

Université de Montréal

La sécurité des patients : la contribution de l'approche de *caring* des infirmières
oeuvrant en soins de réadaptation

par
Daphney St-Germain

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique
option organisation des soins de santé

16 mars 2007
© Daphney St-Germain
Université de Montréal
Faculté des études supérieures



UWA
5
158
2004
V.010



AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
La sécurité des patients : la contribution de l'approche de *caring* des infirmières
oeuvrant en soins de réadaptation

présentée par :
Daphney St-Germain

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur	<u>Lise Lamothe</u>
Directeur de recherche	<u>Régis Blais</u>
Co-directrice	<u>Chantal Cara</u>
Membre du jury	<u>Marie-Pascale Pomey</u>
Examinatrice externe	<u>Hélène Sylvain</u>
Représentant du doyen de la FES	<u>Lise Lamothe</u>

SOMMAIRE

Certains travaux en santé publique et en sciences infirmières suggèrent que la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a) contribuerait à la qualité des soins aux patients. Cependant, la contribution spécifique du *caring* à la sécurité des patients a été peu élucidée jusqu'à présent dans les études antérieures. Compte tenu des besoins particuliers des patients bénéficiant de soins de réadaptation, il est présumé que cette approche de *caring* pourrait jouer un rôle important dans leur sécurité. L'objectif de cette étude était alors de comprendre la façon dont, selon des infirmières qui oeuvrent en soins de réadaptation, leur approche de *caring* pouvait contribuer à la sécurité des patients à partir du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003). Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de 20 infirmières, dont dix-sept soignantes et trois gestionnaires oeuvrant dans un établissement de soins de réadaptation. La méthode phénoménologique de Giorgi (1997) utilisée a permis de faire l'analyse des données en découpant les verbatims des participants en unités de signification qui ont ensuite été réduites en 25 sous-thèmes, cinq thèmes et deux méta-thèmes. Cette réduction phénoménologique a fait émerger « l'essence du phénomène » par la variation libre et imaginative effectuée après des lectures minutieuses et répétées des données. D'une part, les résultats obtenus ont permis de dégager qu'avec une approche de *caring* les infirmières démontrent une bienveillance professionnelle accrue et une imputabilité à l'égard du bien-être à long terme des patients et de leur famille. En outre, cette approche de *caring* s'avère soumise à l'influence de facteurs extrinsèques et intrinsèques provenant de l'organisation du travail et du nombre d'années d'expérience des infirmières. D'autre part, cette prestation de soins empreinte d'humanité et qui vise à répondre aux besoins individuels des patients entraîne éventuellement un processus de transformation durable autant chez les patients, chez les infirmières que dans le système de soins de santé. Ce processus transformationnel qui agit à long terme fait ainsi en sorte que les patients se montrent collaboratifs dans leurs soins, autonomes et responsables face à leur santé. De même, par rétroaction, ce processus transformationnel se répercute sur les infirmières en leur faisant percevoir une plus grande pertinence ou un plus grand « sens » conféré à leur travail au quotidien. De plus,

par rétroaction, ce processus transformationnel peut rejaillir, à long terme, sur le système de soins de santé en diminuant le temps de séjour et le taux de réadmissions des patients ainsi qu'en augmentant la rétention des infirmières novices. Ce processus transformationnel se manifeste lors des résultats intermédiaires illustrés par le *Modèle Caring-Qualité*© et constitue alors la contribution particulière de l'approche de *caring* à la sécurité des patients.

À la lumière de ces résultats, des enseignements peuvent être tirés en clinique et en recherche afin d'élargir la conception de la sécurité des patients à long terme tant au niveau physique, psychologique que psychosocial. De plus, des efforts individuels et organisationnels devraient être faits afin de soutenir le leadership des infirmières au sein des équipes multidisciplinaires dans le but de renforcer la collaboration interdisciplinaire qui s'avère primordiale dans la sécurité des patients. Enfin, les résultats de cette étude suggèrent que les établissements de soins autant de courte durée que de longue durée auraient avantage à afficher avec fierté leur intérêt premier à répondre aux besoins des patients et de leur famille à travers une organisation des soins sensible à leur réalité.

Mots-clés : sciences infirmières, organisation des soins de santé, sécurité des patients, soins de réadaptation, qualité de la pratique professionnelle, résultats de soins, conditions de travail des infirmières, événements indésirables, erreurs médicales, collaboration interdisciplinaire, philosophie du *caring*.

ABSTRACT

Public health and nursing research suggest that Watson's *Human Caring* philosophy could contribute to the quality of patient care. However, the specific contribution to patient safety has not been described. Considering the needs of patients' in rehabilitation care, a caring approach could substantially promote their safety in this type of setting. The main goal of this study was to understand how a caring approach by nurses working in rehabilitation care could contribute to the safety of these patients from *The Quality-Caring Model*© of Duffy and Hoskins (2003). Individual semi-structured interviews were conducted with 20 nurses (17 clinicians and 3 managers) working in a rehabilitation setting. Data analysis using Giorgi's (1997) phenomenological methodology generated 25 sub-themes, five themes and two meta-themes from the verbatim transcriptions of participants. The essence of the phenomenon emerged via free and imaginative variation of repetitive readings of the data by the researcher. First, results indicate that in a caring approach nurses display greater kindness and accountability to patients and their family long-term well-being. Moreover, nurses caring approach influenced by intrinsic and extrinsic factors come from organizational work and nurse's number of years of experience. Second, this human approach that responds to patients' individual needs leads possibly to a lasting transformational process for patients, nurses and health care system. This long-term transformational process induces patients to be collaborative in their cares, autonomous and responsible for their health. By feedback, this transformational process has repercussions on nurses in light up the relevance or the significance of their daily work. Furthermore, by feedback, this transformational process reflects, in long-term, on health care system in reducing patient's length of stay and readmissions rate and increasing novice nurses retention. This transformational process emerge from intermediate outcomes of *Quality-Caring Model*© and represents the particular contribution of caring approach to patient safety.

Therefore, these results could instruct clinic and research sphere to broaden patient safety concept in a long-term view at a physical, psychological and psychosocial level.

Individual and organizational efforts should be made to sustain nurses' leadership within multidisciplinary teams in order to reinforce interdisciplinary collaboration that being primordial in patient safety. Finally, results of this research suggest that acute care settings and chronic care settings should display their prior interest to respond to patients and their family needs as an organization real focus.

Key words: nursing, public health, organization of health care, medical errors, patient safety, rehabilitation care, quality of professional practice, adverse events, philosophy of caring, medical errors, interdisciplinary collaboration, nurses' workplace conditions.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des annexes.....	xii
Remerciements.....	xiii
1. Introduction.....	1
2. Recension des écrits.....	5
2.1 La sécurité des patients.....	6
2.1.1 Concepts de base.....	6
2.1.2 Incidence des erreurs médicales et des événements indésirables.....	8
2.1.3 Action provinciale afin de promouvoir la sécurité des patients.....	10
2.1.4 Facteurs associés aux erreurs médicales et aux événements indésirables...11	
2.2 L'approche de <i>caring</i> : essence du soin infirmier.....	19
2.2.1 Les sciences infirmières et la philosophie du <i>Human Caring</i>	20
2.2.2 Le <i>caring</i> dans le système de soins de santé.....	22
2.2.3 Le <i>caring</i> et la sécurité des patients.....	24
2.3 La prestation des soins de réadaptation.....	26
2.3.1 Les atteintes physiques, les besoins des patients et les habiletés de l'infirmière.....	29
2.3.1.1 Le modèle de <i>processus de production du handicap (PPH)</i>	31
2.3.2 Les atteintes psychologiques, les besoins des patients et les habiletés de l'infirmière.....	33
2.3.3 Le <i>caring</i> et les résultats de soins chez les patients.....	34
2.4 Conclusion de la recension des écrits.....	36
3. Cadre conceptuel et objectifs de recherche.....	37
3.1 Le <i>Modèle Caring-Qualité</i> © de Duffy et Hoskins (2003).....	38
3.2 La philosophie du <i>Human Caring</i> de Watson (1979, 1988a) comme processus de soins intégré au <i>Modèle Caring-Qualité</i> ©.....	45
3.3 Objectifs de l'étude.....	47

4. Méthodologie	48
4.1 Devis de l'étude.....	49
4.2 Méthodologie phénoménologique.....	50
4.3 Définitions des concepts à l'étude.....	52
4.4 Population à l'étude.....	53
4.5 Critères d'inclusion.....	53
4.6 Milieu.....	54
4.7 Participants à l'étude.....	54
4.8 Instruments de collecte des données.....	54
4.9 Déroulement de l'étude.....	55
4.10 Analyse des données.....	59
4.11 Rigueur scientifique.....	60
4.12 Considérations éthiques.....	61
5. Résultats.....	62
5.1 Profil socio-professionnel des participants.....	63
5.2 Analyse phénoménologique.....	66
5.2.1 Méta-thème 1.....	75
5.2.1.1 thème 1.1.....	76
5.2.1.2 thème 1.2.....	78
5.2.1.3 thème 1.3.....	87
5.2.2 Méta-thème 2.....	101
5.2.2.1 thème 2.1.....	102
5.2.2.2 thème 2.2.....	120
5.2.3 Essence du phénomène.....	129
6. Discussion des résultats	133
6.1 Perspective du processus de soins par le champ phénoménal des infirmières : une bienveillance professionnelle accrue et une imputabilité définissent l'approche de <i>caring</i>	135
6.1.1 Perspective selon les valeurs.....	135
6.1.1.1 Perspective selon les attitudes et les comportements.....	136
6.1.2 Facteurs « caratifs » du <i>caring</i> propices à mener vers différentes formes de sécurité chez les patients et leur famille.....	138
6.1.2.1 Facteurs « caratifs » et sécurité physique.....	139
6.1.2.2 Facteurs « caratifs » et sécurité psychologique.....	140
6.1.2.3 Facteurs « caratifs » et sécurité psychosociale.....	141

6.2 Perspective de la structure par le champ phénoménal des infirmières : des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières agissent comme obstacles et éléments facilitateurs par rapport à l'approche de <i>caring</i>	142
6.2.1 Facteurs extrinsèques : milieu de travail et approche aux patients.....	143
6.2.1.1 Caractéristiques du personnel infirmier.....	144
6.2.1.2 Type d'horaire de travail.....	145
6.2.1.3 Rythme et charge de travail.....	146
6.2.1.4 Soutien de la part des gestionnaires.....	147
6.2.1.5 Travail d'équipe et collaboration interdisciplinaire.....	148
6.2.1.6 Ressources et technologie.....	149
6.2.2 Facteur intrinsèque : nombre d'années d'expérience professionnelle de l'infirmière.....	150
6.3 Perspective des résultats de soins finaux par le champ phénoménal des infirmières : le bien-être à long terme des patients et de leur famille représente la sécurité	152
6.4 Perspective des résultats intermédiaires de soins par le champ phénoménal des infirmières : un processus transformationnel caractérise la contribution du <i>caring</i> à la sécurité des patients.....	153
6.5 Limites de l'étude.....	155
6.6 Recommandations pour les sciences infirmières et la santé publique.....	156
6.6.1 Recommandations pour la pratique clinique.....	157
6.6.1.1 Favoriser le soutien des gestionnaires auprès des infirmières soignantes.....	157
6.6.1.2 Renforcer la collaboration interdisciplinaire.....	158
6.6.1.3 Démontrer un leadership quant à la philosophie du <i>caring</i> par l'actualisation de la formation.....	159
6.6.1.4 Promouvoir un changement de conception auprès des acteurs du système de santé dans la prestation des soins aux patients.....	160
6.6.2 Recommandations pour la recherche.....	163
Conclusion.....	166
Références	170

Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil des entrevues des participants.....	57
Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants.....	64
Tableau 3 : Résultats de l'analyse phénoménologique.....	67
Tableau 4 : Fréquence des sous-thèmes évoqués dans les entrevues par les participants.....	71

Liste des figures

Figure 1: Modèle « fromage suisse » (Reason, 2000).....	12
Figure 2 : Modèle cadre des migrations et transgressions des pratiques (Amalberti, 2001).....	15
Figure 3: Cadre de référence organisationnel pour les défaillances du service de soins de santé (Woolf, 2004).....	18
Figure 4: Processus de production du handicap (RIPPH/ SCCIDIH, 1998) Comité de révision de la proposition québécoise de classification.....	32
Figure 5: <i>Modèle Caring-Qualité</i> © (Duffy et Hoskins, 2003).....	39
Figure 6: Cadre conceptuel de la contribution de l'approche de <i>caring</i> des infirmières en regard à la sécurité des patients recevant des soins de réadaptation	44

Liste des annexes

Annexe A :	
Facteurs « caratifs » de Watson (1988), tirés de Cara (2003b :6).....	184
Annexe B :	
Questions introspectives sur le <i>caring</i>	186
Annexe C :	
<i>Bracketing</i> de l'étudiante-chercheuse sur le phénomène étudié.....	188
Annexe D :	
Questionnaire socio-démographique des infirmiers(ères)-participants(es).....	192
Annexe E :	
Guide d'entrevue auprès des infirmiers(ères)-participants(es).....	196
Annexe F:	
Formulaire d'information	199
Annexe G :	
Formulaires de consentement.....	203
Annexe H :	
Formulaire d'engagement de l'étudiante-chercheuse.....	206
Annexe I :	
Analyse des données en phénoménologie.....	208
Annexe J :	
Formulaire de confidentialité de la transcriptrice des données de recherche.....	210

Remerciements

L'heureux aboutissement de cette thèse doctorale n'aurait pu se faire sans le concours de plusieurs personnes que je voudrais ici remercier :

Mon directeur, M. Régis Blais et ma co-directrice, Mme Chantal Cara reçoivent toute ma reconnaissance pour la qualité de leur accompagnement tout au long de mon cheminement scientifique dans la réalisation de ce projet. De même, j'ai pu compter sur l'appui du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) ainsi que sur mes collègues étudiants au doctorat en santé publique. Les membres du jury de cette thèse sont également remerciés pour leur évaluation et leurs commentaires judicieux.

À toutes les infirmières-participantes de cette étude, à Mme Lucie Guimont, directrice des soins, aux chefs d'unités et aux conseillères de cet établissement, j'exprime toute ma gratitude pour leur précieuse et enthousiaste implication dès le début de ce projet. Sans la participation de ces personnes, cette étude n'aurait pu voir le jour.

Au niveau logistique, je voudrais souligner l'apport considérable de certaines personnes. Mme Lucienne Delpêche, l'informaticienne qui a élaboré, spécifiquement pour cette étude, un logiciel efficace de saisie et de traitement des données, Mme Julie Thériault, transcriptrice des entrevues, Mme Stéphanie Samson, secrétaire ainsi que Mme Ariella Lang, réviseuse. Toutes ces personnes ont remarquablement allégé ma tâche dans l'élaboration complexe de ce type de document et je leur en suis très reconnaissante.

De même, ont jalonné mon parcours des collègues de travail qui m'ont exprimé un soutien indéfectible. Mes collègues de l'Université de Moncton et ceux de l'Université Laval, particulièrement le personnel de la faculté des sciences infirmières, qui m'a chaleureusement accueillie et soutenue en fin de parcours doctoral, notamment, Mme Linda Lepage et Mme Diane Morin, doyennes de la faculté.

Finally, the sum of work that represents this doctorate could not have been realized without the moral contribution of precious people who are dear to me. Emmany Shabani, Claudette Thériault and my entire family expressed to me, either close or far, their support and affection. I also want to thank very warmly my father, Lesly St-Germain, and my mother, Lucienne Delpêche, for having instilled in me, from a young age, the rigor, the determination and the perseverance essential to the realization of this project. Undoubtedly, these qualities, supported by their unconditional love, have led me to this accomplishment and will lead me, with a new impetus, to other achievements in the future.

*« Sachez que j'ai pu, par mon expérience de vie me conduisant jusqu'à la mort, constater qu'il suffit d'une rupture comportementale ou gestuelle dans la **continuité des soins**, pour que toute la **qualité du travail** d'une équipe soit détruite. Il suffit d'un "mouton noir" pour que la fragilité de celui qui quitte la vie soit confrontée au **désarroi, voire au désespoir** le plus abrupt.*

*Les meilleures compétences techniques professionnelles sont annulées par la **rupture du respect interpersonnel** et prive la personne soignée de parole pour se défendre, car apparaissent alors les réalités des représailles et de la persécution dans les soins. À chacun, je demande de se centrer sur les forces de vie, sur la mobilisation des ressources vitales, dans le respect de l'individu et de l'humanité, pour promouvoir les soins et promouvoir la vie. »*

Marie-Françoise Collière, infirmière qui fut connue de la profession notamment pour ses travaux de réflexion et de recherche sur les fondements culturels des soins et grâce à l'un de ses ouvrages : **"Promouvoir la vie" (2002)**, décédée le 27 janvier 2005 (sa parole a été écrite par Annie Denayrolles le 22 janvier 2005, quelques jours avant son décès)

CHAPITRE 1 :
INTRODUCTION

La sécurité des patients en centre hospitalier est devenue une préoccupation majeure au Canada, notamment avec l'inauguration de l'*Institut canadien sur la sécurité des patients*, en janvier 2004. Un des principaux mandats de cet institut consiste à soutenir la création d'une culture propice à la sécurité des patients en adoptant des solutions innovatrices dans l'ensemble du système de santé canadien. À ce jour, la plupart des études dans le domaine (Brennan et coll., 1991; Thomas et coll., 2000; Wilson et coll., 1995), tant à l'étranger qu'au Canada ont mis l'accent sur la mesure, la détection et la prévention des erreurs médicales et des événements indésirables afin de documenter la sécurité des patients. Or, les travaux de certains auteurs (Woolf, 2004; Watson, 1979; Mustard, 2002; Duffy et Hoskins, 2003) indiquent que pour atteindre la sécurité des patients, il y aurait avantage à agir en amont, en préconisant une approche de *caring* de la part du système de soins et des infirmières en particulier. Ces travaux suggèrent alors que la philosophie du *caring* permettrait d'éviter les erreurs médicales et les événements indésirables et, par le fait même, de contribuer à la sécurité des patients.

Même si le *caring* devrait idéalement faire partie de la pratique de toutes les professions de la santé, il a été reconnu depuis nombre d'années par plusieurs chercheuses et théoriciennes (Watson, 1979; Roach, 1987; Leininger, 1988; Benner, 1989; Swanson, 1991; Boykin et Schoenhofer, 1993) comme étant l'élément central du soin infirmier. Pour Watson (1979, 1985, 1988), la conceptrice du *Human Caring*, cette philosophie est une approche de soins humanistes où l'infirmière accueille le patient dans toute sa dignité en lui offrant un environnement propice au développement de son potentiel et qui favorise pleinement sa santé. L'approche de *caring* est alors considérée comme un idéal moral ayant des balises (reconnues comme des facteurs « caratifs ») qui permettent d'établir une interrelation d'humain à humain entre l'infirmière et le patient en exigeant un engagement ancré dans des valeurs humanistes et altruistes provenant de l'infirmière (Watson, 1979, 1988a).

Plusieurs études ont montré qu'une approche de *caring* par les infirmières favorisait différents aspects de la qualité des soins, dont la satisfaction de la clientèle (Aiken, Smith et Lake, 1994; Kovner et Gergen 1998; Needleman et coll., 2002; Blendon et coll., 2002; Duffy et Hoskins, 2003). Pourtant, la relation spécifique entre le *caring*

et la sécurité des patients a encore été peu explorée. Bien sûr, il serait d'un certain intérêt de pouvoir mesurer les corrélations entre cette pratique de soins et des indicateurs de sécurité des patients. Cependant, ce qui apparaît le plus pertinent et qui n'a pas été réalisé jusqu'à maintenant, consiste à comprendre le processus par lequel les soignants eux-mêmes, et les infirmières en particulier, expérimentent le *caring* pour générer de meilleurs résultats de soins en termes de sécurité des patients. Ceci pourrait ainsi permettre de mettre à jour les stratégies par lesquelles le *caring* peut contribuer à la sécurité des patients et, éventuellement, d'identifier des pistes de solutions concrètes dans le but d'établir un système de soins sécuritaire.

Par ailleurs, même si le *caring* peut, en principe, être bénéfique pour tous les patients, ceux qui reçoivent des soins de réadaptation (traumatismes crâniens, AVC, blessures médullaires, amputations) ont des besoins particuliers à cet égard. En effet, les soins de réadaptation s'échelonnent généralement sur une plus longue période de temps et les résultats sont souvent plus incertains que lors de soins aigus (Smeltzer et Bare, 1994). Les patients sont alors souvent aux prises à des souffrances physiques et à un stress psychologique qui nécessitent un soutien particulier. Dans le cas de ces patients, une approche de soutien, de type *caring*, peut donc être encore plus déterminante pour leur rétablissement que pour ceux qui reçoivent des soins aigus (Gagnon, 2004; Lussier et St-Jacques, 1993; Lucke, 1999). Ainsi, les soins de réadaptation représenteraient un contexte privilégié pour explorer la contribution particulière d'une approche de soins telle que le *caring* face à la sécurité des patients, d'autant plus que le concept de « sécurité des patients » n'a pratiquement pas fait l'objet de recherches dans ce milieu de soins. De plus, même si les évidences scientifiques suggèrent que le soin infirmier peut avoir un impact positif sur la réadaptation des patients, très peu d'études comme celle toute récente de Vähäkangas, Noro et Björkgren (2006) ont néanmoins apporté des connaissances sur l'influence du soin infirmier en milieu de réadaptation. En ce sens, la présente recherche est innovatrice et tout à fait utile en santé publique et aussi en sciences infirmières, spécialement l'apport du *caring*, à l'instauration d'une culture de la sécurité des patients dans le système de soins de santé québécois.

Dans l'état actuel des connaissances sur la sécurité des patients et dans l'optique d'apporter une contribution originale au domaine, la présente étude visait à mieux comprendre la façon dont, du point de vue des infirmières elles-mêmes, une approche de *caring* pouvait favoriser la sécurité des patients recevant des soins de réadaptation. Utilisant une approche qualitative phénoménologique, cette étude a été réalisée en s'inspirant du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003) (*Quality-Caring Model*) comme cadre conceptuel.

Ainsi, une étude phénoménologique avec des entrevues auprès d'infirmières oeuvrant en soins de réadaptation a été menée. Le choix de l'établissement de soins ciblé paraîtra plus loin dans le chapitre portant sur la méthodologie.

Au cours des pages suivantes, cette thèse fera état de la recension des écrits, du cadre conceptuel et des objectifs de recherche, de la méthodologie, des résultats ainsi que de la discussion des résultats qui concernent le sujet d'étude que représente la contribution de l'approche de *caring* à la sécurité des patients bénéficiant de soins de réadaptation.

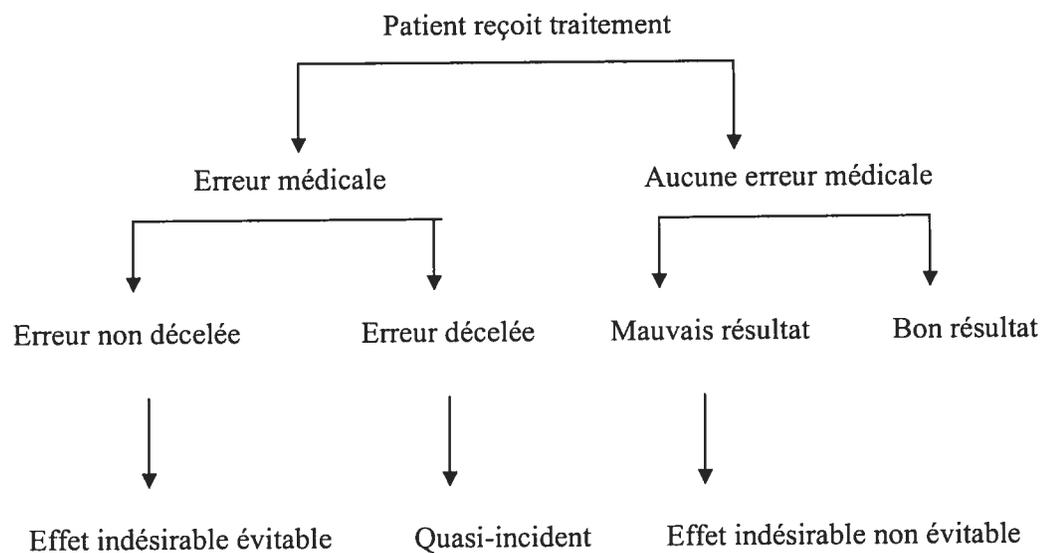
CHAPITRE 2 :
RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre concerne l'état des connaissances en ce qui a trait à trois concepts majeurs de cette étude, soit la sécurité des patients, l'approche de *caring* comme essence du soin infirmier et la prestation des soins de réadaptation.

2.1 La sécurité des patients

2.1.1 Concepts de base

Bien que les termes utilisés pour parler de la sécurité des patients, de même que leur définition, peuvent être quelque peu divergents d'une étude à l'autre, dans l'ensemble, ils sont compris de la façon suivante selon la *Quality Interagency Coordination Task Force (QICTF)* (2000) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004):



Ce diagramme clarifie la compréhension de certains termes de base qui sont employés dans les recherches sur la sécurité des patients. Ainsi, une erreur médicale décrit l'échec d'une action planifiée telle que prévue ou l'utilisation d'un plan incorrect pour réaliser une intervention (*Institute of Medicine, 1999*). Si cette erreur est décelée en temps opportun, elle peut être réparée avant qu'elle ne cause de tort au patient et être ainsi qualifiée de quasi-incident. Par contre, si cette erreur n'est pas

décelée, elle peut produire un événement indésirable (effet indésirable) évitable. Un événement indésirable (évitable), quant à lui, réfère à toute blessure non intentionnelle infligée à un patient et qui lui cause une invalidité à son congé de l'hôpital, un décès ou une prolongation de son séjour reliés exclusivement à la prestation des soins de santé (Baker et coll. 2004; ICIS, 2004). Alors que des effets indésirables non évitables ne sont pas causés par des erreurs médicales, les événements indésirables évitables demeurent, quant à eux, toujours attribuables à des erreurs médicales. Il est à noter que les notions d'événement indésirable et d'erreur médicale sont associées à des aspects essentiellement « physiques » de la sécurité des patients.

Le *QICTF* (2000) considère que la promotion de la « sécurité du patient » inclut trois activités complémentaires : la prévention des erreurs, la mise en évidence des erreurs et l'atténuation des effets des erreurs. L'approche de ce concept doit donc se faire de façon proactive en mettant l'emphase sur les erreurs d'omission et les erreurs latentes, c'est-à-dire les erreurs décelées, les quasi-incidents avant même qu'elles ne causent de torts aux patients. À cette fin, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) (2003) propose des stratégies qui serviront cette approche, telles que : la création d'une culture de la « sécurité du patient », c'est-à-dire la réduction d'actes non sécuritaires, et la mise de l'avant des meilleures pratiques professionnelles qui auront des résultats optimaux sur la santé des patients.

Selon une enquête menée en 2001 par le CCASS, tous les types d'établissement de santé n'ont pas la même priorité en ce qui concerne les thèmes-clés (indicateurs) reliés à la sécurité des patients (les infections, les chutes, les abus, les accidents/incidents, les erreurs de médicaments, l'accès/attente, les réadmissions et les ressources humaines/en santé) (ICIS, 2004). À cet effet, aucun organisme de services de santé communautaire ne compile les indicateurs associés aux taux de réadmissions tout comme aucun organisme de soins de longue durée et de réadaptation ne compile les indicateurs associés à l'accès/attente (ICIS, 2004). Dans ce dernier cas, cela peut constituer un risque réel pour les bénéficiaires de soins de réadaptation puisqu'il est reconnu qu'un délai d'attente trop long, entre autres pour des victimes de traumatismes crâniens ou cérébraux, peut être déterminant dans la

reprise de leur qualité de vie (Lussier et St-Jacques, 1993; Smeltzer et Bare, 1994; ICIS, 2004).

2.1.2 Incidence des erreurs médicales et des événements indésirables

Les recherches sur les erreurs médicales et les événements indésirables ont connu un point tournant en 1999, lorsque l'*Institute of Medicine* révéla que 44 000 à 98 000 patients décédaient chaque année d'erreurs médicales dans les hôpitaux américains (Institute of Medicine, 1999). Cet organisme indépendant estimait alors que la majorité des erreurs pouvaient être prévenues en améliorant la structure des procédures de soins dans le système et en développant une culture de sécurité des patients parmi le personnel. Ainsi, depuis la fin des années 90 jusqu'à aujourd'hui, un mouvement national et international s'est concerté dans le but de réduire les erreurs médicales et d'améliorer la sécurité des patients dans les établissements de soins de santé.

À cet effet, au cours des dernières années, plusieurs études, majoritairement descriptives et ayant une approche quantitative, se sont penchées sur la sécurité des patients dans les hôpitaux (Brennan et coll., 1991; Thomas et coll., 2000; Wilson et coll., 1995). Des études réalisées aux États-Unis ainsi qu'en Australie ont démontré que l'incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux variait entre 3% aux États-Unis (Brennan et coll., 1991; Thomas et coll., 2000) et 16,6%, en Australie (Wilson et coll., 1995). Ces recherches ont également indiqué que les événements indésirables résultant d'erreurs médicales représentaient la principale cause de mortalité et de torts causés aux patients dus directement aux traitements médicaux reçus en centre hospitalier et qu'ils auraient pu être évités dans près de 50% des cas (Baker et Norton, 2002). De plus, il est reconnu que ces événements indésirables peuvent prolonger l'hospitalisation des victimes, leur causer des torts et des incapacités permanentes et même entraîner leur décès (Wong et Beglaryan, 2004). Dans un récent rapport, l'*Institute of Medicine* (2006) révèle que les principales sources d'erreurs médicales sont reliées à la médication, autant dans la prescription que dans l'administration de mauvais médicaments. Ce type d'erreur toucherait 1,5 millions de personnes par année aux États-Unis et serait létale chez 7000 d'entre

elles. Selon cet organisme, un patient peut être victime d'erreurs de médicament au moins une fois par jour en centre hospitalier et celles-ci coûteraient 3,5 milliards de dollars par année.

