évolué d'un cycle de recherche à l'autre. Plusieurs sources de données ont été utilisées pour y parvenir : les rencontres du groupe de PR, les bilans à la fin de chacun des trois cycles de recherche, le journal et les notes de terrain de l'investigatrice principale et les écrits théoriques. Afin de faciliter la compréhension du processus d'analyse de données ayant conduit aux résultats, tel que le demande la recherche-action, ces derniers sont présentés par cycle de recherche. Il sera ainsi possible de décrire comment les résultats du ou des cycles précédents ont influencé la facilitation d'une PR lors du ou des cycles subséquents et les résultats de la phase de post-facilitation.

Avant d'aborder la présentation des résultats, la principale assise théorique sur laquelle s'appuie la facilitation d'une PR de cette étude doit être rappelée : toute action professionnelle est intentionnelle et repose sur un savoir tacite qui comprend plusieurs composantes, dont des valeurs et principes, des croyances et perceptions, des stratégies d'action et leurs conséquences (Argyris et Schön, 1999). Ces éléments du savoir tacite sur lesquels repose l'action seraient la plupart du temps implicites et inconscients.

Il est aussi important de rappeler que la facilitation d'une PR était assumée conjointement par le facilitateur expert et l'investigatrice principale. Par conséquent, le « nous » employé dans cette partie des résultats témoigne du travail conjoint de planification et d'analyse des activités de facilitation même si, tout au long de la phase de facilitation, le facilitateur expert est demeuré le principal leader de ces rencontres puisqu'il était mieux habilité, dans le feu de l'action, à remplir ce rôle.

Au début de la phase de facilitation d'une PR nous poursuivions certains objectifs. En cours de projet, ces objectifs et les stratégies utilisées pour les atteindre ont évolué en fonction des résultats qui émergeaient. Ainsi, la présentation des résultats de chaque cycle de recherche débute par une description des objectifs de facilitation d'une

PR qui nous habitaient à ce moment et des stratégies envisagées pour les atteindre. Par la suite, les résultats de chacun des cycles sont présentés. Il est à noter que la structure de présentation des résultats varie d'un cycle à l'autre. Ceux du premier cycle sont présentés de façon plus détaillée et exhaustive, contrairement aux résultats des deux autres cycles de la phase de facilitation. Ce choix a été fait afin de permettre au lecteur de saisir comment les différentes sources de données ont été intégrées au processus réflexif et ont mené aux apprentissages-clés de l'étude. Toutefois, cette structure de présentation n'a pas été considérée comme pertinente pour les deuxième et troisième cycles de la phase de facilitation. Elle risquait que le lecteur soit submergé par une grande quantité de données, ce qui n'aurait pas ajouté à sa compréhension des résultats. Seuls les apprentissages-clés des deux autres cycles de la recherche sont donc présentés à l'aide de séquences-clés d'actions et des écrits théoriques pertinents. De plus, des extraits de verbatim provenant de participantes sont souvent utilisés afin d'illustrer les processus qui ont conduit à ces résultats.

Cycle réflexif de recherche # 1

Tel que précisé dans les chapitres précédents de cette thèse, le développement d'une PR avait pour but d'aider les IPO à réfléchir et agir sur des problèmes relationnels vécus auprès de collègues ou de familles et qui, ultimement, avaient une incidence sur l'expérience de santé de familles touchées par le cancer. Il était présumé que la résolution de certains de ces problèmes améliorerait la qualité de leur collaboration interprofessionnelle et de relations auprès de ces familles. Au début du premier cycle de recherche, la facilitation d'une PR poursuivait deux principaux objectifs en lien avec le but de l'étude: soutenir la création d'un contexte sécurisant et optimal, lors de la réalisation des activités de recherche, et aider les infirmières cochercheuses à effectuer des apprentissages qui découleraient d'une PR jusqu'aux valeurs et principes qui avaient guidé leurs actions professionnelles insatisfaisantes. Les objectifs du début de la phase de facilitation étant définis, voici comment les résultats détaillés du premier cycle de recherche sont présentés:

- Les situations professionnelles difficiles abordées lors de chaque rencontre du groupe de PR sont résumées dans des encadrés.
- Ces encadrés sont suivis des séquences-clés d'action ayant eu lieu pendant le travail réflexif et des apprentissages-clés qui ont découlé de ces séquences d'action. Les apprentissages-clés peuvent être liés à la facilitation, au processus de recherche ou à l'expérience des participantes.
- Lorsque c'est pertinent, les écrits théoriques sont intégrés au moment où ils ont informé les résultats de l'étude, c'est-à-dire lorsqu'ils ont contribué à l'émergence d'apprentissages-clés. Les écrits théoriques constituaient une source de données particulièrement importante pendant la phase de facilitation du projet. Ils sont présentés sous forme de capsules théoriques.

Il est à espérer que ce plan de présentation permettra au lecteur de saisir, au fil de sa lecture, à quel moment et de quelle manière les différentes sources de données se sont imbriquées les unes aux autres et ont influencé les résultats du cycle en cours et l'évolution du projet. Finalement, après avoir complété la présentation des résultats des

trois rencontres du groupe de PR du premier cycle, les apprentissages-clés ayant eu lieu lors du bilan du premier cycle sont présentés. Ce bilan a uniquement permis d'effectuer un retour sur l'expérience des participantes concernant le fonctionnement du groupe de PR et ses changements depuis le début du projet. (Un tableau est disponible ci-dessous et au début de la présentation des résultats des autres cycles de recherche, afin que le lecteur puisse suivre les activités du groupe de PR du cycle en cours.)

Tableau II : Activités du groupe de PR du premier cycle de recherche

Rencontre du groupe de PR # 1	PR : Maude et Léa
Rencontre du groupe de PR # 2	PR : Sarah et Marie
Rencontre du groupe de PR # 3	PR : Camille et Jade
Bilan # 1	

Rencontre du groupe de PR # 1: PR de Maude et de Léa

MAUDE : Situation professionnelle difficile

Quelques données objectives sur la famille...	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune homme de 31 ans : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnostic de cancer des testicules ○ Né avec une anomalie conduisant à une insuffisance rénale ○ Dialysé depuis environ 10 ans, 3fois/ semaine ○ Se déplace en fauteuil roulant ○ Vit chez ses parents • Ses parents l'accompagnent souvent lors de ses visites à l'hôpital, mais c'est le patient qui prend en charge ses soins
Quelques données objectives sur le contexte de soins	<ul style="list-style-type: none"> • À son centre d'attache, l'investigation de l'étendue du cancer a été si longue que l'on craint que la maladie ait progressé • Patient référé par son établissement d'attache pour la poursuite de l'investigation de l'étendue du cancer et l'administration des traitements oncologiques • Lors de plusieurs de ses visites au centre d'oncologie, il y a eu des contretemps • Retard dans le début de ses traitements de chimiothérapie
Croyance de Maude	<ul style="list-style-type: none"> • La création rapide d'un lien de confiance facilite la collaboration avec le patient/famille

Inférences ¹⁴ de Maude sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Patient exigeant face au système de santé et face aux soins • Patient déterminé/combatif face aux épreuves • Patient anxieux étant donné tous les délais accumulés
Buts infirmiers de Maude	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un lien de confiance entre le patient et l'équipe de soins de façon à diminuer l'anxiété du patient • Coordonner les soins afin de minimiser l'ajout d'autres délais et contretemps pour le patient
Conséquences de la situation professionnelle difficile	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à établir une relation de confiance entre le patient et Maude et entre le patient et les intervenants du système de santé • Risque d'atteinte plus grande à la santé du patient, telles qu'une plus grande anxiété et une augmentation des difficultés de collaboration avec l'équipe.

Séquences-clés, lors du travail réflexif de Maude :

- 1) Rapidement, dans les premières minutes du travail réflexif de Maude, les participantes du groupe de PR tentaient de la convaincre que, finalement, elle pouvait être satisfaite de ses actions infirmières effectuées auprès de ce patient. Selon les participantes, Maude avait été en mesure de créer un lien de confiance. Au cours de cet échange, le non verbal de Maude démontrait clairement que la perception de ses collègues ne correspondait pas à sa propre perception et compréhension de la situation.
- 2) Lors des dernières quinze minutes du travail réflexif de Maude, il y a eu une intervention plus soutenue de Nicole, l'une des observatrices, concernant les interventions de Maude. L'une de ses répliques formulée sous forme de question sous-entendait une inférence très élevée, c'est-à-dire un jugement sur la pratique clinique de Maude de l'ordre de : *Maude en fait trop pour le patient*. Le facilitateur est immédiatement intervenu pour soutenir la prise de conscience de ce type d'inférences offert à une collègue et son impact. Malgré cette intervention, Nicole et d'autres membres du groupe de PR ont renchéri dans ce

¹⁴ Des inférences sont des interprétations attribuées à l'autre sur son intention, ses pensées, ses sentiments ou ses actions. Ces attributions peuvent aller de l'hypothèse à la conviction et à la généralisation. La plupart du temps, elles sont tacites et non vérifiées, c'est-à-dire qu'elles sont souvent inconscientes et non validées ouvertement avec les personnes concernées. L'émission d'inférences sans en faire la vérification ouvertement avec les personnes concernées peut mener à ne pas les considérer comme des hypothèses mais comme des faits et, par conséquent, à influencer nos actions auprès des autres (Schwarz et al., 2005).

sens en insinuant que Maude arrivait difficilement «à se dégager des responsabilités du patient ». Lorsque Maude a reçu ces jugements sur sa pratique, on a noté chez elle une grande charge émotionnelle et une tension palpable au sein du groupe. Le facilitateur est intervenu avec rigueur à chaque émission d'inférence élevée envers la pratique de Maude et il en a profité pour ajouter quelques notions théoriques facilitant la compréhension du manque de congruence entre cette façon de se donner du soutien et la méthode de travail valorisée dans ce projet. À la fin de son travail, Maude paraissait encore émotionnelle après avoir entendu les jugements de ses collègues sur sa pratique, malgré les interventions du facilitateur; mais nous n'avons pas validé notre interprétation des sentiments de Maude.

LÉA : Situation professionnelle difficile # 1

<p>Quelques données objectives sur la famille...</p>	<p>Patiente de 56 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de cancer du poumon avec des métastases osseuses, pulmonaires et cérébrales • Réapparition des métastases cérébrales • Mauvais état général <ul style="list-style-type: none"> ○ EGOG à trois sur quatre • Signes neurologiques du côté gauche, dont faiblesse au niveau du bras et de la jambe <p>Structure et fonctionnement familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Génogramme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Patiente vit avec son conjoint et leur fils • Dimension instrumentale <ul style="list-style-type: none"> ○ Conjoint travaille presque toujours à la maison et s'occupe de tout (ex : repas, ménage, etc.) ○ Leur fils fréquente le CEGEP • Dimension cognitive <ul style="list-style-type: none"> ○ Espoir : Avoir d'autres traitements (chimiothérapie ou chirurgie) ○ Patiente croit qu'il n'est pas risqué pour elle d'être seule à la maison ○ Conjoint est inquiet pour sa sécurité en son absence • Comportements <ul style="list-style-type: none"> ○ Patiente a toujours été réticente à recevoir les services du CLSC • Communication familiale: <ul style="list-style-type: none"> ○ Famille n'a jamais discuté de la possibilité d'un plan B si la maladie progressait
--	---

Quelques données objectives sur le contexte de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin oncologue a demandé à Léa d'initier les soins du CLSC car la patiente devra probablement être transférée en soins palliatifs (arrêt des traitements) d'ici 2 semaines • Le médecin a dit à la famille : « On ne peut pas commencer la chimio présentement, car vous n'êtes pas en état de la recevoir et il faut aller revoir ce qui se passe au niveau neurologique avec le neurochirurgien, on se revoit dans deux semaines ». Le médecin n'a pas abordé le pronostic avec la famille.
Croyances de Léa	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de cheminer en fin de vie • Aborder la fin de vie est menaçant pour les familles
Inférences de Léa sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente non consciente de la sévérité de sa maladie ou en déni • Patiente minimise sa situation. • Famille veut éviter de parler des « vraies choses » (sous-entendu du pronostic de la maladie)
Buts infirmiers de Léa	<ul style="list-style-type: none"> • "Faire accepter" les services du CLSC pour accroître la sécurité et le confort de la patiente • "Faire cheminer" la famille afin qu'elle se prépare à la fin de vie de la patiente et cela, à court terme <ul style="list-style-type: none"> ○ "Faire réaliser" à la famille le niveau de progression de la maladie ○ Favoriser la communication au sein de la famille sur la discussion d'un plan B, sans enlever l'espoir à la patiente et en respectant la structure de la famille
Conséquences de la situation professionnelle difficile	<p>Léa :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de culpabilité d'avoir tenté de s'allier au conjoint de la patiente pour atteindre son but (« faire accepter » les services du CLSC); • Sentiment d'incompétence de ne pas avoir atteint son but de « faire cheminer » la patiente et sa famille

Séquences-clés, lors du travail réflexif de Léa

- 1) Dès les premières minutes du travail réflexif, les participantes du groupe de PR tentaient de convaincre Léa des magnifiques interventions qu'elle avait effectuées auprès de la famille : « *C'est tellement beau-là que je me place du bord de la madame ou du bord du monsieur, c'est juste beau* » (Brigitte). À chacune des interventions de ses collègues qui allaient dans ce sens, Léa réagissait soit en réfutant leur évaluation ou en justifiant son sentiment d'insatisfaction : « *Moi, je ne trouve pas ça beau dans le sens que je ne réussis jamais à aller plus loin.* »

- 2) La deuxième séquence-clé retenue de cette situation a eu lieu environ 15 minutes après le début du travail réflexif. Les participantes du groupe de PR s'étaient lancées dans la suggestion d'alternatives d'actions infirmières qu'elles croyaient plus satisfaisantes pour Léa. Ce qui a été noté, c'est qu'aucune des alternatives suggérées par les membres de groupe de PR n'a semblé être plus satisfaisante pour Léa :

« Non, pas vraiment parce que moi, je me sens toujours me semble que je suis rendue à ma limite de capacité pour aller plus loin dans ça. [...] je me disais [suite à une suggestion d'un membre du groupe de PR] : « Ah mon dieu, me semble que j'embarque dans quelque chose que je ne suis pas sûre que je vais pouvoir continuer avec eux ou finaliser ». » (Léa)

- 3) Lors du dernier quart d'heure du travail réflexif, Léa a partagé que finalement, selon elle, ses difficultés à intervenir avec cette famille étaient liées aux interventions de son collègue médical qui ne préparait pas adéquatement et assez tôt dans la trajectoire de la maladie les familles devant faire face à la phase avancée du cancer : *« Oui, ça fait des années que j'essaye de lui parler [au médecin] et de lui dire qu'il n'ouvre pas les portes de la bonne façon. [...] Il [médecin] est capable de le dire mais c'est qu'il attend trop tard pour le dire. » (Léa)*

Les autres participantes du groupe de PR ont démontré beaucoup de sympathie envers Léa et, pendant quelques minutes, elles ont même eu des propos qui allaient dans ce sens. Toutefois, assez rapidement, le facilitateur a tenté de rediriger le travail critique de Léa sur sa propre pratique, plutôt que sur la pratique d'un tiers, dans ce cas-ci, un collègue médecin. Le facilitateur lui a proposé de réfléchir sur sa façon de communiquer à son collègue médical des informations qui lui permettraient, selon elle, d'accompagner de façon plus optimale certaines familles qui sont en phase avancée de la maladie. Malheureusement, la rencontre devait se conclure dans les minutes qui suivaient et le travail réflexif n'a pu se poursuivre.

Séquences-clés post première rencontre du groupe de PR

- 1) Immédiatement après la 1^{ère} rencontre du groupe de PR, nous avons réalisé que nous n'avions pas respecté l'entente négociée avec le groupe de PR de permettre aux observatrices de participer aux PR, seulement lors des dix ou quinze dernières minutes de celles-ci. Rapidement après le début du travail réflexif de Maude, les observatrices nous avaient demandé si elles pouvaient prendre la parole et à chaque fois nous les avons autorisées sans explorer comment les autres membres du groupe de PR se sentaient face à cette transgression de la règle. Entre cette prise de conscience et la préparation de la deuxième rencontre du groupe de PR, il y a eu des discussions téléphoniques et par courriel entre l'investigatrice principale et quelques IPO. Lors de ces échanges, les IPO se disaient préoccupées de la place qu'occupaient les observatrices dans le groupe et du non respect de l'entente initiale sur leur droit de parole. Elles ont formulé le souhait que ce sujet soit abordé, lors de la 2^{ème} rencontre du groupe de PR.

Apprentissages-clés liés à la facilitation

À la suite de cette première rencontre du groupe de PR, quatre des cinq apprentissages importants effectués sont liés à la façon de faciliter le travail réflexif des participantes. Ces apprentissages découlent de nos inférences non validées auprès des participantes sur notre propre pratique de facilitation et de notre remise en question des stratégies utilisées pour optimiser le contexte de travail et aider les IPO à accéder à des apprentissages qui découlent d'une PR profonde. Lorsque c'est pertinent, une capsule théorique est insérée et des directives ou recommandations négociées entre nous relatives aux prochaines rencontres du groupe de PR sont formulées.

Importance de soutenir la prise de conscience d'une argumentation positive de type « protection unilatérale » et de ses effets. Deux modèles de théories d'action ont été développés par Argyris & Schön (1999, 2002) et bonifiés par Schwarz (2002, 2008) et Schwarz, Davidson, Carlson, McKinney et al. (2005). Le premier est le modèle d'approche unilatérale, communément surnommé le modèle 1 (M1); l'autre est le

modèle d'approche mutuelle, appelé modèle 2 (M2). Une description détaillée de ces modèles est présentée au chapitre 2 de cette thèse. Afin d'alléger le texte, les termes M1 et M2 sont utilisés pour référer à l'un ou l'autre de ces modèles, tout au long de ce chapitre.

Capsule théorique 1 : Les stratégies d'action qui découlent d'un mode de pensée M1 par opposition à un mode de pensée M2

Selon Argyris et Schön (1999), la plupart des stratégies d'action utilisées dans le M1 sont valorisées très tôt dans la vie. Elles sont intégrées inconsciemment dans notre façon d'être en lien avec les autres. Un mode de pensée congruent au M1 s'appuie souvent sur des interprétations ou des inférences qui n'ont pas été validées auprès des personnes concernées, c'est-à-dire s'appuie sur des jugements de valeur qui sont considérés par la personne comme étant « vrais ». Malheureusement, les actions qui reposent sur des interprétations non validées au sujet d'une situation ou d'une personne s'avèrent souvent peu efficaces pour résoudre des problèmes complexes ou récurrents.

L'évaluation positive des interventions de Maude et de Léa, sans d'abord avoir exploré leur raisonnement face à leur propre pratique, correspond à l'une des stratégies d'action très répandues du M1 : défendre sa vision, souvent sous forme d'argumentation, sans explorer celle de l'autre. L'absence de curiosité pour comprendre le raisonnement et les besoins d'apprentissage de Maude et de Léa semble avoir limité la capacité du groupe de PR de créer une communication qui se vive dans la compassion, c'est-à-dire de tenter de comprendre ce que ces infirmières trouvaient difficiles et insatisfaisants plutôt que tenter de les convaincre qu'elles avaient été adéquates. Les nuances suggérées par Argyris et Schön (2002) sur les différentes façons de concevoir les vertus sociales laissent supposer que les jugements positifs émis sur la pratique de Maude et de Léa découlent d'un mode de pensée congruent au M1. Ces jugements avaient peut-être pour but inconscient de protéger unilatéralement ces deux personnes en position de vulnérabilité face à l'expérience de sentiments difficiles. La protection unilatérale procure parfois un sentiment de bien-être pour le professionnel en travail réflexif et pour les collègues qui le soutiennent, mais ce sentiment est souvent de courte durée car le professionnel se retrouve encore face à la même impasse et insatisfaction dans sa pratique. À la suite de cette prise de conscience, nous avons adopté les directives suivantes :

- Être plus attentifs à la présence de conversations de type « protection unilatérale »
- Soutenir l'apprentissage des participantes sur les effets de l'argumentation positive ou de la protection unilatérale et sur la façon de transformer notre intervention pour que, ultimement, elle favorise la création de relations empathiques qui soutiennent notre collègue dans ses propres besoins d'apprentissage

Partager notre inférence qu'il y a présence d'inférences élevées, à l'aide d'une communication empreinte de compassion.

Capsule théorique 2 : Les inférences

Selon Rosenberg (2003), les inférences élevées ou jugements de valeur présentés sous forme de blâme, d'insulte, de rabaissement, de critique négative ou par le biais de la comparaison sont à haut risque de blesser l'autre, parce qu'elles sont davantage préoccupées à identifier ce qui est bon ou mauvais plutôt qu'à comprendre ce qui se passe à l'intérieur de l'autre personne. Une communication qui s'ancre dans la compassion, c'est-à-dire qui s'intéresse à l'expérience émotionnelle et cognitive de l'autre, est plus efficace pour mener à la résolution de problèmes.

L'une des séquences d'action importantes du travail réflexif de Maude a eu lieu lors de l'émission d'inférences élevées de collègues sur sa pratique clinique. Lors de cette PR, le facilitateur a validé son inférence qu'il y avait eu émission d'inférences élevées dirigées vers Maude par quelques membres du groupe de PR et il a tenté de les accompagner dans la transformation de leur façon de se soutenir entre elles, ce qui n'a pas semblé suffisant pour atténuer la charge émotionnelle que les inférences élevées avaient engendrée, tant pour Maude qui les avait reçues que pour les personnes qui en avaient formulées. La communication non violente proposée par Rosenberg (2003) nous a éclairés sur certains éléments qui pouvaient favoriser des communications compatissantes et bienveillantes pour les autres et pour soi-même. Entre autres, cet auteur propose d'aider les personnes à prendre conscience de l'expérience émotionnelle et cognitive vécue de part et d'autre lors de l'échange. Dans ce cas-ci, cela aurait signifié une exploration non seulement des pensées mais également des sentiments de la

personne qui a reçu les inférences élevées et les sentiments de celles qui ont les formulées. Cet apprentissage a conduit à la directive suivante :

- Lorsqu'il y a confirmation d'inférences élevées au sein du groupe de travail, explorer et reconnaître l'expérience affective et cognitive du participant qui reçoit des inférences élevées et de celui qui les formule, pour permettre une PR qui se vive dans la confiance et la compassion plutôt que dans la méfiance et la peur du jugement.

Importance d'aider la personne en PR à garder la caméra vers elle.

Capsule théorique 3 : Perspective systémique

La PR repose sur la perspective systémique et a pour but d'aider la personne qui entreprend cette démarche à explorer et transformer sa propre contribution à la relation difficile. Il y a présupposition que la transformation de sa propre contribution influencera une partie du système auquel elle prend part et, idéalement, augmentera son efficacité à contribuer à la résolution du problème. St-Arnaud (2009) soutient que le but de cette démarche n'est pas de contrôler son interlocuteur, mais son propre comportement, ce qui n'empêche pas de reconnaître qu'il y a toujours des facteurs qui relèvent de soi et d'autres qui ne sont pas de notre ressort. Celui qui développe une PR « choisit de se centrer sur ce qui lui appartient. Il résiste à la tentation de ne voir que la paille dans l'œil du voisin et ne pas voir la poutre dans le sien » (St-Arnaud, 2009, p. 91).

Dans la dernière partie du travail réflexif de Léa, toutes les participantes du groupe de PR, incluant Léa, étaient en réflexion critique sur la pratique d'un tiers non participant au projet et son impact sur l'inefficacité de Léa lors de cette interaction professionnelle. L'émission d'inférences élevées sur la pratique d'un tiers dirige souvent le travail réflexif vers l'impasse ou le sentiment d'impuissance, même si sur le coup ce type de soutien semble procurer une certaine satisfaction et mener à une communication sympathique. Ce dernier permet rarement de mettre en lumière le pouvoir de transformation possible du professionnel en réflexion sur sa propre pratique, ce que Léa a très bien traduit : « ...*On vit la souffrance des personnes [familles] avec qui on est, on ne peut pas la nommer [parce le médecin n'a pas parlé du pronostic], on sait qu'elle est là, mais on ne peut pas la nommer.* » Cette situation a souligné l'importance d'aider

l'IPO en travail réflexif à demeurer attentive à sa propre contribution à la situation difficile non à celle de l'autre, ce qui ne signifie pas que toute la responsabilité du problème et de sa résolution repose sur la personne en PR. Au contraire, il est probable que d'autres éléments liés au contexte ou à la pratique d'autres professionnels puissent avoir également contribué au problème, mais la PR a pour but d'aider la personne à transformer la partie dont elle est responsable et sur laquelle elle a du pouvoir. Cet apprentissage a mené aux recommandations suivantes, dans le but de faciliter les prochaines rencontres du groupe de PR :

- Soutenir rapidement la prise de conscience des discours qui sont orientés vers la critique des comportements d'une autre personne, d'une famille, d'un collègue ou d'un gestionnaire.
- Aider les participantes à demeurer centrées sur leur propre contribution, directe ou indirecte, à la situation difficile.

Importance d'utiliser un processus de prise de décision qui génère le niveau d'engagement requis.

Capsule théorique 4 : Faciliter l'accès à des décisions prises par consensus

L'utilisation d'un processus de décision qui génère le niveau d'engagement requis est l'une des stratégies d'action importantes retrouvées dans le M2 (Schwarz, 2002). En congruence au M2, cette recherche participative souhaitait privilégier la prise de décision par consensus, au sein du groupe de PR. Selon Vroom et Jago (1988, cité dans Schwarz, 2002), la participation de chaque membre du groupe à la prise de décision est nécessaire si l'on souhaite favoriser un engagement interne de tous les membres du groupe dans la décision négociée, même si cette démarche peut exiger plus de temps, car elle optimise les chances que la décision soit implantée plus facilement et en moins de temps. « *Le leader a la responsabilité de s'assurer que les membres ont toute l'information pertinente pour faire un choix informé et libre* » [Traduction libre de Vroom & Jago, 1998, cité dans Schwarz, 2002, p. 133] face à la décision prise (Schwarz, 2002).

Pour faciliter une prise de décision qui génère le niveau d'engagement requis, la stratégie d'action suivante du M2 devient pertinente: se centrer sur les besoins plutôt que sur les solutions. Schwarz (2002) soutient que l'un des pièges qui limite la résolution efficace de conflits ou de problèmes est le fait que les personnes se campent sur leur

position, c'est-à-dire défendent leur raisonnement face au choix de tel ou tel procédé pour résoudre un problème, avant même d'avoir échangé sur leurs besoins respectifs. Ce type de stratégie de résolution de problèmes augmenterait les risques que les solutions choisies ne répondent pas aux besoins de tous les membres du groupe et limiterait donc la prise de décision par consensus. Il y a souvent incompatibilité en ce qui concerne les moyens ou les solutions, même si les besoins individuels et collectifs se rejoignent (Schwarz, 2002). Conséquemment, s'il y a d'abord une entente sur les besoins, les chances de découvrir des solutions qui puissent satisfaire tout le monde augmentent (Schwarz, 2002, 2008).

Nous avons pris conscience que, finalement, à deux moments nous n'avions pas utilisé un processus de prise de décisions qui générerait le niveau d'engagement requis par chaque membre du groupe de PR. Tout d'abord, nous avons réalisé que la règle visant à limiter le droit de parole des observatrices lors du groupe de PR avait été négociée sans qu'il y ait eu, d'abord, un partage sur les besoins de chacune face au développement d'une PR. Le but souhaité de cette règle était d'éviter le plus possible la reproduction du rapport de force existant dans l'organisation entre les observatrices et les IPO. Malheureusement, plutôt que diminuer le rapport de force, cette règle avait seulement contribué à inverser le rapport de force au sein du groupe de PR. Il reposait maintenant entre les mains des IPO. Ce contexte de travail demeurait donc non optimal pour la PR, en plus de ne pas tenir compte des besoins de toutes. D'autre part, nous avons réalisé que nous n'avions pas été congruents au M2 préconisé, lorsque nous avons senti le besoin de modifier l'entente sur le droit de parole des observatrices. Plutôt que de créer un espace pour qu'il y ait partage des différents raisonnements face à cette entente qui nous semblait finalement non optimale, nous avons unilatéralement décidé de la transgresser en autorisant le droit de parole des observatrices. À la suite de ces deux prises de conscience, nous avons décidé d'aborder en toute transparence notre raisonnement face à la relation IPO/observatrices et nos manques de cohérence. À l'issue de ce partage, nous avons proposé un nouveau fonctionnement:

- 1) Que les observatrices produisent le même type de dialogues que les IPO au moins une fois pendant la phase de facilitation d'une PR, grâce à la prolongation de 90 minutes de la rencontre devant servir aux deuxième et troisième bilans.

Ces espaces seraient ajoutés pour permettre à chaque observatrice d'effectuer une PR et considérés comme des rencontres additionnelles du groupe de PR.

- 2) Annuler la règle qui limitait le droit de parole des observatrices, de sorte qu'elles puissent s'engager pleinement dans la démarche au même titre que les IPO.

Cette proposition avait pour objectif de faire un autre pas vers le fait d'être des égaux au sein de ce projet. Elle n'a pas été contestée ou renégociée. Elle a été entérinée telle quelle par l'ensemble des IPO et observatrices. Cette situation a donné lieu aux prises de conscience suivantes :

- La PR du facilitateur et de l'investigatrice principale sur leurs façons de soutenir le travail réflexif des participantes et le fonctionnement au sein du groupe de PR favorise l'identification de relations de pouvoir et une gestion plus congruente et satisfaisante de celles-ci au sein du groupe de PR

Apprentissages-clés des participantes

Début de transformation de la façon de percevoir le soutien entre collègues, lors de PR. Au cours de cette rencontre, l'un des moments forts ce fut la prise de conscience que le partage d'inférences sur la pratique d'une collègue en PR ne devient utile que si la personne en PR estime que l'inférence lui convient ou fait sens pour elle. Dans cet ordre d'idées, St-Arnaud (2009) soutient qu'« aucune prescription n'est acceptée, car on reconnaît qu'un scénario, même si on a démontré son efficacité, ne peut être efficace pour un acteur qui ne peut se l'approprier, quelles qu'en soient les raisons » (p. 121). À l'issue de la PR de Maude, une transformation de la compréhension des participantes sur le soutien d'une collègue en PR a semblé s'être amorcée :

« Parce que dans le fond dans ce qu'on discutait de dire t'en fais trop –c'est ce que les gens qui la connaissent disent- : « Moi, quand je te regarde je trouve que t'en fais trop ». Mais, elle, quelque part, elle est à l'aise là-dedans, à moins qu'elle en fasse tellement pour tous ses patients qu'elle ne finit plus par partir et qu'elle part à 10 heures le soir. Mais, elle dans ce qu'elle fait, elle est confortable. Je n'ai pas...à évaluer... » (Marie)

Rencontre du groupe de PR # 2 : PR de Marie et de Sarah

MARIE : Situation professionnelle difficile # 1

<p>Quelques données objectives sur la famille...</p>	<p>Patiente âgée d'environ 70 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 2007 : diagnostic de cancer du rectum, avec colostomie permanente • En 2011 : diagnostic de cancer du duodéal du pancréas – pancréatectomie corporo-caudal avec splénectomie. • Résultats pathologiques récents : ganglion positif et envahissement veineux • Très souffrante physiquement : des douleurs présentes dans différentes parties du corps <p>Structure et fonctionnement familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint et deux enfants • Présence et soutien d'au moins un enfant à chaque visite • Problème d'alcoolisme dans la famille (son conjoint) • Selon la patiente : souffrance émotionnelle qui perdure depuis toujours dans sa vie • Patiente a toujours occupé plus d'un emploi à la fois • Croyances de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> ○ La chimio la rend malade et ne fonctionne pas ○ La chimio c'est quand la mort s'en vient ○ Se croit peut-être dépressive ○ Sans travail, la vie n'a plus de sens • Comportements de la famille: <ul style="list-style-type: none"> ○ Patiente refuse la plupart des traitements pharmacologiques et les offres de consultation pour gérer ses symptômes physiques et psychologiques ○ Pleure intensément à presque toutes ses visites et traitements ○ Ne demande pas d'aide ○ Avait accepté une seule rencontre avec l'intervenant psychosocial et n'y est pas retournée car n'a pas trouvé cela aidant. ○ Fils travaille comme préposé et communique souvent directement avec l'oncologue pour obtenir du soutien
<p>Quelques données objectives sur le contexte de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques discussions en profondeur entre la patiente et les médecins sur les traitements de chimiothérapie afin de permettre un choix libre et éclairé sur l'acceptation ou non de ceux-ci. La patiente les avait acceptés.
<p>Croyances de Marie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Être empathique c'est comme avoir une auréole et des ailes, c'est irréaliste.
<p>Inférences de Marie sur la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente joue à la victime • Patiente manipule et fait du chantage affectif

	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente narcissique • Patiente passive-agressive • Patiente théâtrale (dramatise sa situation)
Buts infirmiers de Marie	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Faire prendre conscience</i> » de ses difficultés émotionnelles • « <i>Faire accepter</i> » un soutien psychosocial • « <i>Faire progresser</i> » au niveau émotionnel
Conséquences de la situation professionnelle difficile	<ul style="list-style-type: none"> • Marie se sent incompétente de ne pas être parvenue à soutenir de façon satisfaisante la patiente au niveau psychosocial • Marie décrit sa présence à la famille comme « non empathique » et se sent coupable

Séquences-clés lors du travail réflexif de Marie

- 1) Dès les premières minutes de la description de sa situation professionnelle difficile, Marie émet un nombre important d'inférences élevées sur la patiente :

«... les pleurs je les trouve théâtraux comme pour attirer le regard des autres : « Que c'est triste, que je fais pitié... ». Moi j'ai trouvé ça très théâtral. »

«... il n'y a pas vraiment beaucoup d'ouverture avec elle. »

« ...Elle pleure, elle pleure et je ne m'en sors pas. Elle ramène tout à elle... »

Une intervention du facilitateur amène Marie à prendre conscience que plusieurs faits rapportés sont en fait des inférences élevées sur la patiente. Toutefois, nous n'avons pas soutenu cette prise de conscience et autocritique de Marie au point qu'elle en arrive à modifier sa perception de la famille, ce qui aurait pu l'aider à découvrir des alternatives d'action plus satisfaisantes. Nous avons plutôt orienté rapidement la facilitation vers l'auto exploration d'alternatives d'action aux endroits où elle s'était sentie moins efficace. Marie a finalement exploré d'autres alternatives, mais elle ne les a pas estimées beaucoup plus satisfaisantes.

- 2) Nous avons ensuite invité Marie à réfléchir à l'influence de ses inférences et de ses sentiments sur les interventions effectuées auprès de la famille qui ont été moins satisfaisantes pour elle. Cette intervention a permis à Marie de mieux comprendre son mécanisme d'autorégulation lors de cette situation, en prenant conscience de ce qui avait résonné avec sa vie personnelle et qui avait influencé ses inférences sur la famille. Encore une fois, nous n'avons pas aidé Marie à transformer ces inférences, de sorte qu'elles soient moins interprétatives et lui

donnent accès à des façons différentes d'agir avec la famille. Nous avons plutôt redirigé la poursuite du travail vers l'auto exploration et la mise en œuvre, via le jeu de rôles, d'alternatives d'action que Marie aurait trouvées plus satisfaisantes. Selon Marie, aucune des alternatives d'action proposées par les membres du groupe de PR ne lui ont permis d'améliorer de façon significative la qualité de ses interventions dans cette situation.

SARAH : Situation professionnelle difficile # 1

<p>Quelques données objectives sur la famille...</p>	<p>Patiente âgée de 64 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabétique (injection d'insuline) • Diagnostic de cancer du sein en juillet 2006 • Gestion de plusieurs symptômes persistants lors des traitements en 2006 • Diagnostic de métastases osseuses depuis décembre/janvier 2009, accompagnées de problèmes persistants de toux et de bronchites <p>Structure et fonctionnement familial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle a un fils • Comportements de la patiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ « Lire » et soupire en parlant ○ Discours et comportement souvent paradoxaux (ex : dit qu'elle est au lit presque toute la journée depuis deux semaines mais que ça ne va pas si mal et peut attendre avant de consulter) <p>Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne se sent en confiance qu'avec son médecin oncologue seulement
<p>Quelques données objectives sur le contexte de soins</p>	<p>Détérioration de son état physique depuis environ 2 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à marcher • Alitée presque en permanence • Douleur diffuse qui augmente • Ne mange presque plus • Beaucoup de nausées • Grande somnolence <p>Appel téléphonique initié par la patiente. Finalement, comme il était difficile pour Sarah de bien évaluer son état, elle a parlé avec son fils. Il lui a donné plus de détails sur son état, ce qui a permis une intervention efficace répondant aux besoins de la patiente.</p>
<p>Croyances de Sarah</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes qui « <i>lirent</i> » veulent manipuler • L'infirmière est là pour répondre aux besoins du patient et c'est à lui de prendre les décisions qui concernent sa santé et ses soins

Inférences de Sarah sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente qui « <i>se victimise</i> » • Patiente qui manipule • Patiente qui ne prend pas de décisions, qui veut être infantilisée
Buts infirmiers de Sarah	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la patiente à « <i>se prendre en charge</i> », c'est-à-dire à décrire/exprimer avec clarté son état, ses besoins et ce qui est le mieux pour sa santé, • Évaluer adéquatement l'état de santé de la patiente pour lui éviter des déplacements inutiles (par téléphone)
Conséquences de la situation professionnelle difficile pour Sarah	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'irritation provoqué par le ton de la patiente (« <i>lirage</i> » et soupirs) • Sentiment d'insatisfaction de ne pas être parvenue à évaluer la patiente sans l'aide de la famille • Sentiment de colère de devoir « <i>infantiliser</i> » la patiente qui a de la difficulté à se prendre en charge

Séquences-clés lors du travail réflexif de Sarah

- 1) Dès les premières minutes et tout au long du travail réflexif de Sarah, la plupart des interventions de facilitation avaient pour but d'aider Sarah à prendre conscience de son ressenti en lien avec la qualité de ses interventions, à l'aide du test personnel d'efficacité et à auto-explorer des alternatives d'action où elle s'était sentie moins satisfaite. Tel que vécu avec Marie, à l'issue de la rencontre, Sarah n'était pas parvenue à trouver des alternatives d'intervention beaucoup plus satisfaisantes auprès de la famille.
- 2) Au cours du travail, le facilitateur a soutenu la prise de conscience de ce qui résonnait chez Sarah dans le comportement de « *lirage* » de la patiente et qui alimentait ses inférences. Sarah a partagé un peu plus sur ce que lui faisait vivre le « *lirage* » et sa résonance avec une expérience de sa vie personnelle. Tout comme dans le travail réflexif de Marie, ces interventions ont permis à Sarah de prendre davantage conscience de son mécanisme d'autorégulation dans ce type de situations. Toutefois, Sarah a rapporté que bien qu'elle était de plus en plus consciente de ses inférences élevées sur la famille, elle ne savait toujours pas comment les transformer pour qu'elles la rendent plus efficace dans son lien avec ce type de famille.

Apprentissages-clés liés à la facilitation

Importance de passer à travers les différents étages de la pyramide d'évaluation.

La pyramide d'évaluation développée par St-Arnaud (2009) comprend quatre étages qui correspondent à chacune des étapes qu'il est suggéré d'effectuer, lors d'une PR. (Pour plus de détails sur les étages de la pyramide d'évaluation, se référer au chapitre 2.) À la suite de cette rencontre, nous avons réalisé l'importance de créer un espace suffisant pour permettre à la personne en PR de prendre conscience des composantes qui ont été utilisées pour autoréguler sa pratique et d'effectuer une autocritique de ces composantes, ce qui correspond aux étages deux et trois de la pyramide. Lorsque le temps consacré à ces deux activités était restreint, donc qu'il y avait un passage trop rapide à l'étage 4 où il y proposition d'alternatives, les infirmières en PR parvenaient difficilement à découvrir des stratégies d'action plus efficaces et satisfaisantes. Après cette prise de conscience, nous avons convenu de la directive suivante :

- Favoriser la présence d'espaces ou de silences qui permettent à la personne en travail réflexif de faire un travail d'introspection plus profond.
- Aider les membres du groupe de PR à demeurer présents au travail d'auto exploration de leur collègue, en suspendant temporairement leur désir de faire des suggestions.

Apprentissages-clés des participantes

Prise de conscience du niveau de leurs inférences. Le second apprentissage important des participantes s'est confirmé entre la 1^{ère} et 2^e rencontre du groupe de PR. Il s'agit d'une plus grande prise de conscience du niveau de leurs inférences : « ... *Je te dirais personnellement que depuis une couple de semaines, je suis dans l'échelle pour toutes sortes de situations et on dirait que je viens de prendre conscience pour la première fois* » (Marie). Cet apprentissage était crucial pour, éventuellement, arriver à transformer leur façon d'être en lien avec l'autre. Nous avons toutefois réalisé que même s'il y avait eu prise de conscience et autocritique des inférences qui avaient contribué à leur processus d'autorégulation au moment de la situation difficile, Marie et Sarah n'étaient pas parvenues à identifier des alternatives de perception de la famille qui auraient pu leur donner accès à des interventions plus efficaces et satisfaisantes, lors de

leur travail réflexif. Marie a exprimé sa difficulté à transformer ses inférences élevées, c'est-à-dire à percevoir différemment la famille « *Là, je suis rendue à la période « descend, descend », mais ça reste là mon affaire parce que là je ne fais rien avec ça* ». Cette difficulté n'a pas été relevée lors des PR de Marie et Sarah. Après cette rencontre, nous nous sommes donné la directive suivante:

- Lorsqu'il y a une prise de conscience d'inférences élevées qui ont contribué à la situation difficile, soutenir le travail du professionnel dans son désir de les transformer à des niveaux plus bas de l'échelle d'inférences.

Rencontre du groupe de PR # 3 : PR de Camille et de Jade

CAMILLE : Situation professionnelle difficile # 1

<p>Quelques données objectives sur la famille...</p>	<p>Patiente âgée de près de 50 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} diagnostic : cancer du sein • Lors de l'investigation, découverte d'un 2^{ème} primaire : cancer du pancréas inopérable étant donné la découverte de métastases hépatiques • Chimiothérapie palliative <p>Structure et fonctionnement familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint et deux enfants : une fille de 20 ans et un garçon de 17 ans • Son mari l'accompagne occasionnellement à ses rendez-vous, lorsqu'il y a de mauvaises nouvelles • Patiente était gestionnaire dans le monde financier : elle a toujours travaillé pendant ses traitements contre le cancer, elle a cessé de travailler depuis un mois seulement. • Connaît son pronostic • Comportements de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> ○ Parle peu ○ Très discrète ○ Ne démontre jamais d'émotions (même lorsqu'il y a de mauvaises nouvelles) ○ Ne demande rien ○ Ne s'impatiente pas même s'il y a des délais importants ou de l'attente
<p>Quelques données objectives sur le contexte de soins</p>	<p>Chimiothérapie qui était à visée curative sera maintenant à visée palliative. La patiente vient de quitter le bureau médical et devrait débuter la chimiothérapie palliative le lendemain. Camille la croise dans le corridor et entame une conversation.</p>

Croyances de Camille	<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières doivent être performantes, trouver la solution ou la phrase-clé
Inférences de Camille sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente doit être en souffrance • Patiente peu ouverte, rigide
Buts infirmiers de Camille	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Faire cheminer</i> » la patiente • Évaluer les besoins de la patiente, surtout ceux d'ordre affectif • Aider la famille à verbaliser ses émotions face à l'annonce du nouveau pronostic
Conséquences de la situation professionnelle difficile de Camille	<ul style="list-style-type: none"> • Camille se sent figée en présence de la patiente et se dit incapable d'établir un lien avec elle • Camille se sent incompétente parce qu'elle se sent incapable d'être en relation satisfaisante avec cette patiente

Séquences-clés lors du travail réflexif de Camille

- 1) Tel que convenu, à plusieurs moments pendant la rencontre, le facilitateur a recadré le rôle des membres du groupe de PR et protégé les espaces d'auto-exploration de Camille, afin de lui permettre de prendre conscience de ce qui l'habitait.
- 2) Après avoir pris conscience de ses inférences sur la patiente, Camille a réalisé comment ces dernières avaient influencé le choix de ses interventions, lors de ses nombreux contacts avec la patiente :

« Ça me fait penser que ce n'est pas la première fois que je la voyais cette dame-là et que probablement que j'avais une certaine image de cette dame, une certaine rigidité et peut être à cause de ça... (...) la sachant comme une personne plutôt rigide et qui va peu s'exprimer et peut être qu'effectivement je suis plus sur la défensive et ça m'a fait réalisé ça. » (Camille)

- 3) Après que Camille eut pris conscience de l'impact de sa façon de percevoir la patiente sur le choix de ses actions, le facilitateur a été rigoureux dans la création d'espace pour permettre à Camille d'auto-explorer, via le jeu de rôles, des alternatives d'action qui partaient maintenant d'une inférence moins élevée sur la patiente. Il y a eu de nombreux silences où l'on sentait l'ensemble du groupe de PR très présent au travail d'introspection de Camille. Elle est finalement parvenue à se donner accès à des interventions beaucoup plus satisfaisantes pour

elle, via le jeu de rôles. Ces interventions lui avaient permis de se sentir en lien avec la patiente. Pour la première fois depuis le début de la phase de facilitation, l'une des IPO était parvenue à transformer de façon satisfaisante ses interventions auprès de la famille. Toutefois, à l'issue de son travail, Camille a confié qu'elle ne se souvenait plus de ce qu'elle avait dit et qui lui avait permis d'être en lien avec la patiente lors du jeu de rôle et que, bien que ses nouvelles interventions aient été très satisfaisantes, elle ne savait pas si elle pouvait les refaire dans sa pratique quotidienne, lors d'une situation similaire.

JADE : Situation professionnelle difficile # 1

<p>Quelques données objectives sur la famille...</p>	<p>Patiente de 76 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de cancer du poumon avec métastases cérébrales • Souffre d'hypertension • A fait une dépression majeure en 1990 qui a nécessité une hospitalisation pendant 2 mois. Depuis, sous antidépresseurs, et sans thérapie. • Accuse plusieurs symptômes depuis quelques semaines : <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensation de boule dans la gorge ○ Perte d'appétit ○ Grande fatigue ○ Douleur ○ Nausée ○ Brûlements d'estomac ○ Diminution de ses capacités physiques ○ Perte d'intérêts ○ Épuisement <p>Structure et fonctionnement familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint qui a quelques problèmes de santé : il a survécu à un cancer de la prostate • Mère de 8 enfants et grand-mère de 10 petits-enfants. • Deuil difficile d'un de ses petits-fils de 17 ans décédé il y a 1 an, pour cause d'arythmie • Désir de la patiente <ul style="list-style-type: none"> ○ Souhaite mourir et que son petit-fils décédé vienne la chercher • Croyance : la chimio ne change rien • Comportements de la patiente <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne demande rien ○ Refuse presque toutes les propositions d'intervention de l'IPO ○ Annule régulièrement ses traitements de chimio
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ S'est présentée à une première rencontre avec la psychologue et annule toujours ses rendez-vous depuis cette rencontre ○ Ne veut plus être suivie par le psychiatre ● Comportements de sa fille Audrey qui habite à quelques heures de route <ul style="list-style-type: none"> ○ Passe plusieurs jours par semaine au domicile de ses parents pour aider ○ Appelle Jade au moins une fois par semaine pour la gestion de symptômes ○ Surveille sa mère pour qu'elle se nourrisse mieux ○ Annule toujours son propre rendez-vous avec la psychologue en oncologie ● Espoir/ croyance/ sentiments d'Audrey <ul style="list-style-type: none"> ○ Espère que sa mère guérisse même s'il a été clairement répété que la maladie est incurable et que les traitements sont donnés pour améliorer la qualité de vie. ○ Très inquiète face à l'état de santé de sa mère ○ Croyance très forte : « Si tu penses positif, tu peux t'en sortir » ○ Inférence sur sa famille : Son père est envahissant ● Croyance du conjoint : <ul style="list-style-type: none"> ○ « La médication prescrit par le psychiatre ça ne donne rien. »
Quelques données objectives sur le contexte de soins	L'angoisse de la fille de la patiente est ressentie par toute l'équipe. Dès qu'elle arrive au département, l'équipe de soins devient fébrile face aux demandes de sa fille.
Croyances de Jade	<ul style="list-style-type: none"> ● Les besoins du patient doivent être traités en priorité par rapport à ceux des autres membres de la famille ● Tu peux penser positif, mais tu ne peux pas défier les statistiques ● Chaque personne a le droit de décider pour sa propre santé et sa vie ● Aimer, c'est accepter le choix de l'autre
Inférences de Jade sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> ● Sa fille croit au miracle ● Sa fille tente de la contrôler ● Patiente déjà morte à l'intérieur ● Conjoint envahissant
Buts infirmiers de Jade	<ul style="list-style-type: none"> ● « <i>Faire comprendre</i> » et accepter à la famille les besoins et désirs de la patiente ● Déterminer ce qui est relié à la dépression et ce qui est relié au cancer ● Évaluer l'état de santé de la patiente et répondre à ses besoins
Conséquences des interventions réalisées	<ul style="list-style-type: none"> ● Lien coupé avec les membres de la famille ● Fille de la patiente en colère et croit que Jade encourage sa mère à mourir ● Malaise chez les autres membres de la famille ● Sentiments de Jade pendant et suite à ses interventions: lourdeur,

	inconfort, gêne, impatience • Jade se perçoit comme inadéquate
--	---

Séquences-clés lors du travail réflexif de Jade

- 1) Encore une fois, le facilitateur a soutenu la création d'espaces d'auto exploration, lors du travail réflexif de Jade.
- 2) Dès les premières minutes et tout au long de son travail réflexif, Jade a démontré une grande capacité autocritique face à plusieurs composantes de sa pratique, telles que son intention, son attitude et ses stratégies d'action. Voici du verbatim qui témoigne du travail réflexif de Jade à l'étape autocritique :

« Oui, c'était un peu comme si...quand j'ai commencé l'entrevue c'est que j'avais un but justement mon but c'était ça et c'est à ça que je voulais arriver. Comme on disait tantôt que des fois tu as un but ...mais d'un autre côté je sentais bien qu'il y avait un malaise avec la fille...écoute les trois avec trois personnalités différentes et les trois étaient mal à l'aise et comme je n'ai pas été attentive à ça parce que j'étais fixée sur le but auquel je voulais arriver. »

« Mais, je me disais que dans le fond, j'ai comme pris parti-pris pour la mère, j'ai fait alliance avec la mère et ce n'était pas correct. Parce que dans le fond la plus souffrante ce n'était pas la mère : c'était la fille. C'est là que je suis passée à côté. J'étais tellement 'mindée' probablement sur mon but, il fallait qu'elle dise ce qu'elle... »

« ...je sentais dans l'intervention qu'il y avait comme un ton...que j'avais un ton... [...] comme exaspéré. Je me disais il faut que ça aboutisse à quelque chose. »

- 3) La démarche autocritique de Jade lui a donné accès à des perceptions différentes de la situation et de son rôle et à des alternatives d'action plus satisfaisantes. Ces nouvelles stratégies d'action ont été mises en œuvre via un jeu de rôle et lui ont procuré un sentiment de paix intérieure et le sentiment d'être plus compétente dans son rôle auprès de la famille.
- 4) À l'issue du travail de Jade, plusieurs membres du groupe de PR ont souligné l'impact de son courage sur le lien de confiance au sein du groupe; courage d'avoir pris le risque de présenter une situation qui la plaçait en position de grande vulnérabilité. Voici le témoignage de Nicole qui résume l'ensemble des propos des participantes:

« Moi, Jade, je veux te remercier, car je suis impressionnée de ta générosité à nommer vraiment comme tu le dis : ce n'est pas facile faire ça, tu es bouleversée et tu voudrais cette générosité la partager, car au tout début quand on a nommé les principes de notre rencontre, et ta confiance en nous et en cette confidentialité et au non-jugement. Je la ramène moi et bravo et je veux te remercier car ça ramène le principe de la confiance dans notre équipe et tu m'aides pour la mienne qui s'en vient (rires de tout le monde). Je veux juste t'en glisser un mot, je suis fière. » (Nicole)

Séquence-clés d'action post troisième rencontre du groupe de PR

- 1) Quelques jours avant la date prévue du bilan du premier cycle, quatre infirmières IPO ont communiqué avec l'investigatrice principale pour l'informer qu'un événement professionnel inattendu venait d'être ajouté à leur agenda et qu'elles devaient absolument y être. Elles lui ont alors demandé s'il y avait possibilité de reporter à une autre date la rencontre du premier bilan. Immédiatement, l'investigatrice principale s'est investie dans l'exploration d'autres dates possibles, en collaboration avec l'ensemble des membres du groupe de PR. Pendant la recherche d'une date qui ferait consensus, certaines des IPO ont informé l'investigatrice principale que si elle ne parvenait pas à trouver une date où tous les membres du groupe de PR étaient présents, elle devrait choisir une date qui privilégierait les IPO, puisque la recherche était initialement prévue pour elles. À cette demande, l'investigatrice principale a répondu que, selon sa compréhension, les observatrices et IPO étaient maintenant toutes au même niveau, donc qu'elle était étonnée de cette demande. Peu de temps après, une nouvelle date a finalement été proposée. Elle convenait à chaque personne du groupe de PR.

Apprentissages-clés des participantes

Importance de respecter les silences réflexifs de la personne en PR. À plusieurs moments pendant la rencontre, le facilitateur avait aidé les participantes du groupe de PR à tolérer les silences réflexifs à tous les étages de la pyramide d'évaluation, c'est-à-dire à tolérer les moments de la rencontre où la personne en PR tentait de prendre conscience de ce qui l'habitait en silence. Ceci a eu pour conséquence

l'approfondissement de la conscience des deux infirmières qui effectuaient une PR pendant cette rencontre. À l'issue de ce travail, plusieurs participantes ont partagé, à tour de rôle, leur prise de conscience face à l'importance des espaces d'auto exploration:

Camille : *«- Peut être que parfois on a du mal à tolérer le silence aussi. On veut toujours savoir la question et parfois on s'en parle en voulant aller trop vite.*

Nicole : *-À la 3e rencontre, ce que je ressens plus, là je ressens plus là où on s'en va. (...) Oui... de réfléchir et là, je comprends bien l'intention du groupe et tu le nommes bien. Tu dis elle on va la laisser réfléchir puis elle va revenir et on se sent sollicitée en dedans et on apprend ça. Je trouve ça super d'apprendre là-dessus.*

Marie: *-De trouver notre façon.*

Camille : *-Parce que l'autre n'a pas forcément la même...*

Nicole : *-On n'arrête pas de dire qu'on doit faire ça avec les patients mais il faut le faire entre nous aussi.*

Léa : *-Exactement la même chose, j'aime ça la façon maintenant dont c'est abordé car on laisse vraiment la personne dans sa situation avec ce qu'elle a pu ressentir. Qu'est-ce qu'elle pourrait faire justement pour changer l'inconfort qu'elle a vécu et c'est vraiment centré sur la personne qui amène la situation. Mais, qu'on a la langue...hum...on aimerait donc apporter notre petite phrase...qu'on s'imagine mais, dans le fond, on est capable de garder le silence. »*

Apprentissages-clés liés à la facilitation

Une PR où il y a découverte d'alternatives d'action plus efficaces et satisfaisantes ne mène pas systématiquement à des apprentissages transférables dans la pratique. Même à la dernière rencontre du groupe de PR du premier cycle réflexif de recherche, il semble que la facilitation ait principalement favorisé des apprentissages qui sont difficilement transférables dans la pratique des participantes. Cette situation était très préoccupante, car elle sous-entendait que le niveau de profondeur des habiletés réflexives développées ne leur permettait pas encore de transformer de façon consciente les composantes plus profondes sur lesquelles reposaient leurs actions insatisfaisantes, telles que leurs valeurs et principes et leurs perceptions et croyances. L'investigatrice principale prétendait que cette situation était peut-être liée au non partage de certaines informations pertinentes

qu'elle détenait, entre autres les modèles M1 et M2 comme outils réflexifs, ce qui avait pu limiter le travail autocritique des IPO.

Capsule théorique 5 : Partager toute information pertinente pour permettre un choix informé et libre

Une règle de base du M2 proposé par Argyris et Schön (1999, 2002) et par Schwarz (2002) est le *partage de toute information pertinente*. Cette règle de terrain signifie que chaque membre du groupe s'engage à « *partager toute information qui pourrait influencer le processus de résolution de problèmes ou de prise de décision* » [Traduction libre de Schwarz, 2002, p. 90]. Elle a pour but de permettre à chacun des membres de faire des choix informés et libres. Une information pertinente à partager pourrait être, par exemple, les sentiments difficiles ressentis face à une situation vécue en groupe, un raisonnement ou des notions théoriques. Ce qui la rend pertinente c'est sa probabilité d'influencer la démarche individuelle ou collective en cours. Selon Schwarz (2002), le partage de toute information pertinente est une règle qui doit également guider les facilitateurs.

L'investigatrice principale prétend que certaines de ses inférences sur le processus et le contenu des PR qui s'appuyaient sur une ou plusieurs composantes du M1 et M2 n'ont pu être validées, parce qu'elle avait omis de les présenter aux participantes. Ultimement, cela avait peut-être restreint le travail autocritique des participantes face à leur pratique et leur capacité d'accéder à des apprentissages transformateurs. Ces hypothèses ont mené à la décision suivante :

- Intégration du M1 et M2 comme nouveaux outils réflexifs au sein du groupe de PR.
- Partage de toute autre notion théorique qui, croyons-nous, pourrait aider les participantes à approfondir leur prise de conscience et autocritique.

Apprentissage-clé lié à la pratique de recherche

Importance de créer un contexte sécurisant lors de partages sur des sujets délicats. Certaines des IPO avaient demandé de choisir une nouvelle date pour le bilan du premier cycle qui privilégierait une plus grande disponibilité des IPO, même si, deux mois plus tôt, chacune des IPO avait adhéré à un fonctionnement de groupe où les observatrices et IPO avaient les mêmes privilèges. Cette demande a donc suscité un questionnement de l'investigatrice principale sur sa pratique de recherche : ai-je

contribué à la difficulté des IPO à partager leurs inconforts et préoccupations, lors de la négociation du fonctionnement entre IPO et observatrices, négociation qui visait à les placer toutes au même niveau? La capsule théorique qui suit contient des données théoriques qui ont été utilisées pour cette réflexion.

Capsule théorique 6 : Diminuer le risque d'implantation unilatérale d'une approche mutuelle, à l'aide d'une exploration « authentique » plutôt que « rhétorique »

Schwarz (2002) présente des nuances subtiles et non négligeables entre une exploration *rhétorique* par rapport à une exploration *authentique* du raisonnement des autres personnes face à une proposition ou une demande. Lors d'une exploration dite *rhétorique*, la personne utilise souvent une formulation qui vise à donner raison à sa vision, même si elle se dissimule à l'intérieur de questions. Ce type d'exploration a pour but, parfois inconscient, d'amener l'autre à penser comme soi, sans avoir à lui exprimer explicitement notre raisonnement. Au contraire, une exploration *authentique* part d'un désir sincère de connaître le point de vue de l'autre, en suspendant temporairement le jugement et en ne tentant pas de convaincre l'autre à tout prix de la justesse de sa vision. Une exploration *authentique* implique donc de faciliter le plus possible l'expression, chez l'autre, des choses qu'il perçoit différemment, incluant que peut-être « je » contribue au problème. Ce type d'exploration encourage un partage mutuel des pensées et raisonnements de chacun et permet des apprentissages mutuels.

À la lumière des propos de Schwarz (2002), il est devenu plausible que, lors de l'exploration de leurs possibles inconforts et préoccupations liés à l'adoption d'un fonctionnement où les IPO et les observatrices avaient les mêmes privilèges, certains éléments du contexte aient pu faire en sorte que l'exploration initiée n'ait pas été *authentique*. Il était connu que les inconforts et préoccupations des IPO, rapportés lors des entrevues individuelles de la phase de pré-facilitation, étaient liés à la relation hiérarchique existant entre elles au sein de la structure organisationnelle du programme régional d'oncologie. Par conséquent, le partage des préoccupations des IPO sur la présence et le niveau de participation des observatrices au sein du projet les avait peut-être placées dans une position de vulnérabilité. Pour faciliter ce type d'échange, il aurait peut-être été nécessaire d'accorder plus de temps à créer un contexte de travail suffisamment sécurisant, où la peur de représailles, la peur du jugement et la peur de décevoir ou blesser auraient pu être abordées et traitées, avant même d'entamer cet échange délicat. En d'autres mots, l'investigatrice principale a réalisé qu'elle n'avait

probablement pas porté suffisamment d'attention au contexte dans lequel l'exploration des préoccupations liées à l'adoption du nouveau fonctionnement avait été proposée. Cette situation nous a confirmé la pertinence de présenter le M1 et M2 lors du premier bilan, afin d'aider le groupe de PR à négocier des valeurs et d'avoir à leur disposition des outils pour entamer un partage sur leur expérience difficile liée au fonctionnement du groupe de PR et cela, dans un contexte plus sécurisant.

Bilan du cycle réflexif de recherche # 1

Le bilan du premier cycle avait pour but initial de valider l'interprétation des résultats de ce premier cycle de recherche, dont les apprentissages-clés effectués pendant cette période de l'étude. Ultimement, cette démarche souhaitait bonifier la facilitation d'une PR et le processus de recherche lors des cycles subséquents. Finalement, la structure de la rencontre a dû être révisée en cours de partage et adaptée au *temps boussole*, durée que nécessite l'activité pour être significative pour les participantes, plutôt qu'au *temps horloge*, durée prédéterminée dans le temps. Par conséquent, le seul thème qui a finalement été abordé en profondeur, à la suite de la présentation des deux modèles M1 et M2, a été l'exploration de l'expérience des participantes face aux changements opérés dans le fonctionnement du groupe de PR depuis le début du projet. Cette exploration a donné lieu à une conversation qualifiée de « *courageuse* » entre les participantes du groupe de PR et à l'expression de sentiments parfois difficiles et intenses pour certaines. Voici les apprentissages-clés qui sont ressortis de cet échange.

Apprentissages-clés liés à la pratique de recherche

Importance d'aborder les sujets qui concernent le groupe en présence de l'ensemble de ses membres afin de minimiser les risques de collusion. L'un des aspects structurels de la recherche s'est avéré non congruent aux valeurs du modèle d'approche mutuelle préconisé dans ce projet, c'est-à-dire l'exploration des préoccupations des IPO face au fonctionnement du groupe de PR, lors des entrevues individuelles pré-facilitation plutôt que lors d'une rencontre avec l'ensemble des membres du groupe de PR. À la suite d'une réflexion critique sur sa propre pratique et à l'aide d'écrits théoriques retrouvés dans la capsule ci-dessous, l'investigatrice principale a réalisé que cette

structure de l'étude avait contribué à développer de la collusion entre elle et chaque IPO et entre certaines IPO, face aux observatrices.

Capsule théorique 7 : Minimiser la création de collusion au sein d'un groupe de travail

La collusion est définie comme étant « *un accord ou une coopération secrète entre deux ou plusieurs personnes et qui affecte les autres* » [Traduction libre, Schwarz, 2002, p. 54]. La collusion doit être évitée le plus possible entre les membres d'un groupe, particulièrement avec le leader du groupe. Il y a collusion lorsque deux ou plusieurs personnes détiennent certaines informations et ne les partagent pas avec les autres personnes concernées, même s'il serait pertinent que ces dernières aient accès à ces informations. Par exemple, un leader qui se serait engagé à garder confidentiel le contenu de son échange avec l'un des membres de son équipe et qui, de ce fait, se retrouverait dans l'impossibilité de partager certaines informations qui influenceraient la résolution d'un problème ou une prise de décision du groupe, se retrouverait en situation de collusion avec le membre avec qui il a partagé ces informations et qu'il ne peut rendre accessibles aux autres membres. Ce type de situations peut devenir particulièrement néfaste lorsqu'il limite la capacité du leader ou du groupe à faire des choix informés et libres. Ultimement, si certains membres apprenaient que des informations pertinentes ne leur ont pas été partagées, ils pourraient adopter des attitudes de méfiance et limiter leur niveau d'engagement au sein du groupe. En somme, la collusion « *aggrave souvent une situation difficile, en créant de nouveaux problèmes* » [Traduction libre de Schwarz, 2002, p. 55].

Le fait d'avoir soulevé les préoccupations liées au fonctionnement du groupe de PR individuellement et sous le sceau de la confidentialité a favorisé la création de collusions. Plus précisément, l'investigatrice principale avait obtenu certaines informations, lors des entrevues individuelles, qui auraient eu avantage à être partagées à l'ensemble du groupe de PR. Ces informations leur auraient permis de négocier un fonctionnement qui en aurait tenu compte et qui aurait probablement été plus satisfaisant, mais l'investigatrice principale n'était pas autorisée à les divulguer, compte tenu du caractère confidentiel de ces entretiens auquel tenaient les IPO. L'investigatrice principale s'est donc retrouvée « ligotée », en ce sens qu'elle n'était plus libre d'aborder ouvertement et avec transparence les préoccupations des IPO liées au fonctionnement du groupe. Le facilitateur et l'investigatrice principale se trouvaient donc limités dans leur capacité de soutenir efficacement la négociation collective d'un fonctionnement satisfaisant pour toutes. À la suite de cet apprentissage et tel que recommandé par

Schwarz (2002), la stratégie suivante d'intervention a été ajoutée, en cas de demandes de conversations individuelles ou en petit groupe, en dehors des rencontres du groupe de PR :

- Vérifier si les thèmes que les membres d'un groupe veulent aborder les concernent uniquement ou concernent également les autres membres. Si l'échange concerne aussi d'autres membres du groupe, explorer leurs préoccupations à partager ces informations en présence de l'ensemble du groupe et leur offrir du soutien pour se préparer à les soulever devant le groupe.
- Si, malgré cette proposition, les personnes préfèrent une rencontre en groupe restreint, négocier une entente sur la façon de procéder pour rendre accessibles des informations qui concernent les autres membres du groupe et qui pourraient être pertinentes de partager.

Importance d'aborder directement les sujets qui semblent inabordables. À la suite du travail réflexif où l'investigatrice principale a pris conscience de la présence de collusions favorisées par la structure de la recherche, il a été décidé d'explorer de façon claire et directe les préoccupations encore présentes et l'expérience des observatrices et des IPO face au fonctionnement du groupe de PR et ses nombreux changements, lors du premier cycle de recherche. Cette stratégie se retrouve dans le M2 et est décrite dans la capsule qui suit.

Capsule théorique 8 : Apprendre à soutenir la tenue de conversations directes

Schwarz (2002) définit les « sujets indiscutables » ou « non-dits » comme étant des « *problèmes qu'il est pertinent d'aborder pour le travail devant être réalisé par le groupe, alors que les membres du groupe croient qu'ils ne peuvent pas discuter ouvertement sans qu'il en découle des conséquences négatives* » [Traduction libre, p. 129], telles que d'engendrer des sentiments embarrassants pour soi ou pour l'autre ou de blesser. Dans ce mode de pensée, les gens jugent souvent qu'il est préférable de protéger l'autre et soi-même de l'humiliation ou de l'attaque en évitant d'aborder le sujet dans le groupe.

Malheureusement, ce type de stratégie favorise souvent la collusion, les gens préférant en parler à l'extérieur du groupe et avec des personnes en qui ils ont confiance. Il y a

souvent la croyance selon laquelle la compassion guide le choix de cette manière de faire. Selon Schwarz (2002), c'est le contraire. Le fait d'aborder les issues indiscutables permet de se partager des informations difficiles mais pertinentes, ce qui permet à la personne concernée ou à l'ensemble des membres du groupe de faire des choix libres et informés, c'est-à-dire, par exemple, de prendre la décision de changer ou non certains aspects. Schwarz (2002) rappelle toutefois qu'il est important de soulever ces problèmes en se rappelant que « *l'autre peut détenir des informations, que chacun peut avoir contribué au problème, incluant soi-même, et que les autres ont tenté d'agir avec intégrité* » [Traduction libre, p. 129]. Une telle approche favorise la création d'une communication empreinte de compassion envers les autres et soi-même.

Lors du bilan, toutes les participantes du groupe de PR avaient été invitées à partager les préoccupations qui les habitaient encore face au fonctionnement du groupe de PR. Voici du verbatim qui illustre quelques exemples de préoccupations qui sont passées de l'anonymat à la personnalisation, qui ont permis de contrecarrer la collusion qui s'était installée au sein du groupe de PR et de « déligoter » l'investigatrice principale :

« Moi, je vais mettre tout de suite le poisson sur la table. Oui, on a, moi, j'ai vécu ça et on en a discuté ensemble avec certaines filles [IPO] parce qu'on se disait que c'est notre apprentissage car on vient chercher des outils. C'est plus nous autres qui apprenons et qui sommes là pour gober, tout ça, l'approche réflexive ce qui fait et que peut-être qu'elles peuvent, en tout cas, c'est comme ça que moi, je l'ai vécu là. [...] Je n'ai pas peur de le dire parce que les observatrices, je les aime beaucoup, quand même que je dirais que je suis transparente [...]. Puis aussi, elles sont là finalement pour quoi? Ont-elles nécessairement besoin d'être là avec nous? » (Maude)

« Si les experts [observatrices] sont là, les autres on parle un petit peu moins. On laisse plus la place aux experts de parler ou on attend ou on n'intervient pas trop. [...] ...je m'étais rendu compte dès notre première rencontre, effectivement, on avait moins...j'avais senti qu'on avait moins parlé ouvertement et tout ça. [...] si on laisse plus de place aux experts qui sont meilleurs que nous, on le sait, c'est l'évidence même- peut être qu'on va moins apprendre parce qu'on ne pourra pas pratiquer. Oui, on va écouter, entendre et tout ça, mais, on ne l'aura pas mis en pratique. » (Léa)

Bien qu'à l'issue du bilan, ce partage ait finalement été jugé utile et nécessaire par plusieurs membres du groupe de PR, d'autres infirmières ont manifesté de

l'inconfort et de la culpabilité face à celui-ci en cours de processus, étant donné les émotions difficiles et réactions qu'il avait provoquées, tels que des pleurs et le retrait de la salle d'une des participantes pendant quelques minutes. Finalement, cet échange a transformé la façon dont était perçu et vécu le fonctionnement du groupe de PR au début de ce bilan. Il a aussi permis aux observatrices et aux IPO de négocier une nouvelle règle de fonctionnement où chacune avait accepté d'assumer la responsabilité d'exprimer en présence du groupe ses besoins d'apprentissage et ses inconforts liés au fonctionnement du groupe de PR, tout au long du projet. Des extraits du verbatim sont offerts ci-après et illustrent la transformation de la perception des IPO face aux deux rôles à la fin du bilan.

« Là, j'avoue depuis ce temps-là, non, ce n'est pas ça vraiment qui s'est passé. Ça m'a rassurée. Je les vois maintenant au même niveau que nous. Je pense que c'est quelque chose de nouveau aussi pour elles [les observatrices] et la démarche n'était pas la façon qu'elles nous apprennent autre chose. » (Léa)

« ... je pense que ce qui a fait la différence, c'est quand, moi et Léa on a présenté à la 1^{ère} rencontre et que les autres disaient « Dans tels cas on ferait ceci et cela », puis après on a changé les règles puis là, on faisait venir un peu des émotions. Bon, là, qu'on soit expert ou pas, ça travaille autrement. Ça fait plus d'échos, l'écho de ressentir. C'est comme ça et c'est pour ça que je l'ai dit parce que là, on est au même niveau. [...] ...maintenant, je suis bien à l'aise que vous [observatrices] puissiez intervenir. » (Maude)

Cet apprentissage nous a confirmés dans les stratégies d'intervention suivantes :

- Importance de *mettre le poisson sur la table* ou aborder directement ce qui semble inabordable en présence de toutes les personnes concernées, pour être en mesure de négocier un fonctionnement qui tienne compte des préoccupations et besoins de tous.
- Importance de s'entendre sur les valeurs et les règles de fonctionnement avant de débiter ce type de conversations délicates, afin de permettre la création d'un contexte de travail sécurisant. Dans ce cas-ci, cet aspect était très important, étant donné la présence d'une relation hiérarchique entre observatrices et IPO dans l'organisation, ce qui plaçait les IPO en position de vulnérabilité.

Apprentissages-clés liés à la facilitation

Importance d'être suffisamment habilitée pour guider le développement d'une PR. Au fil des rencontres du groupe de PR du premier cycle, il est devenu de plus en plus évident que l'inclusion d'un facilitateur expert pour soutenir l'investigatrice principale dans la facilitation d'une PR profonde s'avérait nécessaire. Davidson et McMahon (2005) ont décrit les compétences que devaient posséder une personne qui souhaite faciliter le développement d'habiletés réflexives profondes. Elles sont résumées dans la capsule théorique insérée ci-après.

Capsule théorique 9 : Les compétences d'un facilitateur

La facilitation d'une PR, qui vise une transformation de l'être jusqu'à ses valeurs et principes, doit se faire par une personne qui répond à plusieurs critères dont les suivants :

- *« Avoir suffisamment de connaissances et d'habiletés pour soutenir des changements organisationnels et le développement personnel*
- *Avoir intégré suffisamment la pensée systémique et les modèles mentaux utilisés pour soutenir la facilitation*
- *Être habilitée à effectuer une prise de conscience plus rapide et approfondie de ses propres routines défensives*
- *Être capable d'offrir son expertise, de telle sorte qu'elle ne crée pas une dépendance inutile*
- *Être agile pour circuler efficacement entre le travail individuel et de groupe*
- *Gérer le passage graduel d'un rôle de facilitateur à un rôle de membre du groupe*
- *Être capable de reconnaître le moment où les difficultés ont dépassé les mandats de la facilitation et nécessitent un recours à la thérapie »* [Traduction libre de Davidson & McMahon, 2005, p. 345]

Les PR qui visent des apprentissages portant sur les processus relationnels présentent plus de défis pour les membres du groupe en travail et pour le facilitateur. Une bonne maîtrise des habiletés de facilitation est fortement recommandée, particulièrement pour bien soutenir une PR où l'un des membres devient très chargé émotionnellement et vulnérable. Selon Davidson & McMahon (2005), la cofacilitation devient une stratégie utile lorsque le leader du groupe est novice, c'est-à-dire lui-même en processus d'appropriation des habiletés réflexives. Celle-ci permet d'éviter que le novice intervienne au-delà de ces habiletés et minimise les risques de conséquences non désirées sur les membres du groupe qu'il soutient.

Deux événements survenus lors du bilan ont ajouté à l'importance d'avoir inclus un facilitateur expert pour aider l'investigatrice principale à développer ses propres habiletés réflexives pour être mesure de guider de façon cohérente ce type de démarche. D'une part, les propos rapportés par plusieurs participantes ont confirmé à l'investigatrice principale que les relations de pouvoir qui se présentaient en cours de recherche participative nécessitaient le recours à des habiletés bien ancrées dans une approche mutuelle, afin que leur gestion se vive dans la compassion et la bienveillance. Une gestion davantage unilatérale des relations de pouvoir risquait de favoriser le développement de collusion entre participantes et de nuire, sans que l'on s'en aperçoive, à la qualité du contexte de travail, à la qualité démocratique des échanges et, ultimement, à la crédibilité des résultats de ce type de projets. D'autre part, lors du bilan, la clarification des inconforts et insatisfactions des participantes face au fonctionnement du groupe de PR a mené, sur le coup, à l'expression de sentiments très intenses et à des réactions vives. L'expertise du facilitateur s'est alors avérée essentielle pour encadrer et soutenir adéquatement le groupe dans cette période importante et de grande vulnérabilité. Celui-ci a permis que l'échange se transforme et se vive dans la compassion plutôt que dans le jugement et l'auto-jugement. Les habiletés réflexives de l'investigatrice principale étant peu développées et intégrées à sa pratique *in vivo*, elle avait besoin du soutien d'un facilitateur expert pour intervenir dans ce type de situations hautement émotives. Cet apprentissage a mené à la recommandation suivante :

- Encourager un chercheur novice dans la facilitation d'une PR profonde à être accompagné dans le développement de ses propres habiletés réflexives.

Cycle réflexif de recherche # 2

Au début du second cycle de recherche, nos objectifs de facilitation étaient demeurés les mêmes, c'est-à-dire favoriser la co-création d'un contexte sécurisant pour la PR et aider les IPO et observatrices à accéder à des apprentissages qui leur permettraient de transformer en profondeur les composantes de leur savoir tacite menant à des actions professionnellement insatisfaisantes. Toutefois, deux apprentissages-clés réalisés au premier cycle de la phase de facilitation d'une PR ont contribué à transformer de façon significative nos stratégies et ainsi guider le travail réflexif des IPO. Il y avait d'abord eu prise de conscience de l'importance d'accorder suffisamment d'espace pour l'auto exploration de la personne en PR aux différents étages de la pyramide d'évaluation, ce qui nous a incités à protéger les silences réflexifs qui précèdent les prises de conscience du professionnel sur sa pratique et d'aider le professionnel en PR à demeurer dans sa zone d'inconfort, le temps nécessaire pour prendre conscience de ce qui l'habitait. Le deuxième apprentissage qui a influencé la facilitation du second cycle de recherche est de partager toute notion théorique ou outil réflexif qui pourrait aider les participantes à approfondir leur prise de conscience et autocritique.

Tel que précisé au début de cette partie des résultats, contrairement au premier cycle réflexif de recherche, seuls les apprentissages-clés réalisés au sein du second cycle sont présentés. Avant de débiter la présentation des résultats de ce second cycle de recherche, il est important de souligner que Camille, l'une des six IPO du groupe de PR, a dû se retirer de l'étude pour des raisons d'ordre personnel, entre la 5^e et 6^e rencontre du groupe de PR.

Tableau III : Activités du groupe de PR- second cycle de recherche

Rencontre du groupe de PR # 4	PR : Nicole
Rencontre du groupe de PR # 5	PR : Maude et Léa
Rencontre du groupe de PR # 6	PR : Sarah et Marie
Rencontre du groupe de PR # 7	PR : Jade
Bilan # 2	

Apprentissages-clés des participantes

Au second cycle de recherche, les deux apprentissages-clés effectués par les participantes ont semblé découler de l'ajustement des stratégies de facilitation. Le premier est l'intégration de nouvelles stratégies d'action et le second est un changement dans la façon de se soutenir au sein du groupe de PR.

Importance de valider ses inférences ou d'explorer l'expérience de l'autre. Les participantes ont découvert des stratégies d'action qui leur permettaient d'établir un lien plus satisfaisant avec leur interlocuteur: démontrer plus de curiosité en validant ouvertement leurs inférences ou en explorant les préoccupations de l'autre. Il importe d'insister sur le fait que la découverte par elles-mêmes de ces stratégies a eu lieu après qu'elles eurent pris conscience de certaines croyances et perceptions sur lesquelles reposaient leur intention et leurs stratégies d'action, lors de la situation difficile, et qu'elles les eurent critiquées. Une séquence d'actions est présentée ci-dessous et provient du travail réflexif de Jade, lors du deuxième cycle. Elle permet d'illustrer cet apprentissage.

Prise de conscience de ses inférences et son autocritique « *Alors, c'est ça et quand j'ai raccroché, je me doutais qu'il [le patient] n'était pas content mais moi, j'étais confortable avec parce que je me disais : « Je pense que je lui ai quand même donné ce que j'avais à lui donner comme information et lui dire ce que j'allais faire et que je ne l'ai pas abandonné. » [...] Ce qui fait que c'est ça et j'ai coupé court –peut être trop court- et pas pris le temps d'être restée à l'écoute de ce patient là. [...] Ce que je comprends est que j'aurais dû plus explorer par rapport à ses craintes vu que les traitements sont retardés. Là, après le coup de téléphone de la madame [commissaire aux plaintes] et pas du monsieur [le patient], et, bien là, j'étais épuisée. J'étais finie. Ma journée était finie. » (Jade)*

Mise en œuvre de stratégies d'action différentes « *Derrière ça M. Breton, dans le fond, qu'est-ce que vous voulez me dire? Qu'est-ce qui vous chicote? » (Jade)*

Commentaires de Jade suite à la découverte d'alternatives d'action

« C'est sûr que lorsqu'on comprend toutes les conséquences donc on se dit : oui, écoute, ça ne valait pas la peine et ça aurait été tellement plus profitable de prendre même 5 minutes de plus. [...] Je l'ai eu cette réflexion là comme ça aurait pu être si facile de faire autrement. [...] C'est après coup et quand tu prends le temps de t'arrêter et que tu prends le temps de réfléchir : oui, ça aurait été tellement plus simple d'agir autrement. Peut être pas facile mais plus simple d'agir autrement. [...] En plus, tu gagnes du temps. » (Jade)

Prise de conscience du soutien de type « protection unilatérale » et de ses effets.

L'un des apprentissages-clés liés à la facilitation au début de premier cycle nous avait amenés à partager avec les participantes du groupe de PR sur les effets de l'argumentation positive ou de la protection unilatérale et de la dissonance entre cette stratégie de soutien et la facilitation d'une PR valorisée dans ce projet. Ce n'est qu'au début de ce second cycle, lors de la PR de Léa, que les propos des participantes témoignaient d'un apprentissage sur cet aspect important de la méthode de travail au sein du groupe de PR. Pour le reste du cycle, ce type de soutien n'a pas été rencontré de nouveau. Voici la séquence d'actions qui illustre ce moment :

Facilitateur *«- C'est intéressant parce que de te trouver bonne avant de t'avoir fait cheminer avec ton cas : c'est le modèle 1. Dans l'apprentissage que l'on est en train de faire avec le modèle de contrôle unilatéral et le modèle d'apprentissages mutuels, on n'a pas regardé si en détail que ça la dernière fois, mais je voudrais juste vous dire que de la trouver bonne et de vouloir la convaincre qu'elle a été bonne...*

Nicole *-On est dans le modèle « 1 ».*

Facilitateur *-On est dans le modèle « 1 ». Alors, c'est pour ça que je me permets de...*

Nicole *-Je ne comprends pas pourquoi?*

Investigatrice principale *-Mais, c'est comme une sorte d'argumentation positive pour dire qu'elle est bonne. Et, elle, elle nous dit que ça a été souffrant.*

Sarah *-Ah! On ne l'écoute pas.*

Facilitateur *-On ne l'écoute pas. C'est ça Sarah. On peut-tu bien comprendre car ça me semble...*

Participantes *- Ah! (Surprises, étonnées)*

Léa *-On a appris ça nous autres dans notre rôle "valoriser".*

- Sarah -*Mais on n'arrêtait pas de dire qu'elle est bonne, O.K.*
 Camille -*On est polie puis bien élevée...*
 Participantes -*Je viens de comprendre là. Moi aussi. »*

Apprentissage-clé lié à la facilitation

Importance de la dimension affective lors d'une PR. À la fin du second cycle de recherche, nous avons réalisé que les PR où il semblait y avoir eu les apprentissages les plus significatifs pour les participantes étaient celles où un travail en profondeur avait été effectué sur le plan affectif. Les travaux de Marshall Rosenberg (2003) nous ont permis de faire un lien avec cette constatation.

Capsule théorique 10 : Exprimer notre vulnérabilité peut aider à résoudre des conflits

Selon Rosenberg (2003), notre société nous a éduqués à être orienté vers l'autre plutôt que d'être conscient de soi, à être rationnel plutôt qu'émotif. Toujours selon cet auteur, cela fait en sorte que plusieurs personnes ont beaucoup de difficulté à identifier et exprimer leurs sentiments. Par conséquent, ces dernières formulent souvent des demandes qui résonnent comme des critiques qui provoquent, à leur tour, l'effet contraire de celui visé. Ce que l'approche de la *communication non violente* propose est de développer des habiletés pour identifier plus facilement les sentiments précis ressentis lors d'une situation non satisfaisante ou inconfortable et, si pertinent, se placer en position de vulnérabilité en les exprimant. Selon Rosenberg (2003), montrer notre vulnérabilité à travers l'expression de nos sentiments peut aider à résoudre des conflits ou des problèmes, ce qui favorise la création d'une communication empreinte de compassion et incite à l'ouverture dans notre lien avec l'autre.

Le soutien du travail d'introspection jusqu'au sentiment profond qu'avait fait émergé la situation difficile a parfois amélioré la capacité des participantes à identifier les différents éléments de leur système de pensée qui avait contribué à leur façon de percevoir et d'agir. L'accès à une meilleure compréhension des composantes qui avaient été utilisées pour autoréguler leur pratique, lors de la situation difficile, leur a peut-être permis de choisir les éléments qui leur semblaient les plus importants à soumettre à une autocritique et à une transformation. À la suite de cette prise de conscience, nous avons convenu de ce qui suit pour les autres PR :

- Que le facilitateur qui possède une expertise dans l'approche de Rosenberg (2003, 2005) et donc des habiletés pour soutenir le travail sur le plan affectif utilise davantage ces habiletés lors des PR du troisième cycle.

Bilan du cycle réflexif de recherche # 2

Séquence-clé du deuxième bilan

L'engagement lié au nombre d'absences autorisées n'a pas pu être respecté par les deux observatrices, lors du deuxième cycle de recherche. Un engagement important avait été ajouté à l'agenda de Nicole et elle n'avait pas pu se présenter à une des PR, ce qui totalisait deux absences pour elle depuis le début du projet. L'investigatrice principale a informé Nicole que son absence additionnelle devrait être abordée au sein du groupe de PR pour négocier avec les autres membres du groupe de PR la façon dont serait gérée cette absence : son retrait du projet ou sa poursuite. Brigitte, quant à elle, a eu deux absences non annoncées à la 6^e et 7^e rencontre du groupe de PR; elles s'ajoutaient à une demi-rencontre où elle avait dû s'absenter lors du premier cycle. Elle avait donc cumulé 2,5 absences, à la fin du deuxième cycle de recherche. Brigitte a également été informée qu'une partie du second bilan serait utilisée pour se partager de l'information sur ses deux absences non annoncées et pour en négocier les conséquences avec les autres membres du groupe.

La clarification de ces absences additionnelles avec l'ensemble des membres du groupe de PR a duré pendant toute la période du bilan. Au début de cet échange, l'investigatrice principale a rappelé l'entente initiale d'une seule absence aux rencontres du groupe de PR, pendant toute la durée du projet. Ensuite, elle a souligné l'importance d'une conversation pour se donner de l'information sur ces absences, leurs conséquences sur les membres du groupe, incluant l'investigatrice principale, et pour prendre une décision sur la possibilité ou non pour les observatrices de demeurer dans le groupe de PR. À l'issue du bilan, l'ensemble des IPO ont accepté que les observatrices demeurent au sein du groupe.

Néanmoins, voici trois conséquences qui ont été rapportées par les IPO au deuxième bilan, face aux absences additionnelles des observatrices depuis le début du

projet. Plusieurs IPO ont souligné que ces absences avaient un impact sur l'évolution du travail collectif, étant donné que celles qui se sont absentes plus souvent n'ont pas pu profiter de certains moments-clés qui ont conduit à des apprentissages transformateurs, non seulement de la pratique individuelle de chaque participante mais aussi du groupe de PR comme entité. Par conséquent, pour permettre à celles qui s'étaient absentes de suivre le groupe, il avait parfois été nécessaire de réexpliquer ou de remettre en contexte les apprentissages-clés effectués aux rencontres précédentes, ce qui avait ralenti le travail en groupe. Quelques IPO ont mentionné qu'elles avaient perçu le non respect de l'entente sur les absences par les observatrices comme un désengagement au sein du groupe de PR, ce qui les avait préoccupées et dans certains cas dérangées. Selon Marie, les absences additionnelles de membres du groupe affectent aussi les liens déjà établis. Des sentiments de regret, d'embarras et de culpabilité ont été vécus par l'une ou l'autre des observatrices, lorsqu'elles ont pris conscience des conséquences négatives rapportées par les autres membres du groupe, à la suite de leurs absences.

La colère a également été ressentie par une observatrice qui rapportait que l'investigatrice principale avait contribué au malaise vécu en lien avec ces absences additionnelles, étant donné l'absence de rappels de cette règle importante et de conséquences claires si celle-ci n'était pas respectée. L'investigatrice principale considère ces sentiments difficiles vécus par les observatrices comme étant aussi des conséquences non désirées liées à l'entente sur le nombre d'absences. À la lumière de l'analyse des données recueillies lors de ce bilan, il est devenu clair que la pratique de recherche de l'investigatrice principale avait contribué à l'émergence de ces différentes conséquences non désirées. Deux apprentissages liés à la pratique de recherche ont émergé de ce deuxième bilan de l'étude. Ils sont présentés ci-après.

Apprentissages-clés lié à la pratique de recherche

Prévoir des rappels périodiques des ententes importantes lors d'un projet complexe ou long. D'abord, le premier apprentissage concerne le partage de certaines IPO et observatrices sur le fait qu'elles n'avaient pas retenu l'entente liée au nombre maximal de rencontres; elles n'avaient qu'un vague souvenir de cet échange. L'investigatrice s'est alors souvenue que cette entente avait été présentée à travers une

masse importante d'informations, en phase de pré-facilitation. Certaines participantes ont alors suggéré que ce type d'ententes, qui, lorsque non respecté, peut avoir beaucoup d'impacts négatifs sur le contexte et sur le déroulement d'un projet, soit rappelé régulièrement au même titre que le caractère confidentiel des rencontres.

Négocier ensemble une façon de procéder lors d'ententes non respectées. L'autre apprentissage important lié à cet événement est la prise de conscience que de ne pas avoir négocié avec le groupe la procédure ou les conséquences, dans l'éventualité où cette entente était non respectée, a limité la capacité des observatrices de faire un choix bien informé quant à l'ajout de plus d'une absence aux rencontres du groupe de PR. Si ces aspects avaient été clarifiés et rappelés de façon périodique, il est permis de croire qu'il y aurait eu moins de conséquences non désirées vécues par l'investigatrice principale, les IPO et les observatrices.

Cycle réflexif de recherche # 3

Au début de ce dernier cycle de recherche, les objectifs de facilitation étaient les mêmes qu’au tout début de la phase de facilitation d’une PR: continuer à prendre soin du contexte de travail, de sorte qu’il puisse demeurer un lieu de partage sécurisant et favoriser l’accès à des apprentissages qui conduisent à une transformation en profondeur de la pratique infirmière. Toutefois, un apprentissage très important lié à la facilitation a été effectué à la fin du second cycle de recherche : prise de conscience de l’importance de soutenir le travail réflexif sur le plan affectif. Les résultats du cycle précédent semblaient soutenir l’idée que lorsque le professionnel parvenait à identifier ses sentiments plus profonds, la prise de conscience d’autres éléments liés à la perception de la situation qui avaient influencé son intention était facilitée. Ultimement, la participante en PR parvenait plus facilement à découvrir une façon différente de percevoir et d’agir. Par conséquent, au début du dernier cycle de recherche, nous étions animés par le désir de maximiser le travail sur le plan affectif qui, selon Rosenberg (2003, 2005), favorise la résolution de problèmes.

Tableau IV : Activités du groupe de PR- troisième cycle de recherche

Rencontre du groupe de PR # 8	Brigitte
Rencontre du groupe de PR # 9	Maude et Léa
Rencontre du groupe de PR # 10	Sarah et Marie
Rencontre du groupe de PR # 11	Jade
Bilan 3 (partie sur le processus de codéveloppement d’une PR)	

Événements importants du cycle réflexif de recherche # 3

Départ autorisé de Brigitte au début de la 9^{ème} rencontre du groupe de PR..
 Lorsque les participantes sont arrivées à la 9^{ème} rencontre du groupe de PR, une grande charge émotionnelle liée à leur contexte de travail était palpable chez plusieurs d’entre elles. Nous leur avons donc proposé de prendre quelques minutes pour déposer ce qui les habitait, afin qu’elles soient par la suite plus disponibles pour soutenir les deux IPO qui allaient présenter. Lors de ce partage, Brigitte a informé le groupe qu’elle devait le jour même rester très tard au travail, environ jusqu’à minuit. Elle a dit qu’elle ne voulait pas quitter le projet et que c’était la raison pour laquelle elle s’était présentée, malgré ce

contexte difficile. Elle a ajouté qu'elle se sentait obligée d'être présente par suite de notre mise au point sur les absences, lors du second bilan du projet. Elle a terminé en partageant le fait qu'elle préférerait être ailleurs et qu'elle ne se sentait pas en mesure de bien participer. Après ce partage, l'investigatrice principale a mentionné à Brigitte qu'elle appréciait qu'elle se soit présentée pour partager ces informations. De plus, étant donné sa situation particulière, l'investigatrice principale a fait savoir qu'elle était prête à vérifier si les autres membres du groupe étaient à l'aise de la laisser quitter cette rencontre, même si cela augmentait son nombre d'absences à 3,5 rencontres depuis le début du projet. Il y a eu un long silence, puis plusieurs participantes ont fini par prendre la parole et donner leur accord à son départ. Finalement, Brigitte a quitté la rencontre.

Apprentissages-clés liés à la pratique de recherche

Développer une plus grande conscience de soi in vivo. À cause de l'absence additionnelle de Brigitte et autorisée par les participantes et l'investigatrice principale, cette dernière a réalisé, après la rencontre, que sa gestion de cette situation avait été non congruente à une approche démocratique de recherche. Prise par surprise par le partage de Brigitte, l'investigatrice principale n'avait pas été consciente des sentiments difficiles et préoccupations qui l'habitaient à ce moment, en lien avec cette absence additionnelle. Selon Schwarz (2005b), cette habileté à demeurer conscient des sentiments et des pensées qui nous habitent, lors de moments plus intenses, est très importante pour demeurer le plus possible en congruence à une approche mutuelle. La capsule théorique ci-dessous parle de l'approfondissement de la conscience de soi et de son utilité pour atténuer sa contribution au problème.

Capsule théorique 11 : Approfondir la conscience de soi aide à diminuer sa contribution au problème

Une personne qui acquiert une plus grande conscience d'elle-même signifie qu'elle est plus habile pour identifier son ressenti et ses pensées et choisir comment agir efficacement pendant la situation (Davidson, 2005). Selon Schwarz (2002), lorsqu'une personne débute comme facilitateur, elle a souvent plus de difficulté à être consciente d'elle-même, particulièrement lors de situations plus difficiles. Dans ces cas, il n'est pas rare que cette personne privilégie inconsciemment des stratégies d'intervention congruentes au M1, telles que la politesse ou une intervention qui a pour but de sauver la

face, la sienne ou celle de l'autre (McKinney, 2005). Malheureusement, ces stratégies contribuent souvent à aggraver le problème ou à en produire de nouveaux même si, au moment de l'intervention, ces stratégies donnent l'impression à l'intervenant de ne pas avoir fait vivre des sentiments embarrassants ou perturbants pour soi et pour l'autre et d'avoir résolu le problème.

Selon McKinney (2005), lorsqu'une personne vit une difficulté, une approche directe plutôt que polie devrait être priorisée car une telle approche permet de résoudre plus efficacement les problèmes à moyen et long terme. Au contraire, une approche polie donne l'illusion que le problème est réglé, mais généralement il refait surface plus tard. Toutefois, lorsque l'on adopte une approche directe, pour qu'elle soit efficace, il est important d'avoir développé une façon de penser qui soit cohérente avec l'approche du M2 (McKinney, 2005).

Le fait que l'investigatrice principale n'ait pas été consciente *in vivo* de ses propres sentiments et préoccupations liés à l'ajout d'une absence additionnelle de Brigitte a limité sa capacité de les partager au groupe. De plus, l'investigatrice n'avait pas créé un contexte favorisant l'expression des inconforts des participantes. La position hiérarchique qu'occupe Brigitte dans l'organisation avait pu diminuer le sentiment de sécurité des IPO de partager, en toute transparence, leurs malaises face à son absence additionnelle. De plus, l'investigatrice principale avait l'impression que le fait d'avoir autorisé cette absence avait eu un impact sur sa relation avec les autres infirmières cochercheuses qui, après des journées très épuisantes, s'étaient toujours présentées pour honorer leur engagement envers le groupe, parfois même pendant leurs semaines de vacances. En outre, plusieurs participantes avaient partagé leur grand épuisement, juste avant le départ de Brigitte. Bref, il est plausible de croire que Brigitte n'ait pas été en mesure de faire un choix bien informé face à son départ ou non, lors de cette rencontre, parce que l'investigatrice n'a pas été suffisamment consciente de son ressenti, lors de cet événement et qu'elle n'a pas pu le partager au groupe et, également, parce qu'elle n'a pas été en mesure de créer un contexte sécurisant pour cet échange.