Dans l'état encore embryonnaire des études canadiennes, on estime que 5000 à 10 000 décès sont attribuables chaque année à des événements indésirables dans les hôpitaux (Wong et Beglaryan, 2004). À ce jour, l'Institut canadien d'information sur la santé a procédé à une revue de dossiers de patients admis dans les hôpitaux ontariens de 1992 à 1997 et a estimé que 3,3 à 5% de ceux-ci avaient vécu des événements indésirables reliés à leur traitement (Wanzel et coll., 2000).

Par ailleurs, au Canada, peu de recherches ont porté spécifiquement sur les erreurs médicales et des événements indésirables. Une étude récente effectuée dans cinq provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse) a montré que 7,5% des admissions chez des patients adultes dans 20 hôpitaux de courte durée se soldent par des événements indésirables et que 37% d'entre eux sont jugés évitables (Baker et coll., 2004). Les résultats de cette recherche démontrent également que les événements indésirables sont plus fréquents dans les hôpitaux universitaires, dans les services chirurgicaux et chez les patients plus âgés et que les deux types d'événements indésirables les plus courants sont ceux associés aux interventions chirurgicales (34%) et à l'administration de médicaments et de solutés (24%). De plus, 36,9% des événements indésirables ont été jugés évitables et de cette proportion, 20,8% ont entraîné un décès chez les patients. Devant de tels résultats, Baker et ses coll. (2004) suggèrent de poursuivre les recherches sur l'amélioration de l'environnement de travail des professionnels de la santé, sur la création de meilleures barrières de défense aux événements indésirables et sur l'atténuation de leurs effets dans le but d'améliorer la sécurité des patients. Avec ce même devis de recherche, dans une étude menée spécifiquement au Québec et qui comporte l'analyse de 2355 dossiers médicaux, Blais et ses coll. (2004) rapportent un taux d'événements indésirables de 5,6% chez des patients adultes admis en 2000-2001 dans vingt hôpitaux québécois. Les résultats de cette recherche révèlent notamment une fréquence plus élevée d'événements indésirables dans les petits hôpitaux et les hôpitaux universitaires et que ces événements indésirables sont

évitables à 26,8%. À l'instar de l'étude de Baker et ses coll. (2004), les types d'événements indésirables les plus fréquents concernent les services chirurgicaux (32,7%) et l'administration des médicaments et des solutés (19,5%). De plus, les patients ayant eu un événement indésirable ont également une durée de séjour hospitalier plus longue que ceux qui n'en ont pas eu. Au total, il s'agit de 1083 jours d'hospitalisation additionnels directement reliés aux événements indésirables des 139 patients qui ont été victimes d'un événement indésirable. Ainsi, afin de réduire l'apparition des événements indésirables, Blais et ses coll. (2004) énoncent l'importance de documenter les événements indésirables dans d'autres contextes de soins dont les milieux de soins prolongés, de créer de meilleures barrières organisationnelles aux événements indésirables et d'initier de meilleurs mécanismes de communication et de coordination interprofessionnelles.

2.1.3 Action provinciale afin de promouvoir la sécurité des patients

Dans le but de promouvoir une culture de la sécurité des patients, le Québec a adopté la loi 113. Cette loi concerne la protection des patients et la gestion des risques par la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (Assemblée nationale, 2002). En permettant de répondre aux préoccupations à l'égard de la gestion des erreurs médicales et des événements indésirables, cette loi stipule les quatre changements suivants dans les façons de faire :

- 1) le droit du patient d'être informé le plus tôt possible de tout incident ou accident qui serait survenu au cours des soins qu'il a reçus de même que les conséquences qui ont pu être encourues ;
- 2) l'obligation de tout employé ou stagiaire d'un établissement de soins de santé de déclarer tout incident ou accident auquel il est impliqué ou dont il a été témoin ;
- 3) l'obligation pour tout établissement de soins de santé de promouvoir la sécurité des patients en réduisant les événements indésirables liés à la prestation des soins ;

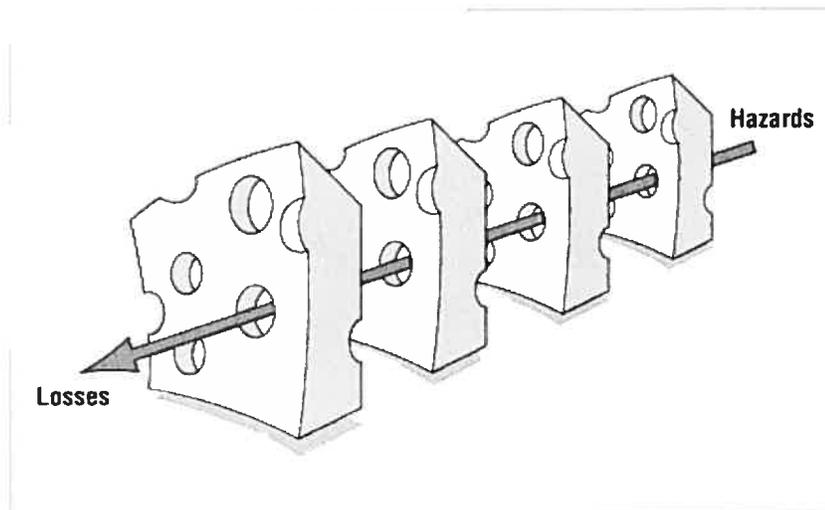
- 4) l'obligation pour tout établissement de soins de santé et de services sociaux de solliciter tous les trois ans un nouvel agrément de ses services auprès d'un organisme reconnu.

L'implantation de ces changements se trouve assurée par la mise sur pied d'un comité de gestion des risques et de la qualité dans les établissements de soins de santé. Par ailleurs, l'énoncé de l'article 183.3 du législateur (Assemblée nationale, 2002) précise le caractère confidentiel des dossiers des personnes concernées dans l'application de cette loi. En ne soutenant pas une culture du blâme et de la culpabilisation des acteurs du système de soins de santé, sous aucun prétexte les déclarations faites dans le contexte de cette loi ne peuvent être retenues devant une instance judiciaire. De plus, l'agrément représente une forme d'assurance que chaque établissement est engagé dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins offerts dans le but de répondre aux besoins de la population desservie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006).

2.1.4 Facteurs associés aux erreurs médicales et aux événements indésirables

Reason (2000) propose deux façons de percevoir l'erreur, soit par une approche individuelle ou par une approche de système. Selon une approche individuelle, des blâmes et des sanctions sont pris contre le professionnel pour ses oublis, son manque d'attention et sa faiblesse professionnelle dans le soin au patient. Selon une approche de système, l'accent est plutôt mis sur les conditions dans lesquelles les individus travaillent afin de bâtir des barrières aux erreurs ou d'atténuer leurs effets. Malgré que les deux approches comportent des pièges, cette dernière est à privilégier selon l'auteur. Comme le démontre ci-dessous son modèle « fromage suisse », plus il existe de barrières empêchant la survenue d'événements indésirables dus au hasard ou à des erreurs, moins un système est à risque. En d'autres termes, un événement indésirable se produit lorsque les barrières de protection s'avèrent déficientes aux différentes étapes du processus de soins et que les failles du système s'alignent pour occasionner un dommage au patient.

Figure 1: Modèle « fromage suisse » (Reason, 2000)



Selon Leape (2003), les facteurs humains tels que la fatigue, la colère, la peur et l'habitude peuvent tellement influencer l'apparition d'erreurs, qu'il s'avère important de les contrer en révisant d'abord la structure du système. Ainsi, un mode de pratique standardisé et l'utilisation accrue de protocoles et d'aide-mémoire sont considérés comme des moyens efficaces de prévenir des erreurs évitables et surtout les quasi-incidents. Cette approche de l'erreur par l'analyse du système dans son entièreté est d'ailleurs celle qui est privilégiée dans les écrits puisqu'elle permet mieux que toute autre démarche d'élaborer des solutions en cherchant à améliorer les pratiques et les procédures par une rétroaction efficace (Institut canadien d'information sur la santé, 2004; *Institute of Medicine*, 1999). De plus, l'habileté des professionnels de la santé à utiliser leur pensée critique par rapport aux situations rencontrées, la capacité d'individualiser leurs soins et de les adapter aux besoins spécifiques de leurs patients réduiraient les erreurs médicales (Stelfox et coll., 2003).

Des recherches ont conclu que la cause des erreurs réside souvent dans les lacunes engendrées par un système déficient et qu'il y a urgence de revoir toute la structure du système de soins de santé. En outre, il a été reconnu que les facteurs permettant la réduction des erreurs médicales et des événements indésirables demeurent souvent de l'ordre de la formation et du soutien continu du personnel, de la dotation en personnel et, également, de la bonne communication dans l'équipe multidisciplinaire

de façon à renforcer la cohésion du travail d'équipe (Bower et coll., 2003). D'ailleurs, concernant la dotation en personnel, plusieurs études (Aiken et coll., 1994; Kovner et Gergen 1998; Needleman et coll., 2002) démontrent qu'un manque d'effectifs infirmiers est associé à des événements indésirables, dont le décès de patients (New York Times, 8 août 2002 dans Watson et Foster 2003). Par exemple, l'étude de Needleman et ses coll. (2002) qui utilisait des données administratives de 799 hôpitaux répartis dans 11 états américains, en 1997, en a fait la preuve dans les unités de médecine et de chirurgie. En effet, un accroissement du nombre d'heures de soins des infirmières auprès des patients en médecine est associé à une diminution de leur durée de séjour, à une diminution du taux d'infections urinaires et de saignement gastrointestinal et à une diminution du taux de pneumonies, d'arrêts cardiaques et d'échecs à la réanimation. Dans les unités de chirurgie, un accroissement du nombre d'heures de soins des infirmières auprès des patients est associé à une diminution du taux d'infections urinaires et d'échecs à la réanimation (Needleman et coll. 2002). Cette étude, corroborée par celle de Cho et ses coll. (2003), a donc mis en lumière qu'un plus grand nombre d'heures de soins infirmiers pouvait améliorer la qualité des soins des patients hospitalisés.

De plus, l'étude de Unruh (2003) faite à partir d'un échantillon de convenance parmi tous les hôpitaux de courte durée de la Pennsylvanie (États-Unis) de 1991 à 1997 a démontré, d'une part, que la charge de travail des infirmières en termes de nombre de patients par infirmière a augmenté durant cette période alors que le nombre d'infirmières au total a diminué de 1994 à 1997. D'autre part, cette recherche a révélé qu'un plus grand nombre d'événements indésirables se déroulait dans les hôpitaux où il y avait moins d'effectifs infirmiers. Ces résultats mettent alors en lien la présence du personnel infirmier, leur charge de travail et l'incidence des événements indésirables. De même, au niveau de la formation académique des infirmières, Aiken et ses coll. (2003) soutiennent, dans une analyse de 232 342 dossiers de patients ayant eu leur congé d'hôpitaux pennsylvaniens généraux et spécialisés de 1998 à 1999, que le diplôme de baccalauréat ou d'un niveau plus élevé des infirmières était associé à une baisse de la mortalité et du taux d'échecs à la réanimation des patients en chirurgie. Par ailleurs, Mc Gillis Hall et ses coll. (2004) démontrent, dans une étude descriptive de 19 hôpitaux universitaires de l'Ontario,

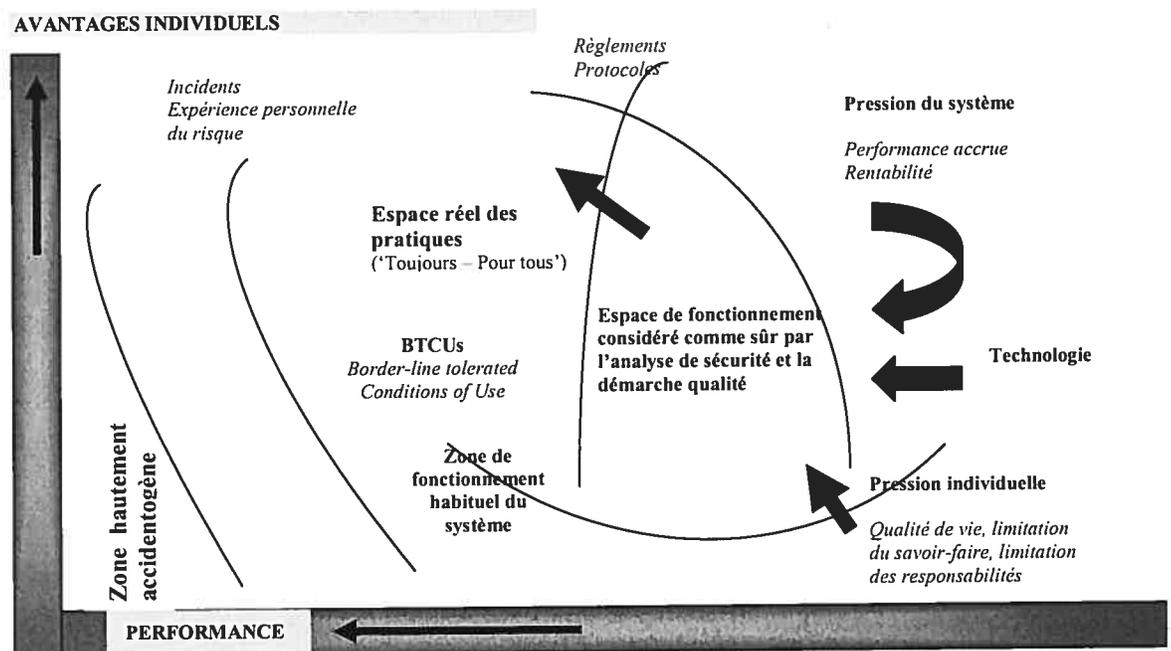
que plus les équipes de travail étaient composées d'infirmières ayant de l'expérience, plus bas étaient les taux d'erreurs médicales et d'infections de plaie sur les unités de médecine et de chirurgie.

Ces recherches amènent donc à envisager que non seulement la structure organisationnelle d'un milieu de soins influence les procédures des professionnels, mais aussi que la philosophie de soins et les procédures spécifiques de la pratique infirmière auraient un impact sur les résultats de santé obtenus auprès des patients. Face aux résultats de ces récentes recherches, Mustard (2002) de même Watson et Foster (2003) signalent l'urgence de reprendre contact avec l'essence de la pratique infirmière dans ses fondements éthiques et théoriques et ses principes philosophiques afin d'en faire émerger la valeur ajoutée en milieu de soins.

Par ailleurs, dans une autre perspective sur la question, Amalberti (2001), chercheur du domaine des sciences cognitives, propose la théorie du *Border-line Tolerated Conditions of Use (BTCU)* (cadre des migrations et transgressions des pratiques) pour expliquer les systèmes à risque. Selon cette théorie, il y aurait des violations, appelées « migrations » de pratiques qui proviendraient autant de la direction que du personnel du système de soins et qui contribueraient à maintenir ce système à moindre risque (voir figure 2, p.15). Dans un premier temps, la direction exerce une pression auprès du personnel pour accroître sa performance à moindre coût, comme le rationnement de matériel ou la réduction de personnel pour une même quantité de travail, ce qui constitue une première migration de pratique. Dans un second temps, le personnel, tout autant guidé par des intérêts individuels et de performance, consent à ces contraintes imposées par la direction en changeant lui-même sa pratique pour s'y adapter, ce qui correspond à une seconde migration. Cette dernière migration représente la zone réelle de pratique des professionnels, le *BTCU*, faisant en sorte que ceux-ci n'afficheront pas nécessairement des pratiques dictées par des normes ou des protocoles. Cette seconde migration se rapproche d'une zone hautement accidentogène mais est habituellement sans danger pour la sécurité des patients car elle est bien contrôlée par les acteurs. Par contre, le moment où il y a danger de glisser nettement vers la zone accidentogène selon Amalberti (2001) est lorsque la direction et les services imposent d'autres règlements et protocoles pour essayer de

contrer la pratique du personnel selon des normes qui ne sont pas réalistes, par exemple, en augmentant les tâches lorsqu'il y a sous-dotation en personnel. La pratique des professionnels risque alors de migrer de plus en plus illicitement vers une zone hautement accidentogène, où il n'y a plus de contrôle. Avec cette théorie, Amalberti (2001) stipule donc que l'assurance de la qualité des soins et de la sécurité des patients se traduit rarement par la cumulation de réglementations et de protocoles, ce qui est souvent méconnu. De plus, une analyse purement normative des pratiques des professionnels de la santé ne peut faire ressortir adéquatement les risques encourus pour la sécurité des patients puisque, quoique ces pratiques puissent dévier des normes, elles peuvent tout de même se situer dans une zone d'équilibre du risque dans le système de soins.

Figure 2 : Modèle cadre des migrations et transgressions des pratiques (Amalberti, 2001)



En somme, d'après Amalberti (1996), en réponse aux barrières imposées par le système, les pratiques sont régies par les performances individuelles selon les

ressources mises en place. Donc, d'ériger plus de barrières et de contraintes au personnel ne signifie pas de promouvoir davantage la sécurité pour les patients et moins de risque car cela complexifie le système. Cette complexification du système rend les décisions contradictoires et la performance moins homogène au sein de l'organisation car les bénéfices des actions et des interventions de sécurité deviennent alors difficiles à mesurer.

Pour être appliquées, les stratégies de sécurité doivent d'abord et avant tout être réalistes pour les trois niveaux au sein de l'organisation : la direction, les services, les acteurs. La qualité de la sécurité des patients réside très certainement dans l'harmonie dynamique des points de vue des trois niveaux qui doivent partager la même vision de la sécurité des patients. Selon Amalberti (2002), les règles d'or dans une approche réussie de sécurité d'un système résident dans :

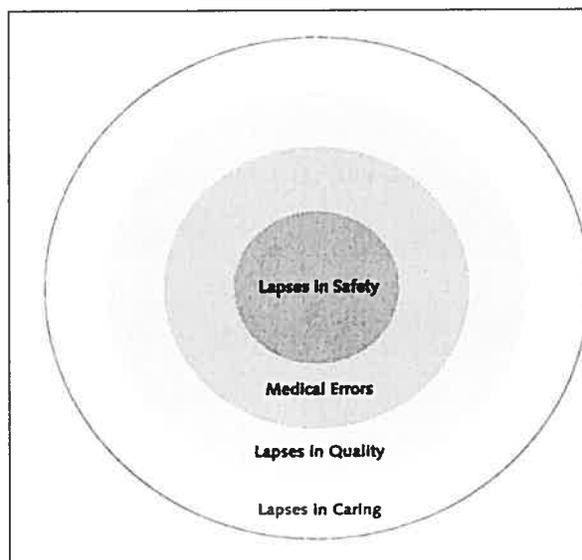
- une culture générale de la sécurité partagée par les trois niveaux du système (direction, services, acteurs)
- des stratégies de sécurité qui dépendent du niveau et de la nature du risque
- la compréhension qu'aucune situation n'est sans risque ou sans erreur
- la compréhension qu'une sécurité adéquate est davantage adaptative et prospective que réactive et répressive
- la compréhension qu'une stratégie de sécurité appropriée à un système n'est pas nécessairement transférable à un autre contexte.

D'après Amalberti (2003), il est primordial de considérer qu'un système dynamique doit être surveillé selon le développement des pratiques, les déviations des pratiques et les mécanismes d'adaptation des acteurs plutôt que par divers moyens de vérification (*audit*) et des indicateurs bien définis.

Toujours dans la recherche des causes profondes possibles des erreurs médicales, Woolf (2004) propose un modèle organisationnel pour comprendre les défaillances du système de soins de santé et leurs répercussions dans les procédures des soignants. Tel que représenté à la figure 3 (p.18), ce modèle permet une conceptualisation globale de la « sécurité du patient » dans le système de santé sous l'angle du résultat de la sous-utilisation des services de santé ou du manque d'accès à

ces services et de l'insatisfaction de la population par rapport aux services de santé reçus. Ainsi, d'après le diagramme du *QICTF* (2000) présenté plus haut (p.6), seuls les patients ayant reçu un traitement peuvent être victimes d'erreurs médicales et d'événements indésirables. Par contre, Woolf élargit la conception de la sécurité des patients en soulignant l'importance de considérer les personnes qui n'ont pas accès à un traitement et qui peuvent autant être victimes d'événements indésirables à cause de cette situation (cela indiquant un manque de *caring* du système de soins) que celles qui ont reçu un traitement. De même, cet auteur propose de considérer les personnes qui ont reçu des soins qu'elles jugent insatisfaisants comme pouvant également en subir des torts. Ce modèle rappelle donc qu'il ne faut pas se limiter à l'investigation des erreurs médicales et des événements indésirables, mais surtout porter attention à suppléer aux lacunes de *caring* qui ont une influence importante sur la capacité de recouvrement à la santé des patients. Selon Woolf (2004), ces lacunes consistent en des soins non-*caring* que les patients peuvent avoir vécus en côtoyant le système de soins et qui peuvent mener, notamment, au sentiment de ne pas avoir été écoutés, d'avoir été brusqués, d'avoir reçu des soins inappropriés, d'avoir été humiliés ou de ne pas avoir eu accès aux soins requis et à toute l'information nécessaire en temps opportun. L'auteur met ainsi en lumière l'importance de préconiser des politiques de santé qui tiennent compte de la globalité de fonctionnement du système de santé et de ses effets dans l'amélioration de la qualité des soins à la population.

Figure 3: Cadre de référence organisationnel pour les défaillances du service de soins de santé



Woolf, S. H. Ann Intern Med 2004;140:33-36

Annals of Internal Medicine

Par ailleurs, la qualité des soins de santé se définit alors comme la prestation des meilleurs soins qui soient dans l'atteinte des meilleurs résultats possibles chaque fois qu'une personne a recours au système de soins de santé ou utilise ses services. Il s'agit essentiellement de faire le meilleur travail possible en fonction des ressources disponibles (Jacquerye, 1999 ; Santé Canada, 2004, Institute of Medicine, 2006). En ce sens, au niveau du processus, la qualité des soins inclut la prestation de « soins sécuritaires » dans le but ultime d'atteindre la « sécurité des patients » comme résultat de soins faisant en sorte qu'aucun tort ne soit causé aux patients.

Dans la recherche de solutions pour améliorer la sécurité des patients, les travaux de Woolf (2004) suggèrent d'investiguer le concept du *caring* comme processus de soins. Notons que ce concept correspond, dans les milieux infirmiers, à l'essence de cette profession (Benner, 1989; Leininger, 1978; Watson, 1979; Swanson, 1991; AIIC, 2004). Dans l'expectative d'atteindre la sécurité des patients, il serait donc

pertinent d'explorer, dans la section suivante, l'approche de *caring* telle qu'elle est connue en sciences infirmières.

2.2 L'approche de *caring* : essence du soin infirmier

L'altération de la santé suivie de l'hospitalisation d'une personne peuvent être des événements très éprouvants au cours d'une vie. Ces événements peuvent faire jaillir un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité ou une impression de perte de contrôle de son existence (Kleinman, 1981). Cela implique alors que le rôle du soignant consiste non seulement à traiter, guérir et surveiller les symptômes physiques du patient, mais aussi à l'accompagner à travers les effets psychologiques et spirituels éprouvants de l'altération de sa santé. L'approche de *caring* peut guider ce rôle essentiel qui incombe au soignant. De façon générale, le *caring* est conçu comme la manière dont le soignant va démontrer de l'empathie, de la compassion, du respect pour la dignité du patient et de la considération par rapport à ses besoins (Leighton et Binstock, 2001). Par ces valeurs, attitudes et comportements de *caring* envers le patient, le soignant va promouvoir l'autonomie de celui-ci, mieux répondre au soulagement de sa douleur, lui apporter une sécurité physique et psychologique accrue et mieux connaître ses besoins en ce sens (Leighton et Binstock, 2001).

À travers cette approche générale du *caring*, il y a la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a) qui considère le *caring* comme l'essence du soin infirmier. Selon Watson (1979), le *caring*, en tant que philosophie de soins, est un idéal moral qui établit une relation de personne à personne entre le soignant et la personne soignée. Cette relation authentique exige un engagement ancré dans des valeurs humanistes et altruistes du soignant qui impliquent de sa part un savoir, un savoir-être et un savoir-faire qui lui permettent d'assurer la croissance du patient et de sa famille dans un environnement propice au développement de leur potentiel (Cara, 2002b; Cara, 2004). Une véritable « présence avec » le patient impliquant le corps-esprit-âme est alors indispensable de la part de l'infirmière. Cette définition du concept de *caring* sera d'ailleurs retenue dans la présente étude.

Il sera question dans la prochaine section des sciences infirmières et de la philosophie du *caring* ainsi que de la philosophie du *caring* en regard du système de soins de santé et la sécurité des patients.

2.2.1 Les sciences infirmières et la philosophie du *Human Caring*

Contrairement au *curing* qui est plus axé sur la guérison de la maladie et qui préoccupe principalement la profession médicale, la profession infirmière, quant à elle, est davantage guidée par le *caring*, en étant plus orientée vers la santé (Watson, 1979, 1988a, 1988b). Plusieurs auteurs se sont intéressés au *caring* en sciences infirmières et en ont développé différents aspects. Avec sa théorie de la pratique professionnelle, Benner (1984, 1989), tout comme Watson, met l'accent sur le *caring* comme moyen pour l'infirmière de s'enquérir de la signification de la maladie pour le patient puisque, dépourvue de cette information, il n'y a probablement pas de guérison possible pour le patient. Ainsi, la pratique infirmière est surtout de type relationnel et exige une préoccupation constante pour le patient. Dans une approche de soins transculturels où Leininger (1988), comme pionnière dans l'évocation de cette philosophie, fit ses recherches dans diverses cultures autour du monde, celle-ci arrive à conclure que le *caring* correspond à un besoin humain essentiel qui aide les gens à se développer, à croître et à survivre. Swanson (1991), tout comme ses prédécesseurs, considère également le *caring* comme essentiel à la conception des soins infirmiers mais pas nécessairement exclusif à cette profession. Cette dernière affirme que le *caring* est une façon d'établir un lien avec un être cher envers qui nous avons une responsabilité et un engagement. De fait, elle évoque cinq étapes caractérisant le *caring*, soit : la connaissance, la présence, l'aide, la facilitation et le maintien de la croyance. La philosophie du *caring* en sciences infirmières fait autant de liens, par différents auteurs, entre la spiritualité (Roach, 1987, 1997), la formation et les compétences professionnelles (Benner, 1984, 1989 ; Boykin et Schoenhofer, 1993), la culture (Leininger, 1988) et la façon de prodiguer des soins aux patients. Ainsi, la vision de la philosophie du *caring* qui sera retenue dans cette étude sera celle de Watson (1979, 1988, 1997).

La philosophie du *Human Caring* telle que proposée par Watson (1979, 1988, 1997), repose sur une approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers (Aucoin-Gallant, 1990). Selon Watson (1997), la profession infirmière est à la fois une science et un art véhiculés autant par des valeurs humanistes et altruistes que par des connaissances scientifiques. Cette perspective du soin infirmier sur laquelle se base le *caring* est guidée par dix facteurs « caratifs » qui permettent l'étude de la pratique des soins infirmiers en répondant à certains besoins humains (annexe A, p.184). Ces facteurs « caratifs » constituent un guide pour l'infirmière dans sa pratique afin de préserver la dignité du patient de même que l'intégralité et la présence authentique de celle-ci auprès du patient (Cara, 2002b). L'approche de *caring* de l'infirmière se définit ainsi par son « savoir » qui représente ses connaissances, son « savoir-être » qui représente ses attitudes et ses comportements de même que par son « savoir-faire » qui représente ses habiletés de soins (Watson, 1997).

Watson (2001) souligne que la pratique infirmière se veut tributaire de la relation et de la conscience *caring* de l'infirmière. Watson (1988a) conçoit la « personne » de façon indissociable de son champ phénoménal qui l'amène en interrelation continue avec « l'autre »; ce champ phénoménal correspond au cadre de référence de la « personne », constitué de l'ensemble de ses expériences vécues à un moment précis de l'existence (Cara, 2000a, 2002b). Ainsi, l'infirmière et le patient sont perçus individuellement comme des « *êtres-dans-le-monde uniques possédant un esprit-corps-âme* » (Watson, 1988a; Cara, 2002b). Les interactions continues de l'infirmière avec son environnement influencent sa pratique professionnelle et déterminent jusqu'à un certain point la façon dont le patient et l'infirmière abordent la relation de soins avec leur champ phénoménal respectif. En fait, l'expérience, la perception et la signification des expériences vécues dans ce champ phénoménal peuvent être capturées par la conscience. La phénoménologie, étant une approche d'investigation de la description des réalités telles que vécues et explicitées par l'être humain, permettrait d'accéder à cette perception de l'approche de *caring* comme expérience vécue par l'infirmière (Giorgi, 1997; Mucchielli, 1996).

2.2.2 Le *caring* dans le système de soins de santé

Un des postulats de la philosophie du *Human Caring* de Watson (1988a, 1988b) stipule que le système de santé délaisse de plus en plus le *caring* et que le soin infirmier est davantage dominé par l'avancement technologique et les contraintes organisationnelles. Pourtant, le *caring* fait partie inhérente de la profession infirmière; en retrancher le *caring* équivaldrait à dénaturer cette profession selon plusieurs auteurs (Lewis, 1983; Cara 2002b; Watson, 1997; Benner, 1984; Leighton et Binstock, 2001). Selon Cara (2002b), Watson et Foster (2003) et Mustard (2002), le *caring* constitue une source de haute satisfaction de certains besoins humains, dont la promotion de la santé et la croissance de l'individu et de sa famille, et contribue également à la satisfaction au travail, au recrutement et à la rétention des infirmières au travail. Swanson (1999) note même par des faits et des réflexions issus d'une méta-analyse que les infirmières qui n'œuvrent pas dans un milieu où l'approche de *caring* est implantée, s'avèrent plus facilement éreintées et démontrent de la rudesse, des automatismes et de la distraction dans leur pratique quotidienne.