Lorsque l'investigatrice principale a réalisé les conséquences de la non congruence de ses actions pour traiter la demande d'absence additionnelle de Brigitte, elle a décidé de partager la dissonance de sa pratique seule à seule avec Brigitte puis, dans un deuxième temps, avec l'ensemble du groupe de PR. Il y a donc eu du temps libéré pour permettre aux participantes de partager les conséquences qu'elles avaient

vécues en lien avec la pratique non congruente de l'investigatrice principale, lors de la demande d'absence additionnelle de Brigitte. Plusieurs participantes ont rapporté qu'elles ne comprenaient pas que l'on revienne sur cette situation qui appartenait au passé. D'autres ont partagé, qu'en effet, elles trouvaient difficile et insatisfaisant le manque de clarté et de rigueur avec lequel l'investigatrice principale avait géré la règle liée aux absences :

« Ce qui fait que je nomme ce que je ressens, dans le sens que si c'est clair que si on manque et peu importe la raison : on ne peut plus être dans le groupe; eh bien, c'est de même pour tout le monde. Moi incluant là et que ce soit pour n'importe quelle raison. [...] Il n'y avait pas de règles claires pour moi, c'était plus ça. Comme ce soir, je m'en venais et j'étais super grippée, admettons que j'aurais été très malade – je suis venue là mais j'aurais pu dire bien je suis grippée puis me donnez-vous une permission puis je m'en vais et ça aurait été correct. J'aurais été bien fâchée si la règle n'avait pas été appliquée pour moi aussi. Tu comprends. » (Nicole)

À la suite de cet incident additionnel sur la gestion des absences, l'investigatrice principale a réalisé à quel point il était complexe de travailler en congruence à une approche démocratique de recherche en présence d'événements inattendus non souhaités. Ce type d'approche exige des habiletés interpersonnelles suffisamment développées par le chercheur qui dirige un projet, dont un approfondissement de la conscience de soi pour améliorer sa capacité de traiter avec congruence et *in vivo* les événements inattendus et limiter leurs conséquences à moyen terme. Il faut aussi une grande habileté pour maintenir un contexte de partage sécurisant, c'est-à-dire un contexte à l'intérieur duquel les membres se sentent suffisamment en confiance pour se partager avec authenticité des informations qui, dans d'autres contextes, pourraient les placer dans une situation vulnérable, c'est-à-dire où il y aurait risque d'être jugés ou d'être victimes de représailles. En l'absence de telles habiletés chez le chercheur qui agit comme leader dans une approche démocratique de recherche, il y a danger que la qualité et la crédibilité des résultats de ce type d'étude soient affectées. Agir en congruence aux valeurs du modèle d'approche mutuelle semble aider à minimiser la présence de rapports de force, de collusion et de conflits pouvant affecter l'approche démocratique au sein du groupe de recherche. Cet apprentissage a mené à la recommandation suivante:

- Un chercheur qui souhaite agir comme leader au sein d'un groupe de recherche et qui aspire à une approche démocratique aurait avantage à posséder des habiletés réflexives profondes et, s'il ne les possède pas, il serait pertinent qu'il soit soutenu dans le développement de ces habiletés par une personne qui les possède.

Apprentissages-clés des participantes

Prendre conscience de ses propres sentiments peut mener à une transformation très significative de sa pratique. Tout comme pour nous, l'apprentissage le plus important rapporté par les participantes lors du dernier cycle a été de réaliser à quel point le travail sur le plan affectif améliorerait le potentiel de transformation de la pratique professionnelle. L'un des moments les plus intenses de ce cycle a eu lieu pendant la PR de Léa, lorsque le facilitateur a soutenu avec fermeté le silence de plusieurs minutes de Léa en travail d'introspection pour identifier le sentiment qui la rendait si émotive face à cette situation. Les deux séquences-clés d'actions qui ont mené à cet apprentissage important des participantes sont présentées ci-dessous:

Facilitateur *« C'est pour ça que j'aimerais avoir ton aide à ce point-ci, moi. J'ai l'impression qu'on est retourné vers toi depuis quelques minutes avec des questions de tête. Il y a quelques minutes, tu es venue proche de quelque chose, qui m'a semblé très, très précieux, ici, proche du cœur. Je suis juste porté à vérifier avec toi : est-ce que ça se pourrait que ce soit là...il y a quelque chose qui te tient à cœur avec elle.*

Léa *-Je ne sais pas. Je n'arrive pas à mettre de mot exactement sur l'émotion et je sais qu'elle est là.*

Facilitateur *-Oui, oui. Juste de rester avec, puis, de l'apprivoiser. Elle est là, et, ça a l'air important avec cette madame-là.*

Léa *-Je n'ai pas de mots. Je n'en ai pas.*

Facilitateur *-C'est correct de ne pas avoir de mots. (Pause de plus de deux minutes). En tout cas, il y a quelque chose qui te touche, avec elle, maintenant, dans votre collaboration.*

Léa *-C'est sûr que ce sont des relations qu'on bâtit depuis tellement d'années que... (Silence de plusieurs secondes)*

Facilitateur *-Absolument... Que...? (Silence de plusieurs secondes)*

Léa *-C'est difficile de voir partir une personne dont on sait qu'elle avait eu tout pour être heureuse dans la vie, des bons enfants. C'est sûr un conjoint âgé, elle l'a quand même choisi ce conjoint-là, et, elle est avec depuis des années. Elle doit être bien et c'est sûr qu'elle est bien avec et tout ça. Une personne qui est à l'aise financièrement, qui a profité de la vie et qui a travaillé fort. C'est une personne attachante aussi. On a partagé plein de choses; son diagnostic et après ça quand sa fille s'est mariée; quand sa fille est tombée enceinte : « Il faut régler docteur parce qu'il faut absolument que je voie naître cet enfant-là ». Ce qui fait qu'on a vécu plusieurs étapes avec elle.*

Facilitateur *-Il y a de l'attachement veut ou veut pas.*

Léa *-Des étapes qu'on vit dans nos propres vies aussi. (Émue et pleure) Probablement. Moi, j'ai la chance que ça se passe bien. Mais, elle, elle va être obligée de mettre une fin à ça. C'est peut être ça qui vient me chercher de cette femme-là. Elle n'a pas beaucoup profité d'être grand-maman longtemps et de voir les enfants de son fils, un jour, qu'il va avoir –parce que lui aussi est marié. C'est plate qu'elle va partir et c'est probablement ce qu'elle vit elle aussi et là, elle ne veut pas comme l'entendre ça. Ça sera pas moi qui vais aller lui...pourquoi je ne suis pas capable de faire le pas pour lui en parler, probablement parce que je ne veux pas être l'oiseau de malheur qui va aller lui dire : non, c'est sûr qu'un jour ça va arrêter.*

Facilitateur *-Tu permets d'être juste affectée de ça. Juste d'être affectée de ça.*

Léa *-Oui, c'est triste. Souvent, tous les jours. Et, plus on les connaît longtemps...c'est sûr qu'on trouve ça difficile là.*

Facilitateur *-Moi, je suis à une place maintenant, où, je me demande s'il y a lieu que l'on continue à t'aider à trouver ce que tu pourrais faire. Je me demande si on ne devrait pas t'aider plus à boucler ton cas, sur la compassion, l'empathie que tu as connectée pour elle. En même temps, je me permettrais de nommer l'auto-empathie que tu viens de te donner. Parce que pour moi et en reconnaissant que tu as le droit d'être affectée et en exprimant un peu de sentiment sur ça. Il me semble et il n'y a juste toi qui peux me le confirmer. Il me semble que tu viens de donner un petit quelque chose à toi, en te permettant ça. Et, si mon hypothèse est bonne, je serais porté à dire de cette valeur-*

là, qui est la compassion, il va t'apparaître quoi faire dans ton lien avec elle.

Léa -[...] *Je sais dans quoi je suis, là, comme je le disais : je suis dans le lien avec elle et c'est le risque que ça se passe comme ça présentement. Comment aller l'aborder avec elle, comme tu le dis : peut-être que ça va venir un moment donné spontanément. Et, dans la situation qu'on va vivre au moment, où, on va le vivre, là. Il faut que j'arrête de vouloir me mettre de la pression et de me dire que je vais trouver la bonne phrase. Un moment donné va faire en sorte que ce sera plus facile. C'est peut-être ça que j'essaie d'adopter : le bon mot et la bonne phrase. Comme tu disais en laissant parler mon cœur. [...] Je vais trouver peut-être quoi lui dire...puis d'aller refléter par rapport à moi ce que je vis par rapport à elle. [...] Justement ça va peut-être être ma façon de m'ouvrir par rapport à elle c'est à partir de moi.*

Sarah -*C'est un peu ce que je disais : qu'est-ce que tu aurais aimé mieux dire quand elle t'a dit [on ne me dira pas de baisser les bras, je ne veux pas mourir], qu'est-ce que tu lui aurais répondu –si ça avait été la Léa que tu aurais voulu qui lui réponde? [...]Oui, quand elle dit : on ne me dira pas de baisser les bras, je ne veux pas mourir.*

Léa -*Je la comprends. Il n'y a personne qui veut mourir comme ça, aussi rapidement que ça. Il y a plein de choses encore qu'elle veut réaliser; qu'elle veut faire; qu'elle veut avoir encore le temps de vivre; qu'elle veut connaître. »*

Suite à ce travail d'introspection, Léa est parvenue à mettre en œuvre des interventions très satisfaisantes auprès de la famille, via le jeu de rôle :

Patiente (joué par Sarah) : – *« Je veux dire, regarde, on ne me dira pas de baisser les bras, là, je ne veux pas mourir.*

Léa : - *Je vous comprends tellement madame. Ce n'est pas facile d'avoir des nouvelles comme vous avez eues...que vous vouliez continuer c'est tellement naturel...on ne veut pas s'arrêter et la vie que vous avez, c'est une belle vie, avec des bons enfants. »*

Patiente : -*Tu vas être là hein?*

Léa : - *Oui, sûrement. (Elle pleure) Je m'excuse. Je comprends que vous ne vouliez pas baisser les bras, votre vie est trop belle. Ce n'est pas possible parfois d'arrêter. (Elle pleure). Ce qui vous arrive, ça me touche énormément.*

Patiente : – *Je l'ai toujours senti.*

Léa : – *Sauf que je voudrais être là pour pouvoir vous accompagner dans le choix que vous allez faire. Puis, s'il y a des moments plus difficiles que vous sachiez que je suis là, et, que vous n'hésitez pas à faire appel à moi, à m'appeler.*

Patiente : – *Je le sais. Je vais me fier à ce que tu vas me dire. Ce que tu vas me dire de faire, je vais le faire. Je sais que t'as toujours voulu ce qui est mieux (la patiente, joué par Sarah, a les yeux remplis de larmes).*

Léa : – *On n'a pas toujours les solutions en médecine...aussi... qu'on aimerait avoir. On va faire en sorte que vous soyez bien, en tout cas, ça c'est sûr.*

Patiente : – *Merci ».*

Voici les réactions de Léa et de quelques-unes de ses collègues, à la suite de la transformation de sa situation clinique difficile, via le jeu de rôle. Ces réactions témoignent des effets potentiels d'une intervention infirmière qui ne tente pas de faire taire ses propres sentiments, mais de mieux les comprendre et les maîtriser dans son lien avec la famille :

« Je me sens bien...mais, on dirait...des thèmes comme ça...où on a des patients auxquels on est attaché, c'est sûr que ça s'accumule tout le temps. (Elle pleure). (...)Je pense que ce n'est pas mauvais de s'ouvrir comme ça envers nos patients et de ne pas essayer d'être très professionnelle et de dire : oui, on peut montrer nos émotions... » (Léa)

« Moi, je dirais aussi c'est que tu faisais le rôle et que dans le fond, moi comme patiente, quand je me m'étais dans l'idée que j'étais la patiente, c'était que je me sentais tellement accompagnée. C'est sûr que dans le fond, c'est ça notre but, c'est qu'on peut les accompagner, puis là, elle s'est tellement sentie accompagnée, je veux dire, là. » (Jade)

« Oui, je suis touchée. C'est drôle, dans le jeu de rôle quand tu as nommé et que tu parlais avec tes yeux et tu dis... « Madame », j'ai reconnu ce qu'elle disait, eh oui, ce n'est pas évident. C'est-à-dire qu'on va mourir et je ne me rappelle pas des termes. Moi-même qui n'étais pas dans le jeu de rôle là, et mes épaules ont fait...C'est comme une reconnaissance. Au lieu d'essayer de les rallier ou d'expliquer des phrases, juste de les reconnaître. Wow! Je l'ai senti et ça fait, tu sais... (...) Moi, je suis impressionnée du déroulement de

ça, où, on est arrivé là. Je suis vraiment impressionnée. Écoute! C'est riche ça.» (Nicole)

« Ouais, c'est venu nous chercher, je pense, quand tu as parlé du mot reconnaissance. La boule monte. Ça me fait penser à ce que tu as dit au tout début : le milieu travail. Que des fois dans notre milieu de travail, on n'a pas l'impression d'avoir ça, cette reconnaissance-là, aussi intime face à nos confrères, à nos supérieurs et ça fait du bien. » (Sarah)

Apprentissages-clés liés à la facilitation

Soutenir l'approfondissement des habiletés réflexives jusqu'aux sentiments et besoins. L'apprentissage lié à la facilitation qui a été effectué après les deux premières rencontres du groupe de PR du troisième cycle a été très révélateur de l'efficacité de la facilitation, à un point tel que celui-ci a mené à la transformation de l'un des deux objectifs de facilitation d'une PR : approfondir les habiletés réflexives jusqu'aux sentiments et besoins internes. Malheureusement, les modèles et outils réflexifs utilisés comme cadre de références de cette étude nous informaient peu sur la façon d'approfondir la conscience de soi jusqu'aux besoins internes qui ont motivé l'action professionnelle insatisfaisante. La PR de Léa du troisième cycle de recherche qui a mené à une transformation profonde de sa pratique auprès de la famille en question nous a incités à effectuer, *a posteriori*, une analyse en profondeur de ce qui avait été différent lors de la facilitation de cette PR. Ce sont les travaux de Rosenberg (2003, 2005) qui nous ont éclairés et qui soutiennent que les sentiments sont des signaux qui nous informent si nos besoins prioritaires sont ou non comblés. Conséquemment, pour améliorer la conscience et l'expression de nos besoins, il importe de parvenir à identifier nos sentiments profonds, ce qui s'est produit lors de la 3^e PR de Léa et qui a mené à une transformation en profondeur de sa pratique auprès de la famille.

L'importance de l'auto-compassion pour devenir compatissant envers l'autre, lors de PR portant sur des situations psychologiquement menaçantes. En présence d'une situation psychologiquement très menaçante, comme par exemple lorsqu'on a été victime d'un niveau de violence important, l'une des premières étapes est d'abord de prendre conscience de ce qui est souffrant en soi, par l'identification de ses sentiments et besoins. La situation interprofessionnelle difficile de Marie présentait de la violence

verbale qui persistait depuis plusieurs mois. Cette situation avait eu des conséquences importantes sur Marie. Voici du verbatim qui illustre à quel point cette situation avait été difficile pour elle :

« ...regarde, je suis siphonnée émotionnellement. [...] toutes les fins de semaine perdues et épuisées émotionnellement et physiquement aussi, par ricochet [...]. Tellement dévalorisée. Tellement de peine, c'est épouvantable. (Émue et pleure) »

Une grande partie du travail réflexif de Marie a été consacrée à lui permettre de se mettre en état d'auto-compassion et d'en recevoir de ses collègues à travers le partage de son expérience émotive et cognitive et de sa souffrance, partage qu'elle ne s'était jamais permis de le faire jusqu'à ce jour. Par la suite, Marie a été en mesure d'identifier son besoin de clarté face aux événements qui avaient mené à cette relation difficile. Elle a demandé au groupe de PR de la soutenir dans la découverte de stratégies d'action qui pouvaient, lorsqu'elle s'en sentira capable, l'aider à rétablir un lien avec sa collègue pour clarifier les événements qui avaient contribué à leur relation difficile. Même s'il n'y a pas eu de tentative de mise en œuvre d'alternatives d'actions, parce que Marie ne se sentait pas encore assez en sécurité pour aller dans cet espace de transformation, cette PR a permis à Marie de faire un travail important en l'aidant à devenir autocompatissante. Cette étape a semblé essentielle pour lui permettre, par la suite, de tenter de comprendre les sentiments et besoins de sa collègue, au-delà des paroles ou gestes blessant posés.

Résumé

La méthode de recherche de ce projet a été élaborée à partir des principes propres à une démarche participative ou démocratique qui permet à des groupes d'acteurs de prendre part au processus de génération des connaissances qui les concernent et de l'influencer. Dans ce cas-ci, les besoins de partage des participantes sur le fonctionnement du groupe de PR semblaient prioritaires pour le bon déroulement du projet, lors des deux premiers bilans. L'investigatrice principale n'a donc pas été en mesure d'utiliser ces espaces de partage qui auraient permis aux infirmières cochercheuses de valider, bonifier ou corriger l'interprétation des apprentissages-clés du projet. L'analyse et l'interprétation des résultats qui concernent les apprentissages-clés

ont donc été effectuées en collaboration avec le facilitateur expert lors des *debriefing* effectués après chaque rencontre du groupe de PR.

Afin d'offrir au lecteur une vision globale des différents apprentissages réalisés en cours de processus, ils ont été rassemblés dans le tableau qui suit. Ces apprentissages se sont imbriqués les uns aux autres au fil des rencontres et des cycles réflexifs de la recherche. Il est intéressant de constater que les apprentissages liés à la facilitation et à la pratique de recherche sont au moins aussi nombreux que les apprentissages effectués par les participantes. Cette constatation confirme les propos de St-Arnaud (2009) qui soutient que l'entreprise d'une démarche réflexive à l'intérieur d'un petit groupe favorise l'émergence d'apprentissages mutuels effectués par tous les membres, incluant les facilitateurs.

Tableau V : Résumé des apprentissages-clés

	Apprentissages-clés liés à la facilitation	Apprentissages-clés des participantes	Apprentissages-clés liés à la pratique de recherche
1^{er} cycle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Importance de soutenir la prise de conscience de l'argumentation de type « protection unilatérale » et de ses effets ➤ Partager notre inférence qu'il y a présence d'inférences élevées, à l'aide d'une communication empreinte de compassion ➤ Importance d'aider la personne en travail réflexif à garder la caméra vers elle ➤ Importance d'utiliser un processus de prise de décision qui génère le niveau d'engagement requis ➤ Importance de passer à travers les différentes étapes de la pyramide d'évaluation ➤ Une PR où il y a découverte d'alternatives d'action plus efficaces et plus satisfaisantes ne mène pas systématiquement à des apprentissages transférables dans la pratique ➤ Importance d'être suffisamment habilitée pour guider le développement d'une PR 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Début de transformation de la façon de percevoir le soutien entre collègues, lors d'une PR ➤ Plus grande prise de conscience du niveau de leurs inférences ➤ Importance de respecter les silences réflexifs de la personne en PR 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Importance de créer un contexte sécurisant lors de partages sur des sujets délicats ➤ Importance d'aborder les sujets qui concernent le groupe en présence de l'ensemble de ses membres, afin de minimiser les risques de collusion ➤ Importance d'aborder directement les sujets qui semblent inabordables

2 ^{ème} cycle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Importance de la dimension affective lors d'une PR 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Importance de valider ses inférences ou d'explorer l'expérience de l'autre ➤ Prise de conscience du soutien de type « protection unilatérale » et de ses effets 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir des rappels périodiques des ententes importantes d'un projet complexe ou long ➤ Négocier ensemble une façon de procéder lors d'ententes non respectées
3 ^{ème} cycle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soutenir l'approfondissement des habiletés réflexives jusqu'aux sentiments et besoins ➤ Importance de l'auto-compassion pour devenir compatissant envers l'autre, lors de PR portant sur des situations psychologiquement menaçantes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre conscience de ses propres sentiments peut mener à une transformation très significative de sa pratique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer une plus grande conscience de soi <i>in vivo</i>

BILAN sur la facilitation d'une PR

Le troisième et dernier bilan sur la facilitation d'une PR a eu lieu environ deux mois après la dernière rencontre du groupe de PR. Tous les membres du groupe de PR étaient présents, à l'exception de Jade qui n'a pas pu participer à cette activité de l'étude, à cause d'un événement inattendu et hors de son contrôle. Lors de ce bilan, plusieurs infirmières cochercheuses¹⁵ ont partagé ce qui avait alimenté leur grande motivation à prendre part au codéveloppement d'une PR et ce qui les avait maintenues dans cette quête tout au long du projet. Ces données ne sont pas sans importance; elles nous informent où se situaient leurs besoins d'apprentissage et de transformation les plus urgents et permettent de comprendre pourquoi certaines infirmières cochercheuses ont rapporté des transformations plus significatives au sein de leur pratique interprofessionnelle et d'autres en ce qui concerne leurs relations auprès de familles. En début de projet, presque toutes les infirmières cochercheuses ont soulevé la présence de défis à relever pour intervenir auprès de familles et travailler en collaboration avec des collègues de façon satisfaisante. Toutefois, ce n'est qu'en fin de projet que l'investigatrice principale a réalisé à quel point la détresse pouvait être importante chez plusieurs d'entre elles, à cause de relations au sein de l'équipe de travail. Ce partage était probablement plus facile en fin de projet, grâce à la grande relation de confiance établie entre les infirmières du groupe de PR.

Dans les lignes qui suivent, plusieurs résultats issus du bilan du 3^e cycle de recherche permettent de faire le point sur les principaux aspects de la facilitation d'une PR qui ont favorisé ou nuit au développement des habiletés réflexives des infirmières participantes: le contexte de travail au sein du groupe de PR, les moments et les outils-clés, les défis et les difficultés et les résultats inattendus liés à la PR.

¹⁵ Les IPO et les observatrices ont participé à la facilitation d'une PR et à son évaluation. Les résultats de cette thèse découlent donc des propos rapportés par des infirmières occupant l'un ou l'autre de ces rôles. Par conséquent, lorsqu'il est question des « infirmières cochercheuses », les IPO et les observatrices du groupe de PR de cette étude sont incluses.

Contexte de travail du groupe de PR

Plusieurs aspects liés au contexte de travail ont été soulignés comme utiles et essentiels, lors des rencontres du groupe de PR : les valeurs négociées, l'activité d'introduction et la notion de confidentialité. Toutefois, les deux IPO qui assumaient seules ce rôle dans leur établissement d'attache ont soulevé la présence d'un sentiment d'isolement. Chacun de ces aspects est brièvement décrit ci-dessous.

L'un des éléments les plus importants mentionnés par les infirmières cochercheuses ce fut l'importance des valeurs négociées au sein du projet, telles que le respect, l'authenticité et la compassion, et leur impact sur le lien de confiance et leur initiative à présenter des situations où elles étaient davantage vulnérables, au fur et à mesure que le projet avançait. Voici un verbatim qui illustre ce résultat :

« Dans le fond, en gros, on a vécu des beaux moments de situations et ce qui était bien cette facilité de dire des choses comme ça venait... de se sentir écoutées et respectées dans ça [...] On ne peut pas s'ouvrir si facilement et le lien était là, [...] probablement que je n'aurais pas présenté au premier (cycle) non plus comme cas [ma situation professionnelle du 3^{ème} cycle de la recherche]. C'est pour ça que je dis que j'ai trouvé ça plus facile. » (Sarah)

Plusieurs participantes ont souligné à quel point elles avaient apprécié qu'il y ait une activité d'introduction d'environ 5 minutes au début de chaque rencontre du groupe de PR. Elles ont affirmé que *« ça permettait de faire la coupure entre les deux »*, c'est-à-dire entre la journée de travail et la PR. Il s'agissait d'une activité appelée « cohérence cardiaque », où chacune se recueillait à l'aide d'un rythme respiratoire guidé visuellement. Un autre aspect apprécié et souligné par toutes les participantes fut la notion de confidentialité, négociée au départ et continuellement rappelée au début de chaque rencontre. Voici l'image qu'a utilisée Maude pour parler de cet aspect : *« La confidentialité, ce n'est pas juste une règle d'organisation mais c'est un engagement personnel, comme le mariage. »* Enfin, deux IPO sont devenues de plus en plus préoccupées par le fait de ne pas avoir de collègues avec qui poursuivre leur développement d'une PR à l'issue du projet. Marie a soulevé le fait qu'elle s'était sentie plus isolée, surtout lors du dernier bilan, alors que les participantes provenant du même centre partageaient les bienfaits que leur procurait leur groupe de PR local qu'elles avaient récemment mis en place.

Moments-clés

Il y a eu quelques moments-clés, lors du codéveloppement d'une PR. Quatre de ces moments sont décrits dans les lignes subséquentes. Premièrement, l'un des premiers apprentissages réalisés en cours de projet est aussi l'un des moments-clés les plus importants rapportés par l'ensemble des IPO et observatrices : la création d'espaces pour permettre à la personne en travail réflexif de prendre conscience de ce qui l'habite. Voici le témoignage de Léa qui illustre l'importance de cet apprentissage au sein du groupe :

« ...quand on proposait une intervention à l'autre c'était comme si on voulait lui donner la réponse. Là, on sentait beaucoup que vous ne vouliez pas qu'on embarque dans ça. C'était comme...on le sentait fermement que...il ne faut pas embarquer dans ça. Ce qui fait que c'est comme si peu à peu on a saisi le pourquoi, parce qu'on a vu à travers ça –au début on ne comprend pas- mais on a vu à travers la personne, comme, tout à coup, whoop, ça monte puis on la voit qui comprend le... (...) c'est comme et on le voit c'est transparent. On le voit le changement qui s'opère parce qu'elle a trouvé sa réponse « sa réponse » pas « notre réponse ». » (Léa)

Un deuxième moment important rapporté a été l'effet « modeling » de la pratique de recherche de l'investigatrice principale en lien avec sa gestion directe et ouverte des inconforts ou problèmes de fonctionnement au sein du groupe de PR, aussi souvent qu'il semblait nécessaire de les remettre à l'ordre du jour. Sarah, l'une des participantes qui avait manifesté le plus de réserve face aux retours sur les situations difficiles au sein du groupe de PR, et ce tout au long du projet, a rapporté lors du bilan que, finalement, ces retours avaient été déterminants pour elle :

« ...tu [investigatrice principale] avais tendance la première fois que tu l'as fait à revenir sur des choses que tu n'avais pas appréciées. La première fois c'est quand tu es revenue en disant qu'il y en avait dans le groupe qui n'était pas d'accord à avoir des observateurs. Là, je l'ai même dit : pourquoi tu reviens là-dessus? Pour nous c'était clair. Et tout le long, à chaque fois qu'il s'est passé des choses, tu revenais toujours. [...] Même à un moment donné, je trouvais ça raide un peu pour les observatrices. [...] dans le fond, je me rends compte de ce que j'ai dit tantôt, c'est que ce qu'on ne peut pas tout de suite régler et tu ne fais pas semblant que ça va passer –parce que ça va finir par revenir- et dans le fond ce que je peux dire comme moment déclencheur c'est ça. [...] On a toutes avancé là-dedans; puis on est encore mieux et ce n'est pas dangereux. » (Sarah)

Un troisième moment-clé a été soulevé par Nicole : réaliser que l'exploration de sa contribution à une situation difficile ne signifie pas que « *ce n'est pas correct et que je ne suis pas fine, mais plutôt comment je vais faire pour ne pas tomber dans le modèle « I »* ». En d'autres mots, un moment-clé pour elle a été de constater que la PR ne s'effectuait pas dans une attitude d'auto-jugement, mais dans le but de lui permettre d'éprouver plus de satisfaction personnelle à l'avenir.

Enfin, un dernier moment important s'est vécu lors du dernier cycle de la recherche. Les participantes ont découvert l'importance de prendre conscience des sentiments profonds pour ensuite identifier les besoins non comblés qui avaient influencé leurs actions. La majorité des infirmières cochercheuses ont ajouté qu'elles auraient souhaité un cycle supplémentaire de PR, afin d'améliorer leur capacité à prendre conscience, en temps réel, de leurs sentiments et besoins.

Outils-clés

Six outils utilisés pendant les rencontres du groupe de PR ont été rapportés comme étant très utiles par les infirmières cochercheuses: la colonne de gauche, l'échelle d'inférences, le test personnel d'efficacité, le jeu de rôle, le modèle d'approche unilatérale et d'approche mutuelle et la différence entre une exploration *rhétorique* par rapport à une exploration *authentique*. L'ensemble des outils, à l'exception des deux derniers, ont été intégrés au premier cycle réflexif de recherche.

La colonne gauche est en fait une partie de l'outil à colonnes. C'est la colonne où la personne en PR écrit les sentiments et les pensées qu'elle n'a pas partagés au moment de la conversation difficile. Les participantes ont souligné que de faire leur colonne de gauche, par écrit ou mentalement, avait été très utile pour elles car cette colonne les aidait à « *se conscientiser* » face à ce qui les habitait- leurs pensées et leurs sentiments- et qui avait influencé leurs actions, lors de situations difficiles. Nicole a aussi mentionné que de remplir sa colonne de gauche l'avait parfois aidée à apaiser la charge émotionnelle créée par la situation difficile : « *...c'est comme si ça me permettait de mieux dormir le soir et ça me rassurait. J'arrêtais mon esprit. (...) La colonne de gauche était faite et il va y avoir une solution demain.* »

L'échelle d'inférences, quant à elle, a été l'un des premiers outils intégrés par les infirmières cochercheuses. Elle leur a été particulièrement utile pour prendre conscience du niveau de leurs inférences, c'est-à-dire de leurs interprétations non validées et attribuées inconsciemment à une personne. Plusieurs ont mentionné que l'échelle d'inférences était un outil qu'elles utilisaient également pour comprendre et transformer les relations de leur vie personnelle.

Le troisième outil rapporté comme ayant facilité le développement d'une PR est le test personnel d'efficacité développé par St-Arnaud (2009). Celui-ci avait été présenté aux infirmières, lors de la deuxième rencontre du groupe de PR du premier cycle. Cet outil avait été ajouté comme troisième colonne à l'outil à colonnes utilisé pour effectuer le rapport écrit de situations difficiles. Les feux de circulation sont utilisés pour effectuer ce test. Lorsque les participantes se retrouvaient dans une relation plus difficile, elles se disaient à elles-mêmes, par exemple « *Oh, j'ai une lumière rouge* », ce qui les amenait à prendre conscience plus rapidement de ce qui les habitait. Ce test agissait comme signal pour d'initier une réflexion « en cours d'action » ou « sur l'action ». L'une des observatrices a souligné que cet outil l'avait aussi aidée à intégrer la notion d'imputabilité, c'est-à-dire à considérer sa propre contribution aux problèmes qu'elle vivait.

La quatrième stratégie décrite comme très aidante a été le jeu de rôle. Le facilitateur mentionnait souvent que le jeu de rôle était une stratégie pour aider les participantes à « *faire de l'ancrage dans le muscle* », grâce à la mise en action des découvertes réalisées pendant la PR. Dès la fin du premier cycle, il y avait eu une entente pour que les silences réflexifs de la personne en processus de transformation de sa pratique via le jeu de rôles soient traités comme sacrés. C'est sans doute pour cette raison que plusieurs ont affirmé que ces moments de nos rencontres les avaient aidées à mieux « *se connecter* » à elles-mêmes et à trouver leurs propres alternatives d'action. D'ailleurs, le jeu de rôles est une stratégie que les participantes ont conservée au sein de leur groupe de PR local et mise en place à la fin de l'étude.

Toutes les participantes ont aussi dit que les deux modèles de théories d'usage, le modèle d'approche unilatérale et le modèle d'approche mutuelle, avaient été très utiles.

Elles ont même affirmé qu'elles auraient préféré que nous leur présentions ces modèles plus tôt, lors de la phase de facilitation d'une PR. Plusieurs ont toutefois rapporté que ces modèles étaient plus « *abstrait* » et donc plus difficiles à partager avec les membres de leur équipe locale qui n'avaient pas eu de formation de base sur la PR. Enfin, Léa a rapporté que les exemples de questions « ingénieuses » et de questions « rhétoriques » présentés au début du deuxième cycle de recherche l'avaient aidée à demeurer centrée sur ce qui l'habitait pendant ses PR.

Défis et difficultés

Trois principaux défis ou difficultés liés au développement d'une PR ont été mentionnés. Le défi le plus souvent cité depuis le début du projet est, sans l'ombre d'un doute, celui de parvenir à intégrer des habiletés réflexives dans le feu de l'action. Voici l'un des propos qui illustre ce défi vécu par toutes les participantes :

« C'est peut être ça que moi, j'ai trouvé le plus difficile de prendre le temps après pour réfléchir à ce que l'on avait appris... Dans le contexte du milieu de travail actuel d'être capable de faire le lien avec ce que j'apprenais qui était dans une approche calme, une approche honnête et idéale, il ne faut pas se leurrer. Et, d'essayer de le mettre quand tu reviens au travail. [...].... parce que tu l'oublies mais on s'est rendu compte à la fin que dans le fond, non, on ne l'avait pas autant oublié que ça et que ça été utilisé. Mais, dans le concret ça je trouvais dur de me le rappeler. [...] C'est d'être capable dans notre milieu de travail de pouvoir se permettre ce recul là que des fois on n'a pas, dans le quotidien. » (Sarah)

À l'issue du projet, les participantes ont également rapporté à plusieurs reprises qu'une phase de maintien serait nécessaire pour que le développement d'une PR se poursuive et permette la transformation de situations encore difficiles pour elles. Elles ont précisé que rien n'était acquis et qu'elles devraient « *ritualiser* » cette pratique si elles souhaitaient la maintenir et l'approfondir.

Le deuxième défi n'a été identifié que par une seule observatrice: « *oser plonger et montrer sa vulnérabilité* ». Il lui a fallu un certain temps avant de percevoir que le développement d'une PR pouvait lui être vraiment utile. Cette expérience peut peut-être s'expliquer par le fait qu'elle a manqué plus de trois rencontres du groupe de PR au cours des deux derniers cycles de recherche, période de la phase de facilitation où il y a

eu le plus grand nombre d'apprentissages-clés effectués par les infirmières cochercheuses et où le lien de confiance s'est consolidé.

Une troisième et dernière difficulté importante mentionnée par quelques participantes c'est qu'elles ont souvent eu l'impression d'être les seules de leur équipe, sauf celles qui ont participé au projet, à réfléchir à leur contribution lors de situations difficiles pour tenter de les rendre plus mutuelles et satisfaisantes. Elles ont l'impression que les autres, qui contribuent aussi aux problèmes, demeurent souvent dans le modèle d'approche unilatérale. Cette situation est très difficile à vivre au quotidien et provoque parfois du découragement chez certaines participantes. Nicole a très bien illustré cette difficulté :

« Mais ce que je suis en train de dire c'est que tu es entouré de gens dans une discussion dans une réunion d'équipe ou de n'importe quoi, et [...] qu'ils sont tous dans le modèle « 1 ». Moi, je veux rester dans le modèle « 2 » et tout ça. Mais à un moment donné, c'est excessivement difficile, parce que tu as beau prendre des petites phrases pour le dire. [...] Moi, il y a des moments où ça me désespère dans ce sens qu'il y a tellement peu de gens qui sont modèle « 2 ». [...] je me sens impuissante, toute seule, parce que tu as beau l'utiliser...à un moment donné, je ne sais plus quel mot prendre parce que tu 'shake' en dedans parce que tu vois que la personne va te répondre ça : « Oui, mais. Oui, mais » - tu ne sens pas qu'il y a du changement. »

Résultats inattendus

Lors des entrevues individuelles post-facilitation, l'investigatrice principale a demandé aux IPO s'il y avait eu des résultats inattendus positifs ou négatifs liés au développement d'une PR. Il y a eu trois types de résultats inattendus positifs. Le premier événement inattendu rapporté par l'ensemble des IPO ce fut la profondeur de l'introspection et de transformation comme être humain. Pour l'une des participantes, un autre événement inattendu a été d'avoir pu survivre à la crise organisationnelle présente au sein de son équipe locale pendant la réalisation du projet. Enfin, la plupart ont mentionné qu'il y avait eu une transformation de plusieurs relations dans différentes sphères de leur vie. Voici des propos tenus par deux infirmières cochercheuses qui en témoignent:

« Mais aussi on a vécu au mois de décembre un événement dans ma famille, avec ma sœur, où il y a eu une mauvaise communication [...]. Là, j'ai dit que ce n'est pas dramatique on s'organisera et là, j'attendais qu'elle m'appelle pour me le dire et finalement c'est comme son mari qui me l'a dit. Mais, elle n'osait pas me le dire pour apprendre et pour finalement décider par moi-même –et je suis sûre que c'est à cause de l'approche- d'ouvrir la communication [...] Elle [ma sœur] m'a dit : « Ah, mon dieu, que tu me fais du bien. Tu me fais tellement de bien, je me sentais tellement coupable et tout ça. » [...]. Là, elle m'a dit : « Tu as changé, tu as changé depuis... » J'ai été comme flatté de ça. » (Maude, entrevue individuelle post-facilitation)

« Mais, ce qui paraît plus, moi, dans ma façon d'être : c'est ça, d'être plus calme et d'être moins soupe au lait, de moins exploser rapidement. Dans ma vie personnelle –si on laisse tout l'interprofessionnelle et familles et tout ça – si je parle avec mon conjoint, mes frères et sœurs, je suis moins explosive. [...] Je lève le ton moins facilement qu'avant [...] je suis moins colérique... » (Léa, entrevue individuelle post-facilitation)

Ce verbatim provenant de deux extraits de la phase de post-facilitation parle de la transférabilité des apprentissages effectués par les infirmières cochercheuses. Même si les situations difficiles travaillées lors des rencontres du groupe de PR portaient uniquement sur des relations difficiles avec la clientèle ou avec des collègues, les apprentissages ont eu des impacts dans diverses dimensions de leur vie.

PARTIE II: Influence d'une PR

Cette partie du chapitre des résultats correspond à l'analyse des données qui ont été collectées principalement lors de la phase de post-facilitation, plus précisément au cours des 2 à 6 mois qui ont suivi la phase de facilitation. Seuls les entretiens réalisés avec les familles qui ont été intégrés à cette partie de l'analyse ont été effectués dans la seconde moitié de la phase de facilitation. À noter que plusieurs méthodes de collecte et sources de données ont été triangulées, à différents moments. Voici les diverses méthodes de collecte de données d'où ont émergé les résultats de cette partie de l'étude : le bilan post-facilitation, les entrevues individuelles et les groupes *focus* post-facilitation, les entretiens IPO/famille, le journal de l'investigatrice principale et la discussion synthèse. Plusieurs sources de données ont également été sollicitées dont les infirmières cochercheuses, des participantes-collègues, des participants-familles, le facilitateur expert, la directrice de thèse, les écrits théoriques et l'investigatrice principale. Les

résultats de cette seconde partie du chapitre quatre portent sur l'influence de la facilitation d'une PR, de type codéveloppement. Ils sont regroupés en quatre thèmes : influence d'une PR sur la pratique professionnelle des infirmières cochercheuses, influence d'une PR sur la satisfaction et le bien-être de ces dernières, influence d'une PR sur l'équipe de travail et l'influence d'une PR sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer.

Influence d'une PR sur la pratique des infirmières cochercheuses

Les résultats de l'étude soutiennent la présence d'un lien d'influence entre le développement d'une PR et plusieurs dimensions de la pratique professionnelle des infirmières cochercheuses. Plus précisément, les résultats tendent à démontrer que la facilitation d'une PR aurait mené à l'approfondissement des habiletés réflexives de ces infirmières, ce qui les aurait aidées à transformer diverses composantes de leur pratique, dont des valeurs, des perceptions et des stratégies d'action. Chacun de ces résultats est abordé plus en détail ci-dessous.

Approfondissement des habiletés réflexives

Lors du dernier bilan, ce qui est ressorti de l'analyse des propos des participantes, c'est l'approfondissement de leur habiletés réflexives jusqu'à leurs sentiments et besoins. Les résultats mettent en lumière le fait que deux habiletés réflexives, interdépendantes l'une de l'autre, étaient nécessaires pour mener à des apprentissages qui aident les infirmières à transformer leur pratique en profondeur: l'approfondissement de leur conscience d'elles-mêmes et de leur autocritique des composantes du savoir tacite sur lequel repose leurs actions professionnelles. En même temps, les résultats de l'étude confirment l'idée que les infirmières cochercheuses possédaient déjà, avant le projet, des habiletés réflexives et qu'elles réfléchissaient régulièrement et de façon critique sur leur pratique. Toutefois, la profondeur de la PR était différente à la suite de ce projet. L'analyse des situations difficiles soumises à une PR a permis de constater que la profondeur des habiletés réflexives des infirmières cochercheuses dépassait rarement les perceptions et croyances, lors de la phase de facilitation du projet. Malheureusement, dans les situations soumises à une PR, cette profondeur de réflexion s'était avérée

inefficace pour résoudre les problèmes relationnels récurrents. À l'inverse, en phase de post-facilitation, l'analyse des données permet de confirmer la mise en œuvre de plus en plus fréquente d'habiletés réflexives profondes lors de la résolution de problèmes relationnels *en cours d'action*. Voici un extrait du verbatim de Marie qui illustre la profondeur des habiletés réflexives qu'elle a développées :

« Au début, moi, j'ai trouvé ça très laborieux parce que moi, j'ai toujours été, en tout cas ma façon d'être, parce que tu ne penses pas à ce que toi tu es, mais, tu penses aux autres. Ce qui fait d'être obligé de dire, de revoir un peu ce que tu ressens : va identifier tes émotions, puis parle de toi, ça été très difficile, très difficile. Et, là, je te dirais que je suis contente d'avoir découvert la personne que je suis. [...] C'est plus facile d'accuser l'autre et de dire : c'est de ta faute à toi ou de la faute à elle. C'est sûr que pour moi, ça été laborieux et je suis contente de l'avoir fait (jeter un regard critique sur sa pratique). Je pense que je vais continuer à le faire dans le futur, de toujours se demander qu'est-ce que ça te fait? C'est quoi ton émotion? C'est quoi ton besoin? » (Léa, entrevue post-facilitation)

Les infirmières cochercheuses ont rapporté que certains outils réflexifs utilisés pendant l'étude les avaient aidées à développer leurs habiletés réflexives, dont l'échelle d'inférences, le modèle d'approche unilatérale et le modèle d'approche mutuelle. Elles ont toutefois mentionné qu'il y avait des situations psychologiquement menaçantes où elles ne parvenaient pas encore à identifier avec clarté leurs sentiments profonds et besoins qui les faisaient réagir de telle ou telle façon. Pour ces situations, elles effectuaient souvent une PR sur l'action passée, en privé ou avec d'autres collègues qui ont participé à l'étude, ce qui les aidait à réaliser *a posteriori* ce qui avait été difficile pour elles dans la situation.

Transformation de la pratique professionnelle

Un enjeu important de cette partie de l'analyse était d'évaluer s'il y avait eu des apprentissages et comment ceux-ci avaient influencé la pratique professionnelle des infirmières cochercheuses. Finalement, l'analyse a permis d'identifier des apprentissages-clés effectués par les infirmières cochercheuses qui découlent d'une PR jusqu'aux sentiments et besoins internes qui ont guidé leurs actions professionnelles. Les résultats tendent à démontrer que ces apprentissages ont transformé plusieurs composantes de leur pratique professionnelle lors de la résolution de certains problèmes relationnels. Les

composantes de leur pratique transformées sont des valeurs, des perceptions et des stratégies d'action. Il importe de souligner que les participantes ont rapporté que plusieurs des valeurs, perceptions et stratégies étaient déjà intégrées dans plusieurs situations de leur pratique professionnelle, avant leur participation au développement d'une PR. Par conséquent, les changements dont il est question dans cette étude concernent la transformation des composantes de leur pratique lors de problèmes qu'elles ne parvenaient pas à résoudre, avant le développement d'une PR. Quatre exemples ont été choisis parmi les résultats afin d'illustrer l'intégration des changements de valeurs, de perceptions et de stratégies d'action dans certaines situations difficiles. Il y a un exemple pour chaque type de défi relationnel: auprès de la clientèle touchée par le cancer, auprès de collègues, auprès de l'organisation et avec soi-même. Ces quatre exemples sont offerts, à la suite de la présentation des changements de valeurs ou principes, de perceptions et de stratégies d'action.

Changements de valeurs ou principes. Les participantes ont affirmé que les apprentissages effectués avaient été possibles grâce à une prise de conscience et autocritique des composantes de leur cadre de référence. Plusieurs des valeurs et principes retrouvés dans le M2 proposé par Schwarz (2002, 2008) les ont influencées, lors de la résolution de problème en phase de post-facilitation. La capsule théorique qui suit fournit une description de ces valeurs et principes, à partir des ouvrages de Schwarz (2002, 2008) et Schwarz et al. (2005), dont la transparence, la curiosité, le choix libre et informé, la responsabilité partagée et la compassion.

Capsule théorique 12 : Les principes et valeurs sur lesquels repose le M2

La transparence

La transparence est décrite comme la « *qualité de partager toute information pertinente, ce qui inclut l'intention et le raisonnement sur lesquels reposent nos affirmations, questions et actions* » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 45].

La curiosité

La curiosité est décrite comme un « *désir sincère* » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 44] à en apprendre plus au sujet de quelque chose ou sur le point de vue de l'autre.

Le choix libre et informé

Il s'agit de faire des choix et d'agir « *à partir d'informations valides* » et avoir la possibilité de « *définir librement ses propres objectifs et les moyens pour les atteindre,*

sans vivre de coercition, sans se sentir manipulé ou avoir le besoin de s'auto-protéger » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 42].

Une responsabilité partagée

Ce principe signifie que la personne partage avec d'autres « *la responsabilité de la situation difficile, incluant les conséquences qu'elle crée* » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 45]. Plutôt que de chercher à blâmer les autres, la personne reconnaît que, parce qu'elle fait partie du système, ses actions contribuent également au maintien du problème ou à son changement. Ce principe reconnaît l'interdépendance avec les autres personnes du système auquel la personne participe.

La compassion

La compassion est définie comme « l'adoption d'un état face aux autres et soi-même dans lequel les jugements sont temporairement suspendus. La personne est alors animée par le désir de comprendre l'autre avec empathie » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 43].

L'investigatrice principale propose d'élargir la définition de transparence proposée par Schwarz (2002) et retrouvée dans l'encadré ci-dessus, en incluant aussi le partage de toute autre information qu'il serait pertinent de faire connaître dans certaines situations, comme les sentiments et des besoins. Plusieurs participantes ont réalisé que, inconsciemment, elles n'étaient pas toujours transparentes. Par exemple, lorsqu'elles se retrouvaient dans des situations insatisfaisantes ou psychologiquement menaçantes, elles avaient tendance à contenir leurs sentiments et garder leur raisonnement/intention privé. Elles ne partageaient pas certaines de ces informations dans un but d'autoprotection face à certains jugements ou de protection unilatérale de leur interlocuteur, de peur de soulever des prises de conscience qui pourraient mener l'autre ou elles-mêmes à vivre des sentiments difficiles ou qui pourraient faire perdre la face. Les résultats de la phase de post-facilitation portent à croire que la valeur *transparence* a transformé leur façon de comprendre l'autre et d'agir.

La *curiosité* est un autre principe qui a été intégré lors de la résolution de problèmes ou conflits. Ce que des IPO ont dit avoir réalisé c'est que certaines de leurs interventions familiales, qui semblaient démontrer de la curiosité, avaient parfois pour but inconscient de diriger le changement ou la conversation dans une direction préétablie unilatéralement. En outre, elles ont rapporté que, dans la plupart des collaborations interprofessionnelles difficiles, elles avaient tendance à interpréter les propos de l'autre ou à argumenter dans le but de convaincre qu'elles avaient raison, sans démontrer une

réelle curiosité à explorer le point de vue de l'autre ou son expérience. Le développement d'une PR les a aidées à développer davantage leur curiosité, lors de ces situations.

Le choix libre et informé a aussi été souligné comme étant plus fréquent dans la pratique d'IPO, particulièrement dans leurs relations avec les familles. Certaines IPO ont rapporté que quelques situations cliniques les plongeait parfois dans le dilemme, car elles se demandaient, par exemple, s'il y a avait lieu ou non d'explorer certains aspects importants liés au pronostic sombre de la maladie. D'un côté, elles craignaient que ces échanges suscitent des sentiments difficiles pour la famille si elles abordaient certains aspects plus délicats; d'un autre côté, si elles ne les abordaient pas, elles avaient l'impression d'empêcher la famille d'avoir accès à toute l'information pertinente qui lui permettrait de faire des choix libres et informés face à gestion du temps qu'il lui restait. À la suite du développement d'une PR, Léa a dit qu'elle prenait plus souvent soin de valider directement avec les familles leur désir d'aborder ou non certains sujets plus difficiles, tel que discuter d'un plan B au cas où leur situation de santé ne s'améliorerait pas.

En cours de facilitation d'une PR, les IPO ont aussi dénoncé la présence du discours suivant chez plusieurs acteurs de leur organisation de santé et d'institutions académiques : les infirmières doivent trouver « la bonne phrase » ou « la bonne solution » aux problèmes cliniques rencontrés. Ce discours alimentait, à l'occasion, la pensée que l'infirmière est une « sauveuse » responsable de tout résoudre et prenant sur elle la totalité de la responsabilité. À d'autres moments, ce discours menait à la pensée de l'« infirmière victime » d'une organisation qui ne sent pas soutenue adéquatement. Ces deux visions ont été graduellement transformées et ont donné lieu à un discours interne dans lequel on reconnaissait davantage la présence d'une responsabilité partagée face à la situation et ses conséquences. Plutôt que de chercher à blâmer les autres, les participantes ont reconnu que, parce qu'elles font partie du système, leurs actions contribuent aussi au maintien du problème ou à son changement. Elles assumaient donc davantage la responsabilité de leurs besoins et de leurs actions. Elles reconnaissent aussi qu'elles ne pouvaient pas imposer à l'autre de contribuer différemment au problème et s'engageaient donc elles-mêmes à transformer leur propre contribution, sans pour autant assumer la responsabilité qui appartenait à l'autre. Voici deux extraits du verbatim collectés en phase

de post-facilitation qui illustrent ce changement de pratique, l'un provient de Maude et l'autre de Sarah:

« Puis, aujourd'hui c'est comme si je suis capable de dire que je vais faire de mon mieux. Je vais aller aussi loin que je suis capable, avec les moyens que j'ai, puis après je pense qu'il faut faire confiance à l'individu et à la personne [patient], qui, avant de me rencontrer il avait vécu 50 ans, elle avait vécu 60 ans, et elle s'est organisée. On n'est pas la seule ressource de cette personne-là. Ce qui fait que je pense que je suis capable de me dégager davantage, en responsabilité personnelle et tout ça. [...] Ça, je pourrais dire que c'est l'approche parce que je ne peux pas être responsable de tout; et chacun contribue à sa façon à la difficulté ou au bonheur ou aux résultats positifs ou négatifs. Ce qui fait que je suis comme peut-être plus consciente. » (Maude)

« Mais, ça avant ça, je n'aurais pas fait ça. Mais, regarde, après ça je me dis que...regarde ça ne m'appartient plus. C'est à elle à faire son chemin-là. C'est sa responsabilité à elle. Mais ça je n'aurais pas fait ça avant. [...] De me sentir moins responsable toute seule que si ça ne marche pas. Parce que c'est sûr; on a vraiment la tendance que s'il y a de quoi qui ne va pas on aurait donc dû faire ça autrement. On aurait dû...Mais de ne pas prendre tout le blâme [...] et d'être capable de leur refléter, me fait du bien. [...] C'est le détachement que ça peut amener des réactions de l'autre. Tu peux être empathique mais ne pas prendre. (Sarah)

Enfin, la compassion a été identifiée comme une valeur fondamentale pour toutes les infirmières cochercheuses du groupe de PR. Cette valeur n'est pas nouvelle pour ces infirmières. Au contraire, elles ont rapporté que cette valeur influençait la majorité de leurs interventions familiales avant leur participation à ce projet. Toutefois, en phase de post-facilitation, elles ont affirmé qu'avant le projet, lorsqu'elles se trouvaient en présence de situations de soins ou interprofessionnelles difficiles ou psychologiquement menaçantes, elles devenaient plus facilement enclines à juger et à s'autojuger. En phase de post-facilitation, plusieurs situations difficiles transformées sous-entendaient la transformation du jugement en compassion, ce qui a influencé les actions que les infirmières cochercheuses posaient envers elles-mêmes et envers les autres.

Changement dans la façon de percevoir et comprendre. Des changements importants ont aussi été soulignés quant à la façon de percevoir les événements et leurs croyances, après la fin de la phase de facilitation d'une PR. Il s'agit de changements dans ce que Schwarz (2002) appelle les présuppositions. La capsule théorique qui suit décrit les changements de perceptions qui ont été retrouvés dans les données rapportées par les

infirmières cochercheuses, pendant la phase de post-facilitation. Évidemment, ces changements de perception sont cohérents avec les changements de valeurs décrits plus haut et avec les changements de stratégies d'action retrouvés un peu plus loin.

Capsule théorique 13 : Les présuppositions du M2 (Schwarz, 2005a)

Je peux détenir des informations pertinentes et les autres peuvent détenir des informations pertinentes et chacun de nous peut voir des choses que les autres ne voient pas. Ces deux présuppositions signifient que la personne « *reconnait qu'elle ne possède qu'une partie de l'information nécessaire pour comprendre et résoudre un problème* » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 43]. Elle assume également que les autres, de leur point de vue, peuvent détenir certaines informations ou percevoir des choses qu'elle ne voit pas. En d'autres mots, la personne reconnaît que les informations qu'elle possède et sa perspective sont limitées à la position qu'elle occupe dans le système auquel elle appartient.

Les différences sont des opportunités d'apprentissage. Dans le M2, les différences de points de vue sont vues comme des « opportunités d'apprendre » [Traduction libre de Schwarz, 2005a, p. 44]. La personne est donc intéressée à les explorer pour mieux comprendre une situation et avoir accès à un plus grand éventail de solutions.

Deux changements de perceptions rapportés et étroitement liés l'un à l'autre ne faisaient pas partie de ceux retrouvés dans le M2: *le temps résout rarement les conflits, si on les a glissés sous le tapis et aborder ce qui semble inabordable n'envenime pas la relation de travail*. Auparavant, certaines IPO croyaient que de mettre un problème « en dessous du tapis », finirait par le faire disparaître. Finalement, il y a eu transformation de la présupposition qu'il est préférable de ne pas parler de ce qui augmente l'insatisfaction ou l'inconfort et que le temps arrangera les choses. Simultanément à ce changement de perception, il y a eu transformation de la croyance que le fait d'aborder directement un problème et de partager certaines informations pertinentes plus difficiles à exprimer, tel qu'un sentiment de déception, allaient nuire à la relation de travail. Ce dernier changement de perception a été un point tournant du processus de développement d'une PR de l'une des IPO :

« Moi, je me disais bien là, elle me parlera plus, tu sais, elle va me boudier. C'était un peu l'image d'avant aussi, il faut le dire que les gens boudaient. Mais non, c'est le contraire qui arrive. Tous les jours, je suis surprise quand la fille revient : « Puis ah, il y a tel patient la journée... Est-ce que c'est toi qui as le dossier? » C'est comme ayohe! Oublie ça et je pensais qu'elle me

bouderait : Mais non, pas du tout. Ce qui fait que regarde un peu par petit peu...Mais avant ça moi, j'aurais probablement boudé parce que je me serais boudée moi-même de ne pas l'avoir dit. D'avoir eu peur de la réaction. Là, on dirait que non et un peu comme j'ai dit la dernière fois : je me suis rendue compte que ce n'est pas dangereux de dire des choses. » (Sarah)

Changement de stratégies d'action. Le dernier type de changements mentionné par les participantes, à la suite de la facilitation d'une PR, est leur façon d'agir avec les autres, c'est-à-dire leurs stratégies d'action. Schwarz (2005a, 2008) proposent neuf stratégies d'action au sein du M2. Six d'entre elles ont été retrouvées dans les exemples de situations transformées et rapportées par les participantes, lors de la phase de post-facilitation. La description proposée par Schwarz de ces six stratégies d'action est offerte dans la capsule théorique ci-dessous. L'une des participantes a également rapporté un changement de pratique qui semble découler de l'intégration de plusieurs de ces stratégies d'action du M2. Voici le verbatim qui illustre cette transformation :

« On dirait en un mot : le détachement de la performance. Oui, on va atteindre notre but. Oui, on a un objectif. Mais, il y a comme un détachement qu'on va développer contre la performance qui nous a été exigée de l'extérieur. On se rend compte en le faisant qu'on atteint nos buts pareils. [...] Mais en même temps, tu penses «j'y tiens beaucoup et que j'aimerais avoir raison; j'aimerais être reconnue »...mais il n'y en a plus de...c'est un détachement. Je n'ai plus besoin de la reconnaissance de gagner, c'est plus en collectif. Je ne sais pas, je vois ça comme un détachement de la performance. C'est un peu ce qu'une autre participante a dit : qu'ils le fassent comme ça, ça va être correct et on va l'essayer une autre fois. Tu te rends compte qu'on va arriver au but pareil. » (Sarah)

Capsule théorique 14 : Quelques stratégies d'action ou *ground rules* du M2 (Schwarz, 2002, 2005a)

Planifier ensemble l'étape qui suit

Cette stratégie d'action consiste à présenter son point de vue sur la procédure et de valider avec l'autre, par exemple un collègue ou une famille, si cette démarche lui convient (Schwarz, 2005a). Ceci implique aussi de décider ensemble lorsqu'il est temps de passer à l'étape suivante de l'agenda de la conversation planifiée conjointement, par exemple, lorsqu'il est temps de passer de la clarification du problème à la recherche de solutions.

Valider ses perceptions et inférences

Ce qui caractérise les perceptions et les inférences c'est qu'elles sont toutes deux des

interprétations sur d'une situation ou des attitudes et comportements de quelqu'un, qui n'ont pas été validées ouvertement avec les personnes concernées. Dans le M2, l'une des stratégies d'action importantes est de valider les interprétations (Schwarz, 2002, 2005a).

« Mettre le poisson sur la table » ou discuter de sujets indiscutables

Cette stratégie a été abordée dans la seconde partie de ce chapitre. Voici une partie de ce qui avait été présenté. Schwarz (2002) définit les sujets indiscutables comme des *« problèmes qu'il est pertinent d'aborder pour le travail qui doit être réalisé par le groupe, alors que les membres du groupe croient qu'ils ne peuvent pas en discuter ouvertement sans qu'il en découle des conséquences négatives »* [Traduction libre, p.129], comme engendrer des sentiments embarrassants pour soi ou pour autrui ou, alors, de blesser l'autre. Selon Schwarz, c'est le contraire, aborder les sujets indiscutables permet de se partager des informations difficiles mais pertinentes. Ce type de conversations permet à la personne concernée ou à l'ensemble des membres du groupe de faire des choix libres et informés, c'est-à-dire, par exemple, de prendre la décision de changer ou non certains aspects de leur pratique.

Expliquer son raisonnement et son intention

Schwarz (2002) mentionne qu'il est préférable de partager son raisonnement, car les autres avec qui la personne intervient tireront leurs propres conclusions et leurs interprétations pourraient alors s'avérer très différentes du raisonnement réel de la personne. Partager son raisonnement et son intention signifie expliquer aux autres ce qui nous a amenés à faire tel commentaire, à poser telle question ou à poser tel geste. L'intention est le but de l'action posée, tandis que le raisonnement est la démarche logique qui a mené aux choix des actions posées.

S'entendre sur le sens des mots importants

Parfois, certains malentendus ou désaccords découlent du fait que la signification d'un mot ou d'une affirmation est différente pour l'un et pour l'autre, sans qu'ils en soient conscients. Pour minimiser ce risque, une stratégie d'action consiste à explorer ce que signifient les mots importants utilisés et à s'entendre sur leur utilisation dans la relation (Schwarz, 2002, 2005a).

Se centrer sur les besoins/intérêts plutôt que sur les positions

Cette stratégie a également été expliquée dans la seconde partie de ce chapitre. Voici un bref rappel de cette stratégie. Schwarz (2002) soutient que l'un des pièges qui limite la résolution efficace de conflits ou de problèmes est le fait que les personnes se campent sur leur position, c'est-à-dire défendent leur raisonnement face au choix de tel ou tel procédé pour résoudre un problème, avant même d'avoir échangé sur leurs intérêts respectifs. Ce type de stratégies de résolution de problèmes augmenterait les risques que les solutions choisies ne répondent pas aux intérêts de tous les membres du groupe et diminuerait donc les chances d'arriver à des prises de décision par consensus. À l'inverse, s'il y a d'abord une entente sur les besoins ou intérêts, les chances de découvrir des solutions qui puissent satisfaire tout le monde sont accrues (2002, 2008).

Démonstration de changements au sein de la pratique des infirmières cochercheuses à travers l'analyse de quatre situations rapportées en phase de post-facilitation. Plusieurs des valeurs et principes, perceptions et stratégies d'action transformées à la suite du développement d'une PR se retrouvent dans une même situation clinique. Cette constatation témoigne à quel point ces différentes composantes sont interdépendantes les unes des autres et confirme que ces changements rapportés en phase de post-facilitation découlent d'une transformation en profondeur et d'une plus grande cohérence interne du savoir tacite sur lequel s'appuient certaines de leurs actions professionnelles. Par exemple, la transparence en l'absence de compassion aurait pu mener à des stratégies d'action d'une grande violence. Un autre exemple serait la transparence qui, en l'absence de curiosité, aurait pu mener à un discours unilatéral qui rejoint peu l'interlocuteur, un collègue ou une famille.

Dans les lignes qui suivent, quatre exemples de situations difficiles transformées à la suite du développement d'une PR sont présentés à l'intérieur d'un tableau. Ces situations ont été relatées par les participantes, lors des entretiens de la phase de post-facilitation. Les exemples ont été séparés en segments, afin de souligner les habiletés réflexives et les changements réalisés concernant les valeurs et principes, les perceptions ou les stratégies d'action. Le premier exemple porte sur la description de l'influence du développement d'une PR sur la pratique familiale de Léa, plus particulièrement son impact sur sa façon de mettre en œuvre l'approche familiale systémique de Wright et Leahey (2001, 2005). Le second exemple illustre une situation professionnelle où les apprentissages réalisés pendant le développement d'une PR ont influencé la pratique de Sarah auprès de membres de son équipe de soins. Le troisième exemple est un début de transformation portant sur la façon de contribuer à la résolution d'une difficulté organisationnelle vécue par plusieurs IPO. Enfin, le dernier exemple témoigne de l'intégration de nouvelles habiletés acquises qui ont conduit à des changements sur le plan intrapersonnel, c'est-à-dire au sein de la relation que Marie entretenait avec elle-même.

Influence d'une PR sur la mise en œuvre de l'approche systémique familiale

<p>Autocritique de son utilisation de questions systémiques familiales qui avaient pour but de répondre à son intention professionnelle plutôt que de chercher à réellement connaître les besoins ou préoccupations de la famille</p>	<p><i>« Dans l'approche systémique familiale ce que j'ai découvert en la pratiquant de plus en plus, c'est que oui, on va chercher plus –on est quand même plus près des personnes- avec le genre de questions qu'on va poser. Parce qu'on n'est pas...bon, c'est des questions ouvertes; on les pose de telle façon pour vraiment connaître ce que le patient va nous répondre et non pas leur donner la solution toute crue dans le bec là. Mais, souvent c'était biaisé dans le sens que l'on va leur poser un genre de question pour les amener un peu, ni plus ni moins, à ce qu'on conseille ou à ce que l'on veut qu'ils fassent, comme admettons : avez-vous déjà pensé que telle ou telle chose pourrait vous aider? Ce qui fait que là, on les amène ni plus ni moins vers ça tout en leur laissant le choix comme on dit, car la solution c'est sûr qu'ils vont finir par la dire. On les dirige un peu vers ça. J'avais l'impression d'être comme ça avec l'approche systémique quelquefois, pas tout le temps. On ne le dit pas mais on les amène vers là. On ne veut pas leur donner la solution toute cuite dans le bec mais on va les amener à la trouver, mais, ça va être ça qu'on veut trouver. Ça arrive avec l'approche systémique qu'on fasse ça.</i></p>
<p>Curiosité Tenir compte de la famille, de ses besoins</p>	<p><i>Tandis qu'avec l'approche de la pratique réflexive, c'est vraiment qu'il faut que l'on soit centré sur la personne elle-même, dans le sens de respecter où est-ce qu'elle est rendue. Qu'est-ce qu'elle est comme personne et tout ça.</i></p>
<p>Curiosité face aux besoins et à l'expérience de la famille</p>	<p><i>Ça on va le savoir car on peut poser des questions systémiques pour réussir à découvrir quelle sorte de personnes qu'on a devant nous. Comment elles vivent la situation dans laquelle elles sont.</i></p>
<p>Choix libre et informé</p>	<p><i>Mais, on ne les dirigera pas vers quelque chose on va attendre qu'elles nous disent exactement ce qu'elles veulent et ensuite on va travailler là-dessus. [...]</i></p>
<p>Autocritique de la présupposition : « Je comprends la situation, ceux qui pensent différemment ne comprennent pas. »</p>	<p><i>On n'est plus dans le modèle « 1 » parce qu'on n'est plus dans où je veux les amener parce que je sais que j'ai raison et si je les amène là, ça va être correct pour eux autres. Mais on va être complètement dans le champ là.</i></p>
<p>Curiosité L'autre personne possède aussi des informations valides</p>	<p><i>Alors que la pratique réflexive va faire en sorte que : « Écoute ce qu'ils sont en train de te dire là...</i></p>

Valider ses inférences (interprétations)	<i>et va valider ce que tu comprends et va voir si c'est vraiment ce qu'ils veulent te dire.</i>
Planifier ensemble les stratégies d'action	<i>Ensuite, on pourra voir de quelle façon ils vont trouver leurs solutions. » [...] Plus centré vers l'autre.</i>
L'autre personne possède aussi des informations valides	<i>C'est comme être dans le respect de l'autre et de ce qu'il est dans le fond. On les respecte plus en faisant l'approche de la pratique réflexive parce qu'on va aller toujours chercher l'information qu'eux autres vont nous donner sur eux et non pas moi à essayer de glisser mon information vers eux.</i>
Critique de son approche familiale unilatérale qui ne tenait pas compte des besoins de la famille	<i>[...] Notre modèle « 1 », là, on l'a vraiment intégré, en nous, et on ne s'en rend même pas compte. On pense avec des belles petites phrases comme...avec l'approche systémique on avait le tour de faire avancer les gens, de faire cheminer les gens, mais, en fin de compte on les amenait, où on voulait bien les amener.</i>
L'autre personne possède aussi des informations valides	<i>Tandis que là avec l'approche, je me suis rendue compte qu'il faut que l'on soit en relation de sorte que la personne devant nous, elle a tout son bagage et toutes ses façons de faire et de penser.</i>
Curiosité et choix libre et informé Compassion	<i>Et, il faut qu'on aille justement chercher ce que ces personnes-là pensent et non pas ce que moi je pense, ou que je veux l'amener à...dans le respect de la personne... » (Léa)</i>

Influence d'une PR sur les relations au sein de l'équipe

« Mettre le poisson sur la table »	<i>« Mais avec l'équipe, un conflit avec une commis, qui était très agressive. Je vais la prendre à part : regarde, je veux te parler.</i>
Autocritique de sa façon d'éviter des discussions difficiles, avant ce projet	<i>Je n'étais pas quelqu'un qui...non, de mon tempérament d'avant, j'étais comme : regarde, je vais le prendre puis on va l'oublier...ça va s'estomper. On va faire semblant que ça ne s'est jamais passé. C'était plus mon attitude d'avant.</i>
Changement de perception : Discuter ouvertement des sujets difficiles n'est pas dangereux	<i>Ce qui a avec cette approche-là [PR] –et c'est pour ça que je n'arrête pas de le dire – c'est que je me rends compte que ce n'est pas dangereux de revenir et de régler des choses. De la façon que c'est fait là, mais, je pense que d'une façon ou d'une autre, dépendamment comment ce sera fait, bien ou moins bien, ce n'est pas dangereux, si tu le fais du cœur, avec une bonne volonté.</i>
Curiosité L'autre personne possède aussi des informations valides	<i>Donc, encore une fois une commis en crise, donc, j'aimerais que l'on se parle : qu'est-ce qui se passe? Il se passe des choses; je l'ai senti et parle-moi s'en; j'aimerais comprendre pourquoi?</i>
Autocritique de sa	<i>Avant ça, j'aurais dit : regarde ça va pas sa crise. Mais, non,</i>

façon de percevoir et juger rapidement l'autre, avant le projet	<i>ce que maintenant je...je...je suis capable de faire</i>
Transparence et partage d'informations pertinentes pour permettre un choix informé	<i>et puis une autre, la même qui vient 2 ou 3 jours après et que tu te rends compte qu'il y a des choses qui ne sont pas claires et d'être capable de dire : « Je veux te rencontrer pour te dire que je veux juste mettre les points clairs ». Ce que...si tu n'es pas là la semaine prochaine, si moi, je te remplace la semaine prochaine; je veux juste que ce soit clair que ce n'est pas parce que j'accepte ton congé. Si tu me dis que tu ne rentreras pas de toute façon. Moi, je veux juste que ce soit bien clair ce que je te dis parce que ces gens, bon, qui répètent tout des mots et tout ça.</i>
Responsabilité partagée	<i>Mais, ça avant ça, je n'aurais pas fait ça. Mais, après ça, je me dis que... ça ne m'appartient plus. C'est à elle à faire son chemin-là.</i>
Conséquences sur soi : plus grande confiance	<i>Le mot, je pense qui résume mes 12 rencontres : c'est l'assurance dans les interventions, dans la relation, dans les échanges, oui. Ouais, c'est plus l'assurance que j'avais moins avant .Ce qui fait que la peur de te tromper te fait reculer souvent, hein? La peur te fait reculer, mais, là non, j'ai plus d'assurance et je vais y aller. Je ne te dis pas que ça ne me donne pas... que des fois ça me tenterait de passer par-dessus. Mais, non, je le fais. Et plus tu le fais et plus tu as le goût...un besoin de le faire aussi, je pense. » (Sarah)</i>
Influence d'une PR sur la démarche de résolution d'un problème organisationnel	
« Mettre le poisson sur la table »	<i>Mais, au moins d'avoir réussi à les nommer (les difficultés à leur gestionnaire) quand même. Donc, on s'est assis à un moment donné et dit qu'il faut qu'on parle de ce qui nous irrite dans notre travail. Pourquoi sommes-nous si épuisées et on n'est pas satisfaits de ce que l'on fait?</i>
Approfondissement de la conscience de soi	<i>Tu vois, l'épisode qu'on a vécu là avec...cet été et l'été passé avec beaucoup de remplacements et tout ça, puis jamais...toujours la lourdeur, de nous, d'être obligé de remplacer des absents et tout ça.</i>
Partager toute information pertinente dont les conséquences d'assumer des remplacements sur une longue période	<i>Ça a un impact : c'est que maintenant on va être capable de le nommer beaucoup plus rapidement – parce que là, il y a encore une absence indéterminée et ce n'est qu'à toutes les semaines, si on sait si la personne revient ou pas, et, elle ne revient jamais –. C'est beaucoup plus facile de nommer la lourdeur [...].</i>

<p>Décision qui tient compte des intérêts communs et qui minimise les risques d'épuisement</p>	<p><i>Mais si on a quelqu'un à remplacer parce qu'elle est absente/malade et qu'elle n'est pas remplacée. On va dire exactement comment on va intervenir cette journée-là en remplacement. On ne fera plus...on ne répondra plus à tel appel. On ne fera plus d'enseignement. On ne fera plus ceci ou cela. On a limité notre rôle pour vraiment répondre aux urgences point.</i></p>
<p>Aborder les issues qui semblaient indiscutables</p>	<p><i>On a demandé à notre gestionnaire justement d'avoir des choses que l'on ne fait plus jusqu'à aller et jusqu'à dire : on ne répond même plus à ce téléphone-là. Ça n'a pas été accepté là, mais on a quand même été capables de le demander.</i></p>
<p>Autocritique de ne pas exprimer clairement leurs limites et leur raisonnement à leur gestionnaire, avant le projet</p>	<p><i>Parce qu'avant ça on ne l'aurait jamais nommé. On aurait dit : « Mais, il faut absolument la remplacer. »</i></p>
<p>Décision de groupe qui tient compte des intérêts communs</p>	<p><i>Mais, là, on est rendu au point de dire : « Non, ce n'est pas vraiment nécessaire de la remplacer. » Elle n'est pas là. Bon, elle n'est pas là. On est plus en mesure de trouver des solutions à notre lourdeur de travail, justement, pour ne pas en venir à l'épuisement. Comme on l'a toutes été, probablement, l'été passé là.</i></p>
<p>Approfondissement de la conscience de soi</p>	<p><i>On a été capable d'identifier comment on l'avait vécu et ce que ça avait amené comme épuisement et qu'on ne veut pas retomber là-dedans parce qu'on veut se protéger. Parce que si on s'épuise encore.....il y en a...on va finir par tomber. Pour prévenir en tout cas une fatigue extrême.</i></p>
<p>Partage d'informations pertinentes et décision de groupe qui tient compte des intérêts communs</p>	<p><i>On va tout de suite essayer de trouver la solution pour dire que non, il ne faut pas arriver jusqu'à l'épuisement avant de dire qu'on n'est plus capable. Ce qui fait que c'est sûr qu'on va faire plus de prévention. On va moins atteindre la limite, où, on est obligée de parler quand on est rendu à la limite de l'épuisement et que l'on n'est plus capable. On va se le dire plus entre nous et plus être en mode solution. » (Léa)</i></p>

Influence d'une PR sur la relation avec soi-même

Approfondissement de la conscience de soi	<i>« Puis, là, à un moment donné, je me suis assise, la semaine passée, et je me suis dit : « Hey, je trouve ça dur cette semaine-là, ça vient me chercher émotivement – parce que j'en ai plusieurs qui sont jeunes et très malades. Les pronostics sont sombres.</i>
Autocritique de sa façon de contenir ou ignorer son ressenti ou ses besoins, avant le projet	<i>puis avant ça, moi, je me disais : ah, ça ne me fait rien, regarde. [...]</i>
Décision qui tient compte de ses besoins	<i>Assez qu'à un moment donné j'ai fermé la porte et j'avais les yeux pleins d'eau. Je me suis arrêtée 5 minutes. J'ai pris le temps de respirer. Bon, je me suis dit que je prends un peu de temps pour moi – parce que là c'est trop.</i>
Autocritique de sa façon de contenir ou ignorer son ressenti ou ses besoins, avant le projet	<i>Ce que je n'aurais probablement pas fait avant, parce l'émotion on la couvre, on l'enterre. On se dit qu'il faut continuer de fonctionner.</i>
Approfondissement de la conscience de soi	<i>J'ai vécu 2 ou 3 situations difficiles cette semaine. Il y en a dix autres qui rentrent et il y en a des fois qui viennent te chercher – pour toutes sortes de raisons : l'âge qui est similaire; qui ont des enfants; qui ont 34 ans; qui ont 4 enfants en jeune âge et qui sont décédés.</i>
Décision qui tient compte de ses besoins	<i>Là, tu te dis : « Regarde, j'ai pris un temps pour moi pour avoir le temps de décompresser, en regardant dehors, le fleuve était beau, ce que je n'aurais pas fait avant</i>
Approfondissement de la conscience de soi et décision qui tient compte de ses besoins prioritaires	<i>[...] Mais, je pense que c'est enrichissant, parce que ce qui n'est pas dit ou ressenti, eh bien, tu le ressens d'une autre façon, hein, le corps absorbe des choses tout le temps. Moi, je pense que de prendre peut-être, 1 ou 2 minutes, 5 minutes, et de dire : regarde, je me permets ce temps-là pour me dire que c'est difficile et de le conscientiser.</i>
Défi toujours présent : parvenir à demeurer conscient de soi dans le contexte de travail effréné	<i>Parce que souvent, on a tellement d'ouvrage, qu'on empile et on empile, car on produit, il faut produire hein? Il faut que tu fasses tes collectes. Il faut que tu répondes au téléphone. Il faut que tu fasses ta coordination; les statistiques et il faut que je les fasse et là j'en aurai pas assez. On dirait que je ne suis pas productive, il y a tellement la productivité qui sort et que c'est facile de s'oublier pour aller avec ça. » (Marie)</i>

En résumé, le développement d'une PR profonde a aidé des infirmières cochercheuses à amorcer une transformation en profondeur de leur pratique, à grâce à une prise de conscience et une remise en question de valeurs et principes et de croyances et perceptions qui guidaient leurs actions professionnelles, lors de situations insatisfaisantes. Plusieurs résultats de l'étude portent à croire que le développement d'une PR profonde n'a pas seulement eu une influence sur le développement de la pratique d'infirmières cochercheuses, mais aussi sur certaines dimensions personnelles de ces infirmières qui ont intégré une PR, sur des aspects structurels, contextuels et fonctionnels de leur équipe locale et, finalement, sur l'expérience de santé de familles. Ces résultats sont présentés à tour de rôle dans les sections suivantes.

Influence d'une PR sur le plan personnel des infirmières cochercheuses

Les données recueillies lors du bilan et des entrevues individuelles post-facilitation auprès des infirmières cochercheuses tendent à soutenir la croyance que l'intégration d'habiletés réflexives jusqu'aux sentiments et besoins génère des conséquences positives pour l'infirmière qui les développent, dont une grande satisfaction face au travail accompli et un plus grand bien-être. Lors de la phase d'élaboration et de pré-facilitation du projet doctoral, l'une des souffrances soulevée par l'ensemble des IPO était le peu de satisfaction face au travail accompli auprès de familles touchées par le cancer et face au travail en équipe. L'identification d'une satisfaction accrue de la part des IPO face à leur travail constituait donc un résultat très important. Pour certaines infirmières cochercheuses, ce sont les changements opérés dans leur pratique auprès de familles et leur influence sur l'expérience de santé de ces dernières qui ont principalement accru leur satisfaction. Pour d'autres infirmières, ce sont les changements réalisés dans leur pratique interprofessionnelle et leurs répercussions sur l'équipe qui se sont avérés plus satisfaisants. Les propos de Léa résument l'effet positif du développement d'une PR sur sa satisfaction face aux interventions familiales mises en œuvre :

« Et puis, ça va être plus satisfaisant de les [familles] avoir aidées dans l'épisode dans laquelle je suis avec eux autres. Moi, je me sens plus performante vis-à-vis ces familles-là. Même si des fois je ne suis pas complètement pratique réflexive, car je le sais que je ne le suis pas à 100%.

Mais quand je réussis mettons à l'être... [...] Tu sais je me dis je ne pouvais pas faire mieux. Je n'aurais pas pu faire mieux. »

Un autre résultat important de l'étude a été l'influence du développement d'une PR sur plusieurs aspects de la santé des infirmières cochercheuses que Nicole a spontanément rapporté comme suit :

« ... quand je suis sortie de la salle [groupe de PR local] et j'ai dit aux filles : savez-vous ce qu'on vient de faire? On vient de prendre soin de notre santé mentale. J'ai dit : si l'organisation ne peut pas tout nous donner ça parce que l'on vit des choses difficiles. Mais, j'ai dit : nous autres ensemble, on prend soin de notre santé mentale. » (Nicole)

Le type de soutien obtenu via les rencontres du groupe de PR et les changements effectués au sein de leur pratique interprofessionnelle ont semblé avoir un effet sur leur santé. Plusieurs infirmières cochercheuses ont entre autres rapporté que, à la suite du développement d'une PR, un ou plusieurs des éléments suivants s'étaient améliorés : l'estime de soi, la confiance en soi et le courage d'aborder les sujets plus difficiles. Certaines ont aussi souligné une amélioration de leur bien-être grâce à une diminution des sentiments de colère et de culpabilité, une diminution de plusieurs symptômes tels que l'anxiété, l'insomnie et la fatigue et une diminution de la charge émotionnelle vécue lors de relations difficiles non résolues. Enfin, les infirmières cochercheuses ont mentionné que l'intégration d'une PR à leur pratique avait atténué, selon elles, le risque d'épuisement professionnel. Leurs plus grandes habiletés à résoudre de façon satisfaisante diverses difficultés relationnelles auprès de familles ou auprès de collègues avaient eu des effets sur leur santé. Voici des extraits du verbatim de quelques infirmières cochercheuses qui témoignent de l'influence d'une PR sur certaines dimensions de leur santé :

« Aujourd'hui, il y a un sentiment de culpabilité beaucoup moins grand, si je ne peux pas être là. Si je dois quitter, mais, je vais le dire. [...] sans culpabilité et sans avoir l'impression que quelqu'un est perdant. » (Sarah)

« Moi, ça ma rendue comme je l'ai dit : plus calme. [...] c'est sûr que ça devait baisser l'anxiété quand tu sais que tu peux avoir une certaine maîtrise sur toi. Oui, c'est sûr que ça baisse l'anxiété. » (Léa)

«Exactement, ce que je vous ai nommé tantôt avec la personne : je suis arrivée chez nous le soir, j'ai dit : non, bon. Là, j'ai identifié ce que je

ressens. [...] je savais que le lendemain, j'irais voir la personne et j'y nommerais que ça m'a dérangée. [...] c'est comme si ça me permettait de mieux dormir le soir et ça me rassurait. » (Nicole)

« Le cadeau que j'en ai retiré c'est qu'après ça je suis mieux. J'ai une paix. J'ai une tranquillité. Oui, c'est un cadeau. Je l'ai vécu le cadeau là. [...] ça permet un allègement émotionnel je te dirais. Ce n'est pas évident de travailler en oncologie là. » (Marie)

« ...des fois on sortait [des rencontres du groupe de PR] tellement contentes, tellement apaisées, parce qu'on avait trouvé des choses et ça nous faisait du bien. Au fil du temps, c'est encore de plus en plus fort. » (Maude)

Lors des deux groupes *focus* réalisés en phase de post-facilitation avec des participantes-collègues de deux équipes locales d'IPO, certaines d'entre elles ont dit avoir observé des changements personnels chez quelques-unes des infirmières cochercheuses, dont la perception d'une plus grande satisfaction au travail, d'une plus grande confiance en elle et d'une diminution de la charge émotionnelle. De plus, une participante-collègue d'une équipe locale a rapporté que les changements de pratique de son IPO avaient aussi diminué son propre niveau de stress face au travail en équipe.

Influence d'une PR sur l'équipe de travail

Quelques résultats laissent croire que l'intégration d'une PR par l'IPO ait pu influencer certains aspects de son équipe de travail. Il importe de préciser que les deux participantes-collègues de l'une des équipes de soins étaient incapables d'associer les changements observés au sein de l'équipe au fait que leur IPO ait développé une PR. De plus, ces effets ont été observés seulement à partir des derniers mois de la phase de facilitation d'une PR, ce qui porte à croire que ceux-ci découlent probablement de l'intégration d'une PR profonde jusqu'aux sentiments et besoins. Il s'agissait d'une étude exploratoire et l'investigatrice principale recommande que d'autres études soient entreprises pour valider la présence d'effets sur l'équipe, à la suite de l'intégration d'une PR.

L'un des changements observés par la plupart des participantes-collègues et des infirmières cochercheuses c'est la transformation du climat de travail lors de la résolution

de certaines situations interprofessionnelles difficiles. Elles ont parlé d'un climat de résolution de problèmes souvent plus calme où les participantes parvenaient à exprimer avec plus de maîtrise et de clarté leur point de vue. Certaines ont également parlé d'un climat où les communications étaient « *moins agressives de part et d'autre* » ce qui rendait le climat « *plus agréable pour tout le monde* » (participante-collègue). Des infirmières cochercheuses ont aussi rapporté que leurs habiletés réflexives les avaient aidées à contribuer plus efficacement au processus de résolution de problèmes vécus en très petits groupes de deux à quatre personnes. Elles ont toutefois dit que la mise en œuvre d'actions plus mutuelles, particulièrement de « mettre le poisson sur la table », lors de rencontres de groupe où il y avait plus de 4 personnes, et où peu ou aucune personne n'avait été initiée à la PR, constituait encore souvent un défi de taille. La plupart ne se sentaient pas encore assez en sécurité et compétentes dans leur habiletés réflexives « en cours d'action » pour prendre le risque de « mettre le poisson sur la table », lors de certaines de ces situations. L'une des participantes-collègues de l'étude a aussi mentionné qu'elle avait perçu un plus grand désengagement d'une des infirmières cochercheuses au sein d'activités réalisées en équipe dans leur organisation. Ce désengagement se serait accentué au cours de sa participation à cette étude. Il est permis de croire que ce changement de comportement non désiré d'une infirmière cochercheuse, rapporté par cette participante-collègue, témoigne peut-être d'une plus grande difficulté pour certaines infirmières du groupe de PR d'approfondir leurs habiletés réflexives ou de les intégrer dans des contextes de soins particuliers. Les propos de Nicole résument bien cette difficulté d'intégration d'une PR vécue par des infirmières cochercheuses:

« Seule à seule : oui [il y a une différence]. Mais, moi, je parle quand tu es une équipe. Seule à seule ça marche. Mais, dans l'équipe quand tu te sens toute seule et qu'à un moment donné tu as envie de dire : bon, je pense qu'on s'égare ou je ne sais pas. Tu vas essayer de... Oh boy! Ce n'est pas évident, ... » (Nicole)

La plupart des IPO et observatrices ont quand même rapporté que lors des échanges en groupe, elles parvenaient souvent à transformer leurs façons de contribuer en évitant, par exemple, de prendre part à la dynamique relationnelle qu'elles percevaient comme peu satisfaisante et en prenant conscience de leur ressenti. Même si, selon elles, ce changement de comportements empêchait dans bien des cas d'aggraver le problème ou

d'ajouter à la tension du climat de travail, elles demeuraient conscientes que leur retrait silencieux, même s'il ne contribuait pas à l'aggravation du problème ou du climat, contribuait toujours à son maintien. Quelques participantes ont mentionné que les rencontres de leur groupe de PR local créé en fin de projet leur offraient des espaces pour tenter de poursuivre la transformation de leur contribution en groupe, de sorte qu'elles puissent éventuellement participer plus efficacement à la résolution de problèmes ou conflits dans ces contextes plus menaçants.

Certaines participantes ont aussi rapporté que leur plus grande efficacité à résoudre les conflits ou problèmes leur avait parfois permis d'être plus productives. En d'autres mots, le fait d'avoir consacré de l'espace pour clarifier leurs inconforts ou leurs différentes façons de comprendre le problème permettait de s'engager dans la réalisation de projets communs orientés vers l'offre de soins et de services. Voici un exemple rapporté par Nicole qui parle de l'influence de ses habiletés réflexives sur la résolution d'un conflit avec une collègue, ce qui leur a permis d'être plus productives:

« ...qu'est-ce que ça a eu comme impact [d'avoir parlé de nos malaises]. Eh bien, après que ça soit dit, écoute, on a produit : « Et ça c'est telle affaire, et telle affaire ». Et moi, je n'avais plus de malaise et je pense qu'elle non plus n'en avait plus. C'était clair. Hey! On en a fait des affaires »

Selon la perception de la plupart des infirmières cochercheuses, de nombreuses dimensions de la communication au sein de l'équipe ont été transformées positivement. Ce résultat serait étroitement lié aux changements de valeurs et principes effectués à la suite du développement d'une PR. Plusieurs données de l'étude recueillies auprès des infirmières cochercheuses et de participantes-collègues portent à croire à la présence plus fréquente d'empathie dans les échanges au sein de leur équipe, ce que Marie a décrit comme une plus grande « *attention les unes par rapport aux autres* ». D'autres infirmières et trois participantes-collègues ont souligné une plus grande écoute et une plus grande ouverture de part et d'autre. Voici du verbatim qui témoigne de cet effet sur l'équipe:

«... c'est vrai que moi, aussi, j'ai ouvert aussi dans mes attitudes. »
« Qui crée de l'ouverture chez moi aussi ».
« Ce qui fait que ça crée, et en même temps pour elle, un meilleur accueil. Parce que tu n'as pas le goût de t'en aller. Tu as le goût de rester –parce

que c'était comme si c'était un peu repoussant, mais, là, t'as le goût de rester- puis, là ça fait une plus grande ouverture ».

(Participant-es-collègues d'une équipe de soins)

La circulation d'informations cliniques aurait aussi été améliorée dans l'une des équipes locales, à la suite de l'intégration d'une PR par leur IPO. Il s'agit d'un partage plus efficace de l'information qui concerne les familles suivies par plusieurs membres de l'équipe de soins. Cet effet découle de conversations sur des aspects importants mais plus difficiles à aborder. Ce type de conversations leur a permis de clarifier les rôles de chacun et de négocier un fonctionnement différent entre les membres de l'équipe. Voici l'expérience de l'une des participant-es-collègues de cette équipe, qui a été validée par les autres collègues participant-es :

« ... moi, je trouve que depuis un certain temps, je ne sais pas si ça a joué là-dessus, mais, je trouve que c'est plus facile. Parce que quand on rencontrait des patients, on n'avait pas beaucoup de développement. Je sais que c'est confidentiel, mais, souvent, on n'avait pas de suivi. Puis, maintenant, je trouve que tu [travailleuse sociale] nous en donnes plus [...]. Pour moi c'est plus satisfaisant. [...]L'information circule plus ».
(participante-collègue équipe de soins)

Une plus grande compréhension réciproque de l'intention et de la vision de chacun des membres de l'équipe de travail qui permet «*un regard neuf, différent* » aurait aussi été perçue par certaines participant-es-collègues. Quelques changements au sein de la pratique de ces dernières et de leur IPO auraient favorisé ce type de résultats, tels qu'une plus grande conscience de leurs inférences et leur validation entre elles, le partage d'informations pertinentes, la tenue de conversations pivots et une plus grande curiosité à comprendre l'expérience de l'autre. L'une des participant-es-collègues a rapporté que l'IPO de son équipe la soutenait dans le développement de ses propres habiletés réflexives, ce qui l'aidait à contribuer différemment à la résolution de conflits au sein de leur équipe.

Une autre dimension de l'équipe qui semble avoir été influencée par l'intégration d'une PR c'est la structure. Il importe de préciser que l'ensemble des membres d'une équipe de soins, où des participant-es-collègues avaient été recrutées, avaient eu accès, parallèlement à ce projet, à quelques consultations pour les soutenir dans la résolution d'une crise organisationnelle qui perdurait depuis plusieurs mois. Certains outils réflexifs

avaient été utilisés par le consultant expert, le même que dans cette étude, dont l'échelle d'inférences et des éléments du modèle d'approche mutuelle. Selon les participantes-collègues de cette équipe, leur initiation à la PR les aurait aidées à accueillir avec compassion l'expérience de leur IPO qui a osé « mettre le poisson sur la table », à la suite de l'intégration d'habiletés réflexives profondes, lors d'une rencontre d'équipe. Cet événement a été un moment-clé qui les a incitées à se mobiliser ensemble, afin de questionner et transformer certains aspects structurels et le fonctionnement de leur équipe qui généraient de la souffrance et nuisaient à leur efficacité comme groupe. Cette rencontre a eu lieu pendant la période où se déroulait le troisième cycle de recherche de l'étude, donc lorsque des habiletés réflexives plus profondes avaient été développées par leur IPO. Peu avant cet événement, il a été rapporté que plusieurs membres avaient menacé de quitter l'équipe et que d'autres risquaient l'épuisement. Ce changement aurait donc eu un impact sur la rétention du personnel et la stabilité de leur équipe, selon la gestionnaire et une autre participante-collègue de cette équipe.

Un autre changement structurel rapporté par les deux participantes-collègues gestionnaires ce fut une plus grande clarté des rôles de chacun. La gestionnaire de l'une de ces équipes a également rapporté que les besoins de l'une des IPO du projet étaient partagés avec plus de clarté et moins sous forme de plaintes. Cette habileté améliorerait la compréhension de la gestionnaire et sa capacité de la soutenir, dans la mesure du possible, dans la réponse à ses besoins liés à l'accomplissement optimal de ses fonctions. Bien que la participante-collègue gestionnaire dise ne pas être en mesure d'associer cette conséquence aux habiletés réflexives développées par l'IPO, cette dernière prétend que ses habiletés réflexives lui ont permis de clarifier et exprimer avec plus de clarté son rôle et ses besoins auprès de sa gestionnaire. Voici un extrait du verbatim qui provient des propos de la participante-collègue gestionnaire, lors du groupe « focus » :

« Aussi ses demandes [de l'IPO] qui pour ma part sont beaucoup plus claires. [...] peut-être qu'avant cette personne là –je ne sais pas si ça fait un an ou plusieurs années- était plutôt sur la défensive et plutôt négative et où je vois un changement. [...] où vraiment, je ne sens pas qu'elle se sente toujours brimer ou en négociation ou se sentir prise au piège. Donc, elle parle plus d'elle et de comment elle se sent et comment elle voudrait que ce soit autrement » (participante-collègue gestionnaire, groupe focus)

Ces résultats de l'étude au niveau de la structure et des processus de deux des trois équipes de soins portent à croire que l'approfondissement de la conscience et le développement de l'autocritique des composantes qui guident la pratique professionnelle de l'infirmière et de plusieurs autres de ses collègues, infirmières ou autres professionnels de l'équipe, contribuent à une plus grande mobilisation individuelle et collective et donc à une plus grande émancipation collective. Quelques propos d'infirmières cochercheuses appuient cette idée. Elles ont rapporté que, avant l'intégration d'habiletés réflexives profondes, elles ne faisaient souvent « *que déposer un inconfort ou une insatisfaction* » et il n'y avait pas d'« *action sur ce que l'on fait avec ça et ce qu'on aurait pu faire différemment* ». Au contraire, l'intégration d'habiletés réflexives par plusieurs membres de leur équipe les aurait aidées à amorcer une démarche collective pour transformer, par exemple, l'organisation des soins, de sorte qu'elle soit plus satisfaisante pour les familles touchées par le cancer, pour elles et pour l'organisation.

«À la dernière réunion que l'on a eue avec notre gestionnaire, tu sais, on a vraiment mis les cartes sur table : « Hey, il faut vraiment trouver une solution. Moi, je pense qu'on joue au jeu de la marmotte depuis que je suis infirmière pivot, il me semble que l'on a toujours redit les mêmes choses et que l'on n'a jamais encore trouvé la solution. Alors, là, il faut le faire là. On est rendu... [...] Je pense qu'on était plus dans un processus de plaintes avant. Tandis que là, on a nommé nos plaintes; on a nommé nos irritants et on y a réfléchi en groupe. Puis, on n'est plus en mode : - « Mais non la... ». On apporte les solutions. On commence à réfléchir plus vers la solution que de rester dans nos plaintes. On connaît nos irritants, maintenant, puisque ça fait des années qu'on a ces mêmes irritants-là, qui, se répètent tout le temps. Et, c'est toujours avec ça qu'on 'bugge'. Il faut faire quelque chose et il faut changer. Ce qui fait que là on n'est plus en mode solutions. Donc, on a passé l'étape de nommer; on s'en va vers des choses où l'on veut trouver des solutions.» (Léa, entrevue individuelle post-facilitation)

Les propos de participantes-collègues de l'équipe de soins d'une autre IPO de l'étude semblaient aussi soutenir l'idée que l'approfondissement de leur conscience et autocritique avait favorisé la transformation d'aspects structurels et du fonctionnement de leur organisation, de sorte qu'ils soient plus satisfaisants. Ce type de transformations semble avoir contribué à une plus grande émancipation individuelle et collective de l'ensemble des membres de l'équipe de soins et même avoir eu une influence sur d'autres équipes et secteurs de leur organisation. Voici

quelques extraits de verbatim qui laissent croire à la présence d'un lien entre l'intégration d'une PR profonde et une plus grande émancipation collective :

«... je dirais que nous depuis, peut-être, un an, il y avait des situations qui étaient difficiles dans l'équipe [...] C'était lourd. Puis par après quand ça s'est fait en grand groupe. On s'est dit qu'il ne fallait plus vivre ça de cette façon là. Il fallait aller –je ne me souviens pas comment on dit ça– vérifier nos perceptions. Et, c'est avec elle [IPO] que, en tout cas, qu'on a commencé à le faire. J'ai trouvé que moi ça m'aide beaucoup. J'ai commencé à le faire régulièrement. Les premières fois c'est elle [IPO] qui m'a aidée. [...] de dire qu'est-ce qu'on fait on ne laisse pas ça comme ça : regarde on va aller valider où est-ce qu'on a besoin et là on le met en plus grand ou en trois ou quatre personnes. Avec les personnes concernées, c'est ça. Et, ça j'ai trouvé que ça avait du bon. C'est quelque chose qu'elle [IPO] m'a apporté [...] ce qu'elle a appelé –et que l'on appelle aussi maintenant– des conversations courageuses. » (participante-collègue infirmière, groupe focus)

« Ça a eu une explosion en dehors de l'équipe d'oncologie son approche réflexive. [...] Parce qu'elle [IPO] a permis à des gens d'arrêter de...c'est notre règle et on va en faire un fanion : Parlez à au lieu de. [...] ce qui fait qu'on va probablement arrêter la bouche de la triangulation. [...] Y a failli y avoir des gens en maladie pour ça et puis y a failli y avoir des départs pour ça. [...] Ça a eu des conséquences très graves. Ce qui fait que depuis le « parler à » bien là, tout de suite les changements se sont réglés. » (Participante-collègue gestionnaire, groupe focus)

Influence d'une PR sur l'expérience de santé de familles

Enfin, les entretiens de recherche effectués auprès de huit familles portent à croire qu'une pratique infirmière congruente à une approche mutuelle, telle que celle visée par le développement d'une PR de cette étude, influence positivement l'expérience de santé de familles touchées par le cancer. Dans le cadre de ce projet, la question de recherche qui concernait cette partie des résultats était la suivante : quelle est l'influence du développement d'une PR sur l'expérience de santé de familles touchées par le cancer qui ont reçu des soins d'IPO ayant développé une telle pratique?

Au moment de recruter les premières familles, l'ensemble des IPO avaient rapporté que l'intégration d'une PR avait commencé à transformer leur pratique auprès de familles touchées par le cancer, lors de certaines situations de soins. Toutefois, les IPO avaient aussi réalisé qu'il était très difficile pour elles de déterminer jusqu'à quel point,

en l'absence d'habiletés réflexives profondes, leurs interventions auraient été différentes auprès des familles pressenties pour l'étude. Elles expliquaient cette difficulté par leur prise de conscience comme quoi, avant le début du projet, elles agissaient, souvent inconsciemment, en congruence au modèle d'approche mutuelle vers lequel était orientée la PR. Elles réalisaient donc que leurs habiletés réflexives leur permettaient surtout d'être davantage conscientes de la qualité de leurs interventions et de leur congruence ou non à une approche mutuelle. Lorsque leurs interventions s'avéraient moins utiles, leurs habiletés réflexives les aidaient à transformer leur pratique familiale *in vivo*, de sorte qu'elle soit plus mutuelle et procure plus de satisfaction à elle et à la famille. En d'autres termes, même si les IPO étaient en mesure de sélectionner des familles pertinentes pour l'étude, c'est-à-dire des familles avec lesquelles elles étaient intervenues à certains moments en congruence aux valeurs du modèle d'approche mutuelle, elles ne pouvaient pas préciser quelles interventions elles auraient ou non été réalisées, en l'absence d'habiletés réflexives profondes.