Une étude ethnographique réalisée par Cara (2001), sur l'apprentissage du *caring* chez les infirmières, démontre qu'elles apprennent à avoir une approche de *caring* autant par leur antécédent socioculturel, leurs valeurs et leurs connaissances personnelles que par leur formation académique, leurs modèles professionnels, leur expérience clinique et leur environnement de travail. Comme le relève Cara (2001), l'instinct et l'habileté de *caring* proviennent des expériences d'avoir soigné une personne ou d'avoir été soigné dans son enfance; cela correspondrait au « *caring* naturel » (Noddings, 1984). Toutefois, le « *caring* professionnel » influencé par le milieu de travail de l'infirmière serait tout aussi déterminant dans le mode d'apprentissage des infirmières. Aussi, l'apprentissage du *caring* durant la formation académique de l'infirmière ne semble pas avoir tant d'impact sur le « *caring* professionnel », puisque la connexion entre la théorie et la pratique, dans ce cas, ne se ferait pas automatiquement. L'enseignement du *caring* se fait dans plusieurs écoles de sciences infirmières mais la plupart des infirmières ne transposent pas ce qu'elles ont appris à leur milieu clinique. En fait, la majorité des informateurs de cette étude était d'avis que l'environnement de travail constituait un déterminant

important à l'apprentissage et même au « désapprentissage » du *caring* (Cara, 2001). En effet, comme l'a souligné un informateur de cette étude, le leadership d'une unité de soins est rarement guidé par une approche de *caring* et ce n'est pas nécessairement les infirmières prises individuellement qui s'avèrent moins préoccupées par le *caring* mais plutôt le système qui paraît mené par des considérations de rentabilité organisationnelle et de pressions politiques. Les infirmières novices se feraient ainsi rapidement acculturées à ces valeurs par les infirmières chevronnées.

Pourtant, lorsqu'on connaît les conséquences d'une approche non-*caring*, comme Halldorsdottir (1997, 1999) le présente dans une série de sept études phénoménologiques comprenant 91 entrevues avec 57 patients, il y a matière à se questionner sur le sort réservé à la sécurité des patients et à la responsabilité éthique des professionnels de la santé d'accroître le bien-être des patients. En effet, d'une part, il a été reconnu que des personnes malades ayant vécu à l'hôpital des soins perçus par elles-mêmes comme étant non-*caring* peuvent ressentir de la rage, de la frustration, de l'impuissance allant jusqu'au désespoir, ce qui leur produit un stress important. D'autre part, des recherches en psycho-neuro-immunologie démontrent que le stress affaiblit de façon importante le système immunitaire et compromet sérieusement la santé des personnes malades (Kemeny et Gruenewald, 1999, dans Halldorsdottir, 1999). Il est à noter, par contre, que peu de patients se plaignent d'avoir reçu des soins non-*caring* surtout dans les milieux de soins de longue durée de peur de représailles, étant donné qu'ils se sentent déjà dans une situation de vulnérabilité. Pourtant, à travers des recherches phénoménologiques réalisées par Halldorsdottir (1997, 1999) auprès de personnes atteintes de cancer, celles-ci rapportent avoir une meilleure image d'elles-mêmes, un plus grand sentiment de sécurité et de bien-être, une plus grande acceptation de leur maladie et mentionnent ressentir un plus grand contrôle sur leur guérison après avoir vécu des soins privilégiant une approche de *caring*. Elles disent percevoir que l'infirmière est solidaire de leur expérience et que cela leur donne un plus grand sentiment de contrôle dans leur parcours. En d'autres termes, Halldorsdottir (1997, 1999) conclut que des soins prodigués avec une approche *caring* mènent à de l'émancipation ("*empowerment*"), à une prise en charge dynamique du patient par rapport à sa

condition de santé, alors que des soins non-*caring* mènent au découragement de celui-ci. Cette émancipation des patients devient alors un enjeu important à leur sécurité.

2.2.3 Le *caring* et la sécurité des patients

Selon les résultats d'une étude qualitative phénoménologique menée par Benner (1984) auprès d'une quarantaine d'infirmières, celles-ci ont la possibilité de prévenir et de détecter les erreurs médicales de par leur rôle de coordination des soins auprès du patient avec différents membres de l'équipe de soins. L'infirmière sert souvent ainsi de « soupape » de sécurité pour assurer des soins sans danger aux patients. Cette chercheuse avance, toutefois, que l'infirmière qui ne s'implique pas ou qui ne s'engage pas entièrement dans les soins s'avère moins sensible aux signaux inhabituels lui indiquant que la condition de santé d'un patient se dégrade. Il est d'ailleurs possible de différencier cette particularité parmi les cinq niveaux d'acquisition de connaissances et de compétence établis par Benner, soit celui de: novice, débutant, compétent, performant et expert. Selon cette chercheuse, plus l'infirmière acquiert de l'expérience clinique dans un même milieu de travail, plus sa vision des situations cliniques devient globale et son jugement, discrétionnaire. Benner (1984) explique que cette forme d'habileté se développerait de façon non linéaire de l'infirmière novice à l'infirmière experte. Cette chercheuse a mis ainsi en lumière les compétences qui accompagnent les savoirs pratiques infirmiers jusqu'à l'expertise. Donc, tout au long de ce cheminement, ces savoirs pratiques infirmiers peuvent influencer la qualité des soins et, éventuellement, la sécurité des patients.

Lorsque des auteures telles que Watson (1979, 1988a, 2001) présentent la discipline infirmière comme une science et un art, cela rejoint parfaitement la conception que se fait Donabedian (1980, 1992) de la qualité des soins. En effet, ce chercheur qui a contribué de façon notoire à l'analyse des services de santé conçoit la qualité des soins selon deux composantes essentielles: la composante technique et la composante interpersonnelle. D'une part, la composante technique inclut la mise en valeur, par les professionnels de la santé, des meilleures pratiques possibles selon les normes

établis et selon les connaissances actuelles. D'autre part, elle consiste à l'utilisation adéquate de la technologie afin que les patients en retirent le maximum de bénéfices pour leur santé. La composante interpersonnelle, quant à elle, est présentée comme le véhicule par lequel la « technique » peut se réaliser. Selon Donabedian (1980), la composante interpersonnelle des services de santé fait référence aux valeurs et aux normes sociales qui régissent les interactions entre individus en respectant leurs aspirations profondes. Celui-ci mentionne, entre autres, la confidentialité, le choix éclairé, l'empathie, l'honnêteté, le tact et la sensibilité soutenus par une éthique professionnelle comme déterminants dans la prestation des services de santé par les soignants. Ces deux composantes, correspondant en quelque sorte à la science et à l'art, sont alors impliquées dans le « processus » du modèle de prestation des services de santé *structure-processus-résultats* de Donabedian (1973).

Certaines recherches prometteuses en sciences infirmières ont d'ailleurs utilisé ce modèle bien connu en administration de la santé pour faire valoir la valeur ajoutée du *caring* comme « processus » qui entraîne des « résultats » positifs chez les patients. À ce titre, Duffy et Hoskins (2003) de même que Riegle et ses coll. (2002) menèrent en deux parties un essai randomisé prospectif avec deux groupes de patients atteints d'insuffisance cardiaque de stade III et IV afin de déterminer l'effet en termes de qualité de vie des patients et de taux de réadmission à l'hôpital que produirait une intervention infirmière basée sur une approche de *caring*. Les résultats préliminaires ont permis de constater une baisse des taux de réadmission et des coûts qui y sont associés ainsi qu'un plus haut niveau de satisfaction des patients qui avaient bénéficié de cette intervention. De même, ces résultats ont constitué les assises et des données probantes pour l'élaboration du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003) (figure 5, p.39) qui s'inspire de la philosophie du *caring* de Watson (1988a, 1988b) comme processus de soins. Le modèle de Duffy et Hoskins (2003) a d'ailleurs été à la base du modèle conceptuel de la présente recherche.

En somme, selon Watson (1979, 1988a, 1988b), l'approche de *caring* des infirmières assure aux patients de recevoir des soins qui respectent leur dignité humaine en cherchant à développer leur potentiel. La prise en considération du champ phénoménal du patient par l'infirmière entraîne la relation soignant-soigné dans un

paradigme de transformation où le modèle biomédical déjà existant et le modèle humaniste des soins agissent en synergie pour « soigner » l'altération de la santé de la personne Watson (1979, 1988a, 1988b) pour la faire évoluer. D'une part, certaines recherches (Duffy et Hoskins, 2003; Riegle et coll. 2002) suggèrent que cette approche de *caring* provenant du soin infirmier serait déterminante dans les résultats obtenus par les patients, particulièrement en ce qui concerne leur sécurité en milieu de soins de courte durée. D'autre part, ces recherches ont même permis d'élaborer un modèle qui illustre de façon intégrée l'approche de *caring* des infirmières d'après la philosophie du *Human Caring* de Watson et le modèle structure-processus-résultat de Donabedian. La philosophie du *Human Caring* confère fondamentalement une attitude d'écoute par rapport aux besoins des patients et apporte une vigilance ainsi qu'une considération certaines de la part de l'infirmière par rapport à la prestation des soins, ce qui paraît tout à fait compatible avec la sécurité des patients. Toutefois, à partir de ce modèle, il reste encore à explorer les stratégies par lesquelles l'approche de *caring* des infirmières permettrait effectivement d'éviter de commettre des erreurs médicales, de produire des événements indésirables et ainsi d'instaurer la sécurité des patients. De plus, les recherches sur la sécurité des patients ont été effectuées dans des milieux de soins de courte durée et non dans des établissements de soins de réadaptation. La section suivante porte sur les soins de réadaptation.

2.3 La prestation des soins de réadaptation

Lorsque des soins de réadaptation sont requis, relativement à un problème de santé chronique soit neurologique ou musculo-squelettique, l'équipe multidisciplinaire dont font partie les infirmières, doit alors dispenser à la personne malade des soins qui lui permettent d'en limiter les incapacités, d'en prévenir les récurrences, et cela, tout en la ramenant à un niveau de fonctionnement initial ou quasi-initial (Potter et Perry, 2002; Smeltzer et Bare, 1994). Cet objectif du niveau de soins tertiaires exige du professionnel un accompagnement à long terme du patient dans le recouvrement de sa santé. La condition de santé de l'individu se modifiant souvent radicalement (déficits cognitifs, perte d'un membre, dysfonctionnement d'un système), elle peut affecter sa perception et son estime de lui-même. La réussite des soins dispensés se

compare alors à de petites pierres posées jour après jour par le patient, avec l'aide du personnel, afin de reconstruire un édifice solide. Cette démarche de soins sollicite, sans contredit, une grande participation du patient qui peut être parfois très fastidieuse et sans gratification pour lui à court terme. C'est à ce moment que la qualité de l'accompagnement du professionnel auprès du patient prend tout son sens par le *caring* tel que Leighton et Binstock le présentent (2001). De plus, ce type d'accompagnement valorise l'engagement de l'infirmière face à sa « présence avec » dans la relation avec le patient et devient indispensable selon la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a, 1988b). La qualité des soins et la sécurité des patients en terme de résultats de soins ont été peu étudiées en milieu de réadaptation, sauf dans de rares recherches récentes telles que le proposent Vähäkangas, Noro et Björkgren (2006) et Gaugler (2005).

En effet, la façon dont les infirmières accompagnent les patients en réadaptation a été révélée récemment dans l'étude de Vähäkangas et ses coll. (2006). Cette étude quantitative rétrospective s'est déroulée dans deux centres de réadaptation finlandais, entre juillet et décembre 2002. Celle-ci fut réalisée auprès de 5312 sujets et avait comme objectif principal de vérifier le temps que les infirmières consacraient à chaque patient dépendamment de ses caractéristiques. Selon les auteurs, les caractéristiques du patient provenaient de ses besoins de réadaptation et influencent, par le fait même, le type d'intervention infirmière spécifique à sa réadaptation. Les résultats ont été obtenus en analysant les données minimales 2,0, soit le *Minimum Data Set 2,0* (MDS), de l'instrument d'évaluation du patient (RAI: *Resident Assessment Instrument*) qui comporte 300 variables telles que la cognition, la communication, l'humeur et le comportement, la vision, le bien-être psychosocial et le fonctionnement physique. Des régressions logistiques univariées et multivariées ont été effectuées afin de décrire les facteurs associés à la fréquence et au type de soins infirmiers de réadaptation entrepris. Des 5312 sujets étudiés, 64% avaient reçu des soins de réadaptation. Les résultats ont démontré que les infirmières consacraient plus de temps dans leurs interventions aux patients qui avaient plus de potentiel de réadaptation, soit 16% d'entre eux. Cette différence fut évaluée à deux à quatre jours de réadaptation par semaine chez les patients chez qui les infirmières jugeaient avoir un meilleur potentiel, comparativement à un à deux jours chez ceux

où elles dénotaient moins de potentiel. Elles leur faisaient ainsi pratiquer davantage les habiletés associées aux activités de la vie quotidienne telles que les transferts, la marche et l'habillement. Les caractéristiques des patients au niveau de leurs besoins de réadaptation qui influençaient le plus les infirmières dans leurs interventions étaient de l'ordre de leur niveau de cognition, d'habiletés dans les activités de la vie quotidienne, de continence urinaire, de stabilité de leur état de santé, de risque de chutes, de dépression et d'engagement social. Les patients qui étaient jugés avoir plus de potentiel avaient aussi 35% plus de chance de bénéficier d'un suivi pour d'autres caractéristiques qui n'étaient pas en cause dans leur condition. Ces résultats suggèrent alors que la perception des infirmières quant au potentiel de réadaptation de chacun des patients détermine leur façon d'intervenir dans leurs soins de réadaptation. Plus d'études demeurent toutefois nécessaires pour connaître les liens qui existent entre la perception des infirmières concernant les soins de longue durée, leur approche de soins et les résultats de soins auprès des patients en terme de sécurité.

De même, dans une autre recherche portant sur les soins de longue durée, Gaugler (2005) a voulu explorer les liens empiriques qui associaient les caractéristiques des établissements, des patients, des familles et des soignants à la perception des soignants par rapport aux patients. Au cours de cette étude, une collecte de données primaires par des entrevues téléphoniques a été réalisée auprès de 41 membres du personnel soignant oeuvrant dans 26 milieux de soins de longue durée sélectionnés de façon aléatoire au Kentucky (États-Unis). De plus, les soignants étaient soumis à une collecte de leurs informations sociodémographiques et à un instrument de mesure qui évaluait leur appréciation du degré d'engagement de la famille envers les patients (*Attitudes Toward Families Scale*). Par la suite, comme sources de données secondaires, des entrevues face à face ont été menées avec les patients, les familles et les administrateurs de ces mêmes milieux de soins afin de recueillir leurs caractéristiques et leur perception des relations soignants-patients-familles. Toutes ces entrevues ont eu lieu entre l'automne 2001 et le printemps 2002. Après des analyses de régressions multiples, deux indicateurs ont été considérés dans la perception des soignants face aux patients, soit la cohésion dans la relation et la connaissance par rapport à leurs besoins. Le modèle prédictif de la cohésion de la

relation soignant-patient et la perception des soignants face aux patients démontrait une force de $R^2 = 0,46$. Ceci a permis de découvrir que les soignants qui étaient mariés ($\beta = 0,32, P < 0,05$) et qui avaient des attitudes positives envers la famille des patients ($\beta = 0,37, P < 0,01$) démontraient plus de cohésion dans la relation avec les patients. Par contre, ceux qui oeuvraient dans les établissements plus grands ($\beta = 0,49, P < 0,001$) démontraient moins de cohésion. De plus, le modèle prédictif de la connaissance des soignants par rapport aux besoins des patients et la perception des soignants face aux patients démontrait une force de $R^2 = 0,42$. Une seule variable a paru significative dans ce cas, soit, le fait que plus les soignants étaient en charge d'un grand pourcentage de patients qui avaient des incapacités, plus leurs connaissances sur les besoins de ces patients augmentaient ($\beta = 0,39, P < 0,05$).

Cette recherche appuie, d'une part, l'importance de considérer les propres liens familiaux des soignants dans les attitudes et comportements qu'ils démontrent à l'égard des patients. D'autre part, cette recherche rappelle également que la façon dont sont constituées les installations d'un établissement de soins de longue durée (grandes versus petites) influence les interactions entre les soignants et les patients et peuvent ainsi augmenter la cohésion dans la triade soignant-patient-famille. D'ailleurs, au sujet du pouvoir des interactions fructueuses, notamment infirmière-patient, l'étude de Lucke (1999) sera présentée plus loin dans la section traitant spécifiquement du lien unissant l'approche de *caring* et les résultats de soins chez les patients bénéficiant de soins de réadaptation.

2.3.1 Les atteintes physiques, les besoins des patients et les habiletés de l'infirmière

Selon la classification de l'ICIS (2004), les bénéficiaires de soins de réadaptation se composent, entre autres, des quatre groupes de patients suivants : ceux qui ont un dysfonctionnement cérébral, ceux qui ont un accident vasculaire cérébral (AVC), ceux qui ont un dysfonctionnement de la moelle épinière et enfin, ceux qui ont subi l'amputation d'un membre. Dépendamment de la région cérébrale atteinte, les dysfonctionnements cérébraux (suite à un traumatisme crânien) et les AVC produisent diverses manifestations cliniques, telles que des pertes motrices, l'altération de la communication, de la perception, de l'activité mentale, de l'état

psychologique et de l'élimination urinaire (Smeltzer et Bare, 1994; Lewis, Heitkemper et Dirksen, 2003). De même, les dysfonctionnements de la moelle épinière dépendent du niveau de la lésion et peuvent être de l'ordre d'une paralysie et d'une anesthésie complètes sous le niveau de la lésion, des troubles vésicaux et intestinaux, une perte du tonus vasomoteur sous le niveau de la lésion et de graves troubles respiratoires (Smeltzer et Bare, 1994). Les personnes ayant subi l'amputation d'un membre sont, quant à elles, particulièrement atteintes d'une difficulté de mobilité physique (Smeltzer et Bare, 1994). Dans l'ensemble, ces atteintes physiques exigent à l'infirmière d'avoir une certaine acuité dans le savoir, savoir-faire et savoir-être particulièrement au niveau de l'administration d'analgésiques, l'utilisation de l'équipement spécialisé (respirateurs, prothèses, aides ambulatoires), les soins post-opératoires, le dépistage de symptômes aggravants (infections, rétention urinaire, signes de thrombo-embolies) et la rédaction des notes infirmières évolutives qui permettent le suivi des soins à long terme par l'équipe multidisciplinaire en préparant mieux le patient pour le retour à domicile (Smeltzer et Bare, 1994; Lewis, Heitkemper et Dirksen, 2003).

L'étude quasi-expérimentale de Lee (2006), effectuée auprès de 40 adultes bénéficiant de soins de réadaptation, a démontré qu'une intervention infirmière spécifique en regard à leurs capacités physiques avait des effets significatifs au niveau de leurs fléchisseurs et extenseurs du genou, de leur flexibilité, de leur autonomie ainsi que de leur qualité de vie. De même, spécifiquement au niveau de la mobilité, Bourret et ses coll. (2002) ont démontré dans une étude qualitative qui explorait la signification du phénomène de la mobilité chez 20 patients bénéficiant de soins de longue durée et 15 infirmières qui y oeuvrent, que la mobilité était hautement valorisée autant chez les patients que chez les infirmières. Pour les patients, la mobilité signifiait la liberté, le choix, l'indépendance et ils se disaient prêts à faire les efforts nécessaires afin de la maintenir ou de l'améliorer. Quant aux infirmières, celles-ci mentionnaient ne pas hésiter à s'engager dans des soins préparatoires à la mobilité des patients, à modifier leur environnement et à les encourager par rapport à cela. Ceci met en lumière que le phénomène de la mobilité chez les patients en réadaptation va plus loin qu'un simple déplacement d'un endroit à un autre mais rejoint en fin de compte le coeur de la relation de soins soignant-

soigné dans un objectif ultime d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des patients.

2.3.1.1 Le modèle de *processus de production du handicap (PPH)*

Dans le but de comprendre les enjeux reliés à la réadaptation, le « Processus de production du handicap » (*PPH*) fournit un modèle qui unit autant les aspects physiques que psychosociaux qui entourent un traumatisme chez une personne.

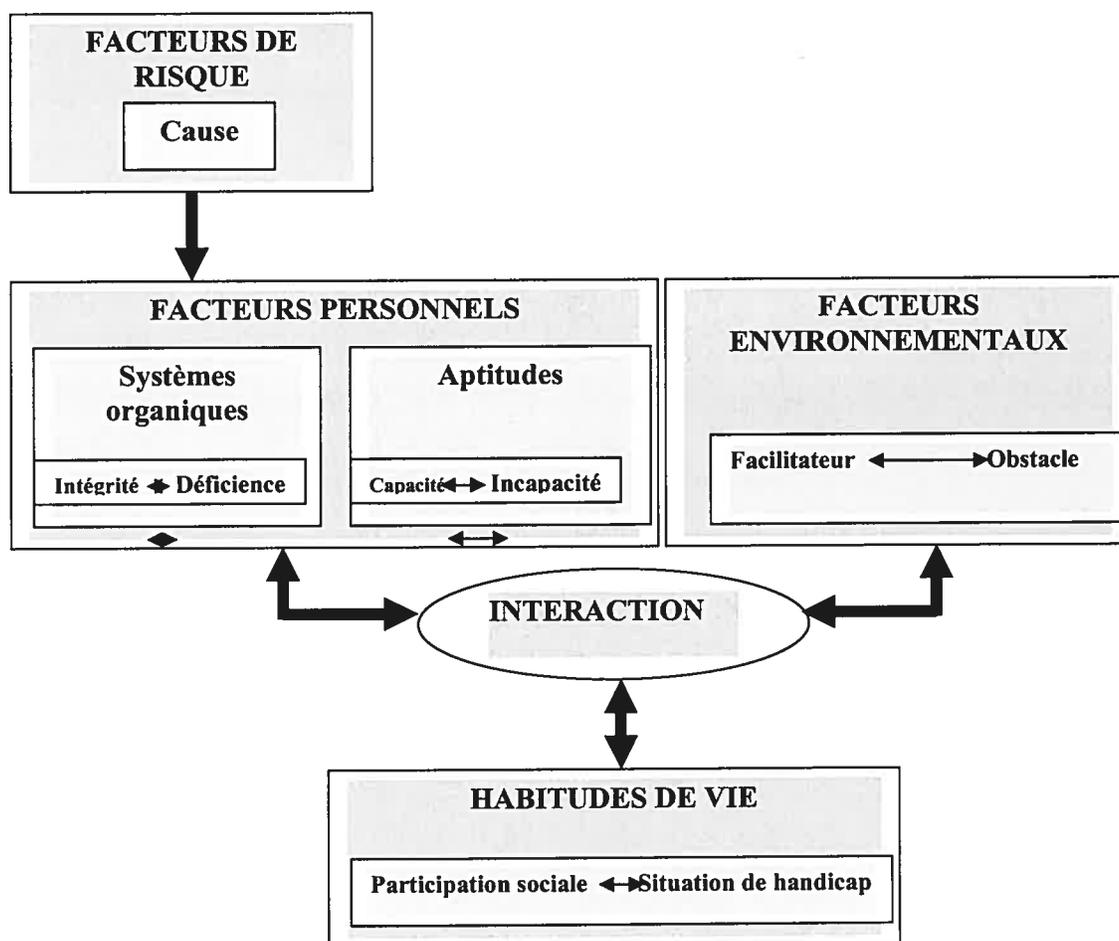
La classification québécoise du « Processus de production du handicap » (*PPH*) prend racine dans celle du Comité Québécois sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) fondée en 1986. Lors d'une rencontre internationale, en 1987, qui réunissait des utilisateurs de la CIDIH, les participants ont reconnu l'expertise québécoise en ce qui a trait à une meilleure compréhension du 3^e niveau de la CIDIH, le handicap, ainsi qu'à une importante prise en considération des obstacles à l'intégration sociale que vivent les personnes ayant des déficiences et des incapacités. Ainsi, le *PPH* constitue un modèle explicatif anthropologique des conséquences des maladies, traumatismes et des autres troubles en s'appuyant sur le développement humain universel. Le *PPH* permet de représenter la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes) qui déterminent le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie selon l'âge, le sexe et l'identité socioculturelle des personnes (Fougeyrollas et coll., 1996).

En dépit du fait que les atteintes physiques des patients en réadaptation soient importantes, l'évaluation de leur « handicap » ne se limite pourtant pas seulement à ce niveau. En effet, selon le *Processus de production du handicap*, les maladies, les traumatismes ou les autres troubles qui s'insèrent inévitablement dans le contexte personnel (intrinsèque) et environnemental (externe) de l'individu et leurs conséquences résultent indubitablement en une interaction dynamique entre ces facteurs et les habitudes de vie de l'individu. Cette interaction, comme l'illustre la figure 4 (p.31), représente en quelque sorte le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie correspondant à diverses caractéristiques

sociodémographiques de l'individu telles que l'âge, le sexe et l'identité socioculturelle (Comité de révision de la proposition québécoise de classification, 1998). La genèse du *PPH* s'enracine ainsi dans le modèle générique du développement humain qui s'inscrit dans une perspective globale, holistique, systémique, écologique et déstigmatisante en visant des principes d'égalité des droits de tous les individus, de respect des différences et de participation sociale optimale. Le *PPH* y introduit ainsi les notions d'intégrité, de capacité, de facilitateur et d'obstacle qui définissent certains critères normatifs issus du milieu de la réadaptation.

Figure 4 : Processus de production du handicap (RIPPH/ SCCIDIH, 1998)

Comité de révision de la proposition québécoise de classification



Au-delà des potentielles limitations physiques des patients, le *PPH* met en lumière l'importance de tenir compte de leur adaptation psychosociale (par la participation sociale) tributaire des facteurs personnels et environnementaux après leur congé de l'établissement. Ceci amène donc au premier plan l'adaptation sociale du patient comme résultat de soins à considérer lors du congé de l'établissement. La sécurité du patient pourrait être alors évaluée sous l'angle de son niveau d'adaptation sociale et psychosociale comme résultat de l'interaction des facteurs environnementaux facilitateurs (ou non, s'il y a obstacle) de l'approche de *caring* provenant des soins infirmiers.

2.3.2 Les atteintes psychologiques et psychosociales, les besoins des patients et les habiletés de l'infirmière

La plupart des personnes atteintes de dysfonctionnement cérébral, d'AVC, de dysfonctionnement de la moelle épinière ou ayant subi l'amputation d'un membre sont affectées par une altération de l'image de soi due aux séquelles de leurs atteintes physiques parfois drastiques (Smeltzer et Bare, 1994; Lewis, Heitkemper et Dirksen, 2003). Cela entraîne alors une perturbation temporaire ou permanente de leur image corporelle et de l'exercice de leurs rôles (conjoint, parent, enfant, travailleur, etc.) (Lussier et St-Jacques, 1993; Smeltzer et Bare, 1994). Face à cette situation, le savoir, savoir-faire et savoir-être de l'infirmière doivent particulièrement se manifester dans l'accompagnement du patient (et sa famille) à travers cette nouvelle expérience de vie, de façon à le guider dans la reconstitution de son champ phénoménal (Lussier et St-Jacques, 1993; Watson, 1988). La reconstitution de ce champ phénoménal devrait alors permettre au patient (et sa famille) d'atteindre une harmonie esprit-corps-âme qui assure en quelque sorte sa sécurité durant son séjour et au congé de l'établissement de soins.

À cet effet, les atteintes psychosociales représentent également un défi pour les patients en réadaptation selon Gaugler et ses coll. (2004). D'après ces chercheurs, la probabilité d'adaptation psychosociale des patients après leur congé de l'établissement peut être prévisible pendant leur durée de séjour puisqu'il s'agit souvent des mêmes déterminants. Ainsi, entre autres, les déterminants de l'adaptation

psychosociale des patients durant leur durée de séjour dépendent du type de milieu de soins, de leur état de santé et des accommodations pour leur famille. Ces déterminants vont agir éventuellement sur leur qualité de vie et sur la progression des patients dans leur propre milieu de vie. Il y a quelques années, certains chercheurs comme Osetrov (1994) ont reconnu que les patients qui sont atteints d'un traumatisme crânien pouvaient faire face à des difficultés psychosociales après leur congé d'un établissement de soins de longue durée. Ces difficultés représentent en quelque sorte des séquelles post-traumatiques qui nuisent à l'adaptation sociale harmonieuse de ces patients. Au nombre des manifestations de ces séquelles psychopathologiques, il y a notamment des changements dans la personnalité provenant d'atteintes neurologiques, psychogéniques ou somatiques.

2.3.3 Le *caring* et les résultats de soins chez les patients

Un des principaux objectifs des soins de réadaptation demeure l'amélioration de la capacité des patients à accomplir leurs activités de la vie quotidienne (AVQ), telles que manger, parler, se mobiliser, se vêtir et comprendre des instructions (ICIS, 2004; Association des hôpitaux du Québec, 1995). Selon les données de l'ICIS (2004), les patients qui ont subi l'amputation d'un membre ont le score d'amélioration de la capacité fonctionnelle dans les AVQ le plus faible comparativement à ceux qui ont un dysfonctionnement cérébral ou de la moelle épinière ou encore ceux qui ont eu un AVC. Pourtant, leur score à l'admission est le plus élevé parmi ce groupe de patients. Toujours selon l'ICIS (2004), en 2001, 39% des Canadiens de 15 ans et plus atteints d'une invalidité affirmaient que leurs besoins n'étaient pas comblés, et ce, particulièrement à cause du coût jugé trop élevé des équipements et du manque d'aide informelle en communauté. Dans la plupart des cas, l'aide est fournie par la famille et les amis; seulement 22% de ceux qui avaient besoin d'aide ont déclaré recevoir l'aide d'organismes ou d'agences de santé.

Une étude utilisant la théorie ancrée pour faire ressortir l'impact perçu par 22 blessés de la moelle épinière des soins de *caring* dispensés par les infirmières et les thérapeutes en réadaptation (Lucke, 1999) a démontré que selon les patients, l'approche de *caring* avec laquelle ces professionnels ont prodigué leurs soins leur a

permis d'atteindre cinq buts importants par rapport au rétablissement de leur condition de santé : (1) réintégrer son « moi » intérieur en retrouvant la perception que l'on avait de soi-même avant son atteinte physique, et ce, tant au niveau émotionnel, spirituel que psychologique; (2) élever son âme en se sentant fier de ce qu'on accomplit, en voulant partager ses réalisations avec ses pairs et en ayant la motivation de se dépasser tous les jours; (3) prendre soin de soi en ayant la volonté d'utiliser ses habiletés et d'effectuer les tâches requises dans son plan de soins; (4) se prendre en charge en s'occupant de son plan de soins de façon autonome; et (5) devenir indépendant en participant aux prises de décisions de l'équipe de soins.