Considérant cette situation, il devenait impossible pour l'investigatrice principale d'établir un lien d'influence clair entre l'expérience de familles recrutées et les habiletés réflexives développées par les IPO impliquées dans ce projet. Afin de tenir compte de cette limite de l'étude, l'investigatrice principale a revu sa question de recherche et adapté son guide aux entretiens IPO/famille, dès la première entrevue de recherche. Les IPO étaient toujours invitées à choisir des membres de familles qui se sentaient à l'aise de partager, en leur présence, les situations de soins les plus aidantes de leur pratique infirmière. Les IPO devaient être présentes à ces entretiens afin d'enrichir la compréhension de ces moments et, aussi, dans le but d'apprendre de ce partage.

Lors du premier entretien familial de l'étude, la famille et son IPO ont naturellement abordé les situations de soins les moins aidantes pour la famille. Après cet entretien, une discussion a eu lieu avec les IPO pour explorer s'il serait utile pour elles d'intégrer de façon systématique des questions exploratoires auprès des familles participantes sur les situations de soins qui avaient été les moins aidantes pour elles. L'ensemble des IPO avaient jugé que ce type d'information serait très utile pour les aider à améliorer leur pratique auprès d'autres familles. Ces données s'avéraient aussi

intéressantes du point de vue empirique puisqu'elles permettaient de mettre en perspective ce qui caractérisait les relations auprès de la famille, dans ces deux types de situations. Par conséquent, pour tous les autres entretiens IPO/famille, les familles ont été invitées à partager également les conversations qui avaient été les moins aidantes ou les moins satisfaisantes pour elles. L'analyse des données de cette partie de l'étude avait dorénavant un but différent : identifier les interventions familiales, issues des entrevues menées avec les familles participantes et les IPO, qui avaient été congruentes au M2 par rapport à celles qui ne l'avaient pas été et décrire leur influence respective sur l'expérience de familles touchées par le cancer. La question à laquelle les résultats ci-dessous tentaient de répondre était donc : *quelle est l'influence d'une pratique infirmière congruente au M2 à l'opposé d'une pratique non congruente à ce modèle sur l'expérience de familles aux prises avec le cancer?*

Les principales sources de données utilisées pour répondre à cette question ont été les cinq IPO et les douze membres de familles, provenant de huit familles différentes. Parmi ces 12 membres de familles, il y avait 6 patient(e)s, 2 conjoint(e)s, 3 filles et 1 sœur; quatre étaient des hommes, huit, des femmes. Ils ont tous été rencontrés dans la seconde moitié de la phase de facilitation d'une PR. Au début de chaque entretien IPO/famille, l'investigatrice principale rappelait le but de la rencontre. Ensuite, l'IPO s'adressait directement à la famille et les informait qu'elle percevait comme un cadeau le fait de connaître leurs expériences de soins satisfaisantes et moins satisfaisantes avec elle. Lors de cet échange, la compassion et l'authenticité de l'IPO semblait contribuer à un contexte de partage sécurisant pour les familles. Bien que certaines familles se disaient parfois inconfortables ou gênées d'aborder les situations les moins aidantes, elles ont accepté de le faire étant donné qu'elles sentaient une réelle ouverture de la part de leur IPO à recevoir ce type d'information. Certaines familles ont aussi mentionné qu'elles avaient accepté de participer dans le but de nous permettre de minimiser les risques que d'autres familles vivent les mêmes souffrances ou difficultés.

Dans un premier temps, une présentation des résultats, décrivant la distinction observée entre une pratique congruente à l'opposition d'une pratique non congruente à l'approche mutuelle est offerte et cela, à la lumière des résultats qui ont découlé de

l'analyse des situations de soins aidantes et non aidantes. Dans un second temps, il y a une description de l'influence de ces deux types de pratique sur l'expérience de familles touchées par le cancer.

Une pratique infirmière qui se vit à l'intérieur d'une approche mutuelle plutôt qu'une approche unilatérale

L'analyse comparative entre les situations de soins décrites comme aidantes et celles décrites comme non aidantes a permis de mettre en lumière les trois principales caractéristiques qui distinguaient l'approche de soins utilisée dans ces deux types de situations. Il est apparu que les interventions infirmières aidantes étaient plus souvent congruentes à l'approche mutuelle comparativement aux interventions infirmières moins aidantes qui, elles, se rapprochaient davantage du modèle d'approche unilatérale. Les trois principales caractéristiques qui distinguaient les relations auprès des familles dans ces deux types de pratique infirmière sont présentées ci-dessous.

Interventions infirmières visant à mieux comprendre les besoins ou préoccupations de la famille et à en tenir compte. La première caractéristique qui différenciait les situations de soins aidantes par rapport aux situations non aidantes c'était le type de processus décisionnel utilisé par l'infirmière, au moment du choix de telle ou telle intervention. Lors d'interventions infirmières aidantes, le processus de prise de décision avait généralement été effectué en tenant compte des besoins ou préoccupations prioritaires des familles. Ce type de prise de décision avait été possible grâce à l'utilisation, par l'IPO, de diverses données collectées et validées directement auprès de la famille et mises en lien avec l'expertise de l'IPO. Ce sont particulièrement les informations suivantes qui avaient influencé le choix des interventions: les données recueillies lors des entrevues familiales initiales, qui ont été construites à partir du modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2001) et qui ont pour but d'évaluer l'ensemble du système familial et de cibler les besoins de soutien prioritaires des membres; les informations nouvelles et *in vivo* de l'expérience des membres de la famille, provenant de leurs récits et aussi de leur communication non verbale juste avant de choisir et de mettre en œuvre leurs interventions. Les résultats ont démontré que les prises de décision qui avaient considéré les principaux besoins ou préoccupations des familles s'étaient avérées plus

satisfaisantes pour celles-ci. Voici un extrait de verbatim rapporté par l'un des patients participants. Il illustre la perception du patient comme quoi le choix des interventions de l'IPO avait été fait en tenant compte de ses propres besoins, à l'aide d'une exploration en profondeur de ce qu'il était comme personne et de son expérience:

« Elle [IPO] a fait une très bonne analyse –parce que l'analyse ce n'est pas évident- de savoir bien analyser et suite à ça de dire : ok, maintenant : quelle sera mon approche? Et, ça, ça veut dire que mon IPO a eu une très, très bonne écoute active aussi. Elle m'a très bien analysé comme humain. Elle a analysé mon type de caractère. Elle a pris le temps. Elle m'a posé des questions. Elle a circulé et elle a écouté. Je ne veux pas dire qu'elle m'a catégorisé, mais, elle a réussi à mettre quelques blocs ensemble, et, en même temps, ici, juste à côté, les blocs faibles c'est ceux-là, bon, et elle s'en est servi pour les ramener pour faire un tout. Et, en même temps, c'est ça qui a fait que ça a fonctionné. » (Patient 3, entretien IPO/famille)

Les résultats qui découlent de l'analyse des propos de Léa, en phase de post-facilitation, soutiennent l'idée que l'intégration d'habiletés réflexives profondes aide l'infirmière à transformer son processus de prise de décision, quant aux choix des interventions familiales : *« ...maintenant je te dirais que je suis plus comme sensible au fait de reconnaître que je vais essayer de comprendre ce qu'ils vivent. Et non pas de dire que je vais me centrer sur ce que je veux atteindre comme but. Non, je vais essayer de comprendre ce qu'ils vivent ».*

Les familles-participantes n'ont pas associé leur insatisfaction au manque de compétences techniques ou de connaissances des IPO sur le cancer, les traitements et la gestion de symptômes. En outre, les IPO ne présument pas que leur difficulté à intervenir de façon satisfaisante auprès de familles était liée à un problème d'intégration d'interventions familiales provenant du modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2001, 2005). La difficulté semblait davantage associée à une erreur dans le « timing », c'est-à-dire une erreur du type d'interventions choisies, qui s'étaient finalement avérées non utiles pour répondre aux besoins prioritaires ou principales préoccupations de l'un ou de plusieurs membres de la famille. Dans la plupart de ces situations, les résultats portent à croire que les interventions avaient été établies plus unilatéralement. Une prise de décision plus unilatérale signifie que, lors du choix de ses interventions, l'IPO n'avait ni exploré, ni validé sa compréhension de l'expérience et des besoins de la famille. En d'autres mots, l'IPO était inconsciemment intervenue sans vérifier si son évaluation de

leurs besoins prioritaires et des stratégies pour y répondre était adéquate pour les familles concernées. L'un des conjoints participants a partagé son expérience concernant une approche de soins qui avait suivi un agenda préétabli et qui, malheureusement, n'avait pas tenu compte de son besoin d'accompagnement sur le plan affectif et relationnel:

«...moi, je vous ai trouvé très compétente médicalement parlant pour ce que j'en connais. Très forte pour coordonner [...]. Il y a peut-être un agenda dans notre tête [comme patient], dans ma tête à moi, peut-être une incompréhension.[...]Et puis, je pense que c'est le premier [les informations techniques, le traitement la maladie et la coordination des soins] qui prend toute cette place là (gestuel qui le place très haut dans les priorités), et l'autre [l'accompagnement dans l'expérience du cancer] est là (gestuel qui le place très bas dans les priorités). Alors, pour moi, dans mon esprit, c'était là et, donc, il y a une déception, en fait, que c'était comme ça. Oui, je l'ai ressenti comme ça. La partie médicale puis la partie d'accompagnement. »
(Conjoint 1, entretien IPO/famille)

Interventions infirmières qui avaient été vécues dans la compassion. Une autre caractéristique des situations de soins aidantes retrouvées dans les récits analysés ce fut la création d'une communication empreinte de compassion. La compassion signifie la présence d'une écoute empathique de l'expérience cognitive, affective et spirituelle de la famille, en l'absence de jugements de valeur envers celle-ci (Rosenberg, 2003). Ce type de communication invite et facilite l'expression des divergences d'opinions et sentiments difficiles, incluant peut-être le fait que les soins proposés ne conviennent pas à la famille. Les propos des familles ont permis de dégager deux qualités des IPO qui laissaient sous-entendre la présence de compassion : leur disponibilité à les écouter et leur sensibilité face à leur expérience unique de la maladie.

Tout d'abord, la perception d'une grande disponibilité des IPO à recevoir les familles à n'importe quel moment et à offrir du soutien concernant divers aspects de leur expérience de santé a été très importante pour la plupart des familles rencontrées. Ces dernières ont signalé qu'elles se sentaient invitées à partager leur expérience. Par exemple, plusieurs membres de familles ont dit que le fait que leur IPO, dès le début de leur relation, prenne le temps de les saluer et de s'informer de leur état lorsqu'elle les croisait, dans la salle de traitement de chimiothérapie ou dans les corridors, avait été très important pour eux. Quelques familles ont aussi apprécié que l'IPO leur précise, un peu

avant leur entrée en phase de rémission, qu'elle demeurait disponible pour elles, afin de les soutenir et répondre à d'éventuelles préoccupations, même après la fin des traitements actifs. Bien que les familles n'aient pas manifesté de besoins particuliers à plusieurs de ces moments, les brefs contacts visuels et le fait de savoir que leur IPO demeurait disponible pour répondre à leurs besoins leur avaient permis de se sentir en lien avec elle et les avaient incités à mettre de côté leur peur de déranger et à avoir recours à elle, en présence de questions ou préoccupations liées à leur expérience de santé. Voici l'analogie utilisée par l'un des patients pour décrire son expérience de la disponibilité et de la sensibilité de l'IPO face à ses besoins :

« Je sais qu'elle avait des papiers dans les mains et elle les a mis de côté et elle a pris le temps de le faire pareil [...], des fois je me souviens qu'elle me disait quand j'avais des questions; elle me disait tout le temps de ne pas me gêner de les poser [...]. Je vais vous conter une anecdote. Moi, j'ai un de mes oncles qui était capitaine d'un bateau qui a fait l'Île du Prince-Édouard et les Îles de la Madeleine, pendant longtemps. [...] je me souviens quand j'étais jeune – je lui posais des questions sur le radar : « Et ça, ça sert à quoi? » L'année d'après on retournait parce que mes grands-parents viennent des Îles de la Madeleine et je me souviens que je lui posais encore les mêmes questions, mais il prenait le temps encore de me répondre. Il me passait les jumelles et me parlait du radar quand c'était le jour.... Ce qui fait que c'est un peu le même phénomène parce que, des fois, il y a des petites questions qui viennent et je sais que des fois, j'ai peut-être redemandé les mêmes – parce que c'est quelque chose, quand tu ne les prends pas tout le temps en notes- t'en oublies et ça revient. Mais, je n'ai jamais senti qu'on dérangeait. » (Patient 1, entretien IPO/famille)

À l'inverse, trois des familles rencontrées avaient précisé que l'absence d'un contact de ce type, dès le début de leur relation ou à la fin des traitements actifs, avait fait en sorte qu'elles s'étaient senties moins en lien et moins à l'aise de faire appel à leur IPO pour recevoir du soutien, de peur de la déranger, ce qui avait accru temporairement leur anxiété lors de situations où elles auraient souhaité les consulter. Quelques IPO ont mentionné que leur contexte de surcharge de travail les avait amenées à diminuer la fréquence de leur « tournée » dans la salle d'attente ou dans la salle de traitements de chimiothérapie et avait limité leur capacité de rencontrer chaque famille avant la fin des traitements, pour leur rappeler qu'elles demeuraient disponibles pour elles également en phase de rémission. Ces IPO ont dit réaliser, à la suite des témoignages de familles, à

quel point cet aspect était important pour la création ou le maintien d'un lien qui rendait les familles plus à l'aise de les consulter, lorsqu'elles en ressentaient le besoin.

Toutefois, sept des huit familles ont rapporté qu'une fois le lien bien établi ou clarifié, elles s'étaient senties bien accueillies et entendues dans leurs besoins de soins. Elles avaient perçu une ouverture de l'infirmière, ce qui avait facilité le partage de leur expérience et, parfois, le questionnement de la pertinence de certaines interventions, sans peur d'être jugées et d'affecter leur relation avec l'IPO. Les familles percevaient une écoute sincère et empreinte de compassion, comme l'a décrit cette patiente :

« Sa voix et la façon dont elle me parlait et elle ne m'interrompait pas. Quand je pleurais, elle me laissait aller. Elle ne parlait pas, rien, et elle me laissait [...], j'avais tellement le sentiment qu'elle m'écoutait premièrement et qu'elle me comprenait. Non, ce n'était pas juste des paroles et je sentais vraiment sa compassion. » (Patiente 2, entretien IPO/famille)

Les résultats qui ont découlé de l'analyse des données collectées auprès de familles et qui témoignent de l'expérience familiale d'une relation thérapeutique de compassion corroborent les propos des IPO rapportés lors de la phase de post-facilitation. Elles ont affirmé que plusieurs familles qu'elles suivaient avaient souligné, lors de récits anecdotiques, la présence d'une relation de compassion où elles ne s'étaient pas senties jugées et où elles s'étaient senties accueillies et écoutées: *« J'ai l'impression que ce que je leur apporte c'est que je les prends vraiment comme ils [les patients/familles] sont et ils ne se sentent pas jugés mais tout en sachant qu'ils sont quand même écoutés. »* (Maude)

Interventions infirmières transparentes qui avaient permis de faire des choix informés et libres. La dernière caractéristique relationnelle qui a été rapportée par les familles et les IPO, lors des situations de soins aidantes, c'est la présence de transparence qui avait permis à la famille de faire des choix informés et libres face au type de traitement ou au soutien espéré. La transparence concernait particulièrement le partage de toute information pertinente liée à la maladie et à ses traitements et également, parfois, le partage authentique de l'analyse de la situation de soins par l'IPO. La notion de transparence impliquait aussi pour deux patients rencontrés l'humilité et l'authenticité de leur IPO dans la reconnaissance de son incapacité, dans certains cas, à répondre à leurs questions et son engagement à les soutenir dans la recherche d'une réponse.

En somme, ce qui distingue la relation auprès de familles qui est cohérente avec une approche mutuelle en opposition à celle qui n'est pas cohérente avec une telle approche c'est la présence d'une curiosité manifeste à comprendre la réalité de tous les membres de la famille et à en tenir compte, d'une communication empreinte de compassion et d'une grande transparence, ce qui laisse la famille totalement libre de faire des choix liés à la maladie et aux soins qui lui conviennent.

Influence d'une relation de soins plus congruente à une approche mutuelle sur l'expérience de santé de familles

Les résultats portent à croire que les interventions infirmières qui reposaient sur les valeurs et principes d'une approche mutuelle ont influencé positivement l'expérience de santé de familles, dont leur santé physique et psychologique, leur compréhension de la maladie, leur espoir, leur communication intrafamiliale sur la maladie et leur communication avec des membres de l'équipe de soins. Les exemples de situations aidantes et non aidantes rapportées et analysées présupposent la présence d'une interdépendance entre ces différentes dimensions de l'expérience familiale. Ainsi, une réponse efficace à un besoin prioritaire d'ordre cognitif, tel que de donner de l'information sur le pronostic de la maladie, rassurait souvent la famille et diminuait son anxiété, ce qui avait en outre un impact sur le plan psychologique. Par conséquent, plutôt que de compartimenter les effets d'une pratique infirmière congruente à une approche mutuelle sur l'expérience familiale de santé, l'investigatrice a présenté quelques exemples d'interventions infirmières qui reposaient tantôt sur une approche mutuelle, tantôt sur une approche plus unilatérale. Elle en a fait ressortir les différentes dimensions de l'expérience familiale qui ont été transformées, positivement ou négativement, à la suite de ces interventions.

La majorité des situations cliniques rapportées par les familles, à l'exception de deux situations, permettent d'affirmer que les infirmières répondaient généralement adéquatement aux besoins d'informations sur la maladie, aux traitements et à la gestion de symptômes. Ces résultats confirmaient la grande maîtrise des aspects techniques de la maladie et de ses traitements par les IPO. De répondre efficacement aux besoins d'information avait généralement été « *rassurant* », « *apaisant* », « *réconfortant* »,

« *sécurisant* » et avait atténué l'inquiétude des familles. Souvent, le fait d'être informées avait aussi permis aux familles de faire des choix éclairés face à leurs soins et les avait aidées à donner un sens aux choix faits et à leur expérience du cancer.

Les deux situations de soins, où le besoin d'information n'avait pas été comblé, découlait, dans le premier cas, d'un manque de transparence et de clarté dans le partage d'informations liées au pronostic de la maladie et, dans le second cas, de l'absence de validation de la compréhension de consignes auprès de l'aidante familiale principale. Ces deux situations avaient influencé négativement l'expérience de soins de ces familles et/ou la communication intrafamiliale. Dans le premier cas, la perception d'un manque de transparence avait accru la méfiance du conjoint face à l'IPO et l'équipe de soins et avait également augmenté son inquiétude et sa peur de poser des questions sur la maladie et son pronostic. Selon ce dernier, cette situation avait aussi contribué à renforcer les tabous au sein du couple sur la maladie et avait limité leur capacité de communiquer ensemble avec transparence, lors de la phase avancée et terminale de la maladie. Il a souligné le grand sentiment d'isolement vécu lors du cancer de sa conjointe. Il était encore difficile pour lui de donner un sens à cette expérience qui avait contribué à un éloignement affectif au sein de leur couple, lors des derniers mois de vie de sa conjointe. L'IPO avait expliqué que dans cette situation de soins, la prise de décision de limiter le partage d'informations sur le pronostic de la maladie reposait sur le désir que la patiente avait exprimé de ne pas recevoir d'informations à ce sujet, même si elle n'était pas fermée à l'idée que son conjoint en reçoive en privé. À la suite de la prise de conscience de besoins à première vue incompatibles entre les membres de la famille, l'IPO et le médecin avaient unilatéralement décidé d'intervenir uniquement en fonction des besoins de la patiente. L'infirmière n'avait pas partagé à la famille les conséquences possibles de ce fonctionnement sur la communication au sein du couple, dont leur difficulté de communiquer avec transparence et de se soutenir mutuellement dans leur expérience liée au cancer. Ce type de conversation aurait pu leur permettre de partager plus d'informations sur leurs besoins et préoccupations et de faire un choix davantage informé qui aurait peut-être abouti à une façon de fonctionner différente et moins souffrante pour le couple. Dans la seconde situation, l'IPO avait orienté son enseignement vers le patient qui souffrait de surdité et de troubles cognitifs, sans valider la compréhension de ces

informations importantes auprès de l'aidante principale, la fille du patient. Cette situation avait généré chez celle-ci un niveau de stress élevé, à cause de sa crainte de faire des erreurs qui auraient risqué d'affecter l'état de son père.

Au contraire, dans d'autres situations de soins où une approche plus mutuelle avait été intégrée, les familles avaient rapporté que les interventions infirmières les avaient rassurées et aidées à entretenir des conversations sur des sujets délicats liés à l'expérience de la maladie. Entre autres, les interventions infirmières avaient aidé les membres d'une famille à aborder avec transparence la détresse psychologique et les idées suicidaires de leur père qu'avait provoquées l'expérience d'un cancer en phase avancée et à en suivre l'évolution. Ce soutien avait énormément rassuré les enfants du patient, diminué la détresse psychologique du patient et également aidé la famille à donner un sens au changement de leur relation père-enfants, en phase avancée de la maladie. Les membres d'un couple, quant à eux, ont rapporté le soutien important de leur IPO dans la tenue d'une conversation délicate entre eux et leur oncologue. La famille avait grandement apprécié que l'IPO les guide dans la préparation de cet échange, en tenant compte à la fois de leur besoin d'informations face aux traitements et de leur besoin de préserver le lien de confiance avec leur médecin traitant. Le soutien offert par l'IPO a permis à la famille de communiquer de façon plus satisfaisante avec le médecin, d'être rassurée et de faire un choix mieux informé face aux traitements du cancer.

Selon les propos cités par les IPO en phase de post-facilitation, lorsqu'elles agissent en congruence aux valeurs du modèle d'approche mutuelle, elles se sentent plus proches des familles, ce qui amène celles-ci à échanger sur leur expérience et à être influencées par l'expertise infirmière. L'un des patients rencontrés a partagé le fait qu'à partir du moment où il avait perçu la sensibilité de son IPO face à son expérience affective du cancer, il s'était davantage senti en lien et en confiance avec elle, ce qui avait augmenté son désir de tenir compte de ses recommandations pour la gestion des symptômes de sa conjointe. Cette relation avait permis de mieux contrôler la douleur de cette dernière et avait apaisé celui-ci.

En somme, plusieurs stratégies d'action retrouvées dans le modèle d'approche mutuelle ont été dégagées des situations de soins décrites comme aidantes par les

familles, les voici : la tenue de conversations sur des sujets délicats ou tabous et le soutien de ce type de conversation au sein de la famille et entre la famille et l'équipe de soins; le partage de toute information pertinente; l'exploration de la perspective des autres; la validation de leur compréhension de l'expérience de la famille et de la pertinence des interventions; ainsi qu'une prise de décision qui tient compte des besoins de chaque personne concernée.

De plus, plusieurs interventions de la part des IPO visant à évaluer des familles ou à intervenir auprès d'elles, lors des situations de soins rapportés, provenaient du modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2001, 2005), dont l'évaluation de la communication au sein de la famille, l'évaluation des symptômes, l'exploration des croyances liées à l'étiologie de la maladie, l'exploration des expériences antérieures de soins et de maladies, l'accent mis sur les forces de la famille, la présence d'une écoute active, la réponse aux besoins d'information, la référence aux ressources appropriées, la normalisation ou légitimation de l'expérience de la famille, la reconnaissance de l'existence de la famille, le recadrage et la validation.

Finalement, ce qui ressort des résultats c'est que les différentes interventions des IPO provenant du le modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2001, 2005) risquaient de contribuer à une expérience de soins moins satisfaisantes ou, parfois, de générer plus de souffrance chez les familles, lorsque ces interventions étaient intégrées à leur pratique infirmière de façon unilatérale, c'est-à-dire sans tenir compte ou valider les besoins prioritaires ou principales préoccupations des familles. Conséquemment, les résultats de l'étude indiquent que l'approfondissement d'habiletés réflexives aide l'IPO à prendre conscience des aspects de sa pratique qui mènent à des relations moins satisfaisantes auprès de familles, à les autocritiquer et les transformer plus rapidement.

En résumé, les résultats de cette étude portent à croire que l'intégration d'habiletés réflexives profondes par l'IPO peut avoir des effets sur la satisfaction au travail et la santé de ces infirmières et sur certains aspects de l'équipe de travail et qu'elle peut favoriser la mise en œuvre d'interventions familiales qui influencent positivement l'expérience de santé de familles touchées par le cancer.

Chapitre 5 : discussion

Ce chapitre porte sur les principales contributions à la connaissance qu'apportent les résultats de l'étude. Ces contributions à la connaissance portent sur les quatre rubriques suivantes : théorie sur la pratique réflexive (PR) et sur le *caring*; pratique infirmière; facilitation d'une PR de type codéveloppement et méthodologie de la recherche. La discussion se poursuit par une analyse critique des qualités et limites de l'étude. Enfin, ce chapitre propose un ensemble de recommandations pour la formation et la recherche infirmières.

Le but de cette recherche-action participative était d'explorer comment la facilitation du développement d'habiletés réflexives, auprès d'un groupe d'infirmières pivots en oncologie (IPO), pouvait les aider à transformer leur façon d'interagir avec les autres et, ainsi, favoriser le développement de relations professionnelles plus satisfaisantes pour elles, leurs collègues et des familles touchées par le cancer. Lors de l'élaboration de ce projet de thèse, les infirmières en oncologie consultées, incluant une gestionnaire, des conseillères en soins spécialisées et des IPO avaient soulevé des difficultés relationnelles vécues par plusieurs IPO. Ces difficultés étaient parfois présentes lors de relations auprès de familles touchées par le cancer ou de relations auprès de membres de l'équipe de soins et ce, malgré l'accès à des formations en cours d'emploi sur l'interdisciplinarité et l'approche familiale systémique. Les IPO consultées ont dit craindre que ces difficultés relationnelles persistantes puissent avoir, ultimement, un impact négatif sur l'expérience de santé de familles touchées par le cancer. Plusieurs résultats d'études menées auprès d'infirmières en oncologie et d'IPO corroboraient la présence de plusieurs de ces difficultés relationnelles affectant la qualité de la pratique infirmière en oncologie. Le développement d'habiletés réflexives par les infirmières a été identifié comme une stratégie prometteuse pour les aider à dénouer ces impasses relationnelles. Malgré la présence d'un appui théorique favorable à l'intégration d'une PR dans la pratique infirmière, l'investigatrice principale affirmait que les recherches traitant de l'influence d'une PR profonde sur la pratique infirmière étaient insuffisantes, reposaient sur des assises théoriques non solides et n'étaient donc pas en mesure de préciser comment la PR pouvait engendrer les changements visés au sein de la pratique des infirmières participantes. Aucune de ces études n'avait documenté de façon méthodique et rigoureuse les processus qui avaient conduit au développement d'habiletés

réflexives profondes, à l'amélioration de leurs compétences relationnelles ou à la transformation de la pratique infirmière ainsi qu'aux conséquences rapportées sur les relations auprès des personnes soignées et auprès de collègues, en tenant compte de la perspective de ces deux groupes de personnes. Or, cette recherche-action participative a permis de générer des résultats inédits sur une PR de type codéveloppement et sur la capacité de cette pratique d'initier des transformations profondes au niveau des compétences relationnelles des infirmières cochercheuses¹⁶.

Contribution à la théorie sur la PR et sur le *caring*

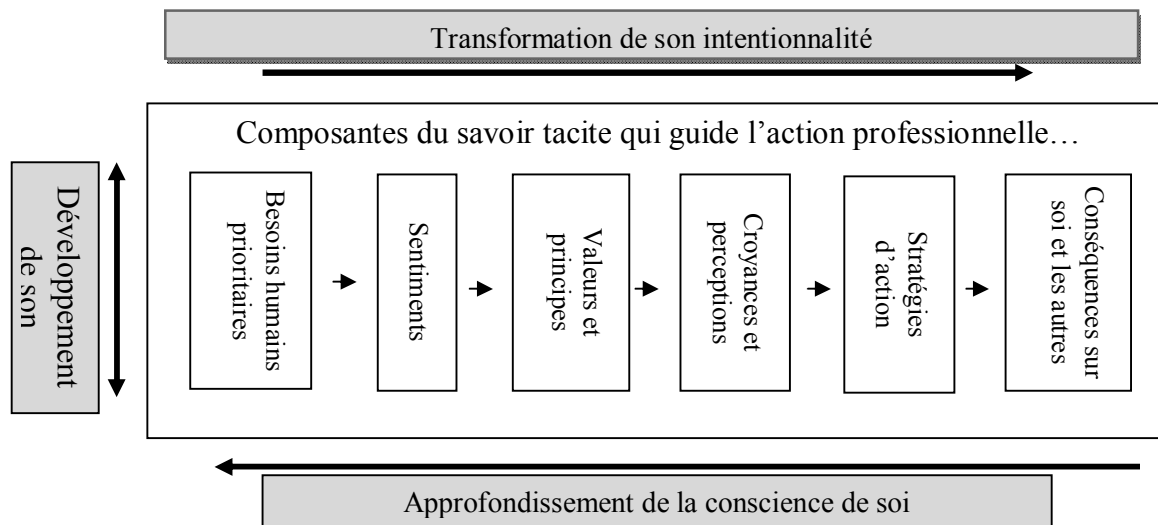
Les principales assises théoriques sur lesquelles reposait la facilitation d'une PR, décrites lors de l'élaboration de la problématique de recherche, sont rappelées très brièvement. Ces assises s'appuyaient essentiellement sur la « théorie d'action » extraite des travaux d'Argyris et Schön (1999). Cette théorie soutient que l'action professionnelle est guidée par un savoir tacite qui se forme inconsciemment et instantanément à partir des différents types de savoir formel et informel que le professionnel a intégrés dans sa vie, dont le savoir provenant de sa propre discipline. La PR souhaite aider le professionnel à approfondir sa conscience et son autocritique des composantes du savoir tacite qui guide son action professionnelle, à un moment déterminé de sa pratique. Le but ultime poursuivi est de permettre au professionnel d'identifier les incohérences ou dissonances au sein de sa pratique et de les corriger, afin de développer des compétences relationnelles plus mutuelles, c'est-à-dire qui l'aident à tenir compte des besoins et du point de vue des personnes impliquées dans la relation en question.

Plusieurs théoriciens et chercheurs font état de l'importance de développer une PR jusqu'aux valeurs et principes sur lesquels repose l'action professionnelle, pour permettre

¹⁶ Au début du projet, les infirmières cochercheuses étaient les IPO qui participaient au groupe de PR. Toutefois, à la fin du premier cycle de recherche, le groupe de PR a convenu d'une entente pour que les infirmières observatrices présentes au groupe de PR et qui assument un mandat de soutien professionnel au sein du programme régional d'oncologie s'engagent dans les mêmes types d'activités réflexives que les IPO et participent sans restriction aux échanges, afin d'optimiser la qualité démocratique du processus de recherche et des échanges. Par conséquent, à l'issue du projet, les infirmières cochercheuses incluent à la fois les IPO et les infirmières observatrices qui ont participé au groupe de PR et à l'évaluation de son influence sur leur pratique professionnelle. Les résultats de cette thèse découlent donc des propos rapportés par des infirmières occupant l'un ou l'autre de ces rôles au sein du groupe de PR.

à l'infirmière d'améliorer la qualité de ses interactions. Or, les résultats de cette étude révèlent que le développement d'une PR jusqu'aux valeurs et principes qui influencent l'action professionnelle est plus difficile à soutenir et s'avère souvent insuffisant pour mener à des compétences relationnelles qui aident l'infirmière à résoudre les situations professionnelles insatisfaisantes. Les résultats de l'étude tendent à démontrer qu'une PR encore plus profonde où l'infirmière prend conscience de ses sentiments et de ses besoins internes facilite le début d'une transformation consciente des composantes sur lesquelles repose son intention et ses actions, dont ses valeurs et ses principes. Il semble que ce type de transformation favorise des interactions plus cohérentes, mutuelles et satisfaisantes. La figure ci-dessous illustre cette contribution à la théorie sur la PR¹⁷. L'investigatrice principale soutient qu'il s'agit de la contribution la plus importante de cette thèse, autour de laquelle gravitent toutes les autres contributions de l'étude. Dans les lignes qui suivent, quelques résultats révélateurs, au cours de la phase de facilitation, sont rappelés afin de mieux comprendre cette contribution théorique au développement d'une PR profonde de l'infirmière.

Figure 5: Théorie sur la pratique réflexive et ses niveaux de profondeur



¹⁷ La notion d'intentionnalité est définie comme étant l'ensemble des composantes du savoir tacite qui sont élevées au niveau de la conscience et sur lequel repose l'action professionnelle. L'autocritique réfère à une remise en question de la cohérence interne du savoir tacite sur lequel repose l'action professionnelle et de sa congruence aux savoirs sur lesquels il croit s'appuyer.

L'objectif recherché par l'investigatrice principale et le facilitateur expert, lors des premiers cycles réflexifs, était de soutenir le développement d'une PR qui permettrait aux infirmières de questionner les valeurs, les principes, les croyances, les perceptions et les stratégies d'action sur lesquels s'appuyaient les actions professionnelles qu'elles jugeaient insatisfaisantes. Toutefois, les stratégies de facilitation mises en place étaient loin d'être concluantes ; elles ne semblaient pas aider l'ensemble des infirmières cochercheuses à dénouer les impasses relationnelles vécues avec des familles ou des collègues qu'elles présentaient dans le groupe de PR.

Ce n'est qu'au début du dernier cycle de recherche de la phase de facilitation, lors de la PR de Léa, que le groupe de PR a semblé beaucoup plus en mesure de soutenir le début d'une transformation en profondeur de la façon dont Léa interagissait avec la famille. Cette transformation semblait découler d'un approfondissement de la conscience de Léa, ce qui lui avait permis d'approfondir sa compréhension d'elle-même. Cette compréhension nouvelle d'elle-même l'avait ensuite amenée à transformer son intention et sa façon d'agir auprès la famille, lors du jeu de rôle. Plus précisément, Léa a pris conscience du fait que son sentiment de tristesse était lié à son besoin d'équité ou de justice non comblé dans cette relation. La patiente, contrairement à elle, n'aurait pas la chance de voir naître et grandir ses petits-enfants comme elle le désirait. La prise de conscience de Léa face à ses propres sentiments et besoins lui a permis de reprendre contact avec la raison d'être de sa présence auprès de cette patiente, qui n'était plus de « faire cheminer » à tout prix la patiente dans une direction prédéterminée, mais plutôt d'accompagner la patiente là où elle en sentirait le besoin. La prise de conscience de ses propres sentiments et besoins a semblé aider Léa à approfondir sa compréhension de la patiente jusqu'à ses sentiments et besoins. Elle a réalisé que les propos de la patiente sous-entendaient peut-être aussi une souffrance face à l'injustice de la vie qui l'accablait d'un cancer incurable et la priverait de moments importants auprès de ses proches. À la suite de cette prise de conscience, Léa a remis en question sa croyance selon laquelle son rôle était d'amener la patiente à « parler de » et à préparer la fin éventuelle de sa vie. Conséquemment, lors du jeu de rôle, au lieu de remettre en question les stratégies d'action de la famille, qui visaient à trouver un centre offrant un traitement oncologique expérimental, Léa a plutôt tenté d'établir un lien avec la patiente en allant valider son

interprétation des sentiments et besoins de cette dernière. Lorsque Léa a établi ce type de relation empathique avec la patiente, une ouverture s'est créée entre elles et un relâchement physique a été observé de part et d'autre, par l'ensemble des membres du groupe de PR. Ces derniers, incluant l'investigatrice principale et le facilitateur expert, ont été surpris, émus et transformés par cet événement pivot de la phase de facilitation. Ce qui se dégagait clairement de cette PR c'était le travail soutenu de Léa sur le plan affectif. Pourtant, dès les premières PR du premier cycle de recherche, l'identification des sentiments avait été encouragée : Qu'y avait-il de différent cette fois-ci ?

Ce sont les travaux de Rosenberg (2003, 2005) sur la communication non violente qui ont aidé l'investigatrice principale et le facilitateur expert à comprendre ce qui avait été différent dans cette situation. Cet auteur soulève une incohérence avec la façon dont les être humains lient les sentiments aux autres dimensions humaines. Il soutient que la plupart des gens croient que les sentiments qu'ils ressentent sont causés par le comportement de l'autre ou qu'ils découlent de leur interprétation du comportement de l'autre ou de la situation (perception). Cette façon de comprendre les sentiments inciterait la personne à en justifier leur justesse ou à questionner ceux des autres en fonction de la perception ou des actions des uns et des autres. L'analyse des données confirment ces propos de Rosenberg (2003, 2005), à l'effet que la plupart des infirmières en début de projet établissaient implicitement un lien causal direct entre leurs sentiments et les actions des autres ou entre leurs sentiments et leurs pensées.

Or, Rosenberg (2003, 2005) croient que les sentiments vécus par un individu ne sont ni causés par les autres, ni causés par la compréhension que la personne a de l'autre ou d'une situation. Les sentiments seraient des signaux internes qui informent l'individu qui les vit que certains de ses besoins humains prioritaires sont ou non comblés, à un moment déterminé dans le temps (Rosenberg, 2003, 2005). Il y a différents types de sentiments et de besoins humains et le groupe Conscientia¹⁸ a dressé des listes assez

¹⁸ Le Groupe Conscientia est une initiative québécoise qui a pour objectif de soutenir les leaders et leurs collaborateurs dans le développement d'habiletés relationnelles, à l'aide d'activités formatives qui réconcilient la raison et le cœur et favorisent l'intégration d'une dimension humaine au rendement professionnel. Leurs listes de sentiments et besoins sont disponibles au www.groupeconscientia.com.

exhaustives de ceux-ci, qui sont inspirés des travaux de Rosenberg (2003, 2005). L'approche de la communication non violente de Rosenberg (2003, 2005) aide à modifier la façon d'interpréter les sentiments et à en développer une nouvelle. Cette approche suggère de s'exercer à être davantage conscient des sentiments agréables et désagréables qui sont présents en soi et en l'autre, car ils sont des signaux utiles qui aident à prendre conscience de nos besoins humains prioritaires et de ceux des autres qui sont à l'origine de nos actions. Ce théoricien a donc permis de comprendre qu'il ne suffisait pas, pour l'infirmière, d'identifier ses sentiments pour lui permettre d'approfondir sa conscience d'elle-même; il importait également de l'aider à prendre conscience du mécanisme tacite, intériorisé et instantané qui lie, à tort, les sentiments aux pensées et actions et à le transformer. Il fallait l'aider à réapprendre à interpréter autrement ces signaux internes, les sentiments, en les liant aux besoins humains prioritaires qui sont ou non comblés. Cette clarification de la contribution de la dimension affective au développement d'une PR profonde a été centrale pour bonifier la facilitation d'une PR et aider les IPO à amorcer une transformation en profondeur de leur pratique infirmière, lors du dernier cycle de l'étude.

En phase de post-facilitation, les infirmières cochercheuses ont rapporté qu'une transformation importante de certaines de leurs relations professionnelles jugées insatisfaisantes au départ s'était avérée possible, lorsqu'elles étaient parvenues à prendre conscience de leurs sentiments et besoins internes. Selon Rosenberg (2003, 2005), le fait d'être davantage à l'écoute de ses propres besoins internes, lors d'une relation insatisfaisante donnée, permet à la personne, dans ce cas-ci l'infirmière, d'établir avec elle-même une relation de compassion où elle écoute et accueille avec auto-empathie et sans jugement la souffrance générée par ses besoins prioritaires non comblés. Les résultats de l'étude tendent à démontrer que cette souffrance est souvent accentuée par le souvenir d'autres expériences personnelles où on n'avait pu répondre aux mêmes types de besoin. Par exemple, certaines infirmières du projet ont pris conscience que leurs besoins internes non comblés, lors de la relation difficile soumise à une PR, avaient souvent été en souffrance dans d'autres périodes de leur vie, tels que le besoin d'estime de soi et le besoin d'empathie. Les résultats de cette étude laissent croire que l'établissement d'une relation d'auto-compassion a été catalysé par la compassion

collective des membres du groupe de PR qui soutenaient silencieusement les infirmières en démarche d'introspection profonde. Cette réflexion renforce la croyance comme quoi il est bénéfique de développer ce type d'habiletés en groupe.

Les résultats de cette étude tendent à démontrer que lorsque les infirmières cochercheuses identifiaient leurs sentiments et besoins, il leur était plus facile, par la suite, d'approfondir leur compréhension des autres. Elles prenaient conscience que, tout comme elles, les autres - une famille, un collègue ou une gestionnaire - agissaient aussi dans le but de répondre à leurs besoins humains prioritaires, besoins dont ils étaient peut-être peu conscients. Cette conscience plus profonde des autres incitait les infirmières à établir un lien avec eux en considérant leurs sentiments, besoins ou préoccupations, plutôt qu'en questionnant leurs pensées ou leurs stratégies d'action. Rosenberg (2003) soutient qu'il n'y a pas de conflit lorsqu'il y a établissement d'une relation avec l'autre sur le plan des sentiments et besoins humains, alors que c'est sur le plan de l'interprétation et des stratégies pour répondre à ces besoins qu'il y a généralement mésentente. Par exemple, Nicole, l'une des infirmières du groupe de PR, était en réaction face aux commentaires d'une collègue à son endroit, au cours d'une conversation où elles avaient effectué un retour sur un événement professionnel. Lors de sa PR sur cette conversation insatisfaisante, Nicole a pris conscience que sa déception était liée à ses besoins d'empathie et d'estime de soi qui étaient en souffrance, au moment de sa conversation avec sa collègue. Nicole a alors pu être auto-empathique face à sa propre expérience interprofessionnelle insatisfaisante en présence des autres membres du groupe de PR et elle a reconnu certaines de ses forces, malgré son erreur. Par la suite, elle a réalisé que les actions de sa collègue découlaient peut-être d'un sentiment de déception lié à une atteinte à sa crédibilité face à d'autres infirmières de l'équipe, par suite d'une erreur qu'elle, Nicole, avait commise. Cette situation a incité Nicole à valider auprès de sa collègue son interprétation des sentiments et besoins que cette dernière avait pu ressentir, plutôt que de tenter de la convaincre que ses propos envers elle avaient été inadéquats, lors de leur retour sur cet événement professionnel. Après cette clarification, Nicole a rapporté qu'elle et sa collègue ont été très productives jusqu'à la fin de leur rencontre.

Les résultats de l'étude soutiennent l'idée que les informations nouvelles qui émergent de ce type de relation profonde entre l'infirmière et son interlocuteur transforment la façon dont l'infirmière comprend et perçoit la situation, ce qui facilite sa démarche autocritique face à sa pratique et l'amène à découvrir et privilégier des stratégies d'action jusque-là non envisagées et qui tiennent compte de ses besoins et de ceux des autres. Cette transformation de la pratique infirmière semble guidée par un sens moral et éthique plus profond, c'est-à-dire une plus grande conscience de ce qui cause du bien ou du mal à cette humanité et qui réside à la fois en soi et en l'autre.

Il est intéressant d'observer que cette transformation, fondée sur un humanisme moral qui s'appuie sur des valeurs universelles de bienveillance et de compassion, rejoint les préceptes philosophiques de plusieurs théories infirmières sur le *caring*. La théorie infirmière de Watson (2008) bien connue pour ses travaux théoriques sur le *caring* soutient cette piste de réflexion. Cette théoricienne prétend que l'infirmière qui développe une relation profonde avec elle-même, jusque dans l'espace sacré où résident les besoins humains, développe la dimension spirituelle de son être. Plus précisément, l'entrée dans l'espace des besoins humains lui permettrait de prendre contact avec l'humanité de l'autre qui réside en elle, puisque les besoins humains sont universels. Cette conscience profonde d'elle-même aiderait l'infirmière à identifier les besoins humains prioritaires de l'autre personne et à prendre conscience de cette humanité qui réside dans cette personne et dans laquelle elle se reconnaît. Watson (2008) parle alors de l'établissement d'un lien d'esprit-à-esprit ou d'une relation transpersonnelle entre l'infirmière et l'autre être humain - un collègue ou une famille - type de relation sur lequel devrait reposer un moment infirmier dit *caring*. Dans cet ordre d'idées, on pourrait présumer que cette étude met en lumière une démarche potentielle pour aider l'infirmière à développer une pratique où sont offerts des soins infirmiers *caring*, c'est-à-dire qui émergent de relations professionnelles plus humaines, compatissantes et bienveillantes.

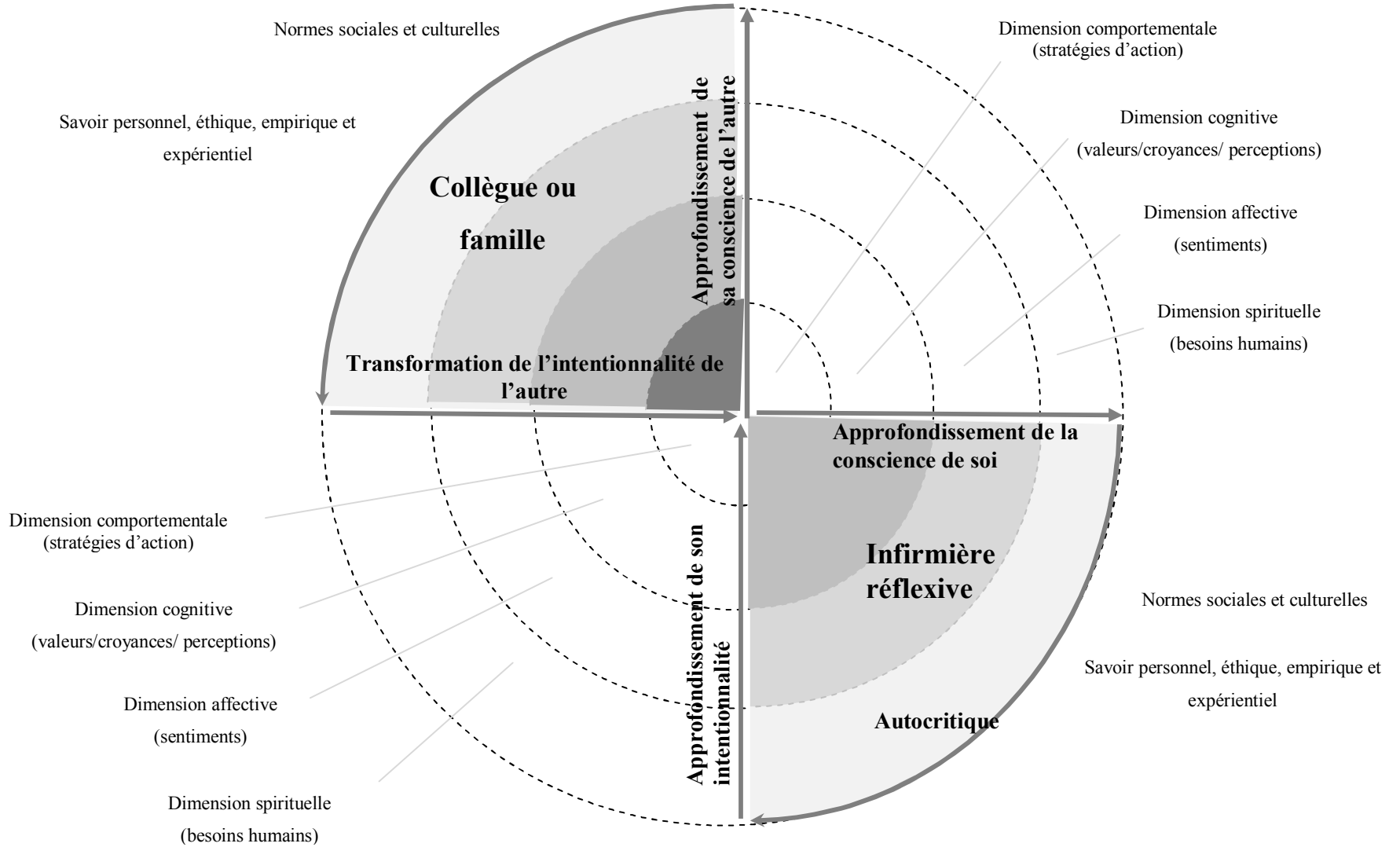
La Figure 6 qui suit tente d'illustrer la contribution d'une PR au développement d'une relation transpersonnelle entre l'infirmière et une famille ou un collègue. En résumé, les résultats de l'étude laissent croire que lorsque l'infirmière approfondit sa conscience d'elle-même et développe son autocritique jusqu'aux sentiments et besoins qui ont influencé ses actions professionnelles, elle peut transformer de façon consciente et délibérée les composantes profondes sur lesquelles repose son intention, ce qui est appelé « intentionnalité » dans cette figure. L'intention de l'infirmière est principalement guidé par son aspiration à comprendre en profondeur l'autre sur le plan de ses sentiments et besoins, plutôt que par le désir de questionner ou critiquer son raisonnement ou ses actions. Les résultats de l'étude nous amènent à penser que lorsque l'infirmière parvient à développer ce type de relation transpersonnelle, en plus d'approfondir sa compréhension de l'autre, elle aide cette autre personne à mieux se comprendre. Il est aussi présumé cette autre personne, qui comprend mieux ses propres sentiments et besoins, devient davantage intéressée à transformer sa propre façon d'agir avec l'infirmière.

Contribution à la pratique infirmière

Plusieurs résultats de cette étude tendent à démontrer que la PR a contribué à la pratique des infirmières cochercheuses de l'étude, en les amenant à modifier des valeurs et principes, des perceptions et des stratégies d'action qui guidaient parfois certaines de leurs relations auprès de collègues ou de familles. Quelques résultats laissent également croire que ces changements au sein de la pratique infirmière ont influencé la satisfaction et le bien-être des infirmières qui ont développé une PR profonde, certains aspects de leur équipe de soins et l'expérience de santé de familles touchées par le cancer. Ces résultats sont présentés ci-dessous.

De nombreuses composantes du savoir tacite qui guidaient la pratique des infirmières cochercheuses ont été remises en question et modifiées, à la suite de l'intégration d'une PR profonde. Ces changements indiquent un mouvement vers une nouvelle façon d'être, de penser et d'agir qui a permis aux infirmières cochercheuses de se rapprocher des valeurs et principes du modèle d'approche mutuelle (Schwarz, 2002, 2005a), en tenant davantage compte des besoins et du point de vue de l'ensemble des personnes impliquées dans la relation.

Figure 6: Relation transpersonnelle



Plus précisément, les résultats nous amène à penser que les infirmières cochercheuses se sont appuyées sur des valeurs différentes pour parvenir à dénouer certaines situations professionnelles insatisfaisantes: transparence et choix informé et libre plutôt que protection/autoprotection unilatérale; curiosité plutôt que « convaincre à tout prix »; responsabilité partagée plutôt que responsabilité unique; et compassion/ auto-compassion plutôt que jugement/ auto-jugement.

Les résultats soutiennent aussi la présence de changements de perceptions qui sont cohérents avec les nouvelles valeurs adoptées. Entre autres, plutôt que de prétendre qu'elles ont toutes les informations pour comprendre une situation, les infirmières reconnaissent qu'elles ne possèdent souvent qu'une partie de l'information nécessaire. Elles constatent que les autres personnes de leur entourage, incluant des familles ou des collègues, peuvent détenir certaines informations ou percevoir des choses qu'elles ne voient pas. Les infirmières reconnaissent que leur façon de penser et de faire peut également contribuer aux conséquences non désirées. Plutôt que de croire que le temps aide à régler les conflits et qu'aborder directement certains sujets délicats risquent de nuire au climat de travail, les infirmières réalisent que le fait de discuter le plus tôt possible d'un conflit ou d'un problème avec les personnes concernées améliore la qualité du climat et du travail en équipe.

Enfin, en cohérence avec ces changements de valeurs et principes et de perceptions, les résultats de l'étude tendent à démontrer que l'intégration d'une PR profonde jusqu'aux sentiments et besoins favorise la découverte et la mise en œuvre des stratégies d'action suivantes: « mettre le poisson sur la table » ou aborder directement avec les personnes concernées les sujets difficiles; expliquer leur raisonnement et leur intention, tout en explorant ceux des autres; valider leurs interprétations; s'entendre sur le sens des mots importants; se centrer sur les besoins plutôt que sur les positions; planifier ensemble l'étape qui suit. Les infirmières cochercheuses ont remarqué que, lorsqu'elles établissaient des relations professionnelles qui s'appuyaient sur ces différentes composantes, il en découlait souvent des conséquences positives pour elles-

mêmes, pour l'équipe ou pour les familles qui bénéficiaient de leurs soins, telles que celles décrites ci-dessous.

Des infirmières cochercheuses ont rapporté que leur plus grande habileté à identifier leurs sentiments profonds et leurs besoins internes avait contribué à vivre une plus grande satisfaction au travail et à ressentir des bienfaits sur leur propre santé mentale. Elles ont parlé d'une confiance en elle accrue, d'une plus grande estime d'elle-même; de plus, elles ont constaté que l'anxiété, l'insomnie, la fatigue, la culpabilité et la colère avaient diminué. Même si tous ces aspects ont été rapportés par plusieurs infirmières, ceux qui sont apparus comme les plus significatifs sont la diminution de l'épuisement émotionnel lié au travail et une plus grande affirmation d'elles-mêmes au sein de leurs équipes de travail. À la connaissance de l'investigatrice principale, jusqu'à maintenant, aucun chercheur n'avait mentionné que le développement d'une PR pouvait influencer la santé des infirmières qui développaient une PR profonde. Or, ce résultat n'est pas négligeable, particulièrement à la lumière d'études (Alacacioglu, Yavuzse, Dirioz, Oztop & Yilmaz, 2008; Barnard, Street & Love, 2006; Catalan, Burgess, Pergami, Hulme, Gazzard & Phillips, 1996; Ergün, Oran & Bender, 2005; Sherman, Edwards, Simonton & Mehta, 2006) qui rapportent une grande prévalence de stress et d'épuisement émotionnel chez les infirmières qui travaillent auprès de populations atteintes d'une maladie potentiellement fatale, dont auprès de familles touchées par le cancer.

Les résultats de cette étude soutiennent l'idée que l'intégration d'habiletés réflexives profondes au sein de la pratique infirmière peut influencer certains aspects de l'équipe de travail. Toutefois, ces résultats n'ont été perceptibles par les participantes-collègues qu'à la fin de la phase de facilitation d'une PR. Il est permis de croire que cette influence d'une PR sur certains aspects de l'équipe n'a été possible qu'à partir du moment où des infirmières cochercheuses ont approfondi leur PR jusqu'à leurs sentiments et besoins, lors du dernier cycle de recherche. Entre autres, des infirmières cochercheuses et des participantes-collègues ont mentionné un climat de résolution de

problèmes souvent plus calme et moins agressif et qui donnait lieu à un contexte plus sécurisant pour le partage de points de vue différents. En outre, ils ont affirmé que les habiletés réflexives développées pendant ce projet avaient amélioré leur capacité de résolution de certains problèmes, la réalisation de projets collectifs, la circulation des informations cliniques au sein de l'équipe et, dans certains cas, la démarche réflexive d'autres collègues de l'équipe.

Certaines nuances doivent toutefois être apportées à ces résultats. La majorité des infirmières cochercheuses ont souligné que, même à la fin du projet, lorsqu'elles se retrouvaient dans des situations psychologiquement très menaçantes pour elles, c'est-à-dire où elles craignaient de subir des représailles et d'être jugées, il était encore difficile de contribuer de façon satisfaisante à la résolution de problèmes ou de conflits. Elles ont dit qu'elles avaient encore besoin de soutien pour approfondir leur habiletés à identifier leurs sentiments et besoins et à sélectionner des stratégies d'action qui seraient congruentes à une approche mutuelle « en cours d'action », dans ce type de contexte générant plus d'insécurité. L'investigatrice principale prétend que si la facilitation avait visé le développement d'une PR jusqu'aux sentiments et besoins, dès le début de la phase de facilitation plutôt que seulement au dernier cycle de recherche, ceci aurait probablement optimisé l'intégration d'habiletés réflexives profondes des infirmières cochercheuses, même lors de situations présentant un plus haut risque pour elles.

Enfin, les IPO ont découvert que, même si elles étaient formées pour intervenir auprès des familles à l'aide d'une approche familiale systémique, l'application qu'elles en faisaient parfois traduisait davantage des valeurs du modèle d'approche unilatérale plutôt que celles que propose le modèle d'approche mutuelle. Par exemple, les IPO ont réalisé qu'elles avaient parfois tendance à appliquer des interventions familiales systémiques dans le but de « convaincre à tout prix », « de faire cheminer » ou « d'amener » la famille à faire ce qu'elles, les IPO, croyaient le mieux, sans valider si ces interventions permettaient de répondre aux besoins ou préoccupations prioritaires de la famille. Les IPO rapportent que l'approfondissement de leurs habiletés réflexives les a

aidées à être davantage conscientes et autocritiques face à leur façon de mettre en œuvre des interventions propres à l'approche familiale systémique auprès de familles, ce qui leur permettait d'améliorer leur façon d'être en lien avec ces dernières, en cours d'intervention.

L'analyse des entretiens réalisés en présence de familles touchées par le cancer et d'IPO a permis de comparer deux groupes d'interventions infirmières : les interventions familiales les plus aidantes par rapport aux interventions familiales les moins aidantes. Les résultats qui ont émergé de cette analyse tendent à démontrer que, lorsque les IPO établissent des relations avec les familles qui sont congruentes au modèle d'approche mutuelle, l'expérience de santé des familles est plus satisfaisante. Plus précisément, les interventions les plus aidantes étaient celles où les infirmières avaient manifesté une plus grande curiosité face à leurs expériences et besoins, avaient été transparentes et avaient démontré de la compassion. Aussi, les interventions qui avaient mené à des prises de décision informées et totalement libres de la part des familles avaient été décrites comme significatives et aidantes par ces dernières.

Les familles interviewées ont précisé le type de relations avec l'IPO qui avait été aidant pour elles, en affirmant qu'elles se sentaient comme des personnes et non comme des patients et comme faisant partie de l'équipe de soins. Elles ont apprécié le fait de pouvoir « *poser la question* » qui les préoccupait sans craindre d'« *être jugées* ». La plupart des familles ont également dit ressentir de la compassion et de la bienveillance, lors de leur relation avec l'IPO car, même quand elle semblait débordée, « *elle prenait le temps* ». L'un des patients a dit « *On s'est apprivoisé. On s'est compris. On a mis nos valeurs personnelles sur la table* », ce qui lui a permis « *de se sentir en confiance* » et de laisser tomber « *ses défenses* ». Ces attitudes infirmières ont semblé créer un contexte sécurisant où les familles se sentaient en confiance de partager en toute transparence leurs besoins ou préoccupations et de faire des choix éclairés et libres face à leurs soins.

Les résultats de l'étude portent à croire que les conversations infirmières les plus aidantes rapportées par les familles, qui étaient congruentes aux valeurs d'une approche mutuelle, ont influencé leur expérience de santé surtout sur les plans cognitif, psychologique, relationnel et spirituel. La plupart des familles ont mentionné que le fait que l'IPO soit en mesure de leur fournir les informations nécessaires sur la maladie, les ressources pertinentes, la gestion de symptômes ou le processus de récupération a été « rassurant », « a enlevé un poids des épaules », a été « reconfortant » ou a été « apaisant ». Des familles ont aussi signalé que leur IPO les avait aidées à « entrevoir une nouvelle façon d'approcher la question avec le médecin », à « parler avec ma sœur [...] et avec mon conjoint » ou à « parler comme ça ouvertement » des idées suicidaires de leur père dans la famille. Pour plusieurs familles, ces diverses interventions de l'IPO leur avaient permis de se sentir moins « seule », avaient généré un engagement personnel dans le plan de soins et une transformation plus profonde de l'être, avaient « ouvert des portes », avaient « encouragé » et « redonné de l'espoir » ou avaient changé leur « façon de s'impliquer et de s'engager » avec les autres.

Ces résultats appuient la croyance que des interventions infirmières qui reposent sur des valeurs cohérentes avec une approche mutuelle contribuent à la diminution de l'inquiétude, de l'anxiété et de l'insécurité, à l'engagement de la famille dans la promotion de sa santé, à la découverte de sens, à l'amélioration de la qualité de la communication entre la famille et des membres de l'équipe de soins et à une communication plus ouverte au sein de la famille. Ces résultats remettent en question la croyance de certains auteurs (Bulman et Schutz, 2008 ; Heath, 1998) qui prétendent qu'il est difficile de confirmer un lien d'influence entre une pratique infirmière qui intègre des habiletés réflexives profondes et l'expérience de santé de populations qui bénéficient de soins qui découlent de ce type de pratique.

Les résultats de l'étude soutiennent donc l'idée que le développement d'une PR profonde par l'infirmière jusqu'aux sentiments et besoins qui ont motivé son action l'aide à transformer sa pratique, de sorte qu'elle soit davantage congruente aux valeurs

et principes du modèle d'approche mutuelle, c'est-à-dire qu'elle tienne compte des besoins et du point de vue de toutes les personnes impliquées dans la relation. Ultimement, ceci engendrerait des conséquences positives pour les infirmières qui intègrent ce type d'approche, pour l'équipe et les familles touchées par le cancer qui bénéficient de leurs soins. Toutefois, même si plusieurs résultats personnels, organisationnels et cliniques signalés en phase de post-facilitation peuvent être associés à l'intégration d'une PR par les IPO, certaines IPO et participantes-collègues ont soulevé d'autres facteurs ayant pu influencer ces résultats: la crédibilité de l'IPO au sein de son organisation, le processus normal de maturation d'une personne, les capacités autocritiques déjà présentes des IPO, les expériences de la vie privée, le changement de rôle, les changements organisationnels, la présence d'autres activités de soutien professionnel et la culture organisationnelle. L'investigatrice est consciente que les résultats portant sur l'influence d'une PR profonde découlent probablement d'une synergie entre le développement d'une PR par les infirmières cochercheuses et d'autres facteurs d'ordre personnel et organisationnel.

Contribution à la facilitation d'une PR, de type codéveloppement

Cette étude soulève différents éléments du processus qui ont pu favoriser l'intégration d'une PR profonde chez les infirmières cochercheuses de l'étude. Ces résultats sont importants car ils mettent en lumière des aspects à considérer, lorsque l'on souhaite promouvoir le développement de ce type d'habiletés infirmières, que ce soit lors de la formation infirmière initiale ou en cours d'emploi. L'influence spécifique de chaque élément ne peut être évaluée individuellement. Il est présumé que c'est plutôt la cohabitation de tous ces éléments qui a conduit au développement collectif d'une PR profonde. Ces éléments, au nombre de sept, ont semblé jouer un rôle-clef dans ce processus et ce sont les suivants: profondeur de la réflexivité des personnes qui facilitent une PR; motivation interne des infirmières du groupe de PR; stratégies et outils favorisant l'approfondissement de la conscience de soi, le développement de

l'autocritique et la création d'un contexte sécurisant; stabilité du groupe de PR; durée de facilitation et intervalles entre les rencontres; présence de plusieurs professionnels d'une même organisation au sein du groupe de PR; soutien organisationnel.

Le premier élément ayant influencé la facilitation d'une PR et qui, selon l'investigatrice principale, est le point d'ancrage autour duquel ont évolué les autres éléments de ce processus est la réflexivité du facilitateur expert et de l'investigatrice principale. Sans leur réflexivité, il est permis de croire que plusieurs apprentissages liés à la facilitation et à la pratique de recherche n'auraient pas pu émerger et conduire aux résultats inédits de cette étude. L'un des apprentissages-clés qui découle de la démarche réflexive du facilitateur expert et de l'investigatrice principale est leur prise de conscience que l'approche de facilitation utilisée lors des deux premiers tiers de la phase de facilitation, contrairement à celle mise de l'avant dans le dernier tiers, n'avait pas aidé de façon concluante les IPO à autocritiquer et modifier certaines des composantes du savoir tacite – valeurs et principes, croyances et perceptions - sur lesquels reposaient leurs actions professionnelles inefficaces. Cette prise de conscience avait amené le facilitateur expert et l'investigatrice principale à questionner leur pratique de facilitation lors des deux premiers cycles réflexifs et à bonifier leurs stratégies de facilitation.

Après la fin de la collecte des données de ce projet, l'investigatrice principale a décidé de questionner plus en profondeur ce qui avait différencié sa pratique de facilitation au début par opposition à la fin du projet. Voici les principaux résultats qui ont émergé de ce recul sur sa propre pratique de facilitation. L'investigatrice principale a réalisé que, lors des deux premiers cycles de la phase de facilitation, elle avait développé des habiletés réflexives qui ne dépassaient pas une remise en question de ses valeurs et principes et de ses croyances et perceptions. Cette profondeur de PR ne l'avait pas aidée, dans certains cas, à établir un lien satisfaisant avec quelques-unes des infirmières cochercheuses qui remettaient en question l'utilité réelle d'habiletés réflexives profondes pour transformer certaines de leurs relations psychologiquement menaçantes et persistantes. Lors de ces impasses relationnelles, un sentiment de colère envers certaines

infirmières du groupe de PR avait émergé chez l'investigatrice principale, sentiment qu'elle associait, à tort, à son interprétation élevée et non partagée des propos de quelques infirmières cochercheuses, en prétendant, par exemple, que leur habileté autocritique était peut-être moins grande. Selon Rosenberg (2003), ce type de jugements de valeurs, qu'il soit implicite ou explicite, risque d'accroître les sentiments désagréables, les attitudes défensives et les souffrances et insatisfactions humaines (Rosenberg, 2003, 2005), étant donné le type de stratégies d'action auquel il conduit. Dans cette étude, l'investigatrice principale a réalisé que pendant les quelques instants où elle a été habitée par ce type de jugements de valeur, elle avait eu tendance à choisir des stratégies d'action plus unilatérales ou défensives telles que justifier la pertinence de développer des habiletés réflexives et démontrer aux infirmières cochercheuses de quelle manière une PR profonde pouvait contribuer à dénouer ces situations difficiles, plutôt que tenter de comprendre avec authenticité et sans jugement les préoccupations ou besoins de ces infirmières.

Heureusement, le développement d'une conscience plus profonde d'elle-même en cours de projet lui ont permis de comprendre que sa colère dissimulait un sentiment plus profond de déception et d'impuissance face à sa capacité d'accompagner efficacement ces infirmières, dans leur désir de dénouer certaines impasses relationnelles qui généraient de la souffrance. Cette prise de conscience l'a aidée à comprendre de quelle manière sa pratique avait contribué à l'émergence de ce type d'impasses relationnelles, à transformer son intention qui n'était plus de convaincre les infirmières cochercheuses que la PR était utile, mais de mieux comprendre, sans les juger, ce qui demeurait insatisfaisant pour elles dans cette démarche. Cette compréhension nouvelle lui a permis de revoir et de bonifier sa propre façon d'accompagner ces infirmières dans le développement de leurs habiletés réflexives.

Les résultats de cette analyse de la pratique de l'investigatrice principale conduisent à une piste de réflexion sur la pratique d'infirmières formatrices qui interviennent auprès d'étudiantes infirmières ou d'infirmières en cours d'emploi. Plus

précisément, l'investigatrice principale prétend que l'enseignement ou l'intégration d'approches et de modèles de soins infirmiers serait davantage porteuse de changements significatifs dans la réalité des étudiantes infirmières ou des infirmières en cours d'emploi si l'infirmière formatrice, gestionnaire ou chercheuse possédait des habiletés réflexives profondes. Cette pensée va dans le même sens que les propos de Watson (2008) qui affirme qu'une infirmière, qu'elle soit clinicienne, gestionnaire, professeure ou chercheuse et qui n'a pas développé une conscience profonde d'elle-même, risque d'éprouver des difficultés relationnelles et de réduire sa capacité de contribuer à une meilleure santé des populations, raison d'être de sa profession, tout en limitant la promotion de sa propre santé. Les résultats de cette étude soutiennent cette croyance à l'effet que l'approfondissement de la conscience de l'infirmière jusqu'à ses sentiments et besoins et ceux des autres lui permettent de demeurer en contact avec le sens profond de sa mission, de prendre des décisions professionnelles guidées par la compassion et la bienveillance envers soi et les autres et de promouvoir la santé globale de tout être humain, incluant sa propre santé. Les résultats de l'étude laissent croire qu'une pratique infirmière qui intègre une telle profondeur de réflexivité conduirait à une plus grande émancipation individuelle et collective de la pratique infirmière, plutôt qu'à l'expérience de conformismes ou de statu quo déshumanisants (Watson, 2008) pour l'infirmière, ses collègues et les familles qu'elles soignent.

Le deuxième élément ayant probablement influencé la facilitation d'une PR et qui s'est dégagé des propos des infirmières cochercheuses, en phase de pré-facilitation et tout au long du projet, c'est leur forte motivation à participer au développement d'habiletés réflexives. Les infirmières cochercheuses avaient la conviction que le développement de leurs habiletés réflexives pouvait les aider à dénouer certaines impasses relationnelles persistantes auxquelles elles étaient confrontées. Ce résultat corrobore les propos d'Argyris et Schön (1999) qui ont aussi parlé de cet ingrédient de base, *une forte motivation*, comme étant un préalable nécessaire. Dans ce projet, la participation à ce type de formation s'avérait très exigeante, si l'on considère le nombre

d'engagements qu'impliquait cette étude pour les infirmières cochercheuses. Elles ont d'ailleurs toutes mentionné qu'à différents moments du projet elles avaient pensé mettre fin à leur engagement, étant donné l'investissement professionnel additionnel et exigeant que leur demandait leur participation. Leur grande motivation et la conviction de l'utilité de la PR semblent les avoir encouragées à respecter leur engagement jusqu'à la fin du projet. De plus, Argyris et Schön (1999) et Schön (1983) ont noté que c'était souvent les professionnels qui avaient atteint un certain seuil d'insatisfaction ou d'inconfort qui décidaient d'entreprendre ce type de transformation professionnelle. Certaines données analysées en phase de pré-facilitation et en cours de projet soutiennent cette piste. La cohabitation de plusieurs des difficultés suivantes qui généraient beaucoup de souffrance chez les IPO semble avoir influencé leur niveau de motivation interne : un contexte quotidien de surcharge de travail, la présence de conflits interprofessionnels psychologiquement menaçants, une communication parfois difficile au sein de l'équipe, un climat de travail souvent tendu et énergivore, une faible satisfaction face au travail infirmier accompli auprès de familles touchées par le cancer et un épuisement émotionnel important.

Un troisième élément ayant probablement favorisé la facilitation d'une PR et ayant émergé des résultats de l'étude est la mise en place de diverses stratégies et d'outils réflexifs pour soutenir à la fois l'approfondissement de la conscience et le développement de l'autocritique des infirmières cochercheuses. Cet élément nous a semblé dépendant des habiletés réflexives du facilitateur, c'est-à-dire de sa capacité d'intégrer de façon judicieuse et optimale les stratégies suivantes au sein d'un groupe de PR: la création d'espaces d'autoexploration pour favoriser l'approfondissement de la conscience de soi ; l'utilisation flexible de divers modèles et outils réflexifs pour stimuler le développement de l'habileté autocritique; et la création d'un contexte de travail sécurisant.

Dans ce projet, la création de nombreux espaces d'autoexploration et la tolérance des silences réflexifs ont permis aux infirmières cochercheuses d'entrer en contact et

d'explorer en profondeur les composantes tacites qui avaient guidé ou qui guidaient leur pratique lors de conversations difficiles. Les résultats permettent d'affirmer, sans équivoque, qu'un passage trop rapide à la proposition d'alternatives de perception ou d'action par le facilitateur et les autres membres du groupe de PR, sans avoir d'abord aidé l'infirmière en PR à prendre conscience des composantes qui avaient guidé sa pratique, telles que ses sentiments et besoins, ses valeurs et principes et ses croyances et perceptions, limite sa capacité d'effectuer une autocritique qui mène à une transformation de sa pratique.

Selon les propos d'infirmières cochercheuses, l'utilisation d'outils réflexifs auraient optimisé leur travail autocritique et favoriser la découverte de nouvelles façons de comprendre et d'agir. Cet élément rejoint aussi l'une des règles ou stratégies d'action du modèle d'approche mutuelle proposé par Schwarz (2002, 2008), c'est-à-dire l'importance que le facilitateur et les collègues du groupe de PR qui soutiennent l'infirmière en travail réflexif partagent toute information qui, selon eux, pourrait influencer le travail autocritique des infirmières en PR, que ce soit des notions théoriques, des outils ou leurs propres inférences et expertise. Les modèles de théories d'usage, les questions « rhétoriques » par rapport à des questions « authentiques », le test personnel d'efficacité, les vertus sociales selon le mode de pensées du M1 et du M2, et l'échelle d'inférences ont été des outils réflexifs très utiles pour les participantes à l'étude.

Les résultats de l'étude soutiennent l'idée que la co-création d'un contexte de travail sécurisant a été une caractéristique essentielle de la facilitation d'une PR, ce qui a permis la création d'un lien de confiance de plus en plus solide au sein du groupe de PR. Sans cet élément, il est permis de croire que cette étude n'aurait pas pu produire les mêmes résultats. Plusieurs infirmières cochercheuses ont affirmé qu'elles n'auraient jamais abordé les situations professionnelles du troisième cycle de recherche, au début du projet. La majorité de ces situations, portant sur des relations interprofessionnelles psychologiquement très menaçantes, nécessitaient la présence d'un lien de confiance

solide et d'un contexte sécurisant pour le partage. Selon les infirmières cochercheuses, ces éléments n'étaient pas encore présents au début du projet. Les résultats de l'étude soutiennent que pour créer un contexte sécurisant, il faut prendre soin de plusieurs aspects de la structure et du fonctionnement du groupe. Par exemple, l'infirmière doit être rassurée sur le fait que si elle devient très émotive et souffrante, elle sera soutenue adéquatement et que la confidentialité sera respectée. Un contexte sécurisant est aussi un contexte de compassion, où chaque membre se sent suffisamment à l'aise pour partager son expérience, sans craindre d'être jugé. Pour créer ce type de contexte, l'émission de jugements de valeur entre les membres du groupe et les rapports de force potentiels doivent être identifiés et abordés directement, en présence de toutes les personnes concernées.

Le quatrième élément important de la facilitation d'une PR est probablement la stabilité du groupe de PR, ce qui a signifié dans ce projet que les infirmières cochercheuses soient assidues et ponctuelles lors des rencontres. Cet élément favorise la (re)négociation de valeurs et règles de fonctionnement au sein du groupe, à chaque fois que cela s'avère nécessaire, ce qui permet aux participantes de tester graduellement le lien de confiance et de le solidifier, au fil des rencontres et des cycles de recherche. Il minimise également les risques de devoir revenir sur des apprentissages-clés réalisés lors des rencontres précédentes, où l'un des membres du groupe de PR était absent.

Les résultats de cette étude appuient l'idée qu'une PR profonde devrait se développer pendant une période suffisamment longue. Ils laissent également croire qu'il n'y a pas que le nombre d'heures investies à développer une PR qui doit être considéré mais aussi la présence d'un intervalle de temps optimal entre chaque rencontre du groupe de PR. Selon les résultats de l'étude, l'intervalle de temps entre les rencontres aurait un impact sur l'ancrage des apprentissages, ce que l'investigatrice principale appelle « le temps de maturation ». Lors de la phase d'élaboration du projet, les IPO consultées et leurs infirmières gestionnaires s'étaient exprimées sur le choix de la fréquence et de la durée des rencontres du groupe de PR. Elles avaient unanimement

privilegié des rencontres mensuelles. À l'issu du projet, les membres du groupe de PR ont rapporté que l'ancrage aurait été plus optimal, surtout pour la première moitié du projet, s'il y avait eu au plus trois semaines d'intervalle entre chaque rencontre du groupe de PR. Un tel intervalle leur aurait laissé suffisamment de temps pour tenter de mettre en œuvre les apprentissages effectués dans leur réalité quotidienne, sans avoir l'impression de perdre le rythme. Il s'agissait du cinquième élément qui aurait influencé la facilitation d'une PR au sein de ce projet, selon des infirmières cochercheuses.

Le sixième élément qui aurait contribué à l'intégration d'une PR profonde est l'inclusion d'au moins trois personnes au sein du groupe de PR, provenant d'une même organisation. Cet élément découle de données inscrites en fin de projet. Les IPO participantes se sont dites très inquiètes du fait que leurs habiletés réflexives perdent de la profondeur et soient de moins en moins intégrées à leur pratique quotidienne, particulièrement en raison de leur contexte de travail effréné. À la suite de cet échange et des recommandations de l'investigatrice principale, les infirmières cochercheuses qui provenaient du même centre de soins ont débuté localement et de façon autonome leur propre groupe de PR. Lors du dernier bilan et des entrevues post-facilitation, ces dernières ont partagé à quel point elles appréciaient avoir pu former localement ce type de groupe. Il leur offrait un espace pour poursuivre ensemble l'approfondissement de leurs habiletés réflexives, en vue d'accroître la qualité de leur contribution à la résolution de situations présentant plus de défis. Toutefois, les deux participantes du groupe de PR qui n'ont pas eu la chance d'avoir d'autres membres de leur équipe formés selon cette approche demeuraient très préoccupées de la durabilité de leurs acquis et de leurs bienfaits, après avoir investi autant de temps à développer ces habiletés réflexives.

De son côté, l'équipe de soins d'une IPO participante avait reçu, parallèlement à ce projet, un soutien ponctuel de la part du même facilitateur que celui impliqué dans cette étude. Ce dernier avait utilisé l'un des outils réflexifs intégrés dans ce projet, l'échelle d'inférences, pour aider l'équipe à amorcer le dénouement de l'impasse organisationnelle vécue. Les participantes-collègues et l'IPO de cette équipe ayant

participé à cette étude croient que les changements positifs observés au sein de leur équipe ont été possibles grâce aux habiletés réflexives développées par leur IPO et à l'initiation de leur équipe à une PR. Ces résultats appuient les propos de Chris Argyris (2010) qui soutient qu'il est préférable de promouvoir le développement de compétences relationnelles cohérentes avec le modèle d'approche mutuelle chez des acteurs d'influence des différents paliers de la hiérarchie organisationnelle. Ce type d'initiative leur permettrait de contribuer ensemble au développement de relations professionnelles plus satisfaisantes et efficaces. Selon cet auteur, la cohérence et la congruence des actions qui en découlent conduirait à une transformation plus profonde et plus durable des pratiques professionnelles.

Enfin, le septième et dernier élément est le soutien financier des organisations respectives des infirmières cochercheuses. Les gestionnaires de ces organisations ont reconnu que le développement d'une PR pouvait contribuer au développement des compétences professionnelles nécessaires à une pratique infirmière plus satisfaisante et efficace. Ceci a permis à ces infirmières de récupérer les heures investies à développer une PR pendant leur temps de travail habituel. En début de projet, certaines infirmières cochercheuses ont mentionné qu'une condition importante à leur participation était que leur organisation reconnaisse et assume financièrement le temps qu'elles consacraient à développer une PR. Cet élément organisationnel semble donc avoir incité certaines infirmières cochercheuses à s'engager dans le projet.

En somme, cette étude a identifié plusieurs éléments importants qui ont probablement influencé la facilitation d'une PR. Encore une fois, il est permis de croire que c'est leur cohabitation qui a conduit aux résultats de cette recherche sur la pratique infirmière, entre autres à ses retombées personnelles, organisationnelles et cliniques.

Contribution à la méthode *recherche-action participative*

La recherche-action participative, de par sa nature réflexive et démocratique, offre un contexte et une structure optimale et souhaitée pour étudier la facilitation d'une PR. Les principales contributions méthodologiques de cette étude mettent en lumière quelques stratégies qui ont aidé l'investigatrice principale à accroître la qualité de sa pratique de recherche au sein de ce projet.

La première contribution concerne l'approfondissement des habiletés réflexives de l'investigatrice principale. Ces habiletés lui ont permis de prendre conscience des aspects contextuels, structurels et politiques du processus de recherche qui ont pu faciliter ou nuire à la qualité démocratique du projet et aux résultats de l'étude, puis de les autocritiquer. Voici trois conséquences non désirées qui ont découlé de sa propre pratique de recherche et qui ont pu être mis en lumière grâce à sa réflexivité : le manque de clarté dans la définition des deux rôles au sein du groupe de PR, incluant les IPO et les observatrices; une renégociation du fonctionnement interne du groupe de PR, au début du premier cycle de recherche, qui n'a pas favorisé le partage des divergences d'opinions et d'expériences; et le manque de clarté dans la gestion des absences au sein du groupe de PR.

À ces différents moments, l'investigatrice principale a été en mesure de questionner son processus de prise de décision qui, dans certains cas, avait pris une direction davantage unilatérale que démocratique, c'est-à-dire une prise de décision qui n'avait pas tenu compte des besoins et de la perspective de l'ensemble des IPO et observatrices. Une telle pratique avait eu comme conséquence négative importante de limiter la capacité des participantes de faire des choix informés et libres et de mettre en œuvre une solution face à laquelle elles se seraient senties personnellement engagées. L'investigatrice principale a aussi réalisé que certaines de ces conséquences résultaient parfois de sa difficulté à identifier les relations de pouvoir, ce qui avait pu affecter la qualité démocratique des échanges. Ceci avait eu pour effet de limiter sa capacité de

créer un contexte suffisamment sécurisant pour le partage authentique de préoccupations ou de divergences d'opinion. Heureusement, les apprentissages qui ont découlé de ces prises de conscience ont permis à l'investigatrice principale de résoudre la plupart de ces problèmes en cours de projet. Les résultats de cette étude portent à croire que sans le développement d'habiletés réflexives profondes, il aurait été difficile pour l'investigatrice principale d'identifier certains aspects du processus de recherche plus difficilement tangibles, tels que les relations de pouvoir et rapports de force en lien avec la facilitation d'une PR.

La seconde contribution méthodologique de cette étude est une stratégie découverte par l'investigatrice principale pour faciliter la création d'un contexte sécurisant : l'exploration *authentique* par rapport à l'exploration *rhétorique*. Les résultats de cette recherche indiquent qu'une exploration *authentique* favorise la création d'un contexte sécurisant pour le partage de différentes perspectives. Une telle exploration prend d'abord soin du contexte, afin de le rendre plus sécurisant pour le partage de différents points de vue ou préoccupations (Schwarz, 2008). Tout au long de ce projet, la présence d'une relation hiérarchique entre IPO et observatrices a constitué un défi constant face à la création d'un contexte sécurisant pour le partage des préoccupations. Cette relation a donc été une menace à la qualité démocratique de l'étude et à la mutualité des échanges au sein du groupe de PR. L'intégration d'une exploration de plus en plus *authentique* en cours de projet a favorisé l'accès à une plus grande variété de perspectives. En d'autres mots, elle a favorisé le partage d'informations pertinentes et parfois délicates, afin qu'il y ait des prises de décision individuelles et collectives qui soient informées et libres et qui tiennent davantage compte des besoins ou préoccupations de chaque participante du groupe de PR. Par exemple, lors du premier bilan, ce type d'exploration a encouragé le partage authentique des préoccupations et insatisfactions des IPO et des infirmières observatrices face au fonctionnement interne du groupe de PR et face à la pratique de recherche de l'investigatrice principale, ce qui a permis au groupe de négocier un mode de

fonctionnement qui tenait davantage compte des besoins et préoccupations de chacun des membres. Il a aussi permis à l'investigatrice principale de faire des choix méthodologiques qui intégraient les recommandations des infirmières cochercheuses, lors des cycles de recherche suivants.

Les deux dernières contributions méthodologiques concernent des aspects structurels du projet qui ont, dans les deux cas, généré des effets non désirés, ce sont les suivantes : l'exploration collective plutôt qu'individuelle des thèmes qui concernent le groupe et le manque d'espaces participatifs avec les différents groupes de participants de l'étude.

L'importance d'explorer en présence de l'ensemble du groupe ce qui le concerne a émergé à la suite de la prise de conscience de conséquences importantes et non désirées générées par l'exploration individuelle et sous le sceau de la confidentialité des préoccupations des IPO face au fonctionnement du groupe de PR, en phase de pré-facilitation. L'investigatrice principale avait sous-estimé la teneur des préoccupations des IPO lors de l'élaboration du projet, ce qui a mené tout droit à la création de collusions. Le fait d'avoir décidé d'explorer d'abord individuellement et sous le sceau de la confidentialité des aspects qui touchaient l'ensemble du groupe avait, d'une certaine façon, « ligoté » l'investigatrice principale, c'est-à-dire limité sa capacité d'aborder directement avec le groupe certaines préoccupations liées au fonctionnement de ce dernier. Ceci a limité temporairement la transparence au sein du groupe. Heureusement, le problème de collusion et ses conséquences ont pu être minimisés, lors du bilan du premier cycle de recherche.

Une autre conséquence non désirée a découlé de la structure de la recherche. Lors de la phase de post-facilitation, certaines IPO ont exprimé de l'inquiétude liée au fait que la tenue des groupes *focus* post-facilitation, qui portait sur l'expérience des membres de leurs équipes locales face à leur intégration d'une PR, ait eu lieu en leur absence. Elles étaient préoccupées de ce qui serait rapporté sur elles et qui ne pourrait

pas leur être partagé ouvertement. Il aurait été préférable que la structure de recherche propose des entretiens où toutes les personnes concernées auraient été présentes, incluant l'IPO.

Enfin, des propos recueillis auprès de membres des équipes locales des IPO, en phase de post-facilitation, nous amènent à penser qu'il aurait été pertinent de créer un comité de suivi qui se rencontre périodiquement, tout au long de l'étude, et qui aurait représenté les différents groupes de participants du projet. L'absence d'un tel comité a restreint le partage d'impacts négatifs des activités de recherche sur une activité de soutien interdisciplinaire mise en place depuis des années, dans l'une des équipes locales. Plusieurs infirmières du groupe de PR participaient assidument à cette activité. Or, elles ont dû s'absenter à plusieurs reprises, ce qui a affecté la dynamique de ce groupe de soutien. Une autre conséquence négative soulevée par deux membres de cette même équipe locale fut la perception que la PR avait parfois été intégrée d'une façon unilatérale par les infirmières participantes, au sein de leurs rencontres interdisciplinaires et aussi par l'investigatrice principale, lors d'un échange sur la PR avec une participante-collègue de l'une des équipes locales des IPO. La mise sur pied d'un comité de suivi actif pendant toute la durée du projet aurait sans doute permis de mieux informer les différents acteurs de la nature du projet, d'informer l'investigatrice principale de la présence de conséquences négatives et de minimiser la durée de ces effets collatéraux indésirables.

En résumé, cette étude met en lumière l'importance pour un chercheur qui dirige une étude de recherche-action participative d'approfondir sa réflexivité, afin d'être davantage conscient des éléments du processus de recherche qui peuvent influencer la qualité démocratique de ce type de recherche. Selon Cooke et Kothari (2001), plus l'approche de recherche tend à intégrer de points de vue ou de réalités différentes, plus le chercheur risque de ne pas remarquer les rapports de force au sein du groupe ou de l'organisation lors échanges, s'il y a une recherche hâtive de consensus ou une célébration peu critique des qualités d'un groupe. Ceci augmente les probabilités que les

résultats découlant de ce type de processus favorisent la reproduction des structures hiérarchiques déjà en place dans l'organisation, au sein des activités de recherche. Pour éviter ce genre de conséquences, Cooke et Kothari (2001) prétendent que des efforts doivent être investis pour mettre en lumière ces aspects plus difficilement tangibles d'un processus de recherche. Les résultats de l'étude soutiennent ces propos; ils amènent à croire que même un chercheur bien intentionné risque de ne pas être conscient des dissonances de sa propre pratique et des éléments du processus qui affectent la qualité des échanges et, donc, de l'étude qu'il dirige, s'il n'a pas approfondi ses propres habiletés réflexives.

Qualités et limites de l'étude

Selon Reason et Bradbury (2001), les critères de scientificité d'une recherche action participative doivent permettre de juger la qualité démocratique du projet. Les résultats de cette étude appuient ces propos et portent à penser que la crédibilité des résultats générés par ce projet est étroitement liée à cette dimension de la recherche. Reason et Bradbury (2001) suggèrent que l'évaluation de la qualité démocratique d'une recherche-action participative soit effectuée en se posant les questions suivantes : Y avait-il une pluralité de perspectives et de types de savoirs considérés ou légitimés dans le processus de recherche, c'est-à-dire qui avaient une valeur politique? La recherche était-elle significative ou valable pour tous les participants? La recherche a-t-elle eu un impact sur la pratique des participants à l'étude? Le processus de recherche était-il émergent? Ce processus a-t-il favorisé une émancipation individuelle ou collective des participants qui permet de modifier les patterns relationnels moins satisfaisants au sein de leur communauté? Ces questions ont été considérées lors de l'évaluation de la scientificité de cette étude qui a été effectuée à partir des critères de qualité d'une recherche-action recommandés par Stinger (2007) : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité.

Crédibilité

La crédibilité du processus d'une étude est un critère de qualité fondamental. Ce critère permet d'évaluer l'intégrité et la cohérence de la démarche. Plusieurs stratégies ont été utilisées pour répondre à ce critère pendant la démarche de recherche. Tout d'abord, la qualité de l'interaction et les formes politiques qui ont été développées ont été documentées lors de la réalisation du projet, tel que recommandé au sein d'une étude participative (Koch & Kralik, 2006). Cette activité s'est avérée essentielle, lors des rencontres de recherche (Koch & Kralik, 2006), pour optimiser la capacité de l'investigatrice à avoir accès au point de vue des divers groupes d'acteurs impliqués dans l'étude et de l'intégrer. L'investigatrice principale avait aussi la responsabilité d'agir de façon à favoriser la création d'un environnement sécurisant pour le dialogue. Le développement de ses habiletés réflexives, soutenu par le facilitateur expert, lui a permis d'identifier et de gérer les relations de pouvoir, de façon à ce qu'elles nuisent le moins possible à la qualité démocratique des échanges et, ainsi, qu'elles encouragent la croissance et le développement de tous les acteurs impliqués. À l'intérieur du chapitre quatre où sont présentés les résultats de l'étude le lecteur peut suivre l'évolution des jeux relationnels, grâce à une description détaillée et une analyse de données portant sur ces aspects.

La crédibilité du processus de recherche dépend aussi du débat sur les types de connaissances reconnues et considérées dans une étude, c'est-à-dire l'inclusion de multiples perspectives et la triangulation de différentes sources de données. À cet égard, les nombreuses stratégies de collecte de données suivantes ont été intégrées et triangulées tout au long du projet : le journal de bord de l'investigatrice principale, des entrevues individuelles, des groupes « focus », des rapports écrits, des rencontres du groupe de PR, des bilans, des entretiens IPO/famille et une discussion synthèse. Des sources de données variées ont aussi contribué aux résultats et ont été triangulées: des IPO, des membres d'équipe de soins des IPO, des familles touchées par le cancer, des infirmières gestionnaires, le facilitateur expert, l'investigatrice principale et des écrits

théoriques. La façon dont ces différentes perspectives et connaissances ont informé les résultats, tout au long de l'étude, se retrouve à l'intérieur du chapitre des résultats.

Des *debriefing* ont également été effectués quelques semaines après chacune des rencontres du groupe de PR en présence du facilitateur expert, ce qui a contribué à la crédibilité des interprétations élaborées par l'investigatrice principale au cours de la phase de facilitation. L'expertise en recherche qualitative de la directrice de thèse et sa position extérieure à la réalisation du projet ont contribué à l'analyse critique de la pratique de recherche et à l'interprétation des résultats liés à l'intervention de l'étude et à son influence sur les IPO, leurs équipes et des familles touchées par le cancer. Ainsi que l'indiquent les résultats présentés au chapitre quatre de cette thèse, la consultation constante d'écrits théoriques pour clarifier, ébranler ou bonifier l'interprétation des résultats a été très présente pendant toute la durée de l'étude.

Toutefois, l'une des stratégies prévues pour rendre les résultats plus crédibles n'a pas pu être intégrée de façon aussi satisfaisante qu'espérée. Il s'agit de la validation de l'interprétation de certaines données recueillies auprès des différents groupes de participants. Bien qu'il y ait eu validation de l'interprétation de plusieurs résultats auprès des infirmières cochercheuses, entre autres lors du dernier bilan, du groupe *focus* post-facilitation, des entrevues individuelles post-facilitation et de la discussion synthèse, ces espaces sont demeurés insuffisants. Plus précisément, la validation des interprétations des apprentissages-clés réalisés par les infirmières cochercheuses, des apprentissages liés à la facilitation et des apprentissages liés à la pratique de recherche des deux premiers cycles de recherche n'a pu être effectuée auprès des infirmières cochercheuses, lors des bilans de ces cycles de recherche. L'investigatrice principale et le facilitateur ont dû utiliser ces espaces de recherche pour aborder et corriger des aspects du fonctionnement du groupe de PR qui portaient atteinte ou risquaient de porter atteinte à la qualité démocratique des échanges au sein du groupe de PR. De plus, malgré plusieurs espaces participatifs en présence des infirmières cochercheuses, lors de la phase de post-

facilitation, l'investigatrice principale prétend que d'autres moments de ce type auraient dû être planifiés entre la phase de post-facilitation et le dépôt final de la thèse.

Au cours de cette période, l'interprétation des résultats s'est clarifiée et bonifiée et il aurait été utile de valider si elle faisait toujours du sens pour les infirmières cochercheuses, les participantes-collègues et les familles. Malheureusement, les contingences de temps propres à l'achèvement d'une thèse ont influencé les décisions méthodologiques visant à réduire l'ajout d'espaces participatifs et, donc, de données à analyser et interpréter. Enfin, lors des entretiens de recherche réalisés auprès de participantes-collègues et de participants-familles, l'investigatrice principale avait pris soin de valider et reformuler ses interprétations *in vivo*. Toutefois, aucune des interprétations des données collectées auprès de ces deux groupes de participants n'a été validée *a posteriori*, encore une fois, dû à la nécessité de mettre fin à la collecte des données de l'étude pour respecter l'échéancier imposé lors d'un processus doctoral.

L'absence de validation de certains résultats auprès des groupes de participants de l'étude est certainement la limite la plus importante de l'étude. Il est toutefois présumé que la triangulation des nombreuses stratégies de collecte de données et sources de données aient minimisé l'impact de ces limites sur la crédibilité des résultats de l'étude.

Confirmabilité

Pour répondre à ce critère de qualité, l'investigatrice principale doit être en mesure de confirmer que les procédures décrites ont effectivement été réalisées. La conservation de toutes les données collectées permet de démontrer la véracité des procédures de l'étude (Stringer, 2007), la tenue du journal de l'investigatrice principale et des mémos théoriques et analytiques sur lesquels ont reposé les décisions méthodologiques prises et l'interprétation des résultats. L'audit a également été utilisé, c'est-à-dire une vérification par deux personnes familières avec la PR, en l'occurrence le facilitateur expert du projet et une infirmière externe au projet et ayant une connaissance

approfondie du milieu de l'étude, afin de confirmer si les interprétations de l'investigatrice principale sur les apprentissages-clés liés à la PR étaient valables. De plus, le partage des séquences d'action ayant conduit aux différents apprentissages-clés réalisés pendant la recherche (disponible au quatrième chapitre) permet au lecteur d'évaluer la congruence entre les données recueillies, l'interprétation des résultats et les décisions méthodologiques ou stratégies utilisées pour clarifier, bonifier ou modifier l'intervention de l'étude (Koch & Kralik, 2006) d'un cycle de recherche à l'autre.

Fiabilité

Ce critère repose sur la capacité du chercheur de démontrer que les sources de données sont fiables (Stringer, 2007). Une seconde écoute de tous les entretiens audionumériques a permis à l'investigatrice principale de s'assurer que les propos avaient été correctement transcrits. Enfin, toutes les stratégies de collecte de données, comme le journal de l'investigatrice principale, les enregistrements audionumériques, les transcriptions et les rapports écrits, ont été classées par catégorie et chronologiquement. Elles sont conservées dans un lieu sécuritaire et facilement accessible, de façon à ce qu'elles puissent être consultées, si nécessaire. De plus, dans le cadre de cette étude doctorale, la directrice de l'étudiante chercheuse a soutenu l'étudiante, à maintes reprises, dans ses démarches de validation de l'analyse de données, de l'interprétation des résultats et des conclusions issues directement de verbatim.

Transférabilité

La transférabilité réfère aux parties des résultats qui peuvent être utilisées par les lecteurs (Guba & Lincoln, 1989). La transférabilité est évaluée à partir des éléments du contexte et du processus. Par conséquent, pour que la transférabilité soit possible, l'investigatrice principale a présenté une description riche du contexte du groupe de PR, des apprentissages-clés des participantes et des apprentissages liés à la facilitation et à la pratique de recherche, tout au long de l'étude. Cette description permet aux lecteurs qui n'ont pas participé à cette étude d'évaluer si l'ensemble ou une partie des résultats

portant sur le contexte et le processus de l'étude peuvent être transférables à leur réalité professionnelle (Stinger, 2007).

Recommandations

Cette dernière partie de la thèse a pour but de proposer quelques recommandations pour la formation et la recherche infirmières. La majorité de ces recommandations ont été dégagées des propos de participantes de l'étude, lors de la phase de post-facilitation.

Les dix recommandations qui suivent sont formulées afin de soutenir les chercheurs ou professionnels qui souhaiteraient élaborer et mettre en œuvre, dans leur propre organisation, une formation auprès d'infirmières dont le but serait de faciliter le développement d'une PR profonde.

- 1) S'assurer que les personnes qui participent au groupe de PR le fassent parce qu'elles sont personnellement motivées face au développement de ce type d'habiletés, et non pas parce qu'elles subissent une quelconque pression de leurs collègues ou de leur organisation.
- 2) Encourager le développement d'habiletés réflexives profondes chez les infirmières formatrices et chercheuses qui désirent promouvoir le développement d'habiletés réflexives profondes, afin qu'elles puissent remettre en question leur approches pédagogiques, si elles font face à des situations d'enseignement moins satisfaisantes.
- 3) Soutenir, systématiquement et le plus tôt possible, le développement d'habiletés réflexives jusqu'aux sentiments et besoins qui ont influencé les actions professionnelles, afin d'optimiser le développement de compétences relationnelles.
- 4) Favoriser la création d'espaces d'auto exploration et respecter les silences réflexifs, afin d'aider les infirmières en travail d'introspection à développer leurs habiletés à faire émerger au niveau de leur conscience les composantes tacites de leur pratique.