Tous ces impacts perçus du *caring* par ces patients bénéficiant de soins de réadaptation s'avèrent majeurs, compte tenu du fait que leur condition de santé les amène, la plupart du temps, dans une voie complètement opposée, c'est-à-dire vers une piètre image corporelle, une perte d'estime de soi et des sentiments de solitude, d'impuissance et de dépendance (Lucke, 1999). Ces patients pointent alors l'interaction positive qu'ils avaient avec les infirmières et les thérapeutes en réadaptation comme étant déterminante dans leur évolution. Cette interaction positive faisait en sorte, explique Lucke, qu'ils recevaient régulièrement de ces soignants des encouragements, de l'aide au moment opportun, qu'ils partageaient avec eux des anecdotes et des blagues à l'occasion et qu'ils les tenaient informés et leur transmettaient des connaissances par rapport à leur état de santé. Cette approche soignant-personne basée sur le *caring* contribuait à ce que ces patients se sentent vraiment respectés dans leur dignité, stimulés dans le développement de leur potentiel et considérés comme des humains à part entière impliqués dans leur parcours de vie.

En somme, rares sont les études qui ont spécifiquement documenté le risque d'événements indésirables associé à la chronicité des soins et encore moins nombreuses sont celles qui ont examiné l'impact de l'approche de *caring* sur les résultats auprès des patients bénéficiant de soins de réadaptation. Pourtant, il est permis de présumer qu'une approche de *caring* en soins de réadaptation pourrait avoir un impact important sur la sécurité des patients, étant donné les séquelles

drastiques et variables des atteintes physiques et, par ricochet, leurs besoins de soins individualisés.

2.4 Conclusion de la recension des écrits

La recension des écrits montre que le *caring* en sciences infirmières peut améliorer la qualité des soins, mais sa contribution spécifique à la sécurité des patients demeure encore mal comprise. Compte tenu des besoins particuliers des patients recevant des soins de réadaptation, il est présumé qu'une approche de *caring* peut jouer un rôle important dans leur sécurité, mais nous ignorons encore par quelles stratégies cela peut se produire. La présente étude tente de combler ces lacunes en ayant comme objectif de décrire et comprendre comment, selon la perception des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation, leur approche de *caring* peut contribuer à la sécurité des patients. La prochaine section exposera le cadre conceptuel ainsi que les objectifs de cette étude.

CHAPITRE 3 :
CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

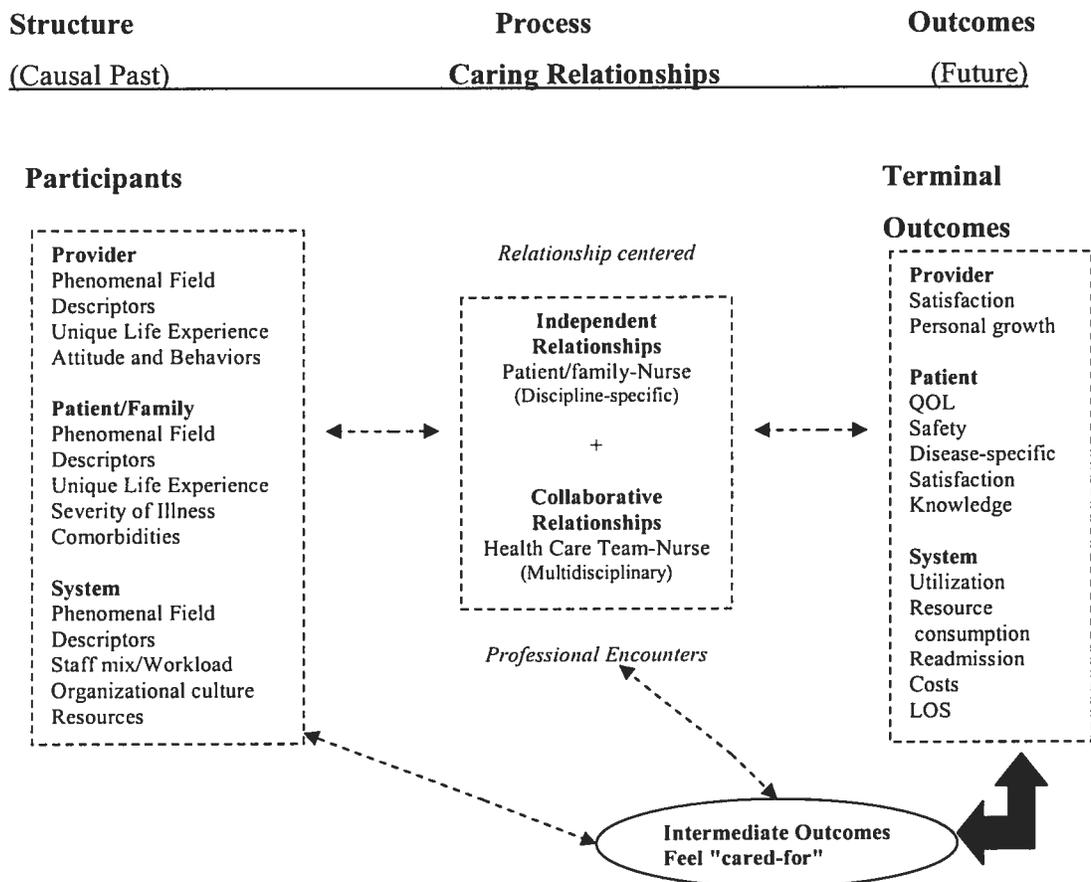
Au cours des pages suivantes, il sera question du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003) qui correspond au cadre conceptuel dont s'inspire la présente recherche. De plus, la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a) comme processus de soins intégré au *Modèle Caring-Qualité*© fera également l'objet de ce chapitre ainsi que les objectifs de cette étude.

3.1 Le *Modèle Caring-Qualité* © de Duffy et Hoskins (2003)

Le *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003) (figure 5, p.39) a été élaboré à partir du modèle *Structure-Processus-Résultats* de Donabedian (1973, 1980) ainsi que de la philosophie du *Human Caring* de Watson (1988a, 1988b, 1999). Ce modèle prend également racine dans les travaux de King (1981), de Mitchell et ses coll. (1998) et d'Irvine et ses coll. (1998) permettant ainsi une imbrication des principes d'organisation des soins de santé et des théories infirmières. Ce modèle a été retenu dans la présente recherche puisqu'il jette un pont novateur entre les principes classiques d'évaluation de la qualité des soins et l'approche de *caring*; ce lien était encore peu mis en valeur dans un contexte d'organisation des soins. Par ailleurs, il est à noter que les cadres théoriques qui sont présentés ne sont pas utilisés de façon prescriptive ou rigide dans cette recherche, mais servent à organiser les concepts propres à la problématique à l'étude.

Depuis plusieurs années, des outils ont été développés afin de rendre compte de la performance de divers services de santé. La performance recherchée concerne, en général, principalement l'accessibilité aux soins requis en temps opportun, le maintien de la sécurité des patients ainsi que la réduction des coûts des soins de santé (Duffy et Hoskins, 2003). En dépit du fait que la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* (1997) des États-Unis considère le *caring* comme une dimension importante de la qualité des soins, peu de recherches à ce jour ont démontré la valeur de la composante interpersonnelle de la phase « *processus* » de Donabedian (1973), autant en ciblant les soignants que le système de santé. C'est dans l'optique de combler cette lacune que le *Modèle Caring-Qualité*© a été élaboré autant pour guider des études qualitatives que quantitatives.

Figure 5
MODÈLE CARING-QUALITÉ© (Duffy et Hoskins, 2003)



En suivant le *Modèle Caring-Qualité©* de Duffy et Hoskins (2003) représenté à la figure 5, il est possible de distinguer les trois composantes du modèle d'analyse des soins de santé de Donabedian (1973) soit : la structure, le processus et le résultat. La « structure » fait état de tous les référents antérieurs (*Causal past*) à la prestation des soins concernant les acteurs en jeu (*participants*) : le soignant, le patient et/ou leur famille de même que le système de soins de santé. La structure rappelle de tenir compte du bagage avec lequel chacun des acteurs en jeu entre en contact avec le système de soins de santé et la façon dont ce bagage influencera le processus des soins et des services. D'abord, au niveau du soignant, il peut y avoir des facteurs socio-démographiques (âge, formation, années d'expérience, etc.), une attitude et des

comportements spécifiques, des expériences uniques de vie. Au niveau du patient et/ou de sa famille, en plus des mêmes référents que le soignant, il peut y avoir le poids de la maladie signifiée (*severity of illness*) ainsi que les facteurs de comorbidité. Enfin, en ce qui concerne le système de soins de santé, les auteurs mentionnent que le personnel, la charge de travail de même que la culture organisationnelle peuvent avoir un impact sur le processus des soins et des services. S'inspirant des travaux de Watson (1988a, 1988b), Duffy et Hoskins (2003) utilisent également la notion de champ phénoménal et ce, pour chacun des acteurs puisqu'elle correspond au cadre de référence existentiel unique à chacun.

Pour sa part, la composante « processus » correspond au noyau du modèle, soit à la pratique et aux interventions du soignant. Étant donné qu'il s'agit d'un modèle qui met en valeur le *caring* comme processus de soins pour en évaluer la qualité et que le *caring* est l'essence même du soin infirmier, la relation d'aide de l'infirmière devient alors au cœur de ce processus. Duffy et Hoskins (2003), après avoir considéré la façon dont plusieurs auteurs (Watson, 1988a, 1988b; King, 1981; Irvine et coll., 1998) analysent l'implication des infirmières à travers les services de soins offerts aux patients, établissent deux types d'implication: les relations autonomes (*Independent Relationships*) avec les patients et/ou leur famille, de même que les relations de collaboration (*Collaborative Relationships*) avec l'équipe multidisciplinaire. Ces deux types d'implication demeurent ancrés dans des relations de *caring* (*Caring Relationships*) qui se reflètent en clinique par un « savoir », un « savoir-faire » et, surtout, un « savoir-être avec ».

Ainsi, les relations autonomes (*Independent Relationships*) avec les patients et/ou la famille correspondent à la mise en place d'une pratique et des interventions autonomes spécifiques à la discipline infirmière préconisant le soulagement de la douleur, l'enseignement, le soutien émotionnel, l'évaluation quotidienne de la symptomatologie et de la diète de même que l'administration des médicaments (Duffy et Hoskins, 2003). Ces interventions ont le potentiel de produire des effets bénéfiques non seulement chez les patients et/ou la famille mais aussi chez les infirmières elles-mêmes et dans le système de soins. Les relations de collaboration (*Collaborative Relationships*) avec l'équipe multidisciplinaire (médecins,

pharmaciens, diététistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.), quant à elles, correspondent aux activités et aux responsabilités que les infirmières partagent avec les autres professionnels de la santé afin de produire des services de soins de santé adéquats aux patients et/ou à sa famille qui auront des répercussions bénéfiques sur ces derniers, les soignants de même que le système de soins. La réalisation de ces deux types d'implication indissociable des infirmières, lesquels s'avèrent teintées par les relations de *caring* centrées, d'une part, sur les patients et/ou famille (*Relationship centered*) et, d'autre part, sur les échanges avec les autres professionnels (*Professional Encounters*), vient illustrer la contribution des infirmières en rapport aux résultats des soins de santé chez les patients d'une façon à la fois unique et partagée avec les autres professionnels.

Ce processus de soins devient primordial pour obtenir des « résultats finaux » (*Terminal Outcomes*) pour les patients (qualité de vie, sécurité, satisfaction spécifique reliée à chaque maladie et connaissances), les soignants (satisfaction et développement personnel) et le système de soins de santé (utilisation des ressources, taux de réadmission, coûts et durée de séjour). Duffy et Hoskins (2003) soulignent que les résultats finaux, en ce qui concerne le système, sont particulièrement déterminants pour la viabilité de l'organisation dans une logique marchande. Cette logique marchande voudrait, par exemple, que plus il y a baisse d'utilisation des ressources, du taux de réadmission, des coûts et de la durée de séjour, mieux l'organisation se positionnera dans un marché compétitif.

De plus, entre le processus et les résultats finaux, des résultats intermédiaires (*Intermediate Outcomes*) peuvent se produire. Les résultats intermédiaires font référence à un changement de comportement, d'attitude pouvant se manifester autant chez le soignant, le patient que le système et qui inclut un changement dans l'orientation du suivi clinique. Les résultats intermédiaires et finaux ont une interaction réciproque faisant en sorte que des résultats intermédiaires positifs tendent naturellement à bonifier les résultats finaux. Même en étant parfois plus subtils que les résultats finaux, les résultats intermédiaires peuvent ainsi mener de façon déterminante vers les résultats finaux. Par exemple, lorsque l'approche de *caring* devient vraiment ancrée dans les valeurs de l'infirmière et que celle-ci se

montre plus attentive aux besoins de son patient (résultats intermédiaires, *feel « cared-for »*), l'infirmière peut naturellement contribuer au développement des connaissances du patient. Par ailleurs, dans un mouvement de rétroaction réciproque, les résultats finaux eux-mêmes peuvent renforcer les comportements, les attitudes et l'orientation du suivi clinique (les résultats intermédiaires). Par exemple, un patient mieux informé connaîtra mieux ses besoins et incitera davantage les soignants à lui prodiguer des soins individualisés et à lui être plus attentifs.

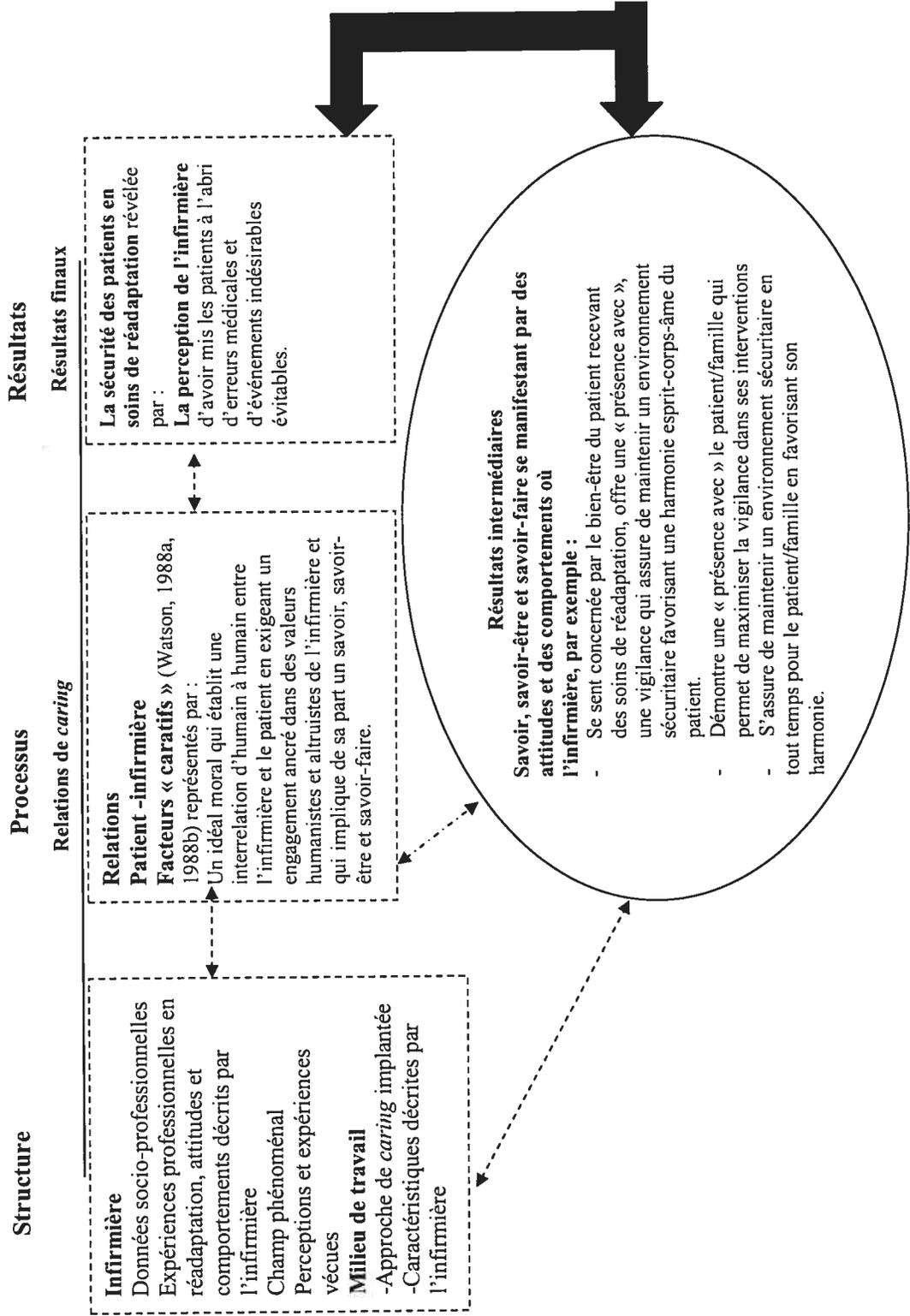
Il est à souligner que les trois différentes composantes (structure-processus-résultats) constituent des dimensions ouvertes, représentées par des encadrés pointillés susceptibles de contenir d'autres éléments existant déjà dans le champ phénoménal mais dont les influences n'ont pas encore été étudiées dans les recherches antérieures. De même, les flèches sont toutes en pointillé et bidirectionnelles de façon à illustrer une certaine rétroaction et circularité possibles entre les dimensions analysées. Ces derniers éléments constituent ainsi la force du *Modèle Caring-Qualité*© qui fournit un cadre conceptuel flexible rendant possible l'étude de la qualité des soins sous l'angle phénoménologique du *caring*.

Le cadre conceptuel de la présente étude est une adaptation du *Modèle Caring-Qualité*©, où l'accent est mis sur la contribution du *caring* à la sécurité des patients (figure 6, p.44). On y retrouve ainsi la composante « structure » qui concerne l'infirmière et le milieu de travail déterminés, entre autres, par leurs caractéristiques et leur champ phénoménal respectifs. La composante « processus » se trouve définie par la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a) et les facteurs « caratifs » en constituent en quelque sorte un guide. Ensuite, les résultats intermédiaires correspondent aux attitudes et aux comportements démontrés par l'infirmière et qui peuvent traduire les stratégies possibles par lesquelles son approche de *caring* peut mener à la sécurité des patients. Ces résultats intermédiaires sont donc très importants à considérer dans la présente étude puisqu'ils permettront d'élucider la signification de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières en regard à la sécurité des patients. Finalement, la composante « résultats finaux » représente la perception des infirmières sur la sécurité des patients recevant des soins de réadaptation. Il est à noter que même si ces concepts sont retenus séparément

dans des cadres et suggèrent des relations particulières entre eux, la perspective des infirmières qui seront interrogées dans la présente étude peut s'avérer fort différente et la méthodologie phénoménologique qui accompagnera ce cadre conceptuel respectera cette perspective. En fait, sous une toile de fond de données probantes en recherche, le *Modèle Caring-Qualité*© permet de faire ressortir la contribution unique des infirmières à la qualité des soins en général et la sécurité des patients en particulier. L'adaptation de ce modèle permettra ainsi d'analyser dans un contexte de soins de réadaptation, les concepts qui unissent l'approche de *caring* des infirmières selon Watson (1979, 1988a), comme processus de soins, à la sécurité des patients, comme résultat de soins.

Figure 6

CADRE CONCEPTUEL DE LA CONTRIBUTION DE L'APPROCHE DE CARING
DES INFIRMIÈRES EN REGARD À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS RECEVANT DES SOINS DE RÉADAPTATION



3.2 La philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a) comme processus de soins intégré au *Modèle Caring-Qualité*©

Afin d'illustrer la perspective en soins infirmiers associée à l'approche de *caring*, la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a) a servi de guide à cette étude en s'inscrivant dans la composante « processus » du *Modèle Caring-Qualité*© décrit précédemment. Watson (1988a) conçoit le *caring* comme une science et comme un art; le *caring* requiert un corps de connaissances et d'habiletés mais aussi une façon d'être et une créativité dans l'unicité de la relation de soins avec chaque patient. Une structure ou un milieu de travail qui prône déjà une approche de *caring* ne devrait que mieux faire émerger cette philosophie de soins auprès des infirmières puisque cette philosophie représente l'essence de leur pratique professionnelle. On souligne ainsi le lien qui unit la « structure » (milieu de travail ayant une approche de *caring* implantée) et le « processus » (approche de *caring* des infirmières) de même que celui qui unit la structure et les résultats intermédiaires (attitudes et comportements de *caring*).

Comme il en avait été question précédemment, les facteurs « caratifs » énoncés dans la philosophie du *Human Caring* viennent apporter certains repères à cette approche de soins. Tous les facteurs « caratifs » (annexe A, p.184) de Watson (1988) rejoignent les intérêts de la présente étude, en ce sens qu'ils correspondent à la même version utilisée dans l'établissement de soins qui fait office de milieu d'étude. Dans l'ensemble, chacun des facteurs « caratifs » souligne la nécessité pour l'infirmière de considérer certains besoins du patient et d'y porter une attention authentique afin d'y répondre. Cela favorise alors la guérison du patient qui est considérée comme un retour à une harmonie corps-esprit-âme (Watson, 1979). Dans le cadre de la présente étude, il s'agit de l'amélioration de sa capacité fonctionnelle qui devrait en principe éloigner les risques de torts évitables qui pourraient lui être causés. Parmi ces facteurs « caratifs », le huitième, concernant la nécessité de « *soutien, protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique socioculturel et spirituel* », s'avère tout à fait pertinent pour combler le besoin de sécurité des patients recevant des soins de réadaptation, étant donné leurs besoins spécifiques tels que discutés lors de la recension des écrits. En fait, les dix facteurs « caratifs » de

Watson (1979, 1988a) comportent des avantages potentiellement compatibles avec la sécurité des patients et cela devrait se traduire concrètement par des résultats intermédiaires comme les attitudes et les comportements typiques cités en exemples à la figure 6 (p.44).

De plus, la flèche bidirectionnelle qui unit le processus (relations de *caring*) et les résultats intermédiaires (attitudes et comportements) s'avère très significative pour la présente étude. En effet, un des postulats de la philosophie du *Human Caring* de Watson (1999) soutient le fait de « *concevoir le caring comme un espace sécuritaire dans le présent et dans l'avenir en cherchant à procurer une plus grande connexion avec soi-même* » (Traduction libre, p.39). Cela fait en sorte que le *caring* procure une conscience intentionnelle qui augmente l'engagement de l'infirmière par rapport à son rôle professionnel et qui a ainsi le pouvoir de potentialiser la guérison et l'intégralité du patient (Cara, 2002b), c'est-à-dire améliorer sa capacité fonctionnelle (incapacité, handicap, mesure de l'indépendance fonctionnelle) dans un milieu de soins de réadaptation. Ainsi, ce postulat stipule que la façon d'arriver à mettre en pratique l'approche de *caring* de Watson exige au préalable que l'infirmière fasse une introspection. Cette introspection lui permettra de se conscientiser par rapport à son rôle professionnel qui consiste à véhiculer des valeurs humanistes et altruistes afin de saisir les occasions réelles de *caring*. Les occasions réelles de *caring* consistent en un point focal dans le temps et dans l'espace entre deux personnes où se rencontre leur champ phénoménal respectif laissant libre cours à une véritable connexion d'humain à humain. La naissance de cette relation transpersonnelle se caractérise alors par une mutualité dans la relation infirmière-personne qui permet le partage de sentiments et de pensées harmonieuses (Watson, 1979, 1988a, 1999; Cara, 2002b).

Par la suite, les occasions réelles de *caring* saisies peuvent se traduire par des attitudes et des comportements qui font partie des résultats intermédiaires du *Modèle Caring-Qualité* © et qui peuvent contribuer potentiellement à la sécurité des patients. Ces résultats intermédiaires évoqués par le modèle de Duffy et Hoskins (2003) s'avèrent très pertinents pour cette étude car ils peuvent renseigner sur les stratégies provenant de l'approche de *caring* des infirmières conduisant à la sécurité des

patients. Donc, l'éveil de sa conscience intentionnelle, énergétique et focalisée, c'est-à-dire la préoccupation constante de l'infirmière d'avoir une « présence avec » lui permettra d'actualiser son engagement fondamental envers le patient par des attitudes et des comportements qui démontrent, entre autres, de la considération face à ses besoins, de la vigilance dans les soins prodigués et du respect pour sa dignité humaine. Ainsi, McGraw (2002 : 99, annexe B, p.186) propose certaines questions introspectives pour l'infirmière relativement à son engagement professionnel en se basant sur la philosophie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988a, 1999). Ces questions seront d'ailleurs reprises au chapitre suivant portant sur la méthodologie.

3.3 Objectifs de l'étude

Objectif général :

Décrire et comprendre la contribution de l'approche de *caring* d'infirmières oeuvrant en soins de réadaptation au regard de la sécurité des patients telle que perçue par ces infirmières.

Objectifs spécifiques :

- 1) Dégager la façon dont le milieu de soins où l'approche de *caring* est préconisée soutient cette approche chez les infirmières et la façon dont elle peut contribuer à la sécurité des patients (*lien structure-processus-résultats*);
- 2) Faire ressortir la façon dont la sécurité des patients en réadaptation bénéficie de l'approche de *caring* des infirmières (*lien processus-résultats*);
- 3) Dégager les obstacles et les éléments facilitateurs de la sécurité des patients à travers l'approche de *caring* des infirmières (*lien processus-résultats intermédiaires-résultats finaux*);
- 4) Décrire (dresser le portrait de) la façon dont l'approche de *caring* et la sécurité des patients se présentent selon les caractéristiques socio-professionnelles des infirmières.

CHAPITRE 4 :
MÉTHODOLOGIE

Le chapitre suivant fera état de la méthodologie de recherche utilisée dans cette étude. Il sera ainsi question de son devis, de la méthodologie phénoménologique, des concepts et de la population à l'étude, des critères d'inclusion, du milieu, de l'échantillon, des instruments de collecte des données, de son déroulement, de l'analyse des données, de la rigueur scientifique et enfin, des considérations éthiques.

4.1 Devis de recherche

Une étude qualitative de type phénoménologique, avec entrevues individuelles semi-structurées, est la stratégie de recherche privilégiée afin de décrire et de comprendre la contribution de l'approche de *caring* d'infirmières oeuvrant en soins de réadaptation au regard de la sécurité des patients telle que perçue par ces infirmières. Ce devis de recherche a été retenu car il permet de s'intéresser principalement aux phénomènes bruts de la conscience de l'être humain, qui se manifestent par l'ensemble des expériences vécues et leur signification inhérente (Bachelor et Joshi, 1986; Giorgi, 1997). Le but de cette étude ne consiste donc pas, tel que le proposerait une analyse de contenu, à faire un effort d'adéquation empirique entre des données qualitatives et la genèse inductive d'une théorisation par rapport à un phénomène (Mucchielli, 1996). Selon la philosophie phénoménologique, il s'agit plutôt d'accéder à la conscience inhérente à l'être humain et d'étudier la présence vivante de cette conscience face à elle-même (Giorgi, 1997 ; Housset, 2000). La conscience se manifeste par l'intuition qui se rapporte à la présence de l'expérience ordinaire et quotidienne (Giorgi, 1997; Cara, 2002b). Cette conscience est menée par le principe d'intentionnalité qui fait en sorte qu'elle s'avère toujours orientée vers un objet. Comme l'expose Housset (2000) en évoquant la perspective de Husserl : *« L'intentionnalité de la conscience fait que la conscience n'est pas une chose du monde, possédant sa place dans le monde : elle est le rapport essentiel de l'homme au monde »* (p.49). Par exemple, la perception d'une maison peut provenir d'un point de vue de l'actualité, la maison que l'on voit ici et maintenant, d'un point de vue du souvenir, la maison de son enfance ou d'un point de vue fantasmatique, la maison de ses rêves. Tous ces points de vue correspondent à l'intention face à la

conscience qu'est la notion de « maison ». La reconnaissance de l'intentionnalité de la conscience suggère une extériorité à l'effet que l'idée consiste en un rapport extrinsèque qui permet de la dire vraie ou fausse. En ce sens, la perception est l'un des modes de l'intentionnalité ; en n'étant pas neutre ou vide de sens, la conscience donne ainsi accès à la signification et à la perception des phénomènes expérientiels vécus par l'être humain (Giorgi, 1997). Étant donné les objectifs de cette recherche qui se base sur le cadre conceptuel présenté précédemment, la méthodologie phénoménologique s'avère cohérente avec ceux-ci et, en ce sens, propose une démarche prometteuse quant à la profondeur et à la rigueur des résultats.

4.2 Méthodologie phénoménologique

Plusieurs auteurs (Husserl, 1900; Heidegger, 1927; Merleau-Ponty, 1945) ont traité de la phénoménologie en insistant sur des aspects philosophiques différents qui en déterminent éventuellement une méthodologie particulière. Husserl (1900), son fondateur, jeta spécifiquement les bases de cette philosophie en avançant que l'accès aux fondements des expériences profondes ne peut se faire qu'en partant de ce que la réalité nous donne à constater d'elle-même (Giorgi, 1997). Ainsi, l'expérience de l'individu proviendrait de la signification de la réalité qu'il attribuerait à toute entité. Heidegger (1927), pour sa part, a inspiré une phénoménologie herméneutique où la compréhension de l'être-dans-le-monde passe par l'interprétation de l'expérience vécue. Cette interprétation correspond alors à une façon d'approcher le monde (Oiler Boyd, 1993; Cara, 2002b). En permettant un retour sur l'expérience signifiée par la conscience du participant (terme utilisé en phénoménologie pour identifier les sujets d'une recherche), la méthode phénoménologique permettra de décrire et comprendre la sécurité des patients, à partir de l'expérience de *caring* vécue par les infirmières, dans une relation d'humain-à-humain. À ce titre, la phénoménologie selon Husserl (1900) s'avère tout à fait cohérente et utile pour explorer l'essence de la conscience des infirmières par rapport à leur approche de *caring* telle que vécue dans la réalité. Les infirmières-participantes ont donc l'occasion de s'interroger sur la conscience première qu'elles ont de leur rôle en tant que professionnelle à travers leur

expérience de *caring* ainsi que de s'interroger sur la signification de la contribution de cette expérience à la sécurité des patients.