- 5) Utiliser précocement et de manière flexible différents modèles et outils réflexifs qui peuvent favoriser l'approfondissement de la conscience et de l'autocritique de l'infirmière.
- 6) Créer un contexte de travail sécurisant qui favorise le développement d'un lien de confiance solide et confidentiel au sein du groupe et, simultanément, qui facilite le partage d'informations délicates et d'expériences difficiles, dans des situations de grande vulnérabilité.
- 7) Prévoir une formation qui soit suffisamment longue, c'est-à-dire qui s'étend sur plusieurs mois et qui propose un intervalle de temps optimal entre les rencontres pour intégrer les apprentissages dans la réalité infirmière.
- 8) Former un groupe de PR stable en demandant aux infirmières de s'engager à prendre part au groupe, pour un nombre de rencontres minimales, et en prévoyant un renouvellement périodique de leur engagement, si elles le désirent.
- 9) Si c'est possible, permettre qu'il y ait au moins trois personnes qui proviennent d'une même organisation, au moment de la création de groupes de PR, de sorte qu'elles puissent, si elles le désirent, poursuivre de façon autonome leur codéveloppement d'une PR en créant leur propre groupe de PR, suite à la formation de base.
- 10) Rechercher la reconnaissance et le soutien financier des instances organisationnelles face au développement de ce type d'habiletés qui contribuent à améliorer la qualité de la pratique infirmière.

Enfin, six recommandations pour la recherche infirmière ont émergé des résultats de l'étude. Elles portent sur l'évaluation d'une PR au sein d'études et sur la recherche-action participative.

- 1) Au sein de l'équipe de recherche, favoriser la présence d'une personne possédant les habiletés réflexives nécessaires à l'évaluation des aspects du processus de recherche qui peuvent favoriser la qualité démocratique des échanges entre les participants de l'étude, incluant ceux qui concernent la pratique du chercheur lui-même.

- 2) Au cours des différentes phases de l'étude, mettre en place un comité de suivi actif représenté par les différents groupes d'acteurs concernés.
- 3) Maximiser l'utilisation de stratégies de collectes qui mettent en lumière les composantes du savoir tacite qui guide les actions infirmières. Par exemple, les entretiens IPO/famille effectués dans ce projet ont pu mettre en lumière les valeurs et principes sur lesquels reposait le processus de sélection des interventions familiales de l'infirmière. Ces résultats auraient été difficilement accessibles si les membres de la famille et l'IPO impliqués dans les conversations aidantes ou non aidantes rapportées n'avaient pas participé à cet entretien. Ce type d'entretien, qui peut mener à des échanges plus délicats, implique toutefois la mise en place de mesures particulières sur le plan éthique. Le chercheur doit, entre autres, s'assurer de créer un contexte sécurisant et compatissant. Il doit veiller à minimiser la création de collusion en favorisant une exploration collective plutôt qu'individuelle des aspects qui concernent un groupe et son fonctionnement.
- 4) Explorer l'influence de l'intégration d'une PR par des infirmières provenant de diverses spécialités et possédant différents niveaux d'expérience et de scolarité. Dans cette étude, les compétences infirmières techniques étaient bien développées par l'ensemble des IPO du projet. Il serait intéressant d'explorer auprès d'un groupe d'infirmières novices l'influence qu'aurait le développement d'habiletés réflexives profondes.
- 5) Certains résultats de l'étude soutiennent l'idée que l'infirmière qui approfondit ses habiletés réflexives, c'est-à-dire sa conscience et son autocritique des composantes qui influencent sa pratique professionnelle jusqu'à ses sentiments et besoins internes, développe une plus grande affirmation de soi et, simultanément, devient plus ouverte à comprendre l'autre - une collègue ou une famille - et à être influencé par celui-ci. Selon l'investigatrice, ces changements sont peut-être des signes d'un début de transformation du style de leadership exercé par les IPO: un leadership d'expert vers un leadership catalyseur (Joigner et Joseph, 2007). Le premier, le leadership

d'expert, adhère à la présupposition que le pouvoir légitime d'un professionnel repose sur son expertise ou son degré d'autorité. Généralement, ce type de leadership favorise l'établissement de relations hiérarchiques plutôt qu'égalitaires où certains types de savoir sont plus légitimes que d'autres. L'expertise comprend généralement des habiletés analytiques, pour comprendre certains types de problèmes, et des habiletés tactiques qui aident à planifier et mettre en œuvre des actions pour les résoudre. Le leadership catalyseur, quant à lui, se distingue par l'équilibre existant entre son habileté à partager son expertise et son désir de mettre en lumière et d'apprendre des autres points de vue et types de savoir. Ce type de leadership favorise des prises de décision qui reposent sur un leadership partagé. Ce dernier est congruent aux valeurs retrouvées dans le modèle d'approche mutuelle développé par Argyris et Schön (1999) en ce sens que le leader catalyseur croit que l'exercice de son pouvoir consiste à faciliter l'échange des différents points de vue au sein d'un groupe. Ce type de changement est complexe à reconnaître et s'effectue généralement sur une longue période (Joigner et Joseph, 2007); par ailleurs, les stratégies de collecte de données de cette étude n'étaient pas prévues pour documenter cette dimension de la pratique des IPO, cette donnée repose donc davantage sur une impression, plutôt que sur des données empiriques. Toutefois, il serait intéressant d'explorer le lien entre la profondeur des habiletés réflexives et le style de leadership infirmier.

- 6) Enfin, les résultats de l'étude font état de conséquences rapportées par des IPO et des participantes-collègues sur certains aspects de la structure et des processus de leur équipe de soins, conséquences qui pourraient découler d'une plus grande conscience individuelle et collective d'elles-mêmes et des systèmes auxquels elles contribuent. Certains résultats portent à penser que l'approfondissement d'habiletés réflexives de plusieurs professionnels d'une même organisation incite à la mobilisation collective, dans le but d'initier une transformation de certains aspects contextuels, structurels et fonctionnels de l'équipe moins satisfaisants, ce qui pourrait mener à une plus grande

émancipation collective. Comme ce résultat est embryonnaire, il serait intéressant d'explorer, dans d'autres études, le lien entre l'intégration d'une PR profonde et l'émancipation collective.

Conclusion

Le résultat le plus imprévu de cette thèse réside dans la découverte suivante : le développement d'une PR profonde par l'infirmière, allant jusqu'aux besoins internes qui ont motivé ses actions professionnelles, semble lui permettre de créer avec-elle une relation d'auto-compassion et, par ricochet, de créer avec l'autre – un collègue ou une famille- ce même type de relation empathique. Miyashiro (2011), consultante organisationnelle de renommée internationale, dénonce l'absence trop fréquente du facteur *empathie* dans les différentes organisations de notre société. En lien avec cette critique, elle propose un changement de schème de pensée de l'ordre « la terre est plate et bidimensionnelle » à « la terre est ronde et tridimensionnelle ». Elle recommande d'ajouter à la dimension *penser* et *faire*, une troisième dimension préalable *établir des liens* de façon à intégrer davantage le facteur *empathie* à nos pratiques organisationnelles. Elle affirme que le fait d'apprendre à être davantage conscient de nos sentiments profonds et de nos besoins, particulièrement dans des contextes de travail effrénés, est nécessaire à l'amélioration de notre capacité d'être en relation avec les autres.

La pratique infirmière en oncologie est une discipline où la bienveillance et la compassion sont vitales, non seulement dans les relations entre l'infirmière et les familles touchées par le cancer, mais également au sein des relations que l'infirmière entretient avec ses collègues. En accord avec les propos de Watson (2008), les résultats de cette étude portent à croire que la facilitation d'une PR profonde auprès d'infirmières, qui leur permet de développer une plus grande conscience de leurs besoins et aspirations et une plus grande conscience des besoins et des aspirations de leurs collègues et des familles qu'elles soignent, favorise l'établissement de relations « caring », c'est-à-dire respectueuses, compatissantes et bienveillantes, à la fois envers elles et envers les autres.

Références

- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I. & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18 (5), 543-548.
- Anderson, G.L., Herr, K. & Nihlen, A. (1994). *Studying your own school: An educator's guide to qualitative practitioner research*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Andrews, S., Chambers-Evans, J. & Smith, R. (2007). *Reflective Practice Research Final Report: Healing the work environment: A pilot project to develop new Reflective Practice facilitators*.
- Appleton, J.M. (2008). Chapter 5: Using reflection in a palliative care education programme. Dans Bulman, C. & Schutz, S. *Reflective practice in nursing*. (4e éd.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Argyris, C., (1997). Learning and Teaching: A Theory of Action Perspective. *Journal of Management Education*, 21 (1), 9-26.
- Argyris, C. (2010). *Organizational traps: leadership, culture, organizational design*. Oxford: Oxford University Press.
- Argyris, C., Putnam, R. & McLain Smith, D. (1985). *Action Science: Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Argyris, C., Putnam, R. & Smith, D.M. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1205-1212.

Argyris C. & Schön, D.A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle: comment en accroître l'efficacité*. Traduit et adapté par Jacques Heynemand et Dolorès Gagnon. Outremont, Québec : Éditions Logiques.

Argyris, C. & Schön, D. A. (2002). *Apprentissage organisationnel: théorie, méthode et pratique*. Traduction de la 1^{re} édition américaine par Marianne Aussanaire et Pierre Garcia-Melgares. Bruxelles : De Boeck Université.

Arpin, K., Fitch, M., Browne, G.B. & Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor-adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43 (4), 373-383.

Atkins, S. & Murphy, K. (1994). Reflective practice. *Nursing Standard*, 8 (39), 49-54.

Atkins, S., & Murphy, K. (1995). Reflective practice. *Nursing Standard*, 9 (45), 31-37

Barnard, C., Street, A. & Love, A. (2006). Relationship between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nursing*, 29 (4), 338-345.

Barrett, L. & Yates, P. (2002). Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Australian Health Review*, 25, 109-121.

Bohn, U., Wright, L.M. & Moules, N.J. (2003). A family systems nursing interview following a myocardial infarction: The power of commendations. *Journal of Family Nursing*, 9 (2), 151-165.

- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. (3e éd.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*, 29 (4), 309-316.
- Boyчук Дущер, Е.Д. (1999). Catching the wave: understanding the concept of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 577-583.
- Bradbury, H. & Reason, R. (2001). Conclusion : Broadenon the bandwidth of validity : Issues and choice-points for improving the quality of action research. Dans: Reason, P. & Bradbury, H. (2001a). *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. Sage Publications: London.
- Brown, C.S. & Gillis, A.M. (1999). Using reflective thinking to develop personal professional philosophies. *Journal of Nursing Education*, 38, 171-175.
- Bruce, B., Létourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, D. & Elliot, R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8 (4), 408-429.
- Bruce, B. & Ritchie, J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12 (4), 214-222.
- Bulman, C. & Schutz, S. (2008). *Reflective practice in nursing*. (4e éd.). Oxford: Blackwell Publishing.

Burnard, P. (1995). Nurse educator's perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (6), 1167-1174.

Burton, A.J. (2000). Reflection: Nursing' practice and educational panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1009-1017.

Carlsson, G., Drew, N., Dahlberg, K. & Lützen, K. (2002). Uncovering tacit caring knowledge. *Nursing Philosophy*, 3, 144-151.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced in nursing science*, 1 (1), 13-23.

Carter, B. & Walker, E. (2008). Chapter 6: Using group approaches to underpin reflection, supervision and learning. Dans Bulman, C. & Schutz, S. *Reflective Practice in Nursing*. (4e éd.). Oxford: Blackwell Publishing.

Catalan, J. Burgess, A., Pergami, A., Hulme, N., Gazzard, B. & Phillips, R. (1996). The psychosocial impact on staff caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (4), 425-435.

Cirocco, M. (2007). How reflective practice improves nurses' critical thinking ability. *Gastroenterology Nursing*, 30 (6), 405-413.

Clandinin, J. & Connelly, M. (1995). *Teachers' professional knowledge landscapes*. New York: Teachers College Press.

- Clarke, B, James, C. & Kelly, J. (1996). Reflective practice: reviewing the issues and refocusing the debate. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 103-110.
- Cooley, M.E. & Moriarty, H.J. (1997). An analysis of Empirical studies examining the impact of the cancer diagnosis and treatment of an adult on family functioning. *Journal of Family Nursing*, 3 (4), 318-147.
- Cooke, B. & Kothari, U. (2001). *Participation: the new tyranny?* London: Zed Books
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks: Sage.
- Davidson, A. (2005). Chapter 33: Finding your voice. Dans Schwarz, R., Davidson, A., Carlson, P., McKinney, S. and contributors. *The skilled facilitator fieldbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Davidson, A. & McMahon, D. (2005). Chapter 43: developmental facilitation. Dans Schwarz, R., Davidson, A., Carlson, P., McKinney, S. and contributors. *The skilled facilitator fieldbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Davis, S, Kristjanson, L.J. & Blight, J. (2003). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nursing*, 26 (5), 337-345
- Darbyshire, P. (1993). In the hall of mirrors. *Nursing Times*, 89(49), 26-29
- De Carvalho, E., Muller, M., de Carvalho, P. & de Souza Melo, A. (2005). Stress in the professional practice of oncology nurses. *Cancer Nursing*, 28 (3), 187-192.

- Delvaux, N. (2006). L'expérience du cancer pour les familles. Dans *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux : Familles et corps souffrant*, pp. 81-101. Bruxelles : De Boeck Université.
- Denzin, N.K. (1989). *Interpretive ethnography*. Thousand Oaks: Sage Publications: CA.
- De Serre, M. & Beauchesne, N. (2000). *Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Conseil québécois de lutte contre le cancer, 42p.
- Dewey, J. (1933). *How we think*. Boston: DC. Heath.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. London: Collier MacMillan.
- Dewing, J. (1990). Reflective practice. *Senior Nurse*, 10 (10), 26-28.
- Duhamel, F. E., Watson, W.L. & Wright, L.M. (1994). A family systems nursing approach to hypertension. *Canadian Journal of Cardiovascular nursing*, 5 (4), 14-24.
- Duhamel, F. (2007). *La famille & la santé: Une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Education.
- Duhamel, F. & Talbot, L.R. (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10 (1), 12-32.

- Duke, S. & Appleton, J. (2000). The use of reflection in a palliative care programme: a quantitative study of the development of reflective skills over an academic year. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), 1557-1568.
- Dupuis, F. (2001). *Évaluation constructiviste d'interventions infirmières auprès d'une famille ayant un membre en récidive d'un cancer*. Mémoire. Montréal : Faculté des sciences Infirmières. Université de Montréal.
- Durgahee, T. (1996). Reflective practice: linking theory and practice in palliative care nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 2 (1), 22-25.
- Ergun, F.S., Oran, N.T. & Bender, C.M. (2005). Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nursing*, 28 (3), 193-199.
- Farber, J., Deschamps, M., & Cameron, R. (2002). *Analyse et évaluation de la fonction d'intervenant pivot en réponse aux besoins qu'éprouvent les Canadiennes atteintes d'un cancer du sein sur les plans de l'information, de l'éducation et de l'aide à la prise de décision*. Rapport de recherche. Québec, Québec : Initiative sur le cancer du sein, Santé Canada. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/navigator-intervenant/pdf/intervenant-navigator.fra.pdf>
- FitzGerald, M. & Chapman, Y. (2000). Theories of reflection for learning. De: Burns, S. & Bulman, C. *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*, 2ème Édition. Londre: Blackwell Science.
- Fitzpatrick, J.J., Salinas, T.K., O'connor, L.T., Stier, L. Callaban, B., Smith, T. & White M.T. (2004). Nursing Care Quality Initiative for care of hospitalized elders and their families. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (2), 156-161.

Fontaine, M. & Vonarx, N. (2010). Thématique 3: la recherche-action dans les sciences infirmières, une connivence à (re) découvrir... Dans Vonarx, N., Bujold, L. & Hamelin-Brabant, L. *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers : à la rencontre des expériences de santé, du prendre soin et des savoirs savants*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Friedman, V.J. (2001). Action Science: Creating communities of inquiry in communities of practice. Dans: Reason, P. & Bradbury, H. (2001). *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. London: Sage Publications.

Friedman, L., Baer, P., Nelson, D., Montague, L., Smith, F. & Dworkin, J. (1988). Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosomatic Medicine*, 50, 520-528.

Friesen, P. (2002). *Évaluation d'interventions systémiques auprès de couples à la naissance d'un enfant prématuré*. Mémoire. Montréal : Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.

Gagnier, J.-P. & Roy, L. (2006). Souffrance et enjeux relationnels dans le contexte de la maladie grave. Dans *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux : Familles et corps souffrant*, pp. 69-79. Bruxelles : De Boeck Université.

Galvin, E., Boyers, L., Schwartz, P.K., Jones, M.W., Mooney, P., Warwick, J. & collaborateurs. (2000). Challenging the precepts of family-centered care: Testing philosophy. *Pediatric Nursing*, 26 (6), 625-632.

- Gendron, S. (2001). Quelques considérations sur les méthodes d'analyse de données qualitatives. Notes tirées de sa thèse de doctorat. *La pratique participative: l'émergence d'un paradigme*. Université de Montréal. pp. 128-140
- Girot, E. (1995). Preparing the practitioner for advanced academic study: the development of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 387-394
- Given, B. & Sherwood, P.R. (2006). Family care for the older person with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 22 (1), 43-50.
- Glacken, M. & Chaney, D. (2004). Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *Issues in Clinical Nursing*, 13, 731-740.
- Glaze, J.E. (2001). Reflection as a transforming process: student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), 639-47.
- Goudreau, J. & Duhamel, F. (2003). Interventions in perinatal family care: a participatory study. *Families, Systems & Health*, 21 (2), 165-80.
- Goudreau, J., Duhamel, F. & Ricard, N. (2006). The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 12 (3), 292-306.
- Graham, I. (1995). Reflective practice : using the action learning group mechanisms. *Nurse Education Today*, 15, 28-32.

- Graham, I.W. (2000). Reflective practice and its role in mental health nurses practice development: a year-long study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7 (2), 109-117.
- Greenwood, J. (1993). Reflective practice : a critique of the work of Argyris & Schön. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1183-1187.
- Greenwood, J. (1998). The role of reflection in single and double loop learning. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1048-1053.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Californie: Sage Publications.
- Gustafsson, C. & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3), 271-80.
- Heath, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (5), 1054-1059.
- Héron, J. & Reason, P. (1997). A participatory inquiry paradigm. *Qualitative Inquiry*, 3 (3), 274-294.
- Herr, K. & Anderson, G.L. (2005). *The action research dissertation: A guide for students and faculty*. London: Sage Publications.
- Herschbach, P. (1992). Work-related stress specific to physicians and nurses working with cancer patients. *Journal of Psychosocial Nurse*, 10 (2), 79-99

- Howatson-Jones, L. (2010). *Reflective Practice in Nursing*. Cornwall: Learning Matters.
- Hundley, Milne, J., Leighton-Beck, L., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2000). Raising research awareness among midwives and nurses: Does it work? *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 78-88.
- Isikhan, V., Comez, T. & Danis, Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Oncology Nursing Society*, 8, 234-244.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12, 174-181.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 226-234.
- Johns, C. (2004). Becoming a transformational leader through reflection. Reflections on *Nursing Leadership*, 30 (2), 24-6.
- Johns, C. (2009). *Becoming a reflective practitioner*. (3e éd.). Oxford :Wiley-Blackwell
- Johns, C. & Freshwater, D. (1998). *Transforming nursing through reflective practice*. Oxford: Blackwell Science.
- Johns, C. & Freshwater, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*. (2e éd.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Joigner, B. & Josephs, S. (2007). *Leadership agility: five levels of mastery for anticipating and initiating change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Jones, P.R. (1995). Hindsight bias in reflective practice: an empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 783-788.

Kemmis, S. (2001). Chapter 8: Exploring the relevance of critical theory for action research: Emancipatory action research in the footsteps of Jürgen Habermas. Dans *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. De: Reason, P. & Bradbury, H. London: Sage Publications.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Chapter 22: Participatory action research. Dans: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S, *Handbook of qualitative research* (2nd ed. pp. 567-605). Thousand Oaks: Sage.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (2005). Chapter 23: Participatory action research: communicative action and the public sphere. De: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S, *Handbook of qualitative research* (3^{ème} édition, pp. 567-605). Thousand Oaks: Sage Publication.

Kent, G., Wills, G., Faulkner, A., Parry, G., Whipp, M. & Coleman, R. (1994). The professional and personal needs of oncology staff: the effects of perceived success and failure in helping patients on levels of personal stress and distress. *Journal of Cancer Nursing*, 3, 153-158.

Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1205-1212.

- King, G., Kertoy, M., King, S., Law, M., Rosenbaum, P. & Hurley, P. (2003). A measure of parents' and service providers' beliefs about participation in family-centered services. *Children's health care, 32 (3)*: 191-214.
- Kissane, D.W., McKenzie, M., McKenzie, D.P., Forbes, A., O'Neill, I. & Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: Baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliative Medicine, 17*, 527-537.
- Koch, T. & Kralik, D. (2006). *Participatory Action Research in Health Care*. Australie: Blackwell Publishing.
- Koch, T, Mann, S., Kralik, D. & Van Loon, A.M. (2005). Reflection: look, think and act cycles in participatory action research. *Journal of Research in Nursing, 10 (3)*, 261-178.
- Kuiper, R.A. & Pesut, D.J. (2004). Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing, 45 (4)*, 381-391.
- Langlois, H. (2003). *Évaluation constructiviste d'interventions infirmières auprès de familles dont l'un des membres apprend qu'il est atteint d'un cancer du poumon*. Mémoire. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Lawlor, M.C. & Mattingly, C.F. (1997). The complexities embedded in family-centered care. *American Journal of Occupational Therapy, 52 (4)*, 259-267.

- Leahey, M., Harper-Jacques, S., Stout, L. & Levac, A.M. (1995). The impact of a family systems nursing approach: Nurses' perceptions. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26 (5), 219-225.
- LeGrow, K. & Rossen, B.E. (2005). Development of professional practice based on a family systems nursing framework: Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing*, 11 (1), 38-58.
- LeCompte, M. & Schensul, J.J. (1999). *Designing and conducting ethnographic research*. Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
- Létourneau, N. & Elliot, M. (1996). Pediatric health care professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Children's Health Care*, 25 (3), 157-174.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P. & Sjögren, A. (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), 648-658
- Lilja, P.K. (1997). *A phenomenological Inquiry of nurse transition to family-centered perinatal nursing*. Doctorate. University of San Diego.
- Lincoln, Y.S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1 (3), 275-289.
- Lincoln, Y.S. (2001). Engaging sympathies : relationships between action research and social constructivism. Dans *Handbook of action research: participative inquiry & practice* (pp. 124-132). London: Sage.

- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S (2ème Ed), *Handbook of qualitative research* (2nd ed. pp. 163-188). Thousand Oaks: Sage.
- Louissaint, S. (2004). *Évaluation d'interventions systémiques auprès de couples à la naissance d'un enfant prématuré*. Mémoire. Montréal: Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Lowe, P.B. & Kerr, C.M. (1998). Learning by reflection: the effect on educational outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1030-1033.
- Mallik, M. (1998). The role of nurse educators in the development of reflective practitioners: a selective case study of the Australian and UK experience. *Nurse Education Today*, 18 (1), 52-63
- Mantzoukas, S. (2005). The inclusion of bias in reflective and reflexive research: A necessary prerequisite for securing validity. *Journal of Research in Nursing*, 10, 278-295.
- Mantzoukas, S. (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 214-223.
- Mantzoukas, S. & Jasper, M.A. (2004). Reflective Practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (8), 925-933
- Mantzoukas, S. & Watkinson, S. (2008). Redescribing reflective practice and evidence-based practice discourses. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 129-134.

McCaughan, R. & Parahoo, K. (2000). Medical and surgical nurses' perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 420-428.

McKinney, S. (2005). Chapter 30: Moving toward difficulty. Dans Schwarz, R., Davidson, A., Carlson, P., McKinney, S. and al. *The skilled facilitator fieldbook* (pp. 261-167). San Francisco: Jossey-Bass.

Mezirow, J., Taylor, E.W. & ass. (2009). *Transformative learning in practice: Insights from community, workplace, and higher education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Rapport d'activité 2005-2006. Direction de la lutte contre le cancer*. (récupéré en février 2009) Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-902-06.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec. (2008). *Direction de la lutte contre le cancer. Orientations prioritaires 2007-2010 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec. (2008). *Rapport d'activité 2007-2008. Direction de la lutte contre le cancer*. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-902-09.pdf>

- Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec (1997). Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons une équipe. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acroat/f/documentation/1997-729-5.pdf>
- Miyashiro, M.R. (2011). *The empathy factor: your competitive advantage for personal, team, and business success*. Encinitas: PuddleDancer Press.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse de données qualitative* (2e éd.). Paris : De Boeck.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris: Presses universitaires de France.
- Newell, R. (1992). Anxiety, accuracy and reflection: the limits of professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1326-1333.
- Newell, R. (1994). Reflection: art, science or pseudo-science. *Nurse Education Today*, 14, 79-81.
- Noiseux, S. & Duhamel, F. (2003). La greffe de moelle osseuse chez l'enfant. Évaluation constructiviste de l'intervention auprès des parents. *Perspective infirmière*, 1 (1), 12-24
- Northouse, L.L. (1984). The impact of cancer on the family: an overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27 (4), 385-392.

Northouse, L.L. (1988). Family issues in cancer care. *Advances in Psychosomatic Medicine, 18*, 82-101.

Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S. & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science & Medicine, 50*, 271-284.

Northouse, L.L. (2005). Helping families of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 32 (4)*, 743-750.

Ooijen van, E. (1994). Whipping up a storm. *Nursing Standard, 16 (9)*, 48.

Paget, T. (2001). Reflective practice and clinical outcomes : practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *Journal of Clinical Nursing, 10*, 204-214

Parahoo, K. (2001). Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management, 9*, 21-30.

Payette, A. & Champagne, C. (2008). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

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

- Pelchat, D., Bisson, J., Ricard, N., Perreault, M. & Bouchard, J.M. (1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with disability. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 465-477.
- Pelchat, D., Lefebvre, H., Proulx, M. & Reidy M. (2004). Parental satisfaction with an early family intervention program. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 18 (2), 128-144.
- Pierson, W. (1998). Reflection and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 165-170.
- Platzer, H. (2000). Barriers to learning from reflection: a study of the use of group-work with post-registration nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1001-1015.
- Platzer, H., Blake, D. & Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a postregistration nursing course. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 689-695.
- Ramirez, A.J., Graham, J. & Richards, M.A. (1996). Mental health of hospital consultants. *Lancet*, 347, 724-728.
- Reid, B. (1993). « But we're doing it already ! » Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13, 305-309
- Reason, P. (1994). Chapitre 20: Three approaches to participatory inquiry. Dans: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.

- Reason, P. & Bradbury, H. (2001). *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. London: Sage Publications.
- Reason, P. & Bradbury, H. (2006). *Handbook of action research*. Los Angeles: Sage Publications.
- Richardson, G. & Maltby, H. (1995). Reflection-on-practice: enhancing student learning. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 235-242.
- Roberge, D., Denis, J.L., Cazale, L., Comtois, E., Pineault, R., Touati, N. et al. (2004). *Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie. Rapport final de recherche*. FCRSS. Ottawa. 36p.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: from burden to balance. *Journal of family nursing*, 4 (3), 271-290.
- Robinson, C.A. & Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*, 1 (3), 327-345.
- Robitaille, J. (2003). *Évaluation d'interventions systémiques auprès de couples dont un membre est atteint d'un problème cardiaque*. Mémoire. Montréal : Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Rosenberg, M.B. (2003). *Nonviolent communication : a language of life*. (2e éd.) Encinitas: PuddleDancer Press.

- Rosenberg, M.B. (2005). *Les mots sont des fenêtres (ou des murs) : introduction à la communication non violente*. (2^e éd.). Genève : Éditions de Jouvence.
- Schön, D. (1971). *Beyond the Stable State*. New-York: W.W. Norton.
- Schön, D. (1983). *The reflective practioner*. New-York, États-Unis : Basic Books.
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Fransisco: Jossey Bass.
- Schön, D. (1992). The theory of inquiry: Dewey's legacy to education, *Curriculum Inquiry*, 22 (2), 119-139.
- Schmuck, R.A. (2006). *Practical action research for change*. Second edition. Thousand Oaks, California: Corwin Press.
- Schwarz, R. (2002). *The Skilled facilitator: A comprehensive resource for consultants, facilitators, managers, trainers, and coaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwarz, R. (2005a). Chapter 4: understanding what guides your behavior. Dans Schwarz, R., Davidson, A., Carlson, P., McKinney, S. and contributors. *The skilled facilitator fieldbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwarz, R. (2005b). Chapter 29: exploring your contributions to problems. Dans Schwarz, R., Davidson, A., Carlson, P., McKinney, S. and contributors. *The skilled facilitator fieldbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwarz, R. (2008). *The facilitative leader workshop*. Formation intensive au Cap Code Institutes (Massachusetts), août 2008.

- Schwarz, R., Davidson, A., Carlson, P., McKinney, S. and contributors (2005). *The skilled facilitator fieldbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Senge, P., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R., Roth, G., & Smith, B. (1999). *The dance of change: The challenges of sustaining momentum in learning organizations. A fifth discipline*. New-York: Doubleday
- Sennzun Ergün, F., Tuna Oran, N. & Bender, C. M. (2005). Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nursing*, 28 (3), 193-199.
- Sherman, A. C., Edwards, D., Simonon, S. & Mehta, P. (2006). Review Articles: Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative and Supportive Care*, 4, 65-81.
- Sherwood, P.R., Donovan, H.S., Given, C.W., Lu, S., Given, B.A., Hricik, A. & Bradley, S. (2008). Predictors of employment and lost hours from work in cancer caregivers. *Psycho-Oncology*, 17, 598-605
- Shields, E. (1995). Reflection and learning in student nurses. *Nurse Education Today*, 15, 452-458
- Smith, R.A. (1992-1993). Competence is what you do when you make a mistake. *Teaching Excellence: toward the best in the academy*, 4 (2).
- Smith, R.A. (2011). A reflective approach to professional development. Tiré du livre de Brinko, K. *Practically speaking : A source book for instructional consultants in higher education*. Stillwater: OK: New Forums Press.

- St-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes : participation et animation*. (3^e éd.). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- St-Arnaud, Y. (2009). *L'autorégulation pour un dialogue efficace*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- St-Cyr Tribble, D., Lane, J., Boyer, G., Aubé, D., Blackburn, F., Brassard, C., Gendron, S., Labadie, J.-F., Belleau, H., Le Gall, J. (2007). *Le cadre de référence "TRANS-ACTION" en transfert des connaissances, Rapport de la recherche : Le transfert des connaissances entre praticiens, gestionnaires et chercheurs comme source d'innovation en CLSC*.
- Stringer, E. (2007). *Action Research*. 3^{ème} Eds. Sage Publication: Thousand Oaks
- Stringer, E. & Genat, W.J. (2004). *Action research in health*. Pearson Education, Inc. États-Unis: New Jersey.
- Sutton, L. & Dalley, J. (2008). Reflection in an intermediate care team. *Physiotherapy*, 94, 63-70.
- Talbot, L.R., Duhamel, F., Giroux, F. & Hamel, S. (2000). Les interventions en soins infirmiers auprès des familles : où en sommes-nous ? *Infirmière du Québec*, 7 (4), 14-22.
- Tapp, D.M. (2001). Conserving the vitality of suffering: addressing family constraints to illness conversations. *Nursing Inquiry*, 8 (4), 254-263.

- Taylor, B. (2000). *Reflective Practice: A guide for nurses and midwives*. Buckingham: 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.
- Tolbert, W.R. (2001). Chapitre 23 : The practice of action inquiry. Dans: Reason, P. & Bradbury, H. (2001). *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. London: Sage Publications.
- Tomlinson, P.S. & Hall, E.O. (2003). Expanding knowledge in family health care. *Scandinave Journal of Caring Science*, 17, 93-95.
- Tomlinson, P.S., Thomlinson, E., Peden-McAlpine, C. & Kirschbaum, M. (2002). Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (2), 161-170.
- Tremblay, D. (2008). *La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie*. Thèse. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal
- UKCC (1990). *The report of the post registration education and practice project*. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London.

- Wong, F.K.Y., Kember, D., Chung, L.Y.F. & Yan, L. (1995). Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 48-57.
- Wong, F.K., Loke, A.Y., Wong, M., Tse, H., Kan, E. & Kember, D. (1997). An action research study into the development of nurses as reflective practitioners. *Journal of Nursing Education*, 36, 476-481.
- Wallace, D. (1996). Experiential learning and critical thinking in nursing. *Nursing Standard*, 10 (31), 43-47.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring* (2e éd.). Colorado: University Press of Colorado.
- White, M.T., Smith, M.B.A., Bowar-Ferres, S., Salinas, T.K., O'Connor, L.J., Lucas, J.A. & Fitzpatrick, J.J. (2002). The nursing care quality initiative and its influence on nurses' clinical care and professionalism: One solution to nurse retention? *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 3 (2), 182-187.
- Wright, M.L. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing*. Philadelphie: F.A. Davis.
- Wright, M.L. & Leahey, M. (1984). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Wright, M.L. & Leahey M. (2001). *Guide d'évaluation et d'intervention. L'infirmière et la famille* (2ème édition). (Adaptation française de Lyne Campagna). Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Wright, M.L. & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (1996). *Beliefs: the heart of healing in families and illness*. New-York: Basic Books.

Zhang, A.Y. & Smininoff, L.A. (2003). Silence and cancer : why do families and patients fail to communicate? *Health Communication, 14 (4)*, 415-429.

Annexes

Annexe A : Outil à colonnes

Nom : _____

Date : _____

Instructions pour rédiger le rapport écrit d'une situation professionnelle difficile

1. Identifier un problème important qui entrave la mise en place de « soins infirmiers à la famille » dans votre réalité quotidienne, et que vous avez essayé de résoudre ou que vous souhaitez résoudre prochainement. Il n'y a pas de limites sur le type de problèmes sélectionnés (par exemple, cela pourrait être relié à un problème survenu lors d'une relation thérapeutique entre vous et une famille, à un problème de collaboration interprofessionnelle, à un problème de répartition de tâches entre vous et vos collègues, etc.) sauf que sa résolution devrait, ultimement, vous permettre de mettre œuvre des soins infirmiers plus satisfaisants auprès d'une ou des familles que vous suivez. Présenter ce problème en quelques phrases seulement.
2. Décrire les étapes que vous avez effectuées (ou que vous prévoyez faire) pour résoudre le problème. Qui avez-vous rencontré (ou qui prévoyez-vous rencontrer)? Quel était (ou quel sera) le but de la rencontre tel que vous l'aviez prévu (ou tel que vous le prévoyez)? Présenter ces informations en un ou deux paragraphes.
3. Remplir le tableau plus bas (**vous pouvez ajouter des lignes pour présenter une ou quelques pages de votre conversation**). Dans la colonne du centre, écrire les propos d'une conversation que vous avez eue en lien avec le problème soulevé, le plus près possible des mots dits. Commencer avec l'une de vos réparties et ensuite la réplique de la ou des autres personnes. Dans la colonne de gauche, mettre par écrit les pensées que vous avez eues et les sentiments vécus et que vous n'avez pas partagés pendant la conversation. Enfin, dans la colonne de droite, effectuer le test personnel d'efficacité (rouge, jaune, vert) pour chacune de vos réparties.

Dialogue

Mes pensées et mes sentiments que je n'ai pas dits

La conversation (ce que j'ai dit et ce que les autres ont dit)

*Test personnel d'efficacité
(rouge, jaune, vert)*

	1-:	
	-	
	2-	
	-	
	3-	
	-	
	4.	
	-	
	5.	
	-	

Outil Adapté de Argyris, C., (1997). Learning and Teaching: A Theory of Action Perspective. *Journal of Management Education*, 21 (1), 9-26.

Annexe B : Invitation à une séance d'informations

Date

Objet : Invitation à une séance d'informations sur le projet de recherche intitulé : « *Évaluation de l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer* »

Mesdames,

Au cours de la dernière année, vous avez entendu parler à quelques reprises du projet de recherche qui porte sur l'implantation d'une pratique réflexive par un groupe d'infirmières pivots en oncologie (IPO). Ce groupe sera « facilité » par un consultant facilitateur, M. Jacques Tremblay, psychologue spécialisé dans le développement de personne, d'équipe et d'organisation. Aujourd'hui, j'agis en tant qu'informatrice-clé, c'est-à-dire comme intermédiaire entre vous et l'investigatrice principale, afin que vous vous sentiez libres de participer aux différentes activités reliées au recrutement et à la réalisation de l'étude.

Le but de la présente lettre est de vous donner l'occasion, si cela vous intéresse, de **participer à une séance d'informations**, dans votre centre local de santé, avec l'investigatrice principale Annie Turcotte, **pour vous expliquer plus en détails le projet de recherche**. Lors de cette rencontre, Annie Turcotte vous expliquera les buts poursuivis par la recherche, son déroulement, les engagements que cela implique pour vous ainsi que les risques et les bénéfices envisagés. Elle sera également disponible pour répondre à toutes les autres questions que vous jugeriez pertinentes pour vous permettre de faire, éventuellement, un choix libre et éclairé face à votre participation potentielle à cette étude. À la fin de la rencontre, les procédures à suivre pour le recrutement seront explicitées.

Il est important de souligner que cette rencontre n'a pas pour but de débiter le recrutement. Au contraire, **aucune infirmière ne se verra questionnée sur son désir de participer à l'étude et ne se verra sa participation à l'étude confirmée**, ceci pour vous permettre de bien consulter le formulaire de consentement éclairé, de façon à ce que vous puissiez prendre une décision totalement libre et informée. À noter que l'étude ne pourra inclure qu'un nombre limité de participantes (maximum de six IPO). Dans l'éventualité où il y a plus d'infirmières intéressées que de places disponibles, une liste d'attente sera conservée en cas de retraitement de l'étude de participantes. À titre informatif, j'ai joint à cet envoi le formulaire de consentement à l'étude afin de vous permettre de vous familiariser avec le contenu du projet et de décider si vous aimeriez obtenir plus d'informations quant aux modalités de participation à cette étude, par le biais de cette séance d'informations.

Que vous soyez ou non intéressées à participer à une séance d'informations sur le projet de recherche d'Annie Turcotte, vous devez me le faire savoir par courriel, d'ici les prochains 48 heures. Par la suite, je communiquerai les coordonnées de celles qui sont intéressées à Annie Turcotte. Elle communiquera avec vous par courriel ou par téléphone pour planifier la date et le lieu de sa rencontre avec vous. Si des informations supplémentaires s'avèrent nécessaires avant de répondre à cette lettre d'invitation, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Cordialement vôtre,

xxx

Centre hospitalier xxx

Annexe C : Entente de confidentialité des observatrices participantes

Titre du projet de recherche : Évaluation de l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer

N° de projet : MP-HCLM-09-011

Relativement à toute information à laquelle j'aurai accès dans l'exercice de mes fonctions au CR-HCLM, je soussigné, m'engage à :

- Préserver la confidentialité des renseignements concernant les participants aux activités de recherche; en conséquence je ne diffuserai aucune information ou ne conserverai en ma possession aucun document (original ou copie) permettant d'identifier un sujet participant à un projet de recherche;
- Respecter la confidentialité des renseignements relatifs aux activités de recherche auxquelles j'aurai accès. Ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins de la recherche visée et ils ne seront communiqués qu'aux personnes autorisées;
- M'abstenir de divulguer dans la préparation d'une activité clinique, d'un rapport ou d'une demande de subvention, qu'il soit écrit ou verbal, tout renseignement confidentiel dont j'aurai pris connaissance dans le cadre de ces travaux;

Mme X, observatrice participante

NOM

Date

Annexe D : Guide des entrevues individuelles semi-dirigées pour les IPO, participantes cochercheuses (phase de pré-implantation)

Questions

1. Parlez-moi des éléments qui entravent, selon vous, la mise en œuvre de soins infirmiers auprès de familles touchées par le cancer?
 - a. Quels sont les défis liés à la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille »?
 - b. Quels sont les éléments facilitateurs?

2. Que signifie pour vous une pratique réflexive? Ce que vous en avez compris.
 - a. Selon vous, quel seront les défis liés à son implantation dans votre pratique?
 - b. Quels sont les éléments qui pourront faciliter son implantation?

3. Selon vous, en quoi la pratique réflexive pourrait influencer :
 - a. votre pratique infirmière?
 - b. la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille »?

Annexe E : Guide des entretiens IPO/familles

Préambule

Depuis quelques mois, votre IPO participe volontairement avec d'autres IPO à une formation pour l'aider à porter un regard critique sur sa propre pratique infirmière lors de situations professionnelles difficiles. Le but de notre rencontre aujourd'hui est d'explorer avec vous et votre IPO les interactions qui ont eu lieu depuis les derniers mois, depuis qu'elle a commencé à intégrer cette démarche réflexive sur sa pratique. Pour que cette rencontre soit bénéfique pour votre IPO, il est donc important que vous vous sentiez à l'aise de porter un regard critique et transparent sur votre expérience de soins avec elle. Dans ce contexte-ci, les critiques sont perçues comme un privilège ou un levier permettant de rehausser notre qualité de soins auprès de familles qui vivent une expérience de cancer.

Questions

- Questions posées en alternance à chaque membre de la famille et à leur IPO, participante cochercheuse, à partir des conversations rapportées comme étant les plus utiles dans l'outil remis par chaque membre de la famille (annexe P).
- En quoi ces événements et soins significatifs ont-ils influencé votre expérience de santé ou celle de votre famille? Pouvez-vous me donner des exemples concrets?
- Selon vous, qu'est-ce qui aurait pu être différent lors de ces interactions?
- Quels événements ou actions infirmières ont été les plus difficiles pour la famille?
- Quelles recommandations formuleriez-vous à l'infirmière afin de l'aider à intervenir auprès d'autres familles qui vivent une expérience similaire?
- Avez-vous noté des différences dans vos interactions ensemble depuis les dernières semaines ou les derniers mois? Si oui, pouvez-vous nous préciser ce qui est différent pour vous?

Annexe F : Outil intitulé « Identification des conversations les plus aidantes et les moins aidantes avec l’infirmière pivot en oncologie »

Nom du membre de la famille qui remplit le présent outil :

Patient

Autre membres : lien avec le patient : _____

1. Identifiez les conversations les plus utiles ou aidantes que vous ou un autre membre de votre famille avez eues avec votre infirmière pivot, depuis le début de votre relation avec elle. Décrivez, en quelques mots ou courtes phrases, le contexte de soins et votre état, lors de ces conversations.

2. Rapportez une partie des dialogues que vous avez trouvés les plus utiles pour vous et/ou votre famille, à la page 2, 3 et 4, si nécessaire.

3. Identifiez les moments les plus difficiles que vous ou un autre membre de votre famille avez vécus, depuis le début de votre relation avec votre infirmière pivot, et pour lesquels vous auriez souhaité du soutien ou que vous croyez que des changements seraient à considérer dans les services. Décrivez en quelques mots ou courtes phrases le contexte de soins et votre état, lors de ces moments.

4. Rapportez les moments difficiles

Directives :

- c) Tout d’abord, du côté droit, écrire des mots-clés ou de courtes phrases qui résumement les moments difficiles lors de conversations ou d’interventions, s’il y a lieu.
- d) Ensuite, du côté gauche, mettre par écrit les pensées que vous avez eues et les sentiments éprouvés pendant ces moments et que vous n’avez pas dits.

Annexe G : Guide du groupe «focus» pour les co-professionnels

Questions

1. Parlez-moi de votre expérience de l'implantation d'une pratique réflexive chez une ou certaines des IPO de votre établissement de santé?

2. Selon vous, l'implantation d'une PR chez une ou certaines IPO de votre établissement a-t-elle eu une influence sur
 - a. la pratique clinique,
 - b. la collaboration interprofessionnelle ou
 - c. le milieu organisationnel?Si elle a eu une influence, pourriez-vous nous en parler?

3. Quels sont les autres aspects que vous aimeriez aborder en lien avec l'implantation d'une pratique réflexive ou le présent projet de recherche?

Annexe H : Formulaire de consentement éclairé pour les IPO, participantes cochercheuses

N° de projet : mp-hclm-09-011

Titre du projet de recherche : Évaluation de l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer

PROTOCOLE : N/A

COMMANDITAIRE : N/A

CHERCHEUR PRINCIPAL : Annie Turcotte

DÉPARTEMENT DU

CHERCHEUR PRINCIPAL : Programme d'oncologie

Adresse : Hôpital Charles LeMoine
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Téléphone : (xxx) xxx-xxxx

(pas de poste téléphonique à HCLM)

Cellulaire : (xxx) xxx-xxxx

INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

RAISON D'ÊTRE DE L'ÉTUDE

Le rôle d'infirmière pivot en oncologie (IPO), introduit au Québec au début des années 2000, est considéré comme innovateur dans le système de soins offerts aux familles aux prises avec le cancer. Il est perçu comme « le point d'ancrage », tant pour les professionnels de l'équipe interdisciplinaire que pour les familles, et ce, tout au long de la trajectoire du patient à travers le système de soins pour le traitement de son cancer. Dans le cadre de cette recherche, l'investigatrice principale propose d'implanter et d'évaluer une pratique réflexive (PR), afin d'aider les IPO à réfléchir et agir sur les difficultés qui nuisent à leur mise en œuvre de soins infirmiers auprès de familles dont l'un des membres est atteint de cancer.

BUT DE L'ÉTUDE

À partir de la perception des détenteurs d'enjeux, évaluer l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer.

DURÉE DE L'ÉTUDE

L'étude se déroulera sur une période d'environ 18 mois. Le nombre approximatif d'heures rémunérées que vous aurez à consacrer aux activités de cette recherche est d'environ 3 heures/mois, sur une période de 15 mois, pour un total d'environ 45 heures (se référer à l'appendice A, pour une vision globale des engagements).

DESCRIPTION DE L'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE RÉFLEXIVE (PR)

La PR sera décrite à partir de son contexte, de son processus et de ses activités sur le terrain. Il est important de rappeler que la PR est un processus qui vous permettra de réfléchir sur comment vous pensez et agissez lors de situations qui entravent votre mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille ». La PR vous permettra également d'envisager des alternatives d'action, à l'intérieur d'un environnement soutenant.

Contexte de la PR

La PR sera réalisée à l'intérieur d'un groupe, nommé dans cette étude « groupe de PR ». Celui-ci sera composé de six IPO, des deux observatrices participantes, de l'investigatrice principale et d'un consultant facilitateur, M. Jacques Tremblay, psychologue et consultant, conseiller au développement de l'individu, de l'équipe et de l'organisation. Le consultant facilitateur est le collaborateur expert qui soutiendra les participantes cochercheuses lors de l'implantation de la PR. Le consultant facilitateur pourra créer un contexte favorable au développement de compétences réflexives, en vous soutenant et guidant concrètement dans le développement et l'utilisation de ces nouvelles habiletés sur le terrain.

Les étapes de la PR

La PR est un processus d'apprentissage expérientiel visant à résoudre des problèmes professionnels et à rehausser les pratiques. Ce processus est cyclique et comprend quatre étapes qui ne suivent pas une séquence rigide. Voici une brève description de ces étapes. D'abord, « diagnostiquer » le problème signifie d'identifier les valeurs et les croyances

qui sont à l'origine des comportements de la participante cochercheuse et des conséquences qui en ont découlé. Par la suite, la participante, à l'aide du groupe de la PR, proposera des alternatives d'action. Dans certains cas, ces alternatives pourront être pratiquées à l'intérieur de jeux de rôles avec les membres du groupe de la PR. La mise en action des alternatives d'action, quant à elle, se situera en temps réel, lorsque la participante cochercheuse retournera dans son milieu et appliquera de nouveaux comportements face au problème soulevé. Enfin, l'évaluation de l'efficacité des nouveaux comportements adoptés sera discutée lors d'une rencontre subséquente du groupe de la PR. En phase d'implantation, vous apprendrez *comment* « diagnostiquer » les problèmes rencontrés, *comment* trouver des alternatives d'action potentiellement plus efficaces et *comment* les mettre en action et les évaluer, en même temps que vous effectuerez une réflexion critique sur les difficultés rencontrées dans votre propre pratique. Ces quatre étapes seront réalisées à l'aide de deux activités, l'une structurée, l'autre facilitée : le rapport écrit et les rencontres du groupe de la PR. Ces activités sont décrites dans la section « Vos engagements » de ce formulaire.

DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Le déroulement de l'étude se divise en trois grandes étapes : la phase pré-implantation, la phase d'implantation de la PR et la phase post-implantation. Ces trois phases sont présentées brièvement dans les lignes qui suivent.

Phase pré-implantation de la PR

Durée estimée : Environ 2 à 3 mois

Le choix de la problématique de recherche dans une recherche-action dite participative doit, idéalement, tenir compte des intérêts de toutes les participantes cochercheuses, de façon à permettre un engagement interne de chacune d'elles dans le processus entrepris pour résoudre le problème identifié. La phase pré-implantation a justement pour objectif d'enrichir la problématique de recherche de la perspective de toutes les participantes cochercheuses. Pour réaliser cette étape de la recherche, vous devrez rencontrer deux

engagements : Participer à une entrevue individuelle semi-structurée et participer à un groupe «focus» avec les autres IPO participantes cochercheuses.

Phase d'implantation de la PR

Durée estimée : Environ 12 mois.

Cette phase comprend trois cycles, c'est-à-dire trois périodes consécutives, chacune d'une durée d'environ quatre mois. Lorsque toutes les IPO auront présenté une situation difficile lors des rencontres du groupe de PR, une rencontre du groupe de cochercheuses (incluant les IPO participantes, le consultant facilitateur, les observatrices participantes et l'investigatrice principale) sera tenue pour analyser collectivement ce qui s'est passé lors de ce cycle réflexif. Par la suite, avant de débiter le deuxième cycle, vous vous verrez offert la possibilité de poursuivre l'implantation de la PR ou de quitter le groupe et l'étude. Voici une liste des autres engagements pendant cette période de douze mois : les trois rapports écrits, la participation à trois rencontres avec des familles et votre collaboration au recrutement de professionnels de la santé de votre établissement de santé et de trois familles que vous suivez actuellement.

Phase post-implantation

Durée : 3 à 4 mois

La dernière phase de cette étude a pour but de ramasser toutes les données collectées en un tout cohérent. Vous aurez à participer à deux ou trois activités pendant cette dernière phase : une entrevue individuelle, un groupe «focus» et peut-être une discussion de groupe synthèse.

VOS ENGAGEMENTS

Plusieurs engagements sont requis si vous participez à cette étude. Pour avoir une vision globale et mieux comprendre comment seront intégrés ces différents engagements pendant l'étude, vous référer au tableau 1 (appendice A) à la fin de ce formulaire. Dans les lignes qui suivent, une description détaillée de chacun des engagements vous est

présentée. À noter qu'ils sont séparés selon qu'ils seront effectués sur vos heures de travail rémunérées ou non rémunérées.

Il est également important de vous préciser que toutes les discussions individuelles et de groupe de cette étude seront enregistrées sur des bandes audionumériques. Ces bandes seront transcrites et conservées sous clef au bureau de l'investigatrice principale Annie Turcotte, pendant la réalisation de sa thèse doctorale. À la suite de sa soutenance, qui devrait avoir lieu au courant de l'année 2011, les bandes audionumériques seront détruites.

SUR LES HEURES DE TRAVAIL RÉMUNÉRÉES :

Voici en détail les six types d'engagement demandés pendant l'étude et qui seront effectués sur vos heures de travail rémunérées.

Participer à deux groupes «focus»:

Phase pré-implantation (dans le mois suivant le début de l'étude) :

Un groupe «focus» avec les cinq autres IPO participantes cochercheuses, le consultant facilitateur et l'investigatrice principale. Il a pour but d'en arriver à une compréhension commune des principales difficultés vécues et des attentes des IPO face à la pratique réflexive. Durée : 60 à 90 minutes. Ce groupe « focus » aura lieu soit à HCLM ou, fort probablement, dans un des locaux de l'Agence régionale de santé et services sociaux de la Montérégie.

Phase post-implantation (14 à 16 mois, après le début de l'étude) :

Un groupe «focus» avec les cinq autres participantes cochercheuses, le consultant facilitateur et l'investigatrice principale. Il a pour but d'obtenir une compréhension de l'ensemble des résultats de l'étude, à partir de la perspective des IPO qui ont participé à l'implantation de la PR. Durée : 60 à 90 minutes. Ce groupe « focus » aura lieu soit à

HCLM ou, fort probablement, dans un des locaux de l'Agence régionale de santé et services sociaux de la Montérégie.

Participer à neuf rencontres du groupe de la PR :

L'implantation de la PR se divise en trois cycles. Chaque cycle comprend trois rencontres du groupe de la PR, pour un total de 9 rencontres du groupe de la PR pour toute la durée de l'étude. Ces rencontres s'effectueront en présence des six IPO participantes cochercheuses, du consultant facilitateur, des deux observatrices participantes et de l'investigatrice principale. Elles auront lieu environ une fois aux 4 semaines et dureront trois heures chacune. Chaque rencontre permettra à deux IPO de présenter et analyser une situation professionnelle difficile vécue. Les rencontres du groupe de la PR se dérouleront à HCLM.

Participer à trois rencontres du groupe de cochercheuses (bilans) :

Le groupe de cochercheuses sera composé des six IPO participantes cochercheuses, du consultant facilitateur, des deux observatrices participantes et de l'investigatrice principale. Il y aura une rencontre du groupe de cochercheuses à la fin de chaque cycle, pour un total de trois rencontres sur toute la durée de l'étude. L'objectif de ces rencontres est d'en arriver à une compréhension et une analyse commune des expériences-clés de la PR, de sa capacité à aider les IPO à résoudre leurs difficultés cliniques, interprofessionnelles et organisationnelles soulevées et, ultimement, d'évaluer l'influence de la PR sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » et sur l'expérience de santé de familles, au sein du cycle réflexif en cours. Elles permettront aussi aux observatrices participantes de réfléchir sur leur propre pratique professionnelle à l'aide du groupe, à partir des apprentissages faits pendant le cycle en cours. Ces rencontres dureront entre 90 minutes et trois heures. Les ateliers se dérouleront à HCLM.

Participer au recrutement de :

FAMILLES : Vous devrez recruter, pendant la phase d'implantation de la PR, trois familles touchées par le cancer et que vous suivez, c'est-à-dire une famille par cycle de recherche. Vous devrez choisir des familles avec qui vous aurez eu au moins une interaction, durant la phase d'implantation de la PR et auprès desquelles vous aurez mis en œuvre des compétences réflexives. Votre rôle sera de présenter brièvement à ces familles l'objectif visé par l'étude et de leur remettre, si elles le désirent, le formulaire de consentement éclairé. Si elles sont intéressées à obtenir plus d'informations sur le projet, vous les référerez à l'investigatrice principale.

PROFESSIONNELS en oncologie de votre établissement de santé : D'abord, vous serez appelée à envoyer par courriel une lettre d'invitation déjà préparée par l'investigatrice principale à votre infirmière clinico-administrative, à votre conseillère en soins spécialisée et à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire en oncologie avec qui vous avez été en relation depuis le début de l'implantation de la PR. Si vous êtes dans un centre de santé où il y a plus d'une IPO participante cochercheuse, une seule sera mandatée d'envoyer ce courriel. Deuxièmement, étant donné que les infirmières cliniciennes et techniciennes travaillant en clinique ambulatoire d'oncologie n'ont pas accès à une adresse électronique sur leur milieu de travail, vous devrez afficher cette lettre d'invitation sur les babillards pertinents, de façon à ce que cette invitation à participer puisse être visible pour elles. Enfin, vous serez encouragée à communiquer directement avec des professionnels du programme d'oncologie de votre région qui, selon vous, pourraient contribuer à enrichir l'évaluation de l'implantation de la PR.

Participer à trois rencontres avec des familles et l'investigatrice principale appelées «rencontres participant-famille/participante cochercheuse » :

À trois reprises pendant l'étude, vous serez appelée à venir évaluer, en compagnie de familles que vous suivez et que vous aurez identifiées, les « soins infirmiers à la famille » que vous avez mis en œuvre et qui, selon vous, ont découlé de l'acquisition de

compétences réflexive. Plus précisément, ces entrevues permettront de décrire les « soins infirmiers à la famille » mis en œuvre et d'explorer l'expérience de santé de ces familles suite à ces soins. La durée de chaque entrevue variera de 60 à 90 minutes.

Participer à la discussion de groupe synthèse (facultatif) :

Il s'agit du dernier engagement de cette étude. Cette discussion a pour but d'obtenir une vision globale de tous les éléments reliés au processus d'implantation d'une PR et de son influence sur la pratique clinique des IPO. La durée devrait varier entre 60 et 90 minutes. Elle aura lieu soit à HCLM ou, fort probablement, dans un des locaux de l'Agence régionale de santé et services sociaux de la Montérégie.

SUR LES HEURES DE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉES :

Participer à deux entrevues individuelles :

La première entrevue aura lieu avant le début de l'implantation de la PR. Elle a pour but d'explorer vos situations professionnelles les plus difficiles qui entravent votre capacité d'offrir et de développer vos soins à la famille, ainsi que d'explorer vos croyances et attentes concernant la pratique réflexive.

La seconde entrevue aura lieu après l'implantation de la PR, un peu plus d'un an après le début de l'étude. Quant à elle, elle vise à explorer votre expérience de la PR et de la démarche de recherche.

Ce sera l'investigatrice principale qui effectuera ces entrevues individuelles, d'une durée variant entre 60 et 90 minutes. Ces entrevues se dérouleront à un endroit de votre choix.

Présenter trois rapports écrits de situations professionnelles qui entravent la mise en œuvre de soins infirmiers à la famille :

Le rapport écrit constitue une étape importante de la démarche réflexive. Il comporte trois parties, chacune poursuivant un objectif précis. Dans la première partie du rapport, vous devrez décrire une difficulté importante vécue en lien avec la mise en œuvre de soins infirmiers à la famille et laquelle vous souhaitez résoudre (en une ou deux phrases). Les problèmes pourront provenir, par exemple, d'éléments directement liés à une relation infirmière-famille difficile ou à un contexte de travail difficile. Ce qui importe est que vous perceviez ces problèmes comme entravant la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille ». Deuxièmement, vous devrez décrire les actions effectuées pour résoudre le problème et avec quel(s) acteur(s) (en un ou deux paragraphes). Enfin, dans la dernière partie du rapport écrit, vous devrez présenter une conversation entretenue avec la ou les personnes reliée(s) au problème soulevé. Les personnes faisant partie du contexte du problème soulevé pourront être des patients/familles, d'autres intervenants de l'équipe ou des gestionnaires. Ce type de rapport devra être produit une fois par 4 mois, pour un total de 3 rapports écrits pour toute la durée de l'étude. Chaque rapport écrit devra être envoyé par courriel à tous les membres du groupe de la PR, au moins une semaine avant la rencontre où la situation qui s'y trouve sera analysée. Ils serviront de point de départ à la réflexion, lors des rencontres du groupe de la PR. Un outil sera mis à votre disposition pour vous permettre de rapporter les éléments importants du problème (disponible à l'appendice B de ce formulaire).

LA QUALIFICATION DU FACILITATEUR

Le consultant facilitateur, M. Jacques Tremblay, psychologue et consultant, conseiller au développement de l'individu, de l'équipe et de l'organisation, soutiendra les participantes cochercheuses lors de l'implantation de la PR. Le consultant facilitateur possède une grande expérience de la facilitation de groupes dans ce type de démarche. Il pourra donc créer un contexte favorable au développement de compétences réflexives,

en vous soutenant et guidant concrètement dans l'application de ces nouvelles habiletés. Une entente de confidentialité concernant les renseignements et données colligés pendant cette étude a été signée par M. Jacques Tremblay, avant le début de l'étude.

LE RÔLE DES OBSERVATRICES PARTICIPANTES

Les deux observatrices participantes seront Mme X et Mme Y du programme d'oncologie. Leur participation à cette étude a pour but ultime d'augmenter votre appropriation de connaissances et compétences propres à la pratique réflexive, pendant la réalisation de l'étude. Le rôle d'observatrice participante leur permettra d'acquérir des connaissances et compétences sur la PR, simultanément à vous et, ainsi, leur permettra de vous soutenir lors de votre implantation d'une PR, en temps réels, c'est-à-dire en dehors du cadre soutenant des rencontres mensuelles du *groupe de PR* ou du *groupe de cochercheuses*.

Une entente de confidentialité, concernant les renseignements et données colligés en groupe (ce qui est dit et ce qui a lieu) pendant cette étude a été signée par les deux observatrices participantes, avant leur entrée dans l'étude.

LA QUALIFICATION DE L'INVESTIGATRICE PRINCIPALE

L'investigatrice principale possède les habiletés nécessaires pour réaliser ce type d'études. De plus, elle sera bien encadrée par sa directrice de thèse, Louise Bouchard, inf. Ph. D, qui a une expérience respectable en recherche et dans la supervision d'étudiantes aux études, à des cycles supérieurs.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

- Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :
- Assumer les fonctions du rôle d'IPO dans l'un des établissements de santé de la région où se déroulera l'étude
- Démontrer un fort intérêt pour l'implantation d'une PR et l'évaluation de son influence sur votre pratique clinique
- Parler et écrire aisément le français

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Un des risques à prendre à part à cette étude réside dans le fait que la pratique réflexive puisse, dans certains cas, créer des sentiments temporaires de vulnérabilité, d'incompétence, de déception ou d'embarras. Le consultant facilitateur qui participera à cette étude devrait posséder les compétences requises pour vous soutenir lors de ces moments, mais il y a tout de même un risque que ceux-ci se vivent. Par conséquent, dans le cas où vous exprimeriez des besoins particuliers de soutien, en dehors des activités de l'étude, en lien avec votre expérience à ce projet, vous pourrez communiquer avec l'investigatrice principale, Annie Turcotte, qui, si nécessaire, vous réfèrera rapidement à M. Jacques Tremblay, notre consultant facilitateur, sans frais de votre part. De plus, comme la pratique réflexive a pour but de porter un regard critique sur vos difficultés professionnelles, en explorant vos valeurs, croyances et comportements, il est possible que celles-ci mettent à jour des souffrances personnelles plus grandes, non en lien avec cette étude et qui nécessiteront un soutien professionnel spécifique. Le cas échéant, l'investigatrice principale soutiendra votre démarche pour avoir recours, dans les plus brefs délais, au service professionnel approprié.

Enfin, un des derniers risques inhérents à participer à une étude à caractère participatif, est certainement lié au bris de confidentialité par l'un des membres du groupe et au risque que, conséquemment, des malaises soient vécus par l'une des participantes

cochercheuses et certains intervenants des équipes locales. Pour ce faire des mesures ont été intégrées au projet et sont explicitées à la section « Confidentialité » de ce formulaire.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Votre participation à cette étude comporte deux grands avantages. Elle vous donne l'occasion d'implanter une nouvelle pratique, la pratique réflexive, dans votre réalité quotidienne. Elle vous permet de participer, en tant que cochercheuse avec d'autres de vos collègues, à l'évaluation de l'influence de la PR sur la résolution de problèmes qui entravent votre pratique auprès de familles aux prises avec le cancer et, ultimement, à l'évaluation de son influence sur la mise en œuvre de soins infirmiers à la famille. Plus précisément, la pratique réflexive pourra vous être d'une grande utilité pour évaluer et améliorer l'efficacité de vos actions ou interventions choisies dans le feu de l'action.

Elle vous permettra de soumettre à la critique n'importe quelle difficulté vécue qui, selon vous, affecte la mise en œuvre de soins auprès de familles touchée par le cancer, qu'elle concerne vos relations intraprofessionnelles, vos relations interprofessionnelles, vos relations auprès de gestionnaires ou de familles.

De plus, la pratique réflexive vous permettra de développer des compétences réflexives. Celles-ci, à long terme, devraient vous permettre de gérer plus efficacement les nouveaux défis, les changements ou les nouvelles difficultés auxquels vous serez confronté dans votre pratique professionnelle.

Aussi, votre participation et celles de vos pairs, en tant que cochercheuses à cette recherche évaluative, permettront que les connaissances scientifiques produites soient plus significatives pour les professionnels ancrés dans la clinique, puisqu'elles auront été enrichies de plusieurs perspectives, pas seulement de la vision de l'investigatrice principale.

Enfin et de façon plus générale, vous contribuerez à l'avancement des connaissances concernant l'implantation d'une pratique réflexive et de son influence sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude. Les frais du consultant facilitateur pour vous soutenir lors de l'implantation d'une pratique réflexive dans votre réalité quotidienne seront autofinancés par l'investigatrice principale.

Un remboursement vous sera offert pour les frais de stationnement occasionnés par votre participation aux activités de cette étude, le cas échéant. Aussi, un remboursement de 30\$/rencontre de recherche sera offert pour couvrir les frais de déplacement des participantes dont l'établissement local de santé se situe à plus de 15 km du lieu des rencontres de recherche.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'investigatrice principale ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

Dans le cadre d'une recherche-action collaborative comme celle-ci, les engagements éthiques traditionnels, tels que d'assurer aux participants qu'on ne reconnaîtra pas le milieu, que des pseudonymes seront utilisés, que l'anonymat des participants sera possible, sont insuffisants, puisque les données sont collectés, la plupart du temps, en groupe et sur le terrain.

Par conséquent, le respect de la confidentialité des récits et des données rapportés ainsi que l'anonymat ne pourront pas reposer que sur la seule vigilance et responsabilité de l'investigatrice principale.

Au contraire, si vous acceptez de participer à cette étude, vous devez accepter de partager la responsabilité quant au respect de la confidentialité des données rapportées (ce qui est dit et ce qui a lieu) lors des activités de groupe, pendant la recherche. De plus, votre vulnérabilité tout comme les meilleures façons de retourner ou d'utiliser les données dans vos milieux respectifs devront être évaluées et négociées au sein du groupe de recherche, c'est-à-dire entre vous, vos collègues IPO, les deux observatrices participantes, l'investigatrice principale et le consultant facilitateur.

De son côté, l'investigatrice principale prendra les mesures suivantes pour protéger la confidentialité des participants

Un code spécifique vous sera assigné afin d'éliminer toutes les informations pouvant servir à vous identifier lors du processus d'analyse ou encore lors de publications ultérieures. La personne responsable de la clé des codes attribués pour assurer la confidentialité des données est l'investigatrice principale Annie Turcotte (xxx-xxx-xxxx).

Dans la mesure du possible, c'est-à-dire en étant conscient des risques associés à la confidentialité des données collectées en groupe, tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Aucune information vous concernant ne sera divulguée à vos employeurs actuels ou futurs, aux institutions académiques ou encore à l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Pour ce faire, la clé des codes sera conservée sous clef, au bureau d'Annie Turcotte, au pavillon Marguerite d'Youville, Université de Montréal. Quant à eux, les renseignements et données de cette étude seront conservés sous clef à son bureau (Annie Turcotte), à l'Hôpital Charles-LeMoine. Tous ces renseignements et données seront détruits 5 ans après la fin de l'étude.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information qui pourrait vous identifier ne sera dévoilée.

L'investigatrice principale s'assurera également qu'il y ait un rappel formel, au début de chaque rencontre du « groupe de la PR » et du « groupe de cochercheuse », de l'importance du respect de la confidentialité des données colligées en groupe;

Afin de préserver l'anonymat des intervenants des équipes locales faisant partie du contexte des difficultés soumises à la pratique réflexive par l'une des IPO, aucun nom et prénom réels ne devront figurer dans les rapports écrits et être mentionnés, lors des rencontres de groupe;

Enfin, une Unité de consultation en éthique clinique offrira trois rencontres facultatives, soit une rencontre à la fin de chaque cycle réflexif de recherche afin de soutenir le groupe des IPO participantes cochercheuses pendant l'étude. Ces rencontres dureront de 60 à 90 minutes. Elles auront pour but de permettre à votre groupe de participantes cochercheuses de présenter des cas cliniques difficiles vécus en interdisciplinarité et d'aborder et analyser les aspects éthiques importants à considérer lors de ces situations, le cas échéant. Cette expertise, étant ancrée dans la réalité quotidienne, elle permettra de vous offrir un renforcement des aspects éthiques à considérer sur le terrain et de minimiser les risques liés à d'éventuels malaises qui pourraient être vécus lors de votre travail sur des situations cliniques interdisciplinaires difficiles.

Des stratégies d'intervention seront également disponibles dans l'éventualité où, malgré toutes les mesures prises, des malaises étaient vécus par vous ou des membres de votre équipe locale, lors de l'implantation de la PR sur le terrain ou suite à un bris de confidentialité :

- Possibilité de consultations ponctuelles avec M. Jacques Tremblay, psychologue et conseiller dans le développement de l'individu, de l'équipe et de l'organisation, afin d'aider la participante cochercheuse et/ou les membres de l'équipe concernée à gérer le malaise soulevé.

- Intégration de membres d'une équipe locale à l'une des périodes de consultation avec l'unité de consultation en éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher, afin de les aider à gérer la situation clinique interdisciplinaire à l'origine du malaise. Ces rencontres permettront aux personnes impliquées dans la situation difficile de prendre part au processus de réflexion éthique. L'intégration de membres d'équipes locales sera préalablement discutée entre l'investigatrice principale, les participantes cochercheuses, Mme Dion-Labrie, consultante et membre de l'unité de consultation en éthique clinique de l'Hôpital Pierre-Boucher, les responsables cliniques et les médecins impliqués dans ces équipes.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez la chercheuse à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoyne afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à un membre de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations de travail.

Aussi, dans l'éventualité où vous décidiez à n'importe quel moment de vous retirer de l'étude, l'information recueillie sur vous jusqu'à ce point sera quand même conservée pour l'analyse, sauf si vous faites la demande que certaines de ces informations, celles collectées individuellement auprès de vous, soient écartées de l'étude. Toutefois, les données obtenues lors des entretiens de groupe seraient tout de même conservées pour l'analyse. Ces données sont dénominalisées automatiquement et il est impossible pour l'investigatrice principale de déterminer, par le biais des enregistrements audio numériques, les portions de l'entretien dites par les différentes participantes. Toutefois, si vous êtes en mesure d'identifier certains des propos précis que vous avez tenus, lors de ces discussions, et que vous désirez qu'ils ne soient pas retenus pour l'analyse, il sera possible de les écarter à votre demande.

EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Il est possible que vous soyez exclue de l'étude pour les raisons suivantes :

- Si, à la suite d'un changement de votre état, la participation à l'étude vous exposait à un risque particulier.
- Si vous ne respectez pas les engagements associés à la recherche

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec AnnieTurcotte, investigatrice principale, au (xxx) xxx-xxxx ou (xxx) xxx-xxxx ou par courriel XXXXXXXX.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5434.

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

RECITS ENREGISTRÉS

Oui, j'accepte que...

les entrevues individuelles,
les rencontres avec des familles et l'investigatrice principale,
les groupes «focus»,
les rencontres du groupe de la pratique réflexive (PR)
les rencontres du groupe de cochercheuses
et la discussion de groupe synthèse

...auxquels je participerai soient enregistrés pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

UTILISATION SECONDAIRE DE DONNEES COLLECTEES AUPRES DE VOUS PENDANT L'ETUDE,
sans divulgation de données confidentielles qui pourraient vous identifier

Oui, j'accepte que des données collectées auprès de moi pendant cette étude et qui ne permettent pas de m'identifier puissent servir à d'autres recherches portant sur le thème de la « pratique réflexive » ou sur les « soins infirmiers à la famille »

Non, je n'accepte pas que des données collectées auprès de moi, pendant cette étude, et qui ne permettent pas de m'identifier puissent servir à d'autres recherches portant sur le thème de la « pratique réflexive » ou sur les « soins infirmiers à la famille »

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne me porte préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera déposé dans mon dossier de recherche.

 Signature du sujet

 Nom (caractères d'imprimerie)

 Date / heure (si requis)

 Signature du témoin

 Nom (caractères d'imprimerie)

 Date / heure (si requis)

 Signature de la personne qui a présenté le
consentement

 Nom (caractères d'imprimerie)

 Date / heure (si requis)

APPENDICE A :

Tableau 1 : Engagements de l'IPO participante cochercheuse pendant l'étude, sur le continuum temps (en mois)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Phase pré-implantation	Phase d'implantation de la pratique réflexive (PR)															Phase post-implantation	
	Cycle réflexif 1					Cycle réflexif 2					Cycle réflexif 3						
Une entrevue individuelle lors de la signature du formulaire de consentement	Une rencontre du groupe de la PR aux 3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} mois					Une rencontre du groupe de la PR aux 7 ^{ème} , 8 ^{ème} et 9 ^{ème} mois					Une rencontre du groupe de la PR aux 11 ^{ème} , 12 ^{ème} et 13 ^{ème} mois					Une entrevue individuelle (15 ^{ème} mois)	
Groupe « focus » dans le mois suivant l'entrevue individuelle	Présentation d'un rapport écrit pendant ce cycle					Présentation d'un rapport écrit pendant ce cycle					Présentation d'un rapport écrit pendant ce cycle					Un groupe « focus » avec les autres IPO participantes pendant le 16 ^{ème} mois Une discussion de groupe synthèse pendant le 17 ^{ème} mois	
	Contact pour le recrutement d'une famille					Contact pour le recrutement d'une famille					Contact pour le recrutement d'une famille						
	Une rencontre famille/IPO participante pendant le cycle					Une rencontre famille/IPO participante pendant le cycle					Une rencontre famille/IPO participante pendant le cycle						
	Une rencontre du groupe de cochercheuses à la fin du cycle					Participation au recrutement de professionnels membres de votre					Une rencontre du groupe de cochercheuses à la fin du cycle						

N. B: Engagements reliés à l'implantation d'une PR

Annexe I : Formulaire de consentement éclairé pour le patient et les membres de la famille participant

N° de projet : mp-hclm-09-011

Titre du projet de recherche : Évaluation de l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer

PROTOCOLE : N/A

COMMANDITAIRE : N/A

CHERCHEUR PRINCIPAL : Annie Turcotte

DÉPARTEMENT DU

CHERCHEUR PRINCIPAL : Programme d'oncologie

Adresse : Hôpital Charles LeMoyne
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Téléphone : (xxx) xxx-xxxx

(pas de poste téléphonique à HCLM)

Cellulaire : (xxx) xxx-xxxx

INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

RAISON D'ÊTRE DE L'ÉTUDE

Le rôle d'infirmière pivot en oncologie (IPO), introduit au Québec au début des années 2000, est considéré comme innovateur dans le système de soins offerts aux personnes atteintes de cancer et aux membres de leur famille. Il est perçu comme « le point d'ancrage » tant pour les professionnels de l'équipe interdisciplinaire que pour les familles, et ce, tout au long de la trajectoire du patient à travers le système de soins pour le traitement de son cancer. L'investigatrice principale propose, dans le cadre de sa thèse de doctorat, d'implanter et d'évaluer une pratique réflexive (PR), afin d'aider les IPO à réfléchir et agir sur les difficultés qui nuisent à leur mise en œuvre de soins infirmiers auprès de familles dont l'un des membres est atteint de cancer.

BUT DE CETTE PARTIE DE L'ÉTUDE

Explorer les interactions les plus utiles qui ont eu lieu entre votre famille et votre IPO, depuis qu'elle développe de nouvelles compétences. Aussi, explorer l'influence de ces interactions sur votre expérience de santé.

DURÉE DE L'ÉTUDE

L'étude se déroulera sur une période d'environ 18 mois.

DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Le déroulement de l'étude se divise en trois grandes étapes : la phase pré-implantation, la phase d'implantation de la PR et la phase post-implantation.

La première phase de l'étude est complétée. Nous sommes actuellement dans la phase d'implantation de la PR. Lors de cette phase, les infirmières pivots en oncologie qui participent à l'étude, dont votre infirmière pivot, développent de nouvelles compétences. La durée totale de cette phase est d'environ 12 mois.

VOS ENGAGEMENTS

Compléter l'outil intitulé « Identification des conversations les plus utiles avec l'infirmière pivot en oncologie »

Cet outil devra être rempli individuellement par chaque membre de la famille qui participera à l'engagement #2 ci-dessous, soit à la rencontre avec leur infirmière pivot en oncologie et l'investigatrice principale. Cet outil rempli devra être remis à l'investigatrice principale avant le début de la rencontre décrite au 2^{ème} engagement. Il a pour but de vous donner du temps avant la rencontre (2^{ème} engagement) pour identifier et mettre par écrit une des conversations les plus utiles qui a eu lieu avec votre IPO, au cours des trois derniers mois. Cet outil servira de point de départ pour explorer en profondeur les interactions avec l'infirmière pivot les plus significatives pour chaque membre de votre famille, et leur influence sur votre expérience de santé.

Participer à une rencontre avec votre infirmière pivot en oncologie et l'investigatrice principale, Annie Turcotte :

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous et les autres membres de votre famille intéressés serez invités à participer à une rencontre avec votre infirmière pivot en oncologie dans les prochains jours ou les prochaines semaines. Cette rencontre sera dirigée par l'investigatrice principale, Annie Turcotte. Cette rencontre a pour but d'explorer plus en profondeur, avec vous et votre infirmière pivot en oncologie, les interactions rapportées comme étant les plus utiles et, ultimement, d'explorer l'influence concrète de ces interactions sur votre expérience de santé. La durée de la rencontre variera de 60 à 90 minutes. Elle sera enregistrée sur bande audionumérique. Cette bande audionumérique sera transcrite et, par la suite, conservée sous clef au bureau de l'investigatrice principale, Annie Turcotte, pendant la réalisation de sa thèse doctorale. La bande sera immédiatement détruite suite à sa soutenance de thèse. La rencontre aura lieu à votre établissement de santé, à un moment convenable pour vous et votre infirmière pivot en oncologie.

Participer à un groupe «focus» (facultatif) :

Aussi, si vous y avez consenti, vous pourrez être approché pour participer à un groupe « focus », à la fin de l'étude. Un groupe « focus » correspond à une discussion de groupe comprenant entre 6 à 12 personnes. Dans le cadre de cette étude, le groupe «focus» sera composé d'autres patients et membres de familles touchées par le cancer qui ont, comme vous, participer plus tôt dans l'étude à une rencontre avec leur infirmière pivot en oncologie et l'investigatrice principale. Ce groupe « focus » sera animé par l'investigatrice principale Annie Turcotte. Le but de ce groupe «focus» est d'obtenir une compréhension globale et approfondie des soins à la famille mis en œuvre suite à l'acquisition de nouvelles compétences des infirmières pivots, à partir de la perspective des familles. De plus, cette activité permettra de mieux comprendre l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer suite aux soins reçus et de faire des recommandations qui tiennent compte de leurs réalités. La rencontre durera de 60 à 90

minutes et sera enregistrée sur bande audionumérique. Cette bande audionumérique sera transcrite et, par la suite, conservée sous clef au bureau de l'investigatrice principale, Annie Turcotte, pendant la réalisation de sa thèse doctorale. La bande sera immédiatement détruite suite à sa soutenance de thèse. Elle aura lieu dans un des locaux de l'Agence régionale de santé et services sociaux de la Montérégie.

À noter que le groupe « focus » est une rencontre facultative. Si vous avez consenti à ce que l'on vous interpelle pour prendre part à cette activité de recherche, au moment opportun, l'investigatrice principale communiquera avec vous par téléphone. À ce moment, vous aurez encore la possibilité de refuser de participer à cette discussion de groupe, sans risque de préjudice.

LA QUALIFICATION DE L'INVESTIGATRICE PRINCIPALE

L'investigatrice principale possède les habiletés nécessaires pour réaliser ce type d'études. De plus, elle sera bien encadrée par sa directrice de thèse, Louise Bouchard, inf. Ph.D, qui a une expérience respectable en recherche et dans la supervision d'étudiantes aux études, à des cycles supérieurs.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- Un des membres de votre famille est diagnostiqué de cancer
- Le ou les membres qui représentent la famille doivent avoir eu au moins une interaction avec l'une des IPO, participantes cochercheuses, durant la phase d'implantation de la PR
- Parler et écrire aisément le français

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Aucun risque ou inconfort connu ou éventuel n'est envisagé concernant votre participation à cette étude. Toutefois, advenant que vous exprimiez un besoin particulier auquel l'investigatrice principale ne pourrait pas répondre, vous serez référé aux services professionnels appropriés.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Votre participation à cette étude vous donnera l'occasion d'échanger avec votre infirmière pivot en oncologie sur les soins infirmiers reçus et votre expérience de santé, à la suite de son acquisition de nouvelles compétences, et permettra à votre IPO de porter un regard constructif sur sa pratique auprès de votre famille et d'autres familles touchées par le cancer.

Aussi, votre participation à cette étude nous permettra de produire des connaissances scientifiques qui intègrent l'expertise des familles, c'est-à-dire qui tiennent compte de leur expérience de la maladie et de leur évaluation des soins reçus. Ces connaissances scientifiques, enrichies de votre expérience, pourront, par la suite, servir à améliorer l'implantation de la pratique réflexive, de façon à qu'elle réponde davantage aux besoins des familles, tels que décrits par les familles non seulement par les professionnels et les chercheurs.

Enfin, dans l'éventualité où vous participeriez au groupe «focus», celui-ci vous permettra d'échanger avec d'autres familles touchées par le cancer, sur vos expériences de soins respectives et leur évaluation. Ce sera une occasion pour vous et d'autres familles de faire des recommandations concernant les soins infirmiers à la famille en oncologie.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Les frais de stationnement seront remboursés aux membres de la famille participant, lors de la rencontre avec leur infirmière pivot et l'investigatrice principale et, le cas échéant, lors du groupe « focus ».

Une compensation de 30\$/participant sera également offerte aux membres de la famille ayant accepté de se déplacer pour participer au groupe « focus ».

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice moral que ce soit par la suite de votre participation à l'étude, vous serez référé au service de soutien professionnel nécessaire.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse et les institutions impliquées de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité des données sera assurée en vous assignant un code spécifique et par l'élimination de toutes les informations pouvant servir à vous identifier lors du processus d'analyse ou encore lors de publications ultérieures. La personne responsable de la clé des codes attribués pour assurer la confidentialité des données est l'investigatrice principale Annie Turcotte (xxx-xxx-xxx). La clé des codes sera conservée sous clef à son bureau, au pavillon Marguerite d'Youville, Université de Montréal. Quant à eux, les renseignements et données de cette étude seront conservés sous clef, au bureau d'Annie Turcotte, à l'Hôpital Charles-LeMoyne.

Toutefois, le respect de la confidentialité des récits et des données rapportés lors du groupe «focus», s'il a lieu pour vous, ne pourront pas reposer que sur la seule vigilance

et responsabilité de l'investigatrice principale Annie Turcotte. Au contraire, si vous acceptez de participer à cette discussion de groupe, vous devez accepter de partager la responsabilité de la confidentialité des données collectées en groupe et l'anonymat. En ce sens, la confidentialité de ces données sera assurée dans la mesure du possible.

Toujours dans la mesure du possible, c'est-à-dire en étant conscient des risques associés à la confidentialité des données collectées en groupe, tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Toutes les données colligées seront détruites 5 ans après la fin de l'étude.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information qui pourrait vous identifier ne sera dévoilée.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez l'investigatrice principale à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoyne, afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans

avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'investigatrice principale.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre infirmière pivot en oncologie et les autres intervenants.

Aussi, dans l'éventualité où vous décidiez à n'importe quel moment de vous retirer de l'étude, l'information recueillie sur vous jusqu'à ce point sera quand même conservée pour l'analyse, sauf si vous faites la demande que certaines de ces informations, celles collectées individuellement auprès de vous, soient écartées de l'étude. Toutefois, les données obtenues lors des entretiens de groupe seraient tout de même conservées pour l'analyse. Ces données sont dénominalisées automatiquement et il est impossible pour l'investigatrice principale de déterminer, par le biais des enregistrements audio, les portions de l'entretien dites par les différentes participantes. Toutefois, si vous êtes en mesure d'identifier certains des propos précis que vous avez tenus, lors de ces discussions, et que vous désirez qu'ils ne soient pas retenus pour l'analyse, il sera possible de les écarter à votre demande.

EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Il est possible que vous soyez exclu de l'étude pour la raison suivante :

- Si, à la suite d'un changement de votre état, la participation à l'étude vous exposait à un risque particulier.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec AnnieTurcotte, investigatrice principale, au (xxx) xxx-xxxx, au (xxx) xxx-xxxx ou par courriel xxxxxxx.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5434.

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

RECITS ENREGISTRÉS

Oui, j'accepte que la rencontre avec mon infirmière pivot en oncologie et l'investigatrice principale et, le cas échéant, le groupe « focus » auxquels je participerai soient enregistrés pour les fins de cette étude.

Signature du patient	Nom (caractères d'imprimerie)	Date / heure (si requis)
----------------------	-------------------------------	--------------------------

Signature du membre de la famille	Nom (caractères d'imprimerie)	Date / heure (si requis)
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------

Signature du membre de la famille	Nom (caractères d'imprimerie)	Date / heure (si requis)
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------

Signature du membre de la famille	Nom (caractères d'imprimerie)	Date / heure (si requis)
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon infirmière pivot en oncologie et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera déposé dans mon dossier de recherche.

J'accepte que mon infirmière pivot rencontre les membres de ma famille participant identifiés ci-après.

Signature du patient

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du témoin

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature de la personne qui a
présenté le consentement

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Oui, je consens à ce que l'on communique avec moi, à la fin de l'étude, pour m'offrir la possibilité de participer ou non à la rencontre facultative, c'est-à-dire au groupe « focus »

Non, je ne consens pas à ce que l'on communique avec moi, à la fin de l'étude, pour m'offrir la possibilité de participer ou non à la rencontre facultative, c'est-à-dire au groupe « focus »

Signature du patient

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

UTILISATION SECONDAIRE DE DONNEES COLLECTEES AUPRES DE VOUS PENDANT L'ETUDE, sans divulgation de données confidentielles qui pourraient vous identifier

Oui, j'accepte que des données collectées auprès de moi, pendant cette étude, et qui ne permettent pas de m'identifier puissent servir à d'autres recherches portant sur le thème de la « pratique réflexive » ou sur les « soins infirmiers à la famille »

Non, je n'accepte pas que des données collectées auprès de moi, pendant cette étude, et qui ne permettent pas de m'identifier puissent servir à d'autres recherches portant sur le thème de la « pratique réflexive » ou sur les « soins infirmiers à la famille »

Signature du patient

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du membre de la famille

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Annexe J : Formulaire de consentement éclairé pour les participants co-professionnels

N° de projet : mp-hclm-09-011

Titre du projet de recherche : Évaluation de l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer

PROTOCOLE : N/A

COMMANDITAIRE : N/A

CHERCHEUR PRINCIPAL : Annie Turcotte

DÉPARTEMENT DU

CHERCHEUR PRINCIPAL : Programme d'oncologie

Adresse : Hôpital Charles LeMoyne
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

TÉLÉphone : (xxx) xxx-xxxx

(pas de poste téléphonique à HCLM)

Cellulaire : (xxx) xxx-xxxx

INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

RAISON D'ÊTRE DE L'ÉTUDE

Le rôle d'infirmière pivot en oncologie (IPO), introduit au Québec au début des années 2000, est considéré comme innovateur dans le système de soins offerts aux personnes atteintes de cancer et leur famille. Il est perçu comme « le point d'ancrage » tant pour les professionnels de l'équipe interdisciplinaire que pour les familles, et ce, tout au long de la trajectoire du patient à travers le système de soins pour le traitement de son cancer. L'investigatrice principale propose, dans le cadre de sa thèse de doctorat, d'implanter et d'évaluer une pratique réflexive (PR), afin d'aider les IPO à réfléchir et agir sur les difficultés qui nuisent à leur mise en œuvre de soins infirmiers auprès de familles dont l'un des membres est atteint du cancer.

BUT DE L'ÉTUDE

À partir de la perception des détenteurs d'enjeux, évaluer l'influence de l'implantation d'une pratique réflexive sur la mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » des IPO et sur l'expérience de santé de familles aux prises avec le cancer

DURÉE DE L'ÉTUDE

L'étude se déroulera sur une période d'environ 18 mois.

DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Le déroulement de l'étude se divise en trois grandes étapes : la phase pré-implantation, la phase d'implantation de la PR et la phase post-implantation. La première phase de l'étude est complétée. Nous sommes actuellement dans la phase d'implantation de la PR. Cette phase comprend trois cycles réflexifs, chacun d'une durée d'environ quatre mois, à l'intérieur desquels les IPO participantes cochercheuses implantent une pratique réflexive. La durée totale de cette phase sera d'environ 12 mois.

VOS ENGAGEMENTS :

Participer à un ou deux groupes « focus »:

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à un groupe « focus » d'ici la fin de la phase d'implantation, soit d'ici environ un mois à 6 mois. Par la suite, lors de la phase post-implantation de l'étude, vous serez peut-être à nouveau invité à participer à un deuxième groupe «focus». Ceux-ci ont pour but d'intégrer à la recherche, la perspective des autres infirmières et membres de l'équipe interdisciplinaire du programme d'oncologie. Plus précisément, nous souhaitons enrichir notre compréhension et notre évaluation de la PR de votre expérience de ce processus, de votre perception de son influence professionnelle et clinique ou de tout autre aspect que vous jugerez pertinent. Ce sera l'investigatrice principale, Annie Turcotte, qui effectuera ces groupes « focus », d'une durée variant entre 60 et 90 minutes.

Possibilité de participer à une discussion de groupe synthèse (facultatif):

À la fin de vos groupes « focus », l'investigatrice principale vous demandera si vous acceptez que l'on communique avec vous, si nécessaire, pour participer à une discussion de groupe synthèse, dans les semaines suivantes. Si vous répondez affirmativement, cela ne vous engagera pas automatiquement à participer. Lorsque l'investigatrice principale communiquera de nouveau avec vous pour la discussion de groupe synthèse, vous aurez la possibilité de choisir de participer ou non à cette étape de la recherche. Des IPO ayant participé à l'implantation de la pratique réflexive, le consultant facilitateur ayant guidé les IPO pendant la PR et d'autres membres d'équipes de soins en oncologie de notre région participeront à cette discussion de groupe synthèse menée par l'investigatrice principale Annie Turcotte. Le but de cette rencontre est d'obtenir une vision globale de tous les éléments reliés au processus d'implantation d'une PR et de son influence sur la pratique clinique des IPO et, peut-être, d'autres aspects qui auront été soulevés pendant l'étude.

Ces rencontres de groupe, c'est-à-dire les groupes « focus » et la discussion de groupe synthèse, seront enregistrées sur des bandes audionumériques, celles-ci seront transcrites et, par la suite, conservées sous clef au bureau de l'investigatrice principale Annie Turcotte, pendant la réalisation de sa thèse doctorale. Ces bandes seront immédiatement détruites suite à sa soutenance de thèse. Les rencontres auront lieu soit à votre établissement de santé d'attache ou dans un des locaux de l'Agence régionale de santé et services sociaux de la Montérégie. Ils s'effectueront en dehors des heures de travail rémunérées, soit tôt le matin ou en fin de journée, selon la convenance et la disponibilité du plus grand nombre de participants.

LA QUALIFICATION DE L'INVESTIGATRICE PRINCIPALE

L'investigatrice principale possède les habiletés nécessaires pour réaliser ce type d'études. De plus, elle sera bien encadrée par sa directrice de thèse, Louise Bouchard, inf., Ph.D, qui a une expérience respectable en recherche et dans la supervision d'étudiantes aux études, à des cycles supérieurs.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- Être un professionnel de la santé du centre intégré en cancérologie de la région où se déroule l'étude
- Avoir été un témoin direct ou indirect de l'implantation de la PR, chez au moins une des IPO participantes à l'étude
- Parler et écrire aisément le français

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Aucun risque ou inconfort connu ou éventuel n'est envisagé. Toutefois, advenant que vous exprimiez un besoin particulier auquel l'investigatrice principale ne pourrait pas répondre, vous serez référé aux services professionnels appropriés.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Votre participation à cette étude vous donnera l'occasion de partager, avec d'autres professionnels en oncologie, votre expérience de l'implantation d'une pratique réflexive par un groupe d'IPO et de son influence au niveau clinique, interprofessionnel ou organisationnel.

De façon plus générale, votre participation et celles de vos pairs permettront que les connaissances scientifiques produites sur l'influence de la pratique infirmière réflexive en oncologie tiennent compte d'un plus grand nombre de perspectives et, donc, que les recommandations de cette étude soient représentatives de la vision d'un plus grand nombre de détenteurs d'enjeux.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Une compensation de 30\$/rencontre de recherche (groupes « focus » et discussion de groupe synthèse) sera offerte pour couvrir les frais de déplacement des participants co-professionnels dont l'établissement local de santé se situe à plus de 15 km du lieu des rencontres de recherche.

Aussi, les frais de stationnement seront remboursés aux professionnels n'étant pas employés par l'établissement de santé où auront lieu les rencontres de groupe.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice moral que ce soit par la suite de votre participation à l'étude, vous serez référé au service de soutien professionnel nécessaire.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'investigatrice principale et les institutions impliquées de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité des données sera assurée en vous assignant un code spécifique et par l'élimination de toutes les informations pouvant servir à vous identifier lors du processus d'analyse ou encore lors de publications ultérieures. La personne responsable de la clé des codes attribués pour assurer la confidentialité des données est l'investigatrice principale

Annie Turcotte (xxx-xxx-xxxx ou xxx-xxx-xxxx). La clé des codes sera conservée sous clef à son bureau, au pavillon Marguerite d'Youville de Université de Montréal. Quant à eux, les renseignements et données de cette étude seront conservés sous clef au bureau d'Annie Turcotte, situé à l'Hôpital Charles-LeMoine.

Toutefois, le respect de la confidentialité des récits et des données rapportés lors de discussions de groupe ne pourra pas reposer que sur la seule vigilance et responsabilité de l'investigatrice principale Annie Turcotte. Au contraire, si vous acceptez de participer à cette étude, vous devez accepter de partager la responsabilité de la confidentialité des données collectées en groupe et l'anonymat. En ce sens, la confidentialité de ces données sera assurée dans la mesure du possible.

Toujours dans la mesure du possible, c'est-à-dire en étant conscient des risques associés à la confidentialité des données collectées en groupe, tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Aucune information vous concernant ne sera divulguée à vos employeurs actuels ou futurs.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information qui pourrait vous identifier ne sera dévoilée.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoine, afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette

information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

À noter également que toutes les données colligées pendant l'étude seront détruites 5 ans après la fin de l'étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'investigatrice principale.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations de travail.

Aussi, dans l'éventualité où vous décidiez à n'importe quel moment de vous retirer de l'étude, l'information recueillie sur vous jusqu'à ce point sera quand même conservée pour l'analyse. Ces données collectées en groupe sont dénominalisées automatiquement et il est impossible pour l'investigatrice principale de déterminer, par le biais des enregistrements audio, les portions de l'entretien dites par les différentes participantes. Toutefois, si vous êtes en mesure d'identifier certains des propos précis que vous avez tenus, lors de ces discussions, et que vous désirez qu'ils ne soient pas retenus pour l'analyse, il sera possible de les écarter à votre demande.

EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Il est possible que vous soyez exclu de l'étude pour la raison suivante :

- Si, à la suite d'un changement de votre état, la participation à l'étude vous exposait à un risque particulier.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec AnnieTurcotte, investigatrice principale, au (xxx) xxx-xxxx, ou (xxx) xxx-xxxx ou par courriel XXXXXXXX.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5434.

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

RECITS ENREGISTRÉS

Oui, j'accepte que les groupes «focus» et, le cas échéant, la discussion de groupe synthèse auxquels je participerai soient enregistrés pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne me porte préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera déposé dans mon dossier de recherche.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du témoin

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature de la personne qui a
présenté le consentement

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Oui, je consens à ce que l'on communique avec moi, à la fin de l'étude, pour m'offrir la possibilité de participer ou non à la rencontre facultative, c'est-à-dire à la discussion de groupe synthèse

Non, je ne consens pas à ce que l'on communique avec moi, à la fin de l'étude, pour m'offrir la possibilité de participer ou non à la rencontre facultative, c'est-à-dire à la discussion de groupe synthèse

Signature du participant

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

UTILISATION SECONDAIRE DE DONNEES COLLECTEES AUPRES DE VOUS PENDANT L'ETUDE, sans divulgation de données confidentielles qui pourraient vous identifier

Oui, j'accepte que des données collectées auprès de moi, pendant cette étude et qui ne permettent pas de m'identifier puissent servir à d'autres recherches portant sur le thème de la « pratique réflexive » ou sur les « soins infirmiers à la famille »

Non, je n'accepte pas que des données collectées auprès de moi, pendant cette étude, et qui ne permettent pas de m'identifier puissent servir à d'autres recherches portant sur le thème de la « pratique réflexive » ou sur les « soins infirmiers à la famille »

Signature du participant

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Annexe K : Guide des entrevues semi-dirigées pour les IPO (phase de post-implantation)

Questions

1. Parlez-moi de votre expérience de l'implantation d'une pratique réflexive à l'intérieur de ce projet?

1. Quelle est votre perception de l'influence de la pratique réflexive sur les difficultés d'ordre clinique, interprofessionnel ou organisationnel que vous vivez ou avez vécues ?

2. Quelle est votre perception de l'influence de l'implantation de la PR sur votre mise en œuvre de « soins infirmiers à la famille » et sur l'expérience de santé de familles que vous suivez?

3. Selon vous, en quoi la démarche de recherche a-t-elle influencé l'implantation de la pratique réflexive?

4. Est-ce que l'implantation d'une pratique réflexive en valait la peine? Si oui, en quoi a-t-elle été significative, c'est-à-dire utile ou aidante, pour vous? Si non, pouvez-vous élaborer?

5. Quels sont les autres aspects que vous aimeriez parler en lien avec l'implantation d'une pratique réflexive ou le présent projet de recherche?