Fortement inspirée par les travaux de Husserl (1900), la méthode phénoménologique de Giorgi (1997), suivie dans la présente recherche, propose au chercheur d'effectuer une réduction phénoménologique qui se reflète tout au long des étapes de l'analyse des données. La réduction phénoménologique consiste principalement en une opération de distanciation des préconceptions du chercheur par rapport au phénomène (Deschamps, 1993; Ray, 1991; Mucchielli, 1996). Elle contribue alors à une meilleure précision des résultats en relevant essentiellement la conscience des participants face au phénomène en cause. Ainsi, la réduction phénoménologique s'effectue en deux phases : l'*epochè* ou le *bracketing* et la réduction eidétique ou l'essence du phénomène (Giorgi, 1997).

Le *bracketing* signifie la mise entre parenthèses de tout *a priori* par le chercheur et constitue une ligne de conduite essentielle du début à la fin de l'étude phénoménologique (Giorgi, 1997). Il permet ainsi une réflexion rigoureuse et une prise de conscience de la perspective du chercheur lui-même quant au phénomène étudié. Ainsi, la mise entre parenthèses de tout *a priori* du chercheur permet de distinguer les données fournies par le participant de celles reliées aux théories, aux opinions et aux expériences antérieures du chercheur. Selon Deschamps (1993), le *bracketing* permet au chercheur de jeter un regard « naïf » sur les données des participants afin d'accéder à la description du phénomène tel que vécu par les participants. En ce qui concerne la phase de réduction eidétique ou de l'essence du phénomène, il s'agit de découvrir l'élément, le sens durable du phénomène dans un contexte donné (Giorgi, 1997). Elle se fait au moyen de la variation libre et imaginative qui consiste, selon Giorgi, à considérer tous les thèmes évoqués sur le phénomène par les participants et de se demander s'ils sont indispensables ou non au phénomène dans diverses circonstances. Seuls les thèmes essentiels sont conservés et forment ainsi les structures durables du phénomène. Ces structures durables correspondent alors à la signification « universelle » et à « l'essence » du phénomène (Giorgi, 1997). Ainsi, suivant la recommandation de cet auteur, l'étudiante-chercheuse a effectué un *bracketing* (annexe C, p.188) identifiant ses préconceptions,

ses croyances, ses valeurs ainsi que ses expériences de travail relatives au phénomène avant même de débiter la collecte des données verbales. La tenue d'un journal de bord, telle qu'effectuée par l'étudiante-chercheuse, s'est également avérée tout à fait utile afin d'y consigner ses impressions par rapport au phénomène (Whittemore et coll., 2001; Cara, 2002b).

4.3 Définition des concepts à l'étude

Sans pouvoir parler de « variables » comme dans une recherche quantitative, nous présentons néanmoins ici les principaux concepts à l'étude tels que définis dans la littérature. Nous explorerons plus loin la perception des participants à l'étude en regard de ces concepts.

La sécurité des patients

La sécurité des patients, telle qu'elle est considérée dans cette étude, correspond à l'absence de blessure accidentelle à l'égard des patients comme résultat de soins; c'est la perception des infirmières d'avoir mis les patients à l'abri d'événements indésirables (Santé Canada, 2004). Ce résultat découle de la réduction d'actes non sécuritaires menant à des événements indésirables évitables et à la mise de l'avant des meilleures pratiques professionnelles qui auront des résultats optimaux sur la santé des patients telles que le proposent le *Conseil canadien d'agrément des services de santé* (2003), le *dictionnaire canadien sur la sécurité des patients* (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2003) et le *Quality Interagency Coordination Task Force* (2000). Il est à noter que, dans la littérature scientifique actuelle, cette définition est associée aux aspects essentiellement « physiques » de la sécurité des patients.

L'approche de *caring* de l'infirmière

L'approche de *caring* de l'infirmière consiste en un idéal moral guidé par dix facteurs « caratifs » et qui établit une interrelation d'humain à humain entre l'infirmière et le patient en exigeant un engagement ancré dans des valeurs

humanistes et altruistes de l'infirmière (Watson, 1979, 1988a). Ces valeurs impliquent de la part de l'infirmière un savoir, un savoir-être et un savoir-faire lui permettant d'assurer la croissance de l'individu et de sa famille dans un environnement propice au développement de leur potentiel (Watson, 1979, 1988a; Cara, 2002b).

Les soins de réadaptation

Les soins de réadaptation représentent les soins infirmiers requis par les personnes atteintes d'un dysfonctionnement cérébral ou de la moelle épinière, d'accident vasculaire cérébral ou ayant subi l'amputation d'un membre (Smeltzer et Bare 1994). Ces soins requièrent un savoir, un savoir-faire et un savoir-être de l'infirmière dans le but d'améliorer la capacité fonctionnelle (en termes d'incapacité, de handicap et d'indépendance fonctionnelle) de ces personnes dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) à leur congé de l'hôpital (ICIS, 2004; Smeltzer et Bare 1994; Lussier et St-Jacques, 1993; Association des hôpitaux du Québec, 1995).

4.4 Population à l'étude

La population à l'étude correspond à l'ensemble des infirmiers(ères) soignants(es) et gestionnaires (qui, dans le dernier cas, se sont d'elles-mêmes manifestées pour participer) oeuvrant dans un milieu de soins de réadaptation montréalais.

4.5 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de la présente étude sont les suivants :

- Être une infirmière ou un infirmier diplômé(e)
- Travailler dans l'établissement ciblé de soins de réadaptation
- Être un(e) employé(e) régulier depuis au moins 1 an dans l'établissement ciblé
- Accepter de participer à l'étude en signant le formulaire de consentement des participants(es).

4.6 Milieu à l'étude

L'étude s'est déroulée dans un établissement de soins de réadaptation à Montréal qui traite des personnes ayant subi des amputations ou des séquelles d'AVC, des blessures médullaires et des traumatismes crâniens. Cet établissement a implanté une approche de *caring* selon Watson (1979, 1988a) depuis 1992.

4.7 Participants à l'étude

La Direction des soins infirmiers de l'établissement de soins de réadaptation ciblé a invité l'ensemble de ses 30 infirmières qui répondent aux critères de sélection de cette étude. Vingt infirmières soignantes et gestionnaires ont exprimé leur intérêt à participer à celle-ci. Toutes ces infirmières ont été retenues pour l'étude. Tel que mentionné par Benner (1994), la taille de l'échantillon est tributaire de la redondance des données fournies par les participantes, c'est-à-dire que les entrevues ont pris fin lorsque ces dernières ont évoqué aucune nouvelle donnée. La redondance est similaire au terme « saturation » pour d'autres méthodologies qualitatives.

4.8 Instruments de collecte des données

Une fois le consentement signé, les participants ont eu, dans un premier temps, à compléter avec l'étudiante-chercheure le questionnaire socio-professionnel (annexe D, p.192) qui révèle leur profil. Dans un second temps, l'étudiante-chercheure leur a posé des questions ouvertes et semi-structurées (Poupart et coll., 1997) relatives au phénomène à l'étude. Les douze questions du guide d'entrevue de l'annexe E (p.196) ont notamment été inspirées des questions introspectives de McGraw (2002) représentées à l'annexe B (p.186). Il est à noter que les deux dernières questions se sont avérées émergentes, c'est-à-dire que des propos sur la collaboration interdisciplinaire de même que sur les soins de réadaptation ont été spontanément soulevés par les premiers participants. Les questions numéro 11 et 12, n'ayant pas été prévues au départ, elles ont donc été ajoutées aux entrevues subséquentes afin de

refléter une préoccupation évidente chez les participants. Ainsi, les verbatims des participants ont fait partie du canevas de base dans la gestion de l'analyse des 2337 unités de significations évoqués par ceux-ci. Ces unités de signification ont ensuite été saisies dans un progiciel informatique élaboré spécifiquement pour cette étude par une informaticienne et l'étudiante-chercheure.

En outre, un journal de bord rédigé par l'étudiante-chercheure lui permettait d'apposer ses perceptions et ses observations au fur et à mesure de l'avancement de noter la collecte des données. L'inscription de mémos par l'étudiante-chercheure au cours des entrevues a servi d'outil de rappel sur ses perceptions et ses observations. Ces outils représentent autant de moyens tangibles qui ont contribué à la meilleure distanciation et distinction des conceptions et des préconceptions de l'étudiante-chercheure de celles des participants.

4.9 Déroulement de l'étude

Des contacts préliminaires fructueux avec la direction des soins infirmiers (DSI) de l'établissement ciblé ont d'abord permis d'obtenir un accord de principe à ce projet de recherche. Une fois les procédures éthiques complétées, un appel à toutes les infirmières a été lancé par la DSI. L'étudiante-chercheure a communiqué ensuite directement avec les infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion et qui avaient préalablement signifié à la DSI leur intérêt à participer à cette étude. Ces infirmières ont ensuite été contactées individuellement par téléphone ou en personne par l'étudiante-chercheure ou la DSI afin de fixer un rendez-vous pour une entrevue avec elles sur leur lieu de travail. Les modalités quant à la date et au paiement des infirmières pour les entrevues ont fait l'objet d'une entente avec la DSI et les infirmières. Les infirmières-participantes ont alors été interrogées soit pendant ou en dehors de leurs heures de travail et ont chacune reçu un montant forfaitaire pour leur entrevue. Lors des entrevues, les infirmières ont été invitées individuellement à prendre connaissance du formulaire d'information de l'étude présenté à l'annexe F (p.199) et à fournir un consentement écrit libre et éclairé à celle-ci présenté à l'annexe G (p.203). De plus, l'étudiante-chercheure a remis à chacun des

participants(es) son engagement à leur égard en ce qui a trait aux termes de ce projet de recherche (annexe H, p.206).

La collecte des données s'est déroulée sur une période de deux mois en s'échelonnant sur 11 jours, tel que l'indique le tableau 1 du profil des entrevues des participants (p.57). Ce tableau présente le pseudonyme de chacun des participants, leur fonction actuelle, leur date d'entrevue, la durée de leur entrevue, la date d'analyse de leur entrevue, leur nombre respectif d'unités de signification évoquées ainsi que le pourcentage qui correspond à leur nombre d'unités de signification respectif par rapport au nombre total d'unités de signification (2337). Il est possible de constater que la majorité des entrevues (11/20 : 55%) ont duré plus de 30 minutes avec une moyenne de 35 minutes chacune. Les entrevues se sont arrêtées seulement lorsque les participantes n'avaient plus rien à ajouter sur le sujet. La plus longue entrevue a duré 62 minutes et la plus courte, neuf minutes. Cette dernière a été retenue car elle faisait ressortir une richesse de données pour l'analyse tout en reflétant, par sa brièveté, le caractère novateur du sujet auprès des participants. De plus, l'analyse de cette dernière corroborait les entrevues précédentes et, en ce sens, comme 14^e entrevue, soutenait la redondance recherchée dans les données.

Les entrevues se sont déroulées en personne avec chacune des infirmières et ont toutes été enregistrées sur magnétophone. Les entrevues ont été effectuées auprès d'infirmières soignantes et gestionnaires travaillant dans les trois unités de soins de réadaptation de l'établissement ciblé, soit : des amputations ou des séquelles d'AVC, des blessures médullaires et des traumatismes crâniens. Au terme des entrevues, les infirmières ont toutes été individuellement remerciées pour leur participation à l'étude.

TABLEAU 1
Profil des entrevues des participants

No entr.	Pseudonyme	Fonction actuelle	Expér. /an.	Date entrevue	Durée entrevue (min.)	Date analyse	Nbre unités	Pourcentage
1	Suzanne	Infirmière	25+	2005-01-05	62	2005-03-08	134	5,73%
2	Amélie	Infirmière	01 à 03	2005-01-06	40	2005-03-16	149	6,38%
3	Rachel	Infirmière gestionnaire	09 à 15	2005-01-07	54	2005-03-19	204	8,73%
4	Michelle	Infirmière	04 à 08	2005-01-07	32	2005-03-20	132	5,65%
5	Jacinthe	Infirmière gestionnaire	04 à 08	2005-01-07	30	2005-03-04	94	4,02%
6	Alice	Infirmière	09 à 15	2005-01-10	45	2005-03-24	140	5,99%
7	Carmelle	Infirmière	25+	2005-01-12	40	2005-03-30	193	8,26%
8	Stacy	Infirmière	16 à 24	2005-01-12	33	2005-04-01	109	4,66%
9	Isabelle	Infirmière gestionnaire	25+	2005-01-13	28	2005-03-06	112	4,79%
10	Bernard	Infirmier	16 à 24	2005-01-13	25	2005-03-12	75	3,21%

11	Nathalie	Infirmière	09 à 15	2005-01-13	25	2005-03-13	73	3,12%
12	Micheline	Infirmière	25+	2005-02-15	25	2005-03-23	70	3,00%
13	Robert	Infirmier	25+	2005-02-16	30	2005-04-04	116	4,96%
14	Juliette	Infirmière	09 à 15	2005-02-16	9	2005-03-09	35	1,50%
15	Marguerite	Infirmière (maladie)	04 à 08	2005-02-17	47	2005-04-10	164	7,02%
16	Bernadette	Infirmière	09 à 15	2005-02-17	33	2005-04-11	126	5,39%
17	Évelyne	Infirmière	04 à 08	2005-02-21	15	2005-03-22	41	1,75%
18	Florence	Infirmière	25+	2005-02-26	61	2005-04-14	167	7,15%
19	France	Infirmière	09 à 15	2005-02-26	27	2005-04-16	98	4,19%
20	Georges	Infirmier	01 à 03	2005-02-26	34	2005-04-17	105	4,49%
Durée totale des entrevues:					695 minutes	Nbre total d'unités:	2337	100,00%

4.10 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à partir des cinq étapes d'analyse de la méthode phénoménologique de Giorgi (1997) et en suivant la pyramide d'analyse des données en phénoménologie développée par Cara (2002b) (annexe I, p.208).

1. La première étape a consisté à recueillir les données verbales tirées des entrevues semi-dirigées mentionnées à la section 4.8. Par la suite, les entrevues enregistrées ont été transcrites sous forme de verbatim par une transcriptrice professionnelle et saisies par l'étudiante-chercheure dans un logiciel approprié spécifique à cette étude.
2. Dans un second temps, la lecture minutieuse et répétée des données a permis de dégager la signification globale de chaque entrevue.
3. La troisième étape d'après Giorgi (1997), soit la division des données en unités de signification, a été orientée vers la découverte des unités de sens en isolant les phrases contenant la même idée. Le sens est ainsi conféré par la perspective d'une discipline spécifique, en l'occurrence la santé publique et les sciences infirmières dans la présente étude. Toutefois, ceci n'exempte pas l'étudiante-chercheure d'adopter une attitude ouverte, neutre et intuitive afin de laisser émerger des significations nouvelles provenant des participantes.
4. La quatrième étape représente l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline. Les unités de signification ont ainsi été examinées et explorées de façon à en constituer, pour l'ensemble des participantes, des sous-thèmes et des thèmes plus explicites dans le langage de la santé publique et des sciences infirmières. Par la suite, des méta-thèmes ont aussi été élaborés afin de répondre à l'abondance des données de la présente étude. La variation libre et imaginative commence ici et se poursuit à l'étape suivante.
5. C'est à la cinquième étape, la synthèse des méta-thèmes, que la variation libre et imaginative a permis de dégager davantage les structures « essentielles » du phénomène et de rejeter celles qui ne le sont pas. Ainsi, il est possible, d'après le langage de la santé publique et des sciences infirmières, de cerner

l'essence de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation en regard de la sécurité des patients à partir de la perception de ces infirmières.

4.11 Rigueur scientifique

En ce qui a trait à la méthode phénoménologique, la rigueur dépend en grande partie de l'attitude d'ouverture du chercheur, de son respect de la philosophie phénoménologique ainsi que de son habileté et de sa minutie dans l'exécution des différentes étapes en cause (Giorgi, 1997; Cara, 2002b). C'est ainsi que la pratique constante de la réduction phénoménologique avec la phase du *bracketing* et la tenue du journal de bord fournit des outils tangibles au chercheur afin de maintenir une ouverture d'esprit de façon à bonifier la qualité des résultats futurs.

Considérant que des failles dans la rigueur de l'analyse de la recherche phénoménologique remettraient principalement en cause l'authenticité et la crédibilité des résultats, il s'agit donc d'une notion (la rigueur de l'analyse) importante à privilégier (Whittemore et coll., 2001 ; Paillé et Mucchielli, 2003; Cara, 1997, 2002b). L'authenticité des résultats correspond au respect de la signification et de l'expérience telles qu'elles sont décrites par chacun des participants; la crédibilité des résultats, quant à elle, fait référence au respect de la description du phénomène dans la réalité. Ainsi, la validation interjuge entre l'étudiant-chercheur et ses directeurs de recherche de même que l'utilisation rigoureuse de la méthodologie phénoménologique permettent d'assurer l'authenticité des résultats (Whittemore et coll., 2001; Cara, 2002b). De même, les entrevues jusqu'à redondance, la pratique de la variation libre et imaginative ainsi que la diversité dans le choix des participants contribuent, quant à eux, à assurer la crédibilité des résultats de cette étude (Whittemore et coll., 2001; Cara, 2002b). La compatibilité confirmée de l'approche de *caring* de Watson (1979, 1988a) avec la méthode phénoménologique de Giorgi (1997) a permis d'ailleurs d'appréhender positivement la qualité et la précision des résultats.

4.12 Considérations éthiques

Le protocole de recherche de cette étude a été soumis au comité d'éthique de la recherche de l'établissement ciblé. Suite à l'étude du protocole, un certificat d'éthique d'une durée de 12 mois a été émis par l'établissement. Il est à noter que cette décision fut entérinée simultanément par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Par ailleurs, cette étude ne comportait aucun risque pour les participantes. Il avait été établi que les infirmières sélectionnées demeureraient entièrement libres de participer à cette étude et que leur refus d'y participer ou leur retrait en cours d'entrevue ne leur causerait aucun préjudice. En cas d'anxiété ou d'inconfort suite à l'entrevue, un soutien psychologique avait été prévu au centre d'aide aux employés pour tout participant qui en aurait ressenti le besoin. Les entrevues ont été codées de manière à les rendre confidentielles pour chaque participant en leur attribuant un pseudonyme (Paillé et Mucchielli, 2003). La personne qui a retranscrit les entrevues a elle-même signé un formulaire de confidentialité quant aux verbatims des participants (voir annexe J, p.210). L'étudiante-chercheuse conservera en lieu sûr, sous-clé les entrevues sur CD-ROM et les transcriptions codées durant une période de cinq ans après l'acceptation de la thèse, échéance après laquelle elles seront détruites.

CHAPITRE 5 :
RÉSULTATS

Ce chapitre introduit, dans un premier temps, le profil socio-professionnel des participants de cette recherche. Dans un second temps, l'analyse du contenu des entrevues est présentée sous forme de méta-thèmes, de thèmes, de sous-thèmes et pour enfin conclure avec l'essence du phénomène à l'étude.

5.1 Profil socio-professionnel des participants

Tel que le stipulent les critères d'inclusion de cette étude, tous les participants sont des infirmières et infirmiers employés depuis au moins un an dans l'établissement ciblé et ayant tous signé le formulaire de consentement rattaché à cette recherche. Les caractéristiques socio-professionnelles des 20 participants à l'étude apparaissent au tableau 2 (p.64). Ainsi, il est possible de dégager de ces caractéristiques que la grande majorité des participants se composent d'infirmières soignantes (85%), de sexe féminin (85%) qui se trouvent bien réparties à travers les différents groupes d'âge. Les deux niveaux de formation académique les plus fréquents sont le diplôme d'études collégiales (40%) et le baccalauréat en sciences infirmières (40%). À une exception près, tous les participants ont reçu leur formation académique au Québec. La majorité des participants ont plus de neuf ans d'expérience professionnelle en général (70%) et entre un et huit ans d'expérience en réadaptation comme telle (55%). Par ailleurs, la grande majorité (80%) des participants détiennent seulement un à huit ans d'expérience sur leur unité de soins actuelle. Ils ont, pour la plupart, un horaire de travail de jour (60%), à temps complet (80%) et ne suivent actuellement aucune formation continue à l'extérieur de leur milieu de travail qui pourrait contribuer à leur approche de *caring* (70%).

TABLEAU 2
Caractéristiques socio-professionnelles des participants

CARACTÉRISTIQUES	N	%
Fonction		
Soignante	17	85
Gestionnaire	3	15
Sexe		
Femme	17	85
Homme	3	15
Âge (ans)		
19-29	2	10
30-39	6	30
40-49	6	30
50 et plus	6	30
Formation académique		
Diplôme d'études collégiales (DEC)	8	40
Baccalauréat	8	40
Diplôme d'études supérieures (DESS)	2	10
Maîtrise (pas en sciences infirmières)	2	10
Lieu de formation		
Québec	19	95
Extérieur du Québec	1	5
Nombre d'années d'expérience professionnelle		
1 à 3	2	10
4-8	4	20
9-15	6	30
16-24	2	10
25 et plus	6	30

TABLEAU 2 (suite)
Caractéristiques socio-professionnelles des participants

CARACTÉRISTIQUES	N	%
Nombre d'années d'expérience professionnelle en réadaptation		
1-3	3	15
4-8	8	40
9-15	5	25
16-24	2	10
25 et plus	2	10
Nombre d'années d'expérience sur l'unité de soins actuelle		
1-3	9	45
4-8	7	35
9-15	3	15
16 et plus	1	5
Quart de travail		
Jour	12	60
Soir	4	20
Nuit	3	15
Rotation Jour/Soir	1	5
Horaire de travail		
Temps complet	16	80
Temps partiel	4	20
Formation continue actuelle à l'extérieur du milieu de travail		
Oui	6	30
Non	14	70

5.2 Analyse phénoménologique

Au cours des pages suivantes, les résultats issus de l'analyse phénoménologique telle que suggérée par Giorgi (1997) seront présentés en exposant les méta-thèmes qui correspondent aux objectifs de recherche (voir p. 45), les thèmes et les sous-thèmes qui leur sont relatifs ainsi que l'essence du phénomène.

Le tableau 3 (p.67) fournit une vue d'ensemble des résultats de l'analyse phénoménologique en présentant les 25 sous-thèmes, les cinq thèmes, les deux méta-thèmes ainsi que l'essence du phénomène. De plus, au tableau 4 (p.71), se retrouve l'ensemble des sous-thèmes présentés en ordre décroissant selon leur fréquence totale et le pourcentage de participants qui les ont énoncés. Ces 25 sous-thèmes représentent alors les énoncés les plus fréquemment évoqués par les participants, c'est-à-dire par au moins 40% d'entre eux. Le total de la fréquence de ces sous-thèmes chez tous les participants est de 1819 et cela correspond à 77,83% de l'ensemble des 2337 unités de signification émises par les participants. Ce tableau traduit donc en sous-thèmes plus du trois quarts des unités de signification des participants.

TABLEAU 3
RÉSULTATS DE L'ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Sous-thèmes (25)	Thèmes (cinq)	Méta-thèmes (deux)	Essence (un)
1.1.1 Une attitude de respect envers les patients	1.1 L'approche de <i>caring</i> s'actualise à travers un savoir-être empreint de bienveillance	1. L'approche de <i>caring</i> permet aux infirmières oeuvrant en soins de réadaptation d'être centrées, de façon responsable, sur la bienveillance envers le bien-être présent et futur des patients et de leur famille, en vue d'une transformation en eux.	Une bienveillance professionnelle accrue dans les activités de soins qui rend les infirmières imputables du bien-être à long terme des patients en réadaptation et de leur famille à travers un processus de soins transformationnel opérant sur tous les acteurs du système de soins de santé et qui peut être modulé par des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières.
1.1.2 Une empathie et une compassion envers les patients			
1.2.1 Connaître les besoins des patients pour les soigner adéquatement	1.2 L'approche de <i>caring</i> s'actualise à travers un savoir et un savoir-faire interreliés empreints de bienveillance		
1.2.2 Communiquer de façon égalitaire dans la relation soignant-soigné			
1.2.3 Favoriser la collaboration active des patients dans leurs soins			
1.2.4 Considérer le rythme différentiel des patients afin de leur prodiguer des soins individualisés			
1.2.5 Démontrer de l'écoute, de la patience et de la disponibilité envers les patients			

Sous-thèmes (25)	Thèmes (cinq)	Méta-thèmes (deux)	Essence (un)
1.2.6 Répondre aux besoins des patients comme priorité de soins			
1.2.7 Établir une relation de confiance et de connivence avec les patients			
1.3.1 Faire de l'enseignement aux patients	1.3 Dans la sécurité des patients en réadaptation, l'approche de <i>caring</i> des infirmières inclut des activités de soins visant l'autonomie et le bien-être à long terme des patients et de leur famille.		
1.3.2 Tenir compte des besoins de la famille dans les soins aux patients			
1.3.3 Favoriser l'autonomie des patients			
1.3.4 Favoriser la continuité des soins par le suivi des apprentissages des patients			
1.3.5 Prévenir une détérioration de l'état de santé des patients			
1.3.6 Préparer adéquatement les patients pour leur congé de l'établissement			
1.3.7 Évaluer la capacité de mobilité des patients par l'accomplissement des transferts			

Sous-thèmes (25)	Thèmes (cinq)	Méta-thèmes (deux)	Essence (un)
1.3.8 Conscientiser les patients à leur nouvelle réalité en les confrontant à leurs besoins d'apprentissage			
2.1.1 Absence de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire	2.1 Certaines conditions de travail agissent comme obstacles extrinsèques à l'approche de <i>caring</i> des infirmières en réadaptation	2. Des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières agissent comme obstacles ou éléments facilitateurs par rapport à leur approche de <i>caring</i> et influencent ainsi la sécurité des patients en réadaptation.	
2.1.2 Organisation des soins non centrée sur les besoins des patients			
2.1.3 Manque de ressources humaines et matérielles qui cause une surcharge de travail			
2.1.4 Manque de formation continue sur le <i>caring</i> auprès du personnel soignant			
2.1.5 Manque de soutien de la part des gestionnaires compte tenu de la nature des soins à prodiguer aux patients en réadaptation			

Sous-thèmes (25)	Thèmes (cinq)	Méta-thèmes (deux)	Essence (un)
<p>2.2.1 Le nombre d'années d'expérience des infirmières détermine leur expertise à démontrer une vision plus globale des soins dans leur approche aux patients</p>	<p>2.2 Les infirmières chevronnées démontrent une vision globale des soins qui devient un élément facilitateur intrinsèque face à leur approche de <i>caring</i> s'avérant ainsi propice à la sécurité des patients en réadaptation</p>		
<p>2.2.2 La vision globale des soins favorise l'habileté des infirmières à en déterminer les priorités</p>			
<p>2.2.3 La vision globale des soins favorise l'habileté des infirmières à anticiper et à prévenir précocement l'apparition d'événements indésirables chez les patients</p>			

TABEAU 4

FRÉQUENCE DES SOUS-THÈMES ÉVOQUÉS DANS LES ENTREVUES PAR LES PARTICIPANTS

Rang	Sous-thèmes	Numéro d'entrevue																				Total	% Sous-Thèmes	Nbre entr.	% nbre entrevue (sur 20)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1er	Connaître les besoins des patients pour les soigner adéquatement	4	9	16	11	20	11	16	2	6	7	4	9	11	7	22	4	2	15	11	12	199	10,94%	20	100%
2e	Faire de l'enseignement aux patients	12	16	6	12	6	24	10	10	22	4	10	0	8	0	12	24	12	10	18	4	220	12,09%	18	90%
3e	Une attitude de respect envers les patients	5	12	2	9	1	4	7	7	13	6	1	0	9	1	21	3	2	11	0	3	117	6,43%	18	90%
4e	Tenir compte des besoins de la famille dans les soins aux patients	0	1	4	6	0	10	2	27	11	7	2	1	1	0	2	7	1	11	6	2	101	5,55%	17	85%
5e	Favoriser l'autonomie des patients	14	3	1	1	1	9	9	0	8	3	2	0	9	0	2	2	9	2	7	9	91	5,00%	17	85%
6e	Absence de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire	1	3	0	1	1	1	1	2	0	2	3	1	1	9	4	7	0	1	1	4	43	2,36%	17	85%

7e	Communiquer de façon égalitaire dans la relation soignant-soigné	4	9	6	12	4	21	11	3	2	0	1	1	1	0	6	0	4	7	0	2	5	0	1	89	4,89%	16	80%
8e	Le nombre d'années d'expérience des infirmières détermine leur expertise à démontrer une vision plus globale des soins dans leur approche aux patients	4	2	6	2	8	5	15	0	0	3	2	0	6	0	4	7	0	19	0	2	19	2	9	94	5,17%	15	75%
9e	La vision globale des soins favorise l'habileté des infirmières à en déterminer les priorités	4	2	6	2	8	5	15	0	0	3	2	0	6	0	4	7	0	19	0	2	19	2	9	94	5,17%	15	75%
10e	La vision globale des soins favorise l'habileté des infirmières à anticiper et à prévenir précocement l'apparition d'événements indésirables chez les patients	4	2	6	2	8	5	15	0	0	3	2	0	6	0	4	7	0	19	0	2	19	2	9	94	5,17%	15	75%
11e	Favoriser la continuité des soins par le suivi des apprentissages des patients	4	2	3	1	0	2	4	2	3	0	3	0	4	0	11	0	2	4	2	4	2	6	6	53	2,91%	15	75%
12e	Favoriser la collaboration active des patients dans leurs soins	1	1	1	2	0	6	1	1	8	0	4	0	0	2	8	2	1	0	4	1	0	4	4	46	2,53%	15	75%

13e	Prévenir une détérioration de l'état de santé des patients	0	2	10	2	0	6	1	2	1	0	0	0	1	2	1	8	3	0	1	4	1	45	2,47%	15	75%
14e	Considérer le rythme différentiel des patients afin de leur prodiguer des soins individualisés	2	3	0	2	0	0	5	1	2	2	8	0	0	9	2	5	1	2	5	0	0	49	2,69%	14	70%
15e	Démontrer de l'écoute, de la patience et de la disponibilité envers les patients	0	0	6	12	3	1	3	2	6	0	2	6	1	3	6	0	0	0	10	0	0	61	3,35%	13	65%
16e	Préparer adéquatement les patients pour leur congé de l'établissement	1	0	2	0	1	12	1	0	2	1	0	0	4	0	9	2	4	0	3	4	46	2,53%	13	65%	
17e	Répondre aux besoins des patients comme priorité de soins	0	3	1	0	7	1	4	0	2	1	0	2	1	3	3	0	0	12	3	0	43	2,36%	13	65%	
18e	Une empathie et une compassion envers les patients	5	2	0	4	0	4	9	1	2	1	2	3	2	0	1	0	0	6	0	0	42	2,31%	13	65%	
19e	Organisation des soins non centrée sur les besoins des patients	2	3	0	0	0	0	3	1	2	1	2	0	5	2	6	0	2	5	0	0	34	1,87%	12	60%	
20e	Évaluer la capacité de mobilité des patients par l'accomplissement des transferts	3	2	0	1	0	1	5	1	1	0	0	0	0	0	3	2	3	0	4	3	29	1,59%	12	60%	
21e	Établir une relation de confiance et de connivence avec les patients	0	2	0	0	1	2	4	0	5	2	2	1	0	0	2	3	0	2	0	2	28	1,54%	12	60%	

22e	Conscientiser les patients à leur nouvelle réalité en les confrontant à leurs besoins d'apprentissage	2	4	1	2	0	0	1	4	0	1	0	0	0	0	1	0	1	5	2	4	28	1,54%	12	60%
23e	Manque de ressources humaines et matérielles qui cause une surcharge de travail	1	1	5	2	0	0	3	0	0	0	4	1	4	0	0	0	18	14	2	55	3,02%	11	55%	
24e	Manque de formation continue sur le caring auprès du personnel soignant	0	6	18	4	0	2	18	0	0	16	0	6	0	0	24	2	0	2	0	98	5,39%	10	50%	
25e	Manque de soutien de la part des gestionnaires compte tenu de la nature des soins à prodiguer aux patients	6	2	0	0	0	0	2	0	0	4	0	3	0	1	0	0	1	0	1	20	1,10%	8	40%	
	TOTAL	79	92	100	90	69	132	165	66	96	47	68	25	104	23	149	105	45	181	87	89	1819	100,00%		
	Pourcentage du total des unités de signification																					77,83%			

5.2.1 MÉTA-THÈME 1

L'approche de *caring* permet aux infirmières oeuvrant en soins de réadaptation d'être centrées, de façon responsable, sur la bienveillance envers le bien-être présent et futur des patients et de leur famille, en vue d'une transformation en eux.

Ce méta-thème répond à l'objectif principal de recherche qui consiste à faire ressortir la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation à la sécurité des patients (objectif 2, voir p.47). Ce méta-thème illustre l'approche de *caring* par ses composantes inhérentes en termes de savoir, savoir-être et savoir-faire qui se révèlent bénéfiques afin d'assurer le bien-être des patients à tous points de vue ; il s'agit, d'après la perception des infirmières, d'avoir mis les patients à l'abri de torts et d'événements indésirables qui auraient pu leur être causés. La préoccupation constante des infirmières de mener leurs interventions de soins aux meilleurs résultats possibles chez les patients caractérise un accompagnement bienfaiteur qui désigne leur bienveillance envers eux. Ainsi, les participants ont particulièrement relevé la bienveillance centrale, dans l'approche de *caring* des infirmières comme moteur important dans la relation de soins afin de veiller à long terme, de façon responsable, à la sécurité des patients. L'importance de la conscience professionnelle des infirmières qui veulent constamment prodiguer les meilleurs soins possibles dans le but ultime d'arriver au bien-être des patients, constitue le noyau du propos de ce méta-thème.

Les trois thèmes qui ont permis l'émergence de ce méta-thème concernent donc pour ce qui est des deux premiers thèmes, l'actualisation de l'approche de *caring* des infirmières dans leur quotidien et, pour ce qui est du troisième thème, la portée de cette approche au niveau de la sécurité des patients en réadaptation. Les sous-thèmes, ayant favorisé l'émergence de chacun des thèmes, seront également présentés dans les prochaines sections.

5.2.1.1 Thème 1.1 L'approche de *caring* s'actualise à travers un savoir-être empreint de bienveillance

Tout au long de leur entrevue, tous les participants ont traité à différentes reprises des composantes fondamentales de la relation de soins infirmière-patient en définissant l'approche de *caring*. Selon la perception des participants, une partie importante de l'approche de *caring* des infirmières se définit par leur façon d'être dans les interventions auprès des patients. De leur avis, cette façon d'être se définirait principalement par un savoir-être précis dans la pratique professionnelle de l'infirmière. Il s'agit donc, pour la plupart de la création d'un lien thérapeutique qui représente un guide dans le processus de soins et un tremplin pour obtenir des résultats de soins satisfaisants autant pour les patients que pour les infirmières elles-mêmes. De plus, il apparaît que la caractéristique principale de l'approche de *caring* réside dans la volonté des infirmières d'offrir les meilleurs soins possibles aux patients en favorisant les meilleurs résultats possibles au niveau de leur bien-être. Ainsi, cette bienveillance s'actualise au quotidien par une attitude de respect, d'empathie et de compassion envers les patients. Les sous-thèmes qui suivent détaillent davantage ces différents aspects.

Sous-thème 1.1.1 Une attitude de respect envers les patients

Selon 90% des participants, dans une approche de *caring*, l'infirmière démontre une attitude de respect envers les patients qui met en valeur l'authenticité dans la pratique professionnelle et favorise la liberté de choix de la clientèle. Ces participants ont alors reconnu que lorsque l'infirmière favorise la liberté de choix de ses patients dans leurs soins tout en préservant son authenticité, cette dernière cultive ainsi un respect des patients qui témoigne de sa bienveillance professionnelle envers eux. Par exemple, Bernard mentionne ce propos : « *Tu lui donnes le plus grand respect pour le client et la famille aussi.* » Amélie soutient : « *Quand tu es caring, tu vas prendre soin, tu vas enseigner, tu vas l'emmener à développer une attitude, un comportement, une vision de la vie qui peut peut-être être différente de celle qu'il avait mais en le laissant toujours libre de ses choix. Tu vas apporter tes connaissances mais tu vas le*

laisser libre de choisir tout en sachant, par exemple (...), un patient ne voudra pas aller à ses traitements pour une raison ou pour une autre, tu peux essayer de lui faire comprendre les conséquences, c'est-à-dire, en expliquant, en enseignant, (...) en lui donnant tous les outils nécessaires pour qu'il puisse lui-même prendre sa vie en main, ses décisions. » Cette façon d'être respectueuse favorise alors l'autonomie des patients dans leurs soins et rend ainsi propice la création éventuelle du lien de confiance entre le soignant et le soigné.

Sous-thème 1.1.2 Une empathie et une compassion envers les patients

L'empathie et la compassion envers les patients ont été reconnues par 65% des participants comme un savoir-être empreint d'humanisme inhérent à l'approche de *caring* des infirmières. Comme plusieurs participants le soulignent, il s'agit avant tout de caractéristiques humaines mises à l'avant-plan dans le cadre de la prestation des soins. Micheline soutient : *« il faut vraiment faire preuve d'humanité, d'humanisme. »* Florence poursuit : *« Moi ça arrive, c'est arrivé l'autre fois en réunion, la famille a réalisé que ce serait un retour à l'hôpital référant parce qu'ils ne pouvaient pas reprendre la personne. Moi, j'ai le coeur gros dans ce temps-là. Je ne m'habitue pas, après le nombre d'années que je suis infirmière à être complètement indifférente. Je ne te dis pas que je vais pleurer à chaque fois devant les gens mais je sens que j'entre en relation avec... je suis capable de parler avec la famille après et de les encourager sur des points. »* Certains autres participants ont alors plus particulièrement traité de la façon dont les qualités humaines, telles que l'empathie et la compassion permettent d'être centrés sur le patient et favorisent ainsi la bienveillance envers lui. Bernadette explique : *« Moi, ce n'est pas compliqué, quand je travaille, c'est pour le patient, c'est pour le patient et je suis là pour leur donner mon maximum pour qu'ils soient bien et pour que quand ils vont retourner à domicile ou autre chose, c'est que ça va l'avoir marqué son passage ici et qu'il évolue pleinement là-dedans même si c'est difficile, tu te ramasses en fauteuil roulant, c'est difficile, tu essaies de leur donner des choses pour qu'ils s'en sortent positivement le plus possible. »* Nathalie affirme : *« Moi je pense que c'est plus la compréhension, (...) Le fait de comprendre le patient, de comprendre le cheminement aussi, ça aide... la patience... le fait de vouloir que le patient*

progressé. » Bernadette rappelle: « *Si tu t'en fous un peu et que tu n'es pas là pour ton patient, la sécurité aussi tu vas... pas t'en balancer mais ça ne te dérangera pas d'être très vigilant ou quoi que ce soit. Ça revient à ça, quand tu es là pour ton patient, c'est un ensemble de tout, tu vas être sécuritaire, tu vas faire telle, telle et telle chose. Moi je pense que ça va de connexion, ça va ensemble je crois. Parce que le caring ça revient toujours, c'est tout l'environnement du patient, le soin, la globalité et tout ça, c'est centré sur lui (...)* Ainsi, la capacité de compassion et d'empathie de l'infirmière devant les épreuves que vivent les patients et leur famille lui permet d'entrer en relation avec eux et de bonifier de façon sécuritaire son accompagnement à travers leur cheminement.

Donc, l'approche de *caring* de l'infirmière se traduit par son savoir-être bienveillant envers les patients où elle leur démontre du respect, de l'empathie et de la compassion.

5.2.1.2 Thème 1.2 L'approche de *caring* s'actualise à travers un savoir et un savoir-faire interreliés empreints de bienveillance

La majorité des participants ont fait valoir que la bienveillance propre à l'approche de *caring* des infirmières s'actualisait à travers un savoir et un savoir-faire qui sont complémentaires l'un par rapport à l'autre. Cela implique que le savoir-faire qui est inhérent au *caring* demande aux infirmières, de façon incontournable, une connaissance solide, c'est-à-dire un savoir essentiel pour mener à bien le processus de soins. Cette façon de faire des infirmières dans une approche de *caring* ferait ainsi ressortir sept aspects particuliers (correspondant aux sous-thèmes explicités dans la prochaine section) soit la nécessité de connaître les besoins des patients, de communiquer de façon égalitaire dans la relation soignant-soigné, de favoriser leur collaboration active dans leurs soins, de considérer leur rythme différentiel en leur prodiguant des soins individualisés, de leur démontrer de l'écoute, de la patience et de la disponibilité, de répondre à leurs besoins comme priorité de soins ainsi que d'établir avec eux une relation de confiance et de connivence. De même, ce savoir et

ce savoir-faire imbriqués constituent les balises de la bienveillance professionnelle de l'infirmière dans son approche de *caring*.

Sous-thème 1.2.1 : Connaître les besoins des patients pour les soigner adéquatement

Tous les participants (100%) considèrent fondamental que les infirmières actualisent leur savoir dans l'approche de *caring* en cherchant à connaître les besoins de leurs patients afin de les soigner adéquatement. Le fait pour l'infirmière de vouloir « soigner adéquatement » traduit sa volonté de bienveillance à travers les soins prodigués aux patients et le fait de vouloir « connaître les besoins des patients », son savoir et son savoir-faire mis en œuvre au préalable pour arriver à « soigner adéquatement ». Ainsi, Amélie précise la responsabilité qu'a l'infirmière de parfaire ses connaissances : *« Tu ne peux pas tout savoir alors moi je dis qu'il y a toujours une porte à laquelle tu peux frapper pour aller chercher de l'information. Tu as une responsabilité, tu en as la responsabilité. Ça aussi c'est d'être caring, parce que ce n'est pas tout le monde qui a les mêmes besoins. On regarde de plus en plus, les patients qui nous arrivent, ils sont en état de choc. Ils ne sont pas très très stables, même au point de vue médical. Au point de vue médical, on a besoin d'explications alors il faut que tu les donnes les explications quand tu vas donner un soin. »* De plus, à l'instar de Rachel, plusieurs participants perçoivent ainsi la démarche scientifique associée au *caring* : *« (...) Je trouve que si tu ne la fais pas de façon adéquate [la démarche de soins associée au caring], tu ne peux pas résoudre, régler les problématiques au niveau de la qualité des soins qui pourraient même amener des risques au niveau de la sécurité des patients... Je crois que c'est sûr et certain. »* Selon les participants, le *caring* permettrait donc de résoudre de façon complète et multidimensionnelle des problématiques chez les patients et leur famille par une démarche scientifique assurant un haut niveau de qualité des soins puisqu'elle part des besoins spécifiques de chaque patient et sa famille selon une approche existentielle-phénoménologique.

Par ailleurs, certains participants précisent les conditions gagnantes afin d'optimiser le savoir de l'infirmière et ce, notamment par un savoir-faire qui exige

fondamentalement une réflexion critique et un jugement clinique aiguisés. Ces derniers s'avèrent essentiels afin de composer avec les diverses situations cliniques inhabituelles qui sont souvent légions en soins infirmiers. Comme le rapporte France : « *Dans le fond, c'est d'ouvrir ses yeux et de s'assurer qu'il est correct dans tout. Il ne faut pas prendre de risques inutiles. C'est une façon d'avoir de la sécurité. (...)* » Selon les participants, il s'agit de demander de l'aide au besoin pour ne pas prendre de risques inutiles et de reporter une intervention afin d'avoir le temps de mieux analyser la situation. Par exemple, Rachel partage : « *(...) je ne suis pas capable d'analyser cette situation-là à ce moment-là et je ne peux pas lui apporter le soutien que demande la personne. J'aime autant prendre le temps de bien analyser pour répondre au besoin du patient de façon adéquate et tout ça. Et puis, il faut prendre ce temps-là pour aller chercher l'information.* » Il s'agit également de référer les patients aux bons intervenants, comme le mentionne Michelle : « *Si on a vu un problème et qu'on n'est pas capable de régler alors le référer à la bonne personne. Moi, c'est arrivé souvent que j'avais vu un tel problème admettons au niveau psychologique, j'en parlais au psychologue pendant la réunion et le physiothérapeute disait : 'Ah oui, c'est vrai, il m'a mentionné ça.' (...) donc donner l'information au psychologue pour que lui puisse aller travailler ça de son côté avec le patient. Chaque thérapeute, on va essayer de travailler en même temps du même côté et non pas un contre l'autre. Donc, le caring a une place importante là-dedans (...)* ». Toutes ces façons de faire se rapportent à l'approche de caring de l'infirmière, notamment dans l'expression de son rôle professionnel auprès des patients, c'est-à-dire dans la recherche d'information la plus complète possible pour connaître les besoins des patients et, éventuellement, y répondre pertinemment.

Sous-thème 1.2.2 Communiquer de façon égalitaire dans la relation soignant-soigné

La grande majorité des participants, soit 80% de ceux-ci, trouvent important d'aborder la relation de soins en établissant une communication égalitaire soignant-soigné avec les patients. Il s'agit alors d'un type de relation de soins où l'infirmière, de par son savoir et son savoir-faire, qui tient compte de l'expertise du patient dans son expérience de vie actuelle et qui lui reconnaît un pouvoir de prise en charge dans

la trajectoire de sa condition de santé. En tenant compte de cette habilitation du patient, l'infirmière devient alors davantage en mesure de le connaître individuellement et, éventuellement, de répondre efficacement à ses besoins ; ceci permet à l'infirmière de manifester ainsi de la bienveillance dans sa pratique. Rachel illustre ainsi ce propos : *« Je suis experte dans certains domaines, j'ai des connaissances scientifiques et tout ça mais ce n'est pas moi qui est la personne qui sait tout, l'autre personne peut m'apprendre aussi, elle peut en apporter, savoir ce qu'elle vit et tout ça. Un exemple, chez des blessés médullaires, une personne qui est paraplégique, moi je n'ai jamais été paraplégique, je ne ressens pas ce que la personne ressent, je ne suis pas dans la même situation familiale, avec le vécu et tout et c'est comme ça un peu, c'est avec des exemples que je viens à expliquer le caring, (...) »*. Cette façon de faire, respectueuse du champ phénoménal de chacun des patients, serait alors à l'origine de l'approche de *caring* de l'infirmière en reposant sur un échange de connaissances entre le soignant et le soigné.

Sous-thème 1.2.3 : Favoriser la collaboration active des patients dans leurs soins

À travers une approche de *caring*, l'importance de la collaboration active des patients dans leurs soins a été exprimée par 75% des participants. En effet, ces participants sont d'avis que la bienveillance de l'infirmière par son savoir et son savoir-faire donne naissance à un type de soins où il y a un échange et un partenariat réels entre l'infirmière et les patients. Isabelle mentionne : *« je pense que si tu as une approche caring, le patient va collaborer beaucoup mieux; tu n'auras pas sa collaboration si tu n'es pas assez empathique avec le patient. Je me dis que l'approche caring va aider, mais pas seulement pour la sécurité mais ça va aider pour plein d'affaires, pour les apprentissages. Pour la sécurité comme telle, ce qui va aider, ça va emmener la collaboration du patient, ça va diminuer les risques de chutes, prévenir les crises d'anxiété, augmenter la collaboration de la famille. Au bout du compte, le patient va être autonome beaucoup plus vite et il va récupérer beaucoup mieux. »* Elle ajoute même : *« C'est tout ça, je pense que l'approche caring ça aide à plein de choses, tu peux même dire que ça peut même diminuer les temps de séjour des patients parce que si le patient est bien, il se sent bien, il va collaborer encore plus,*

on sait qu'une personne qui est bien moralement augmente beaucoup plus ses chances de... pas de guérisons, mais de progressions, ça progresse beaucoup mieux que chez une personne qui est très déprimée ou qui ne collabore pas. » Isabelle résume en ces termes son propos : *« D'avoir une approche humaine et d'être disponible pour le patient et tout ça, le patient va s'intégrer beaucoup plus facilement dans l'équipe et il va progresser beaucoup plus vite. Ça augmente sa collaboration. En réadaptation, c'est important parce que c'est ce qui va emmener le patient à pouvoir réintégrer son milieu aussi, c'est ce qui fait la différence souvent entre aller en hébergement ou aller à la maison. »* La collaboration des patients apparaît, dans une certaine mesure, une étape ultime du processus de soins où les infirmières peuvent témoigner des effets de l'approche de *caring* sur les patients dépendamment du degré de leur prise en charge face à leur propre condition de santé. De plus, cette prise en charge par le patient semble également avoir un impact sur sa sécurité, comme l'a démontré le verbatim de cette dernière participante.

Sous-thème 1.2.4 : Considérer le rythme différentiel des patients afin de leur prodiguer des soins individualisés

Le fait de considérer chaque patient comme étant unique, avec ses propres besoins et ses propres objectifs de réadaptation, permet d'éviter la stigmatisation de sa condition, de mieux suivre son rythme d'apprentissage et, par le fait même, d'assurer sa sécurité, selon 70% des participants. Cette non stigmatisation de la condition des patients en réadaptation permet alors de leur offrir des soins individualisés auxquels ils seront plus enclins à collaborer activement et de façon sécuritaire. Le fait de connaître le rythme d'apprentissage de chacun des patients et d'y apporter un soutien individualisé, illustre la bienveillance de l'infirmière à travers un savoir et un savoir-faire interreliés. Amélie explique une de ses démarches pour offrir des soins individualisés : *« Je faisais son cathétérisme et puis bon, tu sais c'est sûr que c'est traumatisant pour quelqu'un d'autre de faire un cathétérisme pour un homme et il sait qu'il va être pris, probablement le restant de ses jours à faire ça et là, je leur dis : 'Bien, c'est toi qui va le faire et tu vas être capable.' Tu leur expliques et tu les laisses aller à leur rythme. »* Pour sa part, Isabelle témoigne : *« J'avais un patient qui n'avait pas de famille, il était tout seul, c'était assez difficile, il ne voulait pas*

trop mais à force de gagner sa confiance et tout ça, assez que le patient a pu faire vraiment des progrès tandis qu'au début il était trop renfermé, on essayait trop, alors il a fallu y aller plus tranquillement, respecter sa vitesse. À mesure qu'il franchissait une étape, on y allait et c'était bien valorisant pour nous et le patient à la fin, il a pu retourner dans un milieu plus adapté, pas besoin de l'envoyer en hébergement, c'est des exemples... ».

Par ailleurs, il est à noter que les personnes bénéficiant de soins de réadaptation n'ont pas toutes les mêmes besoins, d'où l'importance des soins individualisés puisque les répercussions de leur condition dans leur vie dépendent grandement du degré de leur atteinte physique. Comme le mentionne Michelle : *« Souvent, ils perdent leur conjoint en cours de route, ils perdent leur maison, il n'ont plus du tout le même mode de vie, il y en a qui ne peuvent plus du tout recommencer à travailler, donc il y a beaucoup de choses dans leur vie en même temps qui changent. Surtout pour les blessés médullaires, les autres aussi mais c'est plus les blessés médullaires que moi j'ai connus. Les patients en traumatisme crânien, leur personnalité change à cause de l'atteinte donc, eux autres aussi des fois, physiquement tout va bien mais c'est au niveau de la communication qu'il y a des gros problèmes. »*

Étant donné cette disparité dans les besoins des patients, le milieu de la réadaptation s'est muni d'outils spécifiques afin de déterminer leurs objectifs de réadaptation respectifs. Ces objectifs de réadaptation sont élaborés de manière incontournable en contexte multidisciplinaire. Ce type de soins préconise alors la prestation de soins intégraux qui sollicitent une collaboration interdisciplinaire adéquate adaptée aux besoins des patients à plusieurs niveaux. Micheline relève : *« La sécurité physique, ça va avec, on va selon tes besoins, je pense à ma clientèle, si on te fournit les choses, un banc de toilette par exemple, que tu as besoin parce que c'est trop difficile pour toi de te transférer ou te relever, alors c'est caring. Toute action portée individuellement c'est caring à mon avis parce que tu sais, quand tu t'occupes de l'individu... chacun a ses besoins propres à lui. On ne les met pas tous dans le même paquet même s'ils ont tous ou à peu près, le même déficit, même handicap. Le côté émotif, l'écoute, c'est aussi avec la famille, l'entourage, transmettre les choses en interdisciplinaire. »* Cela démontre alors l'importance d'éviter la stigmatisation de

groupes de patients en s'occupant des besoins individuels de chacun d'eux, en dépit d'atteintes physiques identiques.

Sous-thème 1.2.5 Démontrer de l'écoute, de la patience et de la disponibilité envers les patients

Soixante-cinq pour cent des participants soulignent l'importance de développer une relation de soins bénéfique en intervenant auprès des patients à l'aide d'habiletés particulières telles que l'écoute, la patience et la disponibilité, comme le confirme Robert : « *Pour les patients, c'est le besoin essentiel d'être écouté, d'avoir été écouté (...)* » Les marques d'attention de l'infirmière représentent ainsi une disposition particulière par rapport à la prestation des soins qui témoigne de son souci de bienveillance envers les patients. En dépit du fait que les participants identifient l'utilité du facteur temps pour établir une approche de *caring* avec les patients, la plupart reconnaissent, par contre, qu'il s'agit d'une approche de soins relevant prioritairement d'une disposition de l'infirmière face à la prestation des soins au patient. Cette disposition de l'infirmière fait alors en sorte qu'elle démontre de l'intérêt et de l'attention par rapport aux préoccupations des patients peu importe les circonstances et les contraintes de temps dans ses tâches quotidiennes.

À ce sujet, Jacinthe explique ainsi sa compréhension du *caring* par rapport au temps nécessaire pour démontrer de la disponibilité envers les patients : « (...) *tu peux entrer en communication, tu peux entrer en relation avec ton patient quand tu lui donnes tes soins. Tu n'as pas besoin de prendre 30 minutes et d'avoir une entrevue de 30 minutes avec ton patient pour être caring avec. Alors, c'est au quotidien que ça se vit, dans les soins que tu donnes à ton patient (...).* » L'approche de *caring* se trouverait alors intégrée à la routine de soins des infirmières auprès de leurs patients. Par le fait même, Jacinthe, cette infirmière gestionnaire, reconnaît du même souffle l'importance de démystifier le *caring* afin de clarifier son application auprès du personnel et de le rendre plus concret à leurs yeux.

Sous-thème 1.2.6 : Répondre aux besoins des patients comme priorité de soins

Conjointement à la recherche d'information et à l'exploration des besoins des patients, 65% des participants estiment primordial de répondre à leurs besoins spécifiques comme priorité de soins. Ainsi, la nécessité pour l'infirmière de répondre en premier aux besoins les plus urgents de ses patients réfère à la bienveillance qui guide sa pratique professionnelle à travers son savoir et son savoir-faire dans l'exploration de leurs besoins. Rachel, comme infirmière gestionnaire, expose cet exemple : « *Par exemple, une trachéotomie, si on permet à l'infirmière d'avoir un temps pour aller chercher ces informations-là, si on est caring, on l'est aussi envers la personne et elle priorise aussi à ce niveau-là, d'aller chercher toutes les données pour la sécurité du patient dans le sens d'une admission, une personne avec une trachéotomie, est-ce qu'elle est à risque de faire des bouchons ? Est-ce qu'il faut de la traduction ?... Qu'elle connaisse bien toutes les procédures des patients qui font de la trachéo dans les établissements, d'avoir la chance d'avoir un environnement adéquat, de voir si la personne est anxieuse ou pas, d'aller plus loin que le physique, aller aussi au niveau psychologique, est-ce qu'elle a eu des troubles cognitifs aussi, est-ce que ça peut emmener à des problématiques dans la gestion de la sécurité du patient, là je parle juste au niveau respiratoire mais ça peut être d'aller vérifier tout à ce niveau-là.* » Une collecte de données complète concernant l'état des patients ajoutée à une réponse spécifique pertinente par rapport à leurs besoins guident la démarche de soins de l'infirmière. Cette démarche de soins devient ainsi au service d'une meilleure qualité de soins dans la sécurité des patients, puisque l'infirmière répond alors aux besoins des patients au moment le plus opportun possible.

Sous-thème 1.2.7 : Établir une relation de confiance et de connivence avec les patients

Selon 60% des participants, la bienveillance de l'infirmière par son savoir et son savoir-faire inhérents à son approche de *caring* aurait comme conséquence positive d'établir une relation de confiance et de connivence avec les patients en réadaptation.

La confiance s'établit lorsque les patients se rendent compte de la bienveillance de l'infirmière et fait alors en sorte qu'il s'installe une certaine complicité entre l'infirmière et les patients. Donc, cette complicité leur permet de faire équipe à travers une relation de connivence qui soude le lien soignant-soigné. Marguerite témoigne : « *Je sentais son insécurité mais en même temps je sentais qu'elle me faisait confiance et elle a réussi à traverser des choses difficiles en même temps, au niveau psychologique et au niveau de sa santé.* » Amélie raconte : « *Je me suis dit, finalement j'ai réussi, j'ai été caring, j'ai su la respecter et j'ai su développer un lien avec elle malgré ce blocage-là du départ.* » Une fois la démarche de soins complétée telle que prônée ci-haut, les répercussions de l'approche de *caring* commencent à porter fruit lorsque le patient manifeste de l'ouverture à l'égard des soins prodigués par l'infirmière. Cette étape importante constitue alors le ciment de la relation de soins qui permet de faire un pont entre le processus de soins et les résultats de soins. D'après les verbatims des participants, le fruit de ce type d'approche, qui s'actualise par ce savoir et ce savoir-faire de l'infirmière, crée un sentiment de confiance et de sécurité psychologique chez le patient par rapport aux interventions infirmières. Cette confiance et cette connivence prédisposeront le patient à être plus coopératif et à participer plus activement à sa propre prise en charge comme cela a été exposé au sous-thème 1.2.3, sur la collaboration active des patients.

En résumé, dans ces deux premiers thèmes, il a donc été reconnu par les participants qu'avec une approche de *caring*, les infirmières avaient une soif d'enrichir leurs connaissances, de développer constamment une curiosité par rapport à des façons novatrices d'offrir aux patients des soins de la plus haute qualité possible. Par soins de haute qualité, il s'agit de ceux qui répondent le plus possible, en priorité, aux besoins individuels de ces patients. Cela met alors en évidence l'importance de connaître de façon globale les patients et ce, dans toute leur unicité. De l'avis des participants, pour être efficace, l'approche de *caring* ainsi décrite doit s'inscrire dans une continuité des soins s'échelonnant sur 24 heures afin d'assurer la sécurité des patients et celle de leur famille et ce, à tous points de vue autant physique, psychologique, psychosocial, à court et à long terme. Cette forme de sécurité fera d'ailleurs l'objet des lignes suivantes.

5.2.1.3 Thème 1.3 Dans la sécurité des patients en réadaptation, l'approche de *caring* des infirmières inclut des activités de soins visant l'autonomie et le bien-être à long terme des patients et de leur famille.

Tous les participants ont mentionné à différentes reprises que certaines activités de soins inhérentes à l'approche de *caring* contribuaient à la sécurité des patients en améliorant d'une part, leur collaboration active par rapport à leurs soins et, d'autre part, leur bien-être. Par ailleurs, en réadaptation, les participants considèrent que la notion de sécurité des patients se trouve grandement tributaire du degré d'autonomie des patients dans la reprise de leurs activités ainsi que de celui de la reprise de leur intégrité psychologique. Ainsi, les résultats de soins en terme de bien-être des patients ne peuvent s'évaluer sporadiquement et seulement à courte échéance. De fait, les traumatismes nécessitant des soins de réadaptation peuvent toucher plusieurs aspects de la vie d'une personne en sollicitant assidûment autant ses ressources physiques, psychologiques, psychosociales que familiales et ce, 24 heures sur 24 sur une longue période de temps. Par conséquent, l'espoir que doivent sauvegarder les patients en réadaptation confrontés à des pertes et à des deuils exige une approche de soins qui ne peut s'inscrire qu'à longue échéance afin d'obtenir des résultats de soins durables à long terme. Il transparaît alors, dans le processus de la réadaptation d'une personne, une notion de dépassement de soi, provenant autant du physique, du psychologique que du spirituel, ou encore du corps, de l'esprit que de l'âme. En fait, ce processus amènerait le patient consciemment ou inconsciemment à se remettre en question par rapport à lui-même en tant que personne et à trouver un sens à ce qui lui arrive. L'approche de *caring* de l'infirmière qui se centre avec une bienveillance responsable sur les besoins des patients offre alors à ceux-ci un accompagnement privilégié. Cet accompagnement s'avère sensible à faire émerger leur bien-être en visant une transformation durable en eux et ce, même après leur réadaptation.

À cet effet, les participants ont fait ressortir huit activités de soins associées à la sécurité des patients et qui visent le bien-être des patients à long terme. Ces dernières s'avèrent associées aux sous-thèmes suivants: faire de l'enseignement aux patients, tenir compte des besoins de leur famille, favoriser leur autonomie, favoriser la continuité des soins par le suivi de leurs apprentissages, prévenir une détérioration

de leur état de santé, les préparer adéquatement à leur congé, évaluer leur capacité de mobilité lors des transferts et les conscientiser à leur nouvelle réalité en les confrontant à leurs besoins d'apprentissage.

Sous-thème 1.3.1 : Faire de l'enseignement aux patients

L'enseignement est reconnu par 90% des participants comme une activité de soins réalisée afin de veiller à la sécurité des patients et de soutenir leur autonomie. En effet, les étapes de réadaptation progressent par l'apprentissage des patients et par le suivi étroit du personnel soignant à cet égard. Par conséquent, le bien-être à long terme des patients se trouve garant de la conformité de cet apprentissage en milieu de soins. Ainsi, si pour quelque raison que ce soit les apprentissages ne se déroulent pas adéquatement, il pourrait y avoir des brèches dans la sécurité des patients, comme l'indique Michelle : *« je pense qu'à chaque fois qu'on fait de l'enseignement, que ça soit pour la prévention des plaies, prévention des infections urinaires, peu importe le sujet que l'on traite ici, je pense qu'on fait la promotion de leur sécurité et on leur fait réaliser qu'il y a des comportements des fois qu'ils ont qui sont dommageables pour leur sécurité. »* Marguerite appuie : *« Alors la sécurité physique en réadaptation c'est les soins, c'est de s'assurer qu'elle est le plus possible capable de devenir autonome, fournir l'enseignement et assurer le suivi. »* Pour sa part, Bernadette affirme : *« La sécurité aussi c'est de faire l'enseignement sécuritaire pour que ça ne brime pas leur corps. D'être sécuritaire aussi à la maison, la façon que tu leur fais les enseignements, à leur retour à la maison qu'ils soient sécuritaires aussi pour ne pas se blesser (...) C'est sûr que ça peut arriver qu'il tombe et se blesse. Ça peut arriver mais tu essaies le plus possible de leur donner la formation pour que ce soit sécuritaire et bien pour eux parce que ce n'est pas l'idéal de tomber non plus. »*

Selon les participants, le fait de considérer chaque patient comme étant unique, avec ses propres besoins, ses propres objectifs de réadaptation permet d'éviter la stigmatisation de leur condition, de mieux suivre leur rythme d'apprentissage et, par le fait même, d'assurer leur sécurité durant l'enseignement. Nathalie illustre bien ce propos : *« Comment peut-on aider quelqu'un à retrouver son autonomie, c'est par*

l'enseignement qu'on va le faire, pour que cette personne-là puisse retrouver son autonomie, l'enseignement c'est quoi? C'est l'approche qui est basée sur l'individualité de la personne comme je le disais tantôt, montrer comment faire un cathétérisme à un quadraplégique, c'est différent et chaque personne prend un nombre de temps pour apprendre. Alors la patience, la compréhension qu'on utilise envers cette personne, l'approche et l'amour qu'on a pour cette personne, moi je trouve que c'est quand même du caring.» Suivre le rythme des patients durant l'enseignement et les traitements permet alors d'offrir des soins centrés sur leurs besoins en favorisant leur bien-être. De plus, le fait d'offrir aux patients un enseignement individualisé empêche d'aller au-delà de leur potentiel dans les étapes de la réadaptation, ce qui contribue à promouvoir leur sécurité. Un enseignement individualisé permet également de référer les patients, au moment opportun, s'il y a lieu, à des spécialistes membres de l'équipe multidisciplinaire (psychologue, travailleur social) ce qui peut accroître leur sécurité.

Sous-thème 1.3.2 : Importance de tenir compte des besoins de la famille dans les soins aux patients

L'importance de se préoccuper des besoins de la famille dans les soins offerts au patient a été soulevée par 85% des participants. Ceux-ci ont abordé certains aspects majeurs tels que l'importance de veiller au bien-être physique et psychologique de la famille des patients en répondant à leurs besoins et de s'assurer qu'elle comprend bien les soins prodigués. À ce sujet, Bernard affirme : *« Moi j'inclus beaucoup le patient et sa famille dans le caring, c'est la clé du soin.»* Amélie reconnaît : *« Tu sais, c'est un deuil à faire, pas juste pour lui, pour toute sa famille et tout ça (...). »* Pour sa part, Nathalie spécifie : *« L'intégration de la famille aussi parce que des fois on peut dire «Wow ! » juste prendre le cathéter, le mettre, pourquoi c'est difficile comme ça? Mais si tu prends le temps d'expliquer à la famille pourquoi (...) peut-être que la famille sera plus compréhensive envers ce patient-là, peut-être que la famille va plus supporter, ce n'est pas peut-être mais c'est que la famille va plus supporter le patient dans ses démarches plus l'encourager aussi »* Isabelle corrobore : *« C'est dans l'approche, on le voit avec les attitudes et tout ça et avec la famille beaucoup, je pense que c'est important parce que si on réussit à calmer la*

famille et à les encourager, souvent le patient va le ressentir ça ». Cette intégration de la famille viserait alors à éviter de créer une barrière entre celle-ci et le patient. Ainsi, meilleure est la compréhension de la famille à l'égard des soins prodigués au patient, meilleur peut être son soutien pour sa réadaptation.

Concernant le bien-être psychologique de la famille, Stacy est la participante qui s'est le plus exprimée sur la nécessité de veiller à la sécurité de la famille en évitant notamment son épuisement. Cette dernière affirme : « *Le caring c'est se soucier de la souffrance de l'autre aussi.* » Elle témoigne ainsi : « *J'avais eu une patiente (...) les parents venaient tous les jours et on voyait qu'ils étaient épuisés, ils continuaient de venir tous les jours. Je leur ai parlé, je leur ai dit qu'il faut penser un peu à soi-même et qu'il faut se rendre compte que ce n'est pas un effort de quelques heures ou de quelque jours, mais que ça peut devenir quelque chose à long terme donc s'ils s'épuisent, ils ne seront plus être capables de continuer et de ne pas venir tous les jours ça ne signifie pas qu'ils aiment moins leur enfant ou leur conjoint. (...) ils vont encore avoir besoin de leur famille, de leurs proches pour longtemps donc il faut doser l'effort à long terme. Je pense que c'était une situation où c'était du caring.* » Cela illustre que le *caring* permet également de veiller à la sécurité psychologique à long terme de la famille en lui évitant un épuisement pour qu'elle puisse constituer un soutien à long terme pour le patient.

Sous-thème 1.3.3 : Favoriser l'autonomie des patients

Favoriser le plus possible l'autonomie à long terme des patients paraît primordial pour 85% des participants. Le processus de réadaptation se déroulant à partir de traitements réguliers et intensifs qui sollicitent la participation active des patients en misant sur leurs acquis en vue d'une progression de leurs capacités met ainsi chaque patient au cœur de ses objectifs de soins. Cette place de choix qu'occupe le patient dans ses soins lui permet de décider de lui-même des efforts qu'il investit au cours de sa réadaptation, efforts qui lui permettront éventuellement d'accomplir par lui-même les tâches enseignées et pratiquées. L'infirmière accompagne ainsi le patient dans cette démarche. Comme le souligne Nathalie : « (...) *la réadaptation c'est vouloir aider la personne à retrouver son autonomie d'avant.* » Robert précise : « (...) *on a*

des objectifs à rencontrer pour lui redonner son autonomie et à chaque étape, on va intervenir dans ce sens-là pour donner du pouvoir à la personne, la sécurité, l'aider à solutionner des problèmes, lui donner des outils pour les solutionner lui-même parfois. » De même Bernard soulève : « Parce qu'il faut que tu sois capable de leur faire reprendre des comportements adéquats parce que moi, je ne serai pas tout le temps là, une fois que leur réadaptation va être terminée, il faut qu'ils continuent à se faire confiance. » À travers ce processus, il y a une préoccupation certaine de l'infirmière par rapport au retour à domicile de son patient afin qu'il s'effectue de la façon la plus sécuritaire possible.

Dans l'objectif de favoriser l'autonomie des patients, Suzanne témoigne d'une série d'exemples de projets créatifs élaborés avec les patients : *« Ici sur mon étage, je me suis dit, ces patients sont ici en réadaptation mais il faudrait qu'il fasse de la réadaptation qui vont leur servir quand ils vont sortir, à part de marcher, parce que moi j'étais toujours avec les amputés. Alors, je voulais que les patients fassent leur lit. Alors, je leur demandais 'Est-ce que vous faites votre lit à la maison?' et ils me répondaient 'Ah oui, je fais toujours mon lit', alors vous allez faire la même chose. (...) Je me suis dit ensuite qu'il faudrait bien qu'ils soient autonomes pour leur médication aussi. (...) Les patients qui voulaient sortir en fin de semaine et qui avaient des pansements, si le pansement n'était pas trop compliqué, je disais que plutôt que de faire venir l'infirmière du CLSC, si on lui montrait à faire ses pansements. Alors je leur ai montré à faire leur pansement, ceux qui pouvaient le faire, ceux qui avaient aussi assez une bonne vue et qui pouvaient rejoindre le moignon pour faire le pansement. Robert soutient : « (...) Faire faire des choses, ça c'est de la réadaptation et du caring parce que je trouve que la réadaptation et le caring c'est très proche, ce sont des notions qui sont très très proches l'une de l'autre parce que ce qu'on veut dans la réadaptation et en caring, c'est assurer l'autonomie du patient, c'est ça qui est prioritaire. Dans le caring, c'est ça aussi parce que c'est la base, le pivot, l'autonomie, l'unicité du patient. » En ce sens, le lien intime entre caring et réadaptation s'actualise par le fait que cette approche de soins fournit des balises aux soins infirmiers afin d'outiller adéquatement les patients à retrouver leur autonomie dans la perspective d'un retour à domicile sécuritaire. En*

effet, l'autonomie retrouvée par les patients les préserve en quelque sorte des risques d'accident qui pourraient survenir après leur congé de l'établissement.

Sous-thème 1.3.4 : Favoriser la continuité des soins par le suivi des apprentissages des patients

Selon 75% des participants, la sécurité des patients serait associée au fait de favoriser la continuité des soins par une activité de soins qui consiste à suivre leurs apprentissages. En ce sens, lorsque les infirmières de tous les services autant de jour, de soir que de nuit et toute l'équipe multidisciplinaire se concertent pour poursuivre des objectifs d'apprentissage déterminés pour chacun des patients, la bienveillance de l'infirmière par rapport au bien-être de ces patients prend alors tout son sens. Étant donné que l'enseignement uniquement ne suffit pas, il s'avère nécessaire de se munir d'outils et de façons de faire afin de superviser l'évolution des patients par la mise en application de leurs apprentissages, notamment au niveau de la mobilisation. Suzanne soutient : « *Mais comme il a eu l'enseignement, il peut penser qu'il est capable de le faire mais l'enseignement tu sais, il faut le pratiquer avec quelqu'un au début. (...) Les hémiplegiques, ils ont un petit déficit et des fois leur perception de leur environnement n'est pas comme c'était avant et ils vont oublier leur côté hémiplegique et ils vont foncer dans les portes. Alors, il faut les diriger et souvent, c'est les guider verbalement. Il y en a des fois qui se font mal. Ils passent trop proche d'une porte et viennent toutes les jointures brisées parce que ça a frotté plusieurs fois dans la journée sur un cadre de porte en entrant parce qu'ils sont allés trop proche. Au début, on peut les guider verbalement et éventuellement, ils prennent l'habitude. » Donc l'enseignement, la pratique et le suivi des apprentissages doivent s'arrimer afin d'éviter aux patients des risques de blessures.*

Ainsi, afin de s'enquérir du niveau d'autonomie des patients Suzanne, pour sa part, insiste pour en être témoin et préconise avant tout la surveillance : « *Moi, il faut que mon patient puisse être sécurisée dans ses déplacements. S'il a besoin d'aide, qu'on puisse l'aider, s'il est autonome, qu'on aille faire une vérification avant pour s'assurer que c'est bien ça. Les patients qui sont admis, je leur disais : 'On va aller dans votre chambre et vous allez me montrer comment vous passez de votre fauteuil*

à votre lit et vice versa. Ensuite on va le faire sur la toilette et si je suis satisfaite de la façon dont vous le faites et que je trouve que vous êtes sécuritaire, alors vous pourrez le faire seul et si vous avez besoin d'un peu de surveillance, je vous le dirai et il ne faudra pas que vous tentiez de faire des transferts sans surveillance.»

L'infirmière doit alors assurer la supervision des patients après leur avoir fait l'enseignement et leur fournir des outils de rappel appropriés à leur condition. Suzanne explique : *« Il y en a des patients qu'il faut aussi leur mettre une ceinture quand ils sont dans leur fauteuil roulant pour leur rappeler parce qu'il y en a qui ne pensent pas, ils vont venir pour se lever et ils ne sont pas capables. Ils ne sont pas autonomes pour se lever de leur fauteuil roulant et puis il peut y avoir des chutes alors on leur met une petite ceinture des fois, pas serrée, c'est juste que quand ils vont venir pour s'avancer, ils vont réaliser qu'ils n'ont pas le droit. Quand on voit qu'il semble qu'ils ont pris l'habitude de ne pas tenter de se lever, on fait des essais. On enlève la ceinture et on les surveille. Là, on avertit tout le monde. 'Untel, je lui ai enlevé sa ceinture ce matin alors on met tous nos yeux sur lui et quand il va s'en aller à sa chambre, on va aller voir ce qu'il fait dans sa chambre. S'il tente de se lever pour se coucher, alors il faudra remettre la ceinture.' »*

Ainsi, il ne fait aucun doute selon les participants que la façon de faire l'enseignement et le suivi des apprentissages est déterminante dans la poursuite des objectifs de réadaptation. Il est possible de constater que la supervision des patients demande un effort concerté de tout le personnel par la communication et par le soutien organisationnel. Comme en témoigne notamment Amélie, la collaboration interdisciplinaire devient propice à la continuité des soins, particulièrement en soirée: *« Il faut dire qu'au point de vue nursing et au point de vue soins, le physiothérapeute et tout ça, nous autres, de soirée, on a aussi peut-être un échange qui est plus grand que le shift de jour parce que de jour, ils sont bien occupés, ils ont leurs traitements, ils ont toutes leurs choses tandis que de soirée, il y a moins d'occupations; il y a les visiteurs, il y a une continuité de soins parce qu'on exécute les transferts avec eux. »* Rachel poursuit : *« Parce que la sécurité du patient, c'est une continuité sur 24 heures, en tout cas pour moi et je pense pour l'ensemble des infirmières c'est ça et si l'information ne circule pas et c'est à l'aide des outils aussi*

qu'on réussit à faire une continuité si ça n'a pas lieu et bien il y a des risques de dangers et la sécurité des patients peut être aggravée à ce niveau-là, si l'information ne circule pas... » Comme cela sera abordé ultérieurement, la sécurité des patients s'avère une responsabilité partagée entre les intervenants où le champ professionnel de chaque intervenant est respecté et où la fluidité de la communication contribue à la cohérence des soins par rapport aux besoins des patients. En résumé, ce sous-thème démontre l'importance de favoriser la continuité des soins comme activité visant la sécurité des patients en terme de bien-être à long terme.

Sous-thème 1.3.5 Prévenir une détérioration de l'état de santé des patients

Selon 75% des participants, il est important de prévenir une détérioration de l'état de santé des patients en évaluant adéquatement leur condition de même que leur environnement physique. Cette activité de soins correspond à l'évaluation globale de la condition de santé et de l'environnement physique des patients qui visent leur bien-être. Comme le mentionne Marguerite : *« La sécurité au niveau des soins peut être aussi d'avoir une connaissance qui permet de prévenir certaines problématiques. »* Par exemple, il est nécessaire de tenir compte de la condition physique des patients afin d'assurer adéquatement leur sécurité. Pour sa part, Nathalie insiste amplement sur l'importance de reconnaître et surveiller les signes et symptômes anormaux chez les patients : *« Sécurité aussi au point de vue santé, si je sais que la personne fait de la température et je ne surveille pas, il y a un problème (...) Si je prends la température et je n'en parle pas, ça veut dire que je ne suis pas bien sécuritaire. Pour moi, tout ça fait partie de la sécurité (...). »* Ceci relie alors l'importance, déjà mentionnée auparavant, de reconnaître et de répondre aux priorités de soins des patients dans l'approche de *caring*, et la prévention de la détérioration de l'état de santé des patients dans la sécurité des patients.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'environnement physique, en réadaptation, dans certains cas, l'utilisation de divers équipements peut occasionner des accidents, ce qui fait que le maintien d'un environnement physique sécuritaire devient un élément important auquel il faut prêter attention. Alice soutient : *« Sécurité du patient, je vois à l'environnement, maintenir un environnement adéquat pour pas que le*

patient...euh...se fasse une nouvelle lésion ou qu'il se détériore ou que d'autres problèmes de santé à traiter, que ce soit physique, psychique, ou n'importe lequel... pour moi, sécurité c'est ce que ça veut dire pour moi... »

Au point de vue organisationnel, certains participants se préoccupent particulièrement de la prévention des infections et des plaies chez les patients. Bernard soulève ainsi un questionnement : *« Bien, on sait très bien qu'il y a presque une épidémie de Clostridium difficile dans plusieurs hôpitaux, il faut placer le patient dans des chambres adéquates, en isolation, qu'ils ne soient pas en cohabitation avec d'autres. C'est ça au niveau environnemental, est-ce que les établissements peuvent vraiment garantir et offrir la sécurité? Dans le cas de doute, si on pense qu'il pourra être contaminé par le C-difficile, on peut toujours faire le transfert dans la chambre d'isolement pour qu'il soit tout seul. Parce qu'il ne faut pas que les agents pathogènes des employés ou des autres patients risquent de contaminer davantage le... parce qu'il a un système immunitaire déficient. »* Georges renchérit : *« Ce sont des techniques d'isolement toujours, techniques d'isolement pour les patients, MRSA, CD... »* Bernadette affirme : *« La sécurité ça va jusque dans (...) l'intégrité de la peau, ça va là-dedans aussi. »* Évelyne soutient : *« (...) il faut voir tout ça au niveau élimination, au niveau plaie, tous ces niveaux-là. Donc, toute la sécurité physique pour les blessés médullaires en ce qui a trait à leur état. »* Donc, la sécurité des patients s'actualise au quotidien dans l'établissement par la surveillance de l'état de santé et l'environnement physique des patients de façon à ce qu'il n'y ait pas de détérioration de leur condition de santé.

Sous-thème 1.3.6 : Préparer adéquatement les patients pour leur congé de l'établissement

L'importance de préparer adéquatement les patients pour leur congé a été reconnue par 65% des participants. Cette activité de soins vise alors à rejoindre plusieurs aspects de la sécurité des patients, soit autant la sécurité physique que psychosociale. Selon les participants, le savoir-faire inhérent à l'approche de *caring* de l'infirmière permet de fournir des outils tangibles aux patients et à leur famille pour une préparation adéquate lors du congé. Comme en fait foi Robert : *« Ça peut être de*

s'assurer de la sécurité du patient à domicile, une fois qu'il a fait certaines acquisitions, (...) j'ai une patiente qui a une trachéotomie (...) Cette patiente-là envisage d'aller à domicile alors on va prendre les moyens nécessaires pour assurer sa sécurité pendant ses sorties à domicile. Alors, on a de l'enseignement à faire à la mère pour les soins de bases, la ventilation, en cas d'obstruction, en cas d'éjection de canule ou pour assurer toute sa sécurité au niveau respiratoire donc l'enseignement à la famille va être fait dans ce sens-là pour quelques heures et ensuite la fin de semaine et tout un week-end de 4 jours progressivement. C'est un exemple de sécurité que je pourrais te donner rapidement. » Isabelle rappelle certains aspects à considérer afin de bien préparer le patient à son congé : « Le temps qu'il est en réadaptation ici, c'est la sécurité qui fait souvent la différence aussi entre... si le patient est trop à risque de choc, il ne s'en retournera pas à la maison. Si le patient se lève la nuit parce qu'il est incontinent et tombe... ce n'est pas pensable qu'il aille à la maison. »

De plus, les infirmières font aussi appel aux ressources communautaires, comme Marguerite mentionne : « c'était quelqu'un qui voulait perdre du poids et qui était suivie par le CLSC et qui avait aussi un petit problème d'hypertension donc pendant le séjour, on a fait le suivi pour la tension, on a fait le suivi pour le poids, on a fait le suivi pour l'ajustement d'insuline et on a assuré le suivi au congé donc on a transmis les informations au CLSC concernant la perte de poids, concernant la gestion d'insuline, toutes les données ont été transmises au CLSC pour le médecin traitant, pour qu'il puisse voir comment l'insuline... le trajet de la patiente au travers de ça. »

Du point de vue de la sécurité psychosociale, Alice explique : « (...) y a aussi une sécurité psychosociale. C'est comme quand t'es confronté à certaines choses puis, faut apprendre aux gens à voir les choses d'une autre manière (...) parce que les gens sortent d'ici avec un handicap puis, ils vont avoir beaucoup d'affronts, tu sais comme dans la vie extérieure. (...) des fois, nous autres, on les réfère à un autre blessé médullaire qui a vécu les mêmes situations. Mettons quelqu'un qui veut retourner au travail mais que... bon bien...ça va être un choc pour lui, il n'est pas sûr qu'il va retourner, il ne faut pas lui dire que ça va être tout beau...qu'ils vont accepter ça, c'est pas la réalité ça...donc des fois, tu les réfères à d'autres personnes

qui vivent la même chose mais qui sont au travail...Donc, je me dis qu'il y a aussi une sécurité psychosociale. Peut-être que sa job était toute sa vie et il travaillait tout le temps donc il va falloir l'occuper parce que ça veut dire que cette personne-là si elle se retrouve à rien faire, ça va être dur... ». Évelyne fait ressortir ici l'importance d'être authentique avec les patients en leur reflétant la réalité de ce que pourra exiger leur adaptation psychosociale lors de leur congé tout en leur offrant le soutien nécessaire au retour de leur équilibre à ce niveau. Ainsi, préparer adéquatement les patients à leur congé de l'établissement s'avère une activité de soins importante dans le cadre de la sécurité des patients en terme de bien-être à long terme.

Sous-thème 1.3.7 : Évaluer la capacité de mobilité des patients durant l'accomplissement des transferts

En ce qui concerne 60% des participants, l'exécution adéquate des transferts par les patients paraît particulièrement importante afin d'assurer leur sécurité en soins de réadaptation. Ainsi, selon Michelle : *« il y a la sécurité physique dans le quotidien au moment des transferts, au moment qu'on aide les patients à marcher. »* Bernadette souligne : *« (...) La sécurité c'est les transferts. Sécuritaire ça va même à penser à mettre les freins quand tu fais le transfert, quand tu fais le transfert sur une chaise d'aisance, quand tu fais le transfert sur un banc de douche, c'est de penser à toutes les choses pour... »* Georges ajoute : *« Le patient qui a une blessure médullaire qui vient d'arriver de sa chirurgie, ça fait deux semaines qu'il s'est fait opérer et il est déjà en réadaptation, c'est frais encore alors c'est vraiment la mobilisation en bloc et d'être deux à chaque fois pour le tourner, pas juste une personne. (...) C'est vraiment important d'être deux personnes pour le porto-lift. »* En ce qui concerne, Évelyne : *« Moi je vois la sécurité comme au niveau mobilité, comme dans les déplacements etc. Quand le patient arrive ici, il va pour ses traitements etc. pour ses entraînements donc, quand l'équipe en bas, soit ergothérapeute, physiothérapeute, donne le OK voici ce qu'il peut faire, voici ses limites et ses forces etc. Donc on l'évalue avec lui et on le laisse aller. Pour commencer c'est une sécurité physique à ce niveau-là qu'on croit, qu'on évalue le patient, s'il peut faire ses transferts etc. comme, il n'est pas dangereux. »* Évelyne

soulève alors l'importance d'évaluer adéquatement les capacités de mobilisation des patients en équipe multidisciplinaire.

Carmelle corrobore ce point de vue en affirmant : « *quand tu commences, si on parle de sécurité physique, les transferts il faut que ça soit fait d'une façon sécuritaire (...) c'est sûr que les premiers transferts, en tout cas, la nuit, ils ne sont jamais faits seul la nuit, je m'assure à ce qu'ils aient quelqu'un avec eux autres, qu'ils fassent leurs transferts parce qu'il y en a qui se blessent, il faut que ce soit sécuritaire et même si, moi on me dit que de jour ils sont sécuritaires, je me dis toujours que oui ils fonctionnent bien de jour. De jour, c'est de jour, de soir c'est de soir et de nuit c'est de nuit. Ils ne peuvent pas être fonctionnels 24 heures sur 24 ces gens-là alors moi je trouve que la nuit ça demande encore plus de sécurité au point de vue physique.* »

Isabelle soutient : « *Si on peut vraiment emmener le patient à être capable de faire des déplacements sécuritaires et être sécuritaire dans son milieu, c'est un gros plus pour le patient, la famille et même la société parce que ce n'est pas un patient qui va être à la charge de la société s'il va être à la maison.* » Les participants soulignent donc l'importance de cette activité de soins en prêtant une attention particulière à l'exécution des transferts chez les patients en réadaptation afin d'éviter des événements indésirables.

Sous-thème 1.3.8 : Conscientiser les patients à leur nouvelle situation de santé en les confrontant à leurs besoins d'apprentissage

Selon 60% des participants, la bienveillance envers le bien-être des patients porte l'infirmière à les conscientiser davantage par rapport à leur nouvelle condition et ce, en les confrontant à leurs besoins d'apprentissage au cours de leur réadaptation. Cette activité de soins vise alors à favoriser à long terme le bien-être des patients par le progrès de leurs apprentissages. Florence avance : « (...) *parce que si tu veux aider la personne handicapée, il y a des journées que je dois être plus ferme et de ne pas l'écouter toujours. (...) Oui, moi je suis capable de me sentir caring parce que je suis capable d'expliquer à la personne pourquoi j'ai cette attitude-là, dans quel but je le fais.* » Donc, selon les participants, une certaine fermeté et une rigueur dans l'atteinte des objectifs de réadaptation au niveau de l'enseignement, la pratique et le

suivi des patients à l'égard de leurs apprentissages s'avèrent nécessaires et requièrent de l'authenticité de la part de l'infirmière. Cette authenticité s'exprime alors de façon concomitante au respect des choix libres et éclairés des patients. Cela favorise ainsi une meilleure prise en charge des patients en étant reliée à une meilleure conscience de leurs capacités. De plus, les participants ont reconnu l'importance d'aider les patients à canaliser l'agressivité potentielle liée à leur processus de deuil, vers l'enthousiasme de leur processus de réadaptation. Cet enthousiasme favorise non seulement le bien-être des patients mais contribue également à la constante dans l'intégration de leurs acquis au cours de la réadaptation.

Parmi les pièges à éviter concernant les attitudes et les comportements propices au *caring* et à la sécurité des patients, il y a la surprotection des patients et les consignes nébuleuses qui sont à proscrire. Plusieurs participantes soulèvent le fait que le *caring* ne consiste pas à « mater » les patients en faisant les choses à leur place ou en les aidant outre mesure. Carmelle soutient : « (...) *pas trop mère-poule parce que caring des fois, on est porté... moi je sais bien des fois je suis portée à être un peu mère-poule. D'abord, ça vient me chercher souvent (...) parce qu'en réadaptation, c'est de valeur mais si tu « chouchoutes » trop le patient, si tu fais tout pour lui, le patient tu ne l'aides pas, à court terme tu l'aides, mais à long terme, tu ne l'aides pas.* » Carmelle amène ici l'idée que parfois le fait d'être touchée par les patients, de ressentir de la compassion envers eux peut générer un type d'approche de soins basés sur la surprotection des patients, ce qui ne les aide pas à progresser à longue échéance. Suzanne va encore plus loin en qualifiant ce sentiment : « *Il y a une chose que je trouve très importante aussi, il ne faut jamais avoir l'air de trouver que nos patients font pitié. (...) Il y en a qui vont faire plus pour le patient alors que le patient a déjà commencé à apprendre. Si on ressent de la pitié pour les patients, on ne peut pas les aider autant.* » Par ces verbatims, il est possible d'envisager que la surprotection des patients par l'infirmière traduit une dévalorisation de leurs capacités et peut ainsi entraîner une baisse d'estime d'eux-mêmes ; ceci est tout le contraire du but poursuivi par une approche de *caring* qui vise à faire progresser positivement les patients autant de façon physique, psychologique que psychosociale.

En outre, force est de constater que cette activité de soins permet de préserver l'espoir des patients, tout en demeurant réaliste quant aux objectifs et au rythme de la réadaptation. Sur ce point, Florence souligne : « *Chez les blessés médullaires, moi ça m'est arrivé souvent que les paraplégiques et quadraplégiques, ils ont de l'espoir de remarcher, ils ont l'espoir...je leur disais souvent 'aujourd'hui c'est aujourd'hui, demain c'est demain. Vous savez, ça prend tant de mois et de semaines avant qu'on sache vraiment jusqu'à quel degré de récupération et tout ça'* » Cela favorise ainsi la sécurité à long terme des patients en préservant leur motivation à franchir les différentes étapes de leur réadaptation, en les projetant vers l'avenir. Par ailleurs, cela évite également qu'ils veuillent sauter des étapes, adopter des comportements à risque qui menaceraient leur bien-être. Marguerite avance : « *être vraiment capable de pouvoir juger de façon pertinente les objectifs, des fois ramener la personne à la réalité.* » *Parfois la pousser ... parfois, il faut la pousser parce qu'elle est encore trop près du deuil vécu donc il faut l'emmener à se dépasser parfois.* » À travers le *caring*, le patient en arrive à vraiment faire confiance à l'infirmière et à bâtir sa réadaptation sur l'espoir d'une autonomie qui le projette vers l'avenir. Ceci renforce l'idée que le *caring* n'est pas un résultat de soins comme tel mais bien un processus qui amène potentiellement vers une transformation globale positive autant chez les patients que chez les infirmières et ce, par l'amélioration de la qualité de leurs soins.

En fait, l'espoir, en aidant les patients à se projeter vers l'avenir, leur permet de se conscientiser et de s'actualiser par rapport à la réalité de leur nouvelle situation de santé. Alice témoigne : « *On essayait de la convaincre de faire d'autres choses; au fur et à mesure on est venu par la faire voir qu'il y avait d'autres choses dans la vie que maintenant... que même si elle avait un respirateur elle pouvait faire d'autres choses.* » Cela traduit donc l'importance de considérer d'où viennent les patients selon leur champ phénoménal et de les conduire jusqu'à leur potentiel à travers leur réadaptation. Conscientiser les patients à leur nouvelle situation de santé en les confrontant à leurs besoins d'apprentissage s'avère alors primordial pour les participants afin de les faire progresser graduellement au cours de leur réadaptation avec l'espoir nécessaire qui les conduira vers un bien-être à long terme.

En somme, les huit activités de soins en sous-thèmes traduisent concrètement l'apport au quotidien de l'approche de *caring* à la sécurité des patients. Comme thème, la nature de cet apport se révèle à travers un processus de soins qui agit à longue échéance. Le résultat de « sécurité » ainsi obtenu correspond au bien-être à long terme des patients et de leur famille. Pour les infirmières, le fait de prodiguer des soins en « agissant maintenant » tout en ayant une visée sur le futur implique une transformation profonde dans l'expérience de vie des patients et de leur famille. Cela amène donc l'énoncé de ce premier méta-thème à l'effet que l'approche de *caring* des infirmières s'actualise par leur bienveillance qui se manifeste par la mise en œuvre d'activités de soins qui ont une portée à long terme sur le bien-être des patients et de leur famille.

À la lumière des sous-thèmes et des thèmes qui initient le méta-thème 1, il a donc été possible de constater que les participants ont, d'une part, perçu l'approche de *caring* des infirmières comme une responsabilité à l'égard d'un savoir, d'un savoir-être et d'un savoir-faire bienveillants envers les patients. D'autre part, les participants ont perçu la sécurité des patients comme un résultat de soins qui est orienté vers le bien-être à long terme des patients et de leur famille ; ce qui implique inévitablement une transformation chez ces derniers.

5.2.2 MÉTA-THÈME 2

Des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières agissent comme obstacles ou éléments facilitateurs par rapport à leur approche de *caring* et influencent ainsi la sécurité des patients en réadaptation.

Ce méta-thème répond aux objectifs spécifiques 1-3-4 (voir p. 47) de cette étude en ce qui concerne l'influence du milieu de soins et des caractéristiques socio-professionnelles par rapport à l'approche de *caring* des infirmières en termes d'obstacles et d'éléments facilitateurs. En dépit du fait qu'elles ne soient pas directement reliées au sujet principal de la présente recherche, ces influences ont permis de mieux situer le contexte de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation à la sécurité des patients. Ceci

explique d'autant plus le fait que les participants aient été moins volubiles sur ces aspects d'influences.

Bien que le *caring* ait été reconnu chez certains participants comme inné, voire comme une vocation chez les infirmières, il existe tout de même, selon leurs perceptions, des éléments facilitateurs et des obstacles qui peuvent modifier l'actualisation de cette approche de soins. Ainsi, ce méta-thème fait ressortir l'interdépendance entre la pratique infirmière et le milieu de travail illustré par l'unité de soins. Étant donné que les infirmières n'oeuvrent pas en vase clos et que le *caring* n'est pas une approche de soins statique d'une infirmière à l'autre, mais bien une approche influencée par certains éléments, ces derniers peuvent faciliter ou au contraire inhiber l'actualisation de sa pratique de *caring*. Ces obstacles ou ces éléments facilitateurs ont alors le pouvoir d'agir sur la sécurité des patients en réadaptation autant au niveau du corps, de l'âme que de l'esprit. Ainsi, la sécurité des patients ne relève pas uniquement du processus des soins infirmiers mais également du soutien provenant de toute la structure mise en place par le milieu de soins de même que des caractéristiques socio-professionnelles propres aux infirmières. En répondant aux objectifs spécifiques de recherche 1-3-4 (voir p.47), ce méta-thème est donc le produit de deux thèmes qui concernent, d'une part, certaines conditions de travail qui agissent comme obstacles extrinsèques à l'approche de *caring* des infirmières ainsi que, d'autre part, le nombre d'années d'expérience des infirmières qui constitue un élément facilitateur intrinsèque à cette approche de *caring*.

5.2.2.1 Thème 2.1 Certaines conditions de travail agissent comme obstacles extrinsèques à l'approche de caring des infirmières en réadaptation

Selon les participants, les conditions de travail établies par la direction de l'établissement agissent de façon majeure comme obstacles extérieurs à leur approche de *caring* auprès des patients. En relatant ces conditions de travail, les participants ont évoqué : l'absence de l'infirmière au sein de l'équipe

multidisciplinaire, une organisation des soins non centrée sur les besoins des patients, le manque de ressources humaines et matérielles qui cause une surcharge de travail, le manque de formation continue sur le *caring* auprès du personnel soignant de même que le manque de soutien de la part des gestionnaires compte tenu de la nature des soins à prodiguer aux patients en réadaptation.

Ces paramètres qui révèlent le degré de soutien du milieu de travail à l'égard du *caring* semblent centraux, d'une part, dans la mobilisation et dans l'engagement de l'ensemble du personnel soignant face aux interventions de soins auprès des patients et, d'autre part, dans la possibilité et la motivation des infirmières à promouvoir réellement la sécurité des patients à travers leur pratique.

Sous-thème 2.1.1 : Absence de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire

L'absence de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire a été reconnue par 85% des participants comme un facteur extrinsèque défavorable à l'approche de *caring*. Selon ces participants, cette situation provient de la méconnaissance des autres professionnels tels que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les médecins, à l'égard du champ de pratique réel des infirmières. Cette méconnaissance aurait des conséquences sur le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire et la pratique professionnelle même des infirmières. Ainsi, le fait que les autres professionnels ne reconnaissent pas le rôle pivot que joue l'infirmière dans la communication clinique au sein de l'équipe multidisciplinaire peut non seulement menacer la sécurité des patients mais également entraîner de l'insatisfaction et de la démotivation au niveau de la pratique infirmière. À long terme, les participants sont d'avis que le leadership dont l'infirmière peut faire preuve à travers son rôle d'avocate des patients dans une approche de *caring* devient de plus en plus absent. Cela résulte ultimement à l'absence de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire.

En effet, la méconnaissance des autres professionnels du champ de pratique des infirmières se traduit par le fait que plusieurs participants déplorent leur manque

d'ouverture par rapport au rôle professionnel de l'infirmière envers les patients. Comme Rachel l'affirme : « (...) *En équipe interdisciplinaire, il faudrait enlever cette barrière-là pour que le caring passe plus.* » Marguerite corrobore ces propos en s'exprimant : « *Des fois, en équipe interdisciplinaire ici, je vous dirais qu'en milieu de réadaptation, dans certains programmes, l'infirmière doit travailler très fort pour faire reconnaître son rôle auprès des patients, auprès de la personne. Ça, c'est un événement qui des fois bloque.* » Isabelle témoigne : « *c'est que des fois on a le sentiment qu'on empiète sur... si je fais une relation d'aide avec le patient, des fois la travailleuse sociale va nous dire que c'est à elle de faire ça, c'est déjà arrivé, il faut s'y attendre* » Il est ainsi possible de comprendre que les infirmières n'oseront pas parfois prodiguer des soins globaux aux patients, freinées par cette barrière interdisciplinaire qui semble exister.

Un fait relaté par Alice illustre bien ce propos : « *La travailleuse sociale s'arrange pour le congé à domicile, pour un patient qui va sortir. La famille, l'ergo y vont et vont faire la visite et tout. Puis, le patient doit sortir pour un congé de fin de semaine, sauf que la travailleuse sociale le voit dans sa globalité de jour, dans la façon qu'il fonctionne durant la journée mais elle n'a pas fait le clic que la nuit ce patient-là utilise un Bipap pour dormir, pour l'aider à respirer. Lui, le patient, le jour il n'en a pas, le soir il n'en a pas, il n'y pense pas; c'est nous qui l'installons. Donc, tout était prêt pour partir. Sauf quand on était arrivé pour me dire que le patient partait, bien j'ai dit : 'qui va s'occuper du Bipap la nuit?' Et la travailleuse sociale n'avait vraiment pas fait le lien...et elle a dit : ça, j'ai vraiment pas pensé à ça... On était comme jeudi et c'était dans deux jours. J'ai dit : 'bien là...il ne le fera pas...il ne pourra pas y aller...il va falloir que...' Premièrement lui, il n'avait pas eu l'enseignement comme tel, pour lui, ce patient, si jamais quelqu'un venait l'installer, il faut au moins qu'il sache c'est quoi son appareil et comment il fonctionne. Puis l'autre personne, celle qui l'installe, il faut qu'on sache c'est qui...* » Cela supporte l'idée qu'une meilleure connaissance du champ de pratique professionnel de l'infirmière aurait favorisé une continuité des soins durant les trois quarts de travail et auquel les autres intervenants auraient pu se référer. De plus, cet exemple illustre pertinemment l'importance fondamentale que les participants accordent à la

reconnaissance de leur champ de pratique afin d'exercer auprès des patients une approche d'intervention qui se veut globale et sécuritaire à tout point de vue.

En ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire, il a été reconnu par les participants à l'étude que l'infirmière, tenant un rôle pivot au sein de l'équipe multidisciplinaire de par sa présence 24 heures sur 24 auprès des patients, s'avérait la mieux située pour faire circuler l'information concernant les patients et défendre leurs intérêts. Paradoxalement, les participants ont déploré en général le manque de participation active des infirmières aux réunions multidisciplinaires en considérant cela comme un sérieux obstacle quant à la portée de l'approche de *caring* des infirmières et à la capacité d'assurer la sécurité des patients. Ce manque de participation proviendrait du peu de place qui leur est consacré lors des réunions multidisciplinaires et, en définitive, par le désintérêt des infirmières elles-mêmes, occasionné par la dévalorisation de leur rôle. Les participants réalisent ainsi que la qualité réduite de la collaboration interdisciplinaire peut engendrer des brèches dans la continuité des soins et menacer la sécurité des patients par manque d'information disponible à leur sujet durant les trois quarts de travail. En ayant moins d'information sur les patients, leurs besoins spécifiques et leur fonctionnement dans diverses situations, il est ainsi plus probable de commettre des erreurs qui pourraient leur occasionner des événements indésirables. De plus, la qualité des soins prodigués par les infirmières devient elle-même compromise puisque le « sens » même de leur travail, qui a trait à la défense des droits des patients, ne se trouve pas respecté et valorisé. Le travail d'équipe dans la collégialité s'avère donc un élément facilitateur important dans la satisfaction et la valorisation du travail des infirmières, tout comme l'illustre Évelyne : « *On se donne l'information, ce qu'on fait avec le patient, ce qu'il peut faire, où il est rendu, dans quoi il est autonome etc. et on rassemble cette information-là et si on a besoin de faire un entraînement avec le patient un tel enseignement donc on avise l'ergothérapeute, leur donner des trucs pour un meilleur entraînement et la physio et ainsi de suite alors c'est tout un éventail d'information et on se les communique pour faire un cadrisme afin de voir comment le patient peut continuer.* »

En ce qui a trait à la pratique infirmière, le manque de place occupée par l'infirmière dans l'équipe multidisciplinaire fait obstacle à l'approche de *caring* en empêchant tout son leadership de s'exercer à travers son rôle d'avocate (*advocacy*) auprès des patients. Ainsi, selon les participants, comme défenderesse des intérêts des patients et appuyée d'une collaboration interdisciplinaire adéquate, l'infirmière peut contribuer à répondre aux besoins des patients en mobilisant les ressources du milieu afin d'assurer leur sécurité. Le leadership de l'infirmière s'exprime ainsi en structurant le partage d'information entre les professionnels et en faisant valoir le point de vue des patients afin d'assurer le meilleur suivi possible de la réadaptation. De plus, selon les participantes, exercer son rôle d'avocate auprès des patients procure également à l'infirmière de la satisfaction et de la motivation au travail. Suzanne raconte avec fierté une occasion où elle a pleinement exercé son leadership au sein de l'équipe multidisciplinaire afin de répondre au besoin d'un patient : « *Un patient qui a l'air un peu piteux, alors il faut le faire parler pour voir qu'est-ce qu'il ressent. (...) il avait eu un accident, (...) il a perdu une jambe. (...) quand il est arrivé ici, je voyais qu'il était nerveux et il avait l'air anxieux. Alors je l'ai approché, je me suis fait un peu de temps pour aller lui parler. (...) Je me suis donc informée de la flexibilité de son domicile (...) Je lui ai dit : 'Ce que vous allez faire, demain le physiothérapeute et l'ergothérapeute vont vous évaluer et vous leur direz que vous voulez sortir en fin de semaine et qu'ils vous fassent pratiquer les choses qui vont être pertinentes pour votre première sortie.' Alors là, il était relaxe. Je lui ai dit que j'allais parler avec son médecin et lui dire que j'avais l'impression qu'il était un bon candidat pour une première sortie de fin de semaine, cette fin de semaine ici. Alors ça s'est tout arrangé.* » Suzanne fait ressortir la façon dont elle a pris le temps de s'intéresser au patient, à ce qu'il ressent, à sa communication non verbale tout en validant ses perceptions en l'interrogeant pour en arriver à une solution qui lui convienne le mieux possible. L'empathie ressentie par rapport à son état de vulnérabilité, la pousse à entreprendre des démarches sécuritaires, qui impliquent tous les professionnels afin d'améliorer le bien-être de ce patient. Elle agit ainsi avec bienveillance dans l'intérêt du patient. Cette dernière poursuit : « *Dans la soirée, l'infirmière de soir a aussi fait une bonne intervention auprès de lui. Moi je lui avais donné mon rapport, ce qu'on s'était dit et ce que je lui avais dit de faire avec l'ergothérapeute et le physiothérapeute. Alors, elle a fait du*

renforcement avec ça (...) » Cela illustre alors l'importance de la continuité des soins qui se réalise par la communication entre les infirmières des différents quarts de travail ; ceci accroît la sécurité des patients. Le « sens » attribué au travail de l'infirmière prend alors toute sa dimension profonde au sein de l'équipe en lui procurant une valorisation certaine dans son milieu de travail.

Selon la perception de Robert : *« Les soins infirmiers doivent ramener toujours... je pense que ce sont nous les mieux placés pour ramener l'opinion du patient et sa vie réelle à l'étage et c'est dans les gestes quotidiens. Dans les réunions interdisciplinaires qu'on peut ramener ces choses-là mais Monsieur Untel, ça ne l'intéresse pas ça, il n'est pas prêt à faire telle chose et psychologiquement il n'est pas prêt à faire ça, tu veux lui faire faire de la soupe, il n'a jamais fait de la cuisine, il y a juste les soins infirmiers qui ramènent ça en équipe interdisciplinaire, qui est plus proche des patients. Les patients le disent aussi, ils le voient qu'on est là tout le temps et qu'on est un peu leur avocat, "advocacy", surveillant du bien-être et de la santé des patients, c'est notre rôle en équipe interdisciplinaire d'apporter ça. Ça peut ralentir le processus parce qu'un patient n'est pas prêt à faire telle chose, il n'est pas prêt à l'automédication, il n'est pas prêt à l'enseignement ou il est prêt ou... C'est nous qui devons monter nos pantalons et qu'on affirme les besoins du patient. Du caring, ça ne se fait pas sans discussions, il ne faut pas avoir peur de s'exprimer. »* Le leadership de l'infirmière à travers son rôle d'avocate consiste alors à s'exprimer en faisant valoir les besoins réels de ses patients au reste de l'équipe multidisciplinaire en se souciant du bien-être et de la sécurité des patients.

France précise : *si on arrive à être un bon support pour le médecin et arriver avec des arguments solides aussi, on va pouvoir prendre plus notre place. Comment prendre sa place ?... C'est de parfaire nos connaissances encore plus. Plus tu es connaissant dans ce que tu fais, plus tu prends ta place ; pas juste se confiner à un petit... mais toujours aller au-delà de nos connaissances.* » Ainsi, il semble que d'enrichir ses connaissances contribuerait à mettre l'infirmière plus en confiance par rapport à ses compétences professionnelles et à être plus consciente de l'importance de son rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire. Cette conscience l'amènerait à son tour à démontrer plus de leadership dans le fonctionnement interdisciplinaire. En

d'autres mots, ce leadership accompagné de connaissances pertinentes sur les cas cliniques contribuerait à octroyer de la crédibilité aux compétences professionnelles des infirmières aux yeux des autres intervenants. Cela contribuerait, par ricochet, à mieux faire connaître le rôle des infirmières auprès des patients et ainsi à considérer plus judicieusement leur place au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Sous-thème 2.1.2 : Organisation des soins non centrée sur les besoins des patients

Soixante pour cent des participants ont déploré le fait que l'organisation des soins dans les établissements ne soit pas centrée sur les besoins des patients. Selon les participants, l'organisation des soins répond plutôt à des impératifs de performance administrative ou aux besoins des employés mais, dans la plupart des cas, ne tient pas compte du rythme différentiel des patients en leur proposant des modèles de prestation de soins rigides. Les participants ne trouvent alors que peu de marge de manœuvre pour déroger à ce rythme de soins standardisés qui, d'une part, ne répond pas aux besoins spécifiques des patients, et d'autre part, ne contribue nullement à la satisfaction au travail des infirmières.

À ce sujet, Bernard explique : *« les organisations de travail sont très mal faites. Les patients ACV qui ont l'énergie pour marcher 10-15 minutes le soir avant 7h00. C'est important qu'on le fasse mais ma propre organisation dit: 'bien là, je regrette, je suis parti à mon souper, vous marcherez après 7h00, lui il n'a plus l'énergie !' »*¹⁸ L'organisation du travail peut alors avoir des lacunes au niveau du respect du rythme différentiel de la clientèle, comme en témoigne Robert : *« Les patients qui ont 70-80 ans, il faut leur donner le temps. Le réseau et les ressources ne sont pas toujours d'accord avec ça parce qu'ils prennent un lit plus longtemps qu'une autre personne alors l'organisation du travail, il faut qu'elle soit appuyée sur les notions de caring autrement c'est de la philosophie et ça reste à ce niveau-là. »* Donc, des modèles de prestation de soins rigides limiteraient le contact, l'échange que l'infirmière établirait avec chacun des patients afin de leur prodiguer des soins individualisés comme le préconise l'approche de *caring*. Bien que pour Robert le temps ait un caractère relatif au niveau du *caring* : *« Le caring des fois, on a l'impression de perdre du*

temps et des fois on en gagne, c'est relatif. » ; il semble tout de même en falloir un minimum pour être en mesure d'établir une relation de confiance avec les patients et répondre adéquatement à leurs besoins. Cela sera d'ailleurs présenté dans le sous-thème suivant qui concerne la disponibilité des ressources humaines et la charge de travail.

Cette rigidité dans la prestation des soins ajoutée à un besoin d'accompagnement plus grand de certains patients, peut amener certaines infirmières à un degré d'épuisement et de démotivation marqué dans leur travail. Comme le rappelle Micheline : « *Des patients, j'en ai d'autres en tête qui disent qu'ils ne feelent pas et tout ça, ils sont étourdis, ils ne feelent pas, ils ont de la misère à souffler alors tu demandes 'Qu'est-ce que vous avez fait ce matin, qu'est-ce que vous avez fait avant de déjeuner?' Il est allé fumer une cigarette, il est diabétique... Tu sais que ce n'est pas la première fois et je trouve qu'on perd beaucoup notre temps à un moment donné, moi je n'ai plus le goût de les sauver eux-mêmes. À un moment donné, aide-toi et le ciel t'aidera, c'est comme un peu là que je suis rendue (rire), je suis tannée.* » Par contre, Amélie rappelle : « *C'est sûr qu'il y a des soirs où t'es débordé ou tu n'as pas l'impression d'avoir tout fait ce que tu aurais voulu faire. Si tu as un patient qui aurait voulu jaser pendant une demi-heure de temps mais tu n'as pas le temps de jaser avec lui pendant une demi-heure. C'est certain que c'est un peu moins valorisant mais il reste que tu es capable de faire un bon travail pareil en moins de temps.* » Une fois de plus, la notion de valorisation que procure le *caring* est mentionnée par les participants. En effet, le *caring* crée chez les infirmières une satisfaction au travail puisque le « sens » de leur travail se trouve ainsi respecté et, à long terme, un sentiment de valorisation de leur travail s'ensuit. Stacy illustre cela ainsi : « *On voit qu'il peut retourner chez lui, qu'il peut recommencer une vie normale, on le voit plus tard, il y a des patients qui viennent après des années et qui nous demandent si on se rappelle d'eux. Des fois, ils sont marqués par des petits gestes. Ils ne s'attendent pas qu'on fasse des miracles, ce n'est pas ça que les gens attendent mais quand on est là et qu'on les écoute, quand on a fait tout ce qu'on pouvait pour les aider à passer à travers, c'est ça. Et toute cette reconnaissance...je ne sais pas si on a pu soulager un petit peu... Si on a pu aider un petit peu, c'est un bonheur pour moi, ça m'aide à continuer et j'aime encore plus ce que je fais.* » Cela

démontre donc toute la fierté et la satisfaction au travail que les infirmières peuvent ressentir avec cette approche, ce qui contribue à améliorer la qualité de leurs soins.

Donc, le fait que l'organisation des soins ne soit pas centrée sur les besoins des patients entraîne, selon les participants, une certaine rigidité dans la prestation des soins qui inhibe l'émergence de l'approche de *caring* des infirmières.

Sous-thème 2.1.3 : Manque de ressources humaines et matérielles qui cause une surcharge de travail

À travers les conditions de travail pouvant faire obstacle à l'approche de *caring* des infirmières, plusieurs participants identifient le manque de ressources comme problématique majeure. Le manque de ressources autant humaines que matérielles, évoqué par 55% des participants, entraînerait ainsi à long terme une surcharge de travail sur les unités de soins. Le temps et la disponibilité envers les patients étant des notions importantes qui définissent l'approche de *caring* telle qu'elle a été présentée au méta-thème 1, un déficit à ce niveau peut grandement se répercuter, selon les participants, sur la qualité des soins à prodiguer.

À ce sujet, Florence relate son retour progressif après un congé de maladie où elle a dû faire face à une surcharge de travail suite à un manque d'infirmières sur son unité de soins. *« Tu manques de temps pour être plus à l'écoute et être plus proche des bénéficiaires. J'avais deux plans en intervention individualisés dans mon quart de travail, plus la rencontre hebdomadaire de Dr (X) et Dr (Y) et deux admissions. Ce qui a fait que je me suis retrouvée avec 12 bénéficiaires avant 3h30. Alors moi, ça m'a fâchée, j'ai dit oui on me parle de caring mais c'était la moindre des choses de me mettre une infirmière auxiliaire en surplus ou une infirmière avec moi ou de donner mon module à une infirmière et de me libérer pour que je prenne le temps de connaître les bénéficiaires et voir tout ça. »* (...) *je trouve ça complètement illogique que dès mon retour... je le sais que le budget est défoncé mais ce n'est pas mieux si je ne suis pas capable d'entrer une journée, tu es obligée de me remplacer par une infirmière de l'agence et ça a coûté le double.* » Florence cumulait ainsi deux facteurs de risque importants pour la sécurité des patients, soit : le manque de temps

nécessaire à consacrer à chacun des patients de même que le fait qu'elle ne connaissait pas les patients au préalable. L'aspect de l'approche de *caring* soulevé ici concerne donc les conditions de travail associées à l'importance d'accorder une charge de travail raisonnable aux infirmières afin qu'elles puissent bénéficier d'assez de temps pour connaître les patients et ainsi leur prodiguer des soins qui répondent à leurs besoins, favorisant ainsi leur sécurité.

Par contre, Florence fait valoir un aspect positif de cette expérience: *« Ce qui m'a réconciliée un peu, (sourire) c'est que j'ai eu une rencontre avec mon gestionnaire et ma responsable de soins dans la deuxième semaine que je suis revenue. (...) et j'ai dit ouvertement que je trouvais impensable que ma responsable de soins n'ait pas pensé me rajouter du personnel. Ça, ça m'a réconcilié parce que je me suis dit, le caring au niveau des bénéficiaires je suis capable de vivre avec ça mais je pense qu'avant d'en arriver là, si les gestionnaires n'en ont pas vis-à-vis leur personnel, nous autres on en aura pas vis-à-vis des autres. » (...) J'ai été écoutée, c'est déjà beau, il y a de l'ouverture dans l'établissement. »* D'une part, cela fait ressortir l'importance pour les infirmières de revendiquer le droit d'exercer leur profession dans les conditions les plus saines et sécuritaires possibles. D'autre part, l'expression de leurs frustrations contribue ainsi à sensibiliser les gestionnaires à leur réalité. Rachel renchérit sur l'importance de rappeler à la direction les bénéfices du *caring* pour les patients : *« Quand on apporte des choses, on n'apporte pas le caring comme tel, on l'apporte plus avec qu'est-ce que ça va apporter à la clientèle et c'est sûr qu'en emmenant ce que ça va apporter à la clientèle, ça emmène aussi une façon de faire pour pouvoir développer plus d'outils et d'avoir du temps avec les infirmières et de permettre que les infirmières soient plus dégagées. »* De plus, Carmelle ajoute par rapport au manque de ressources humaines : *« C'est vraiment les conditions, c'est lourd physiquement et moralement aussi, c'est lourd. Ce n'est pas pour rien qu'on est en train de faire une réorganisation pour essayer de trouver des trucs pour attirer les jeunes et garder son personnel. Si l'approche caring peut faire quelque chose là-dedans tant mieux, mais c'est vraiment les conditions de travail je crois... Mais c'est partout, ce n'est pas pire ici qu'ailleurs (...). »*

De plus, la préoccupation des infirmières en regard du manque de ressources humaines associé à la surcharge de travail est présente sur tous les quarts de travail. Ainsi, France constate : *« Il y a des fois que je te dirais que c'est déjà arrivé le soir aussi que j'étais inquiète parce qu'on avait une grosse charge de travail et on n'avait pas assez de personnel et une infirmière pas habituée, un ventilo-assisté qui fonctionnait moins bien alors je te dirais que des fois, c'est ça que je n'aime pas, ça devient presque à la limite du dangereux parce que moi je ne suis pas beaucoup habituée... »* Robert pointe particulièrement le manque de ressources en général dans l'état actuel du système de soins de santé en mentionnant : *« Ce qui bloque le plus, c'est le temps, notre énergie et notre capacité de gérer plusieurs bénéficiaires et l'importance des problèmes médicaux qui peuvent facilement prendre le dessus sur l'approche caring. »* À cet égard, les liens unissant la nécessité de connaître les besoins des patients, la charge de travail et la sécurité des patients se trouvent ainsi renforcés à travers ces propos puisque les patients s'avèrent de plus en plus malades ; ce qui complexifie les soins à prodiguer.

Parallèlement au manque de ressources humaines, certains participants ont identifié le manque de ressources matérielles telles des outils cohérents avec le *caring*. Rachel, comme gestionnaire, reconnaît qu'il faille accorder le temps nécessaire et les ressources suffisantes afin de développer des outils pertinents à l'implantation de projets innovateurs dans l'établissement par rapport au *caring*. Michelle précise la problématique à ce niveau : *« c'est peut-être plus au niveau des outils de soins, on aimerait peut-être avoir des outils de soins différents de ce qu'on utilise. Des fois, on se situe un peu plus entre Virginia Henderson que Watson mais on travaille là-dessus pour remédier à la situation. Le plan de soin infirmier, on a travaillé dessus (...) Je pense que ça va être plus dans le concret toute la philosophie mais c'est sûr que la façon de parler de caring, comme les facteurs « caratifs », je pense que c'est un peu difficilement utilisable tous les jours, c'est une façon de parler qui est un peu différente. C'est sûr qu'avec la pratique en utilisant toute cette façon d'écrire la nomenclature, le phrasé, je pense qu'on est habitué, c'est un changement de mentalité, ça c'est évident, surtout quand il y a des gens qui ne l'ont pas utilisé avant donc ça devient un peu complexe. »* Cela met en lumière le défi que devront relever les gestionnaires, soit celui d'offrir aux infirmières des outils de soins cohérents avec

l'approche de *caring* et conviviaux dans la pratique quotidienne de ces infirmières afin qu'elles l'appliquent.

En effet, le manque de ressources matérielles en termes d'outils de soins et leur manque de congruence avec le *caring* irritent plus d'un participant. Alice mentionne : « *C'est sûr que je trouve qu'on a encore trop de paperasse à remplir, ... mais ça aide quand même parce que bon : ils essaient de diminuer pour qu'on voit ça d'une façon globale, pour ne pas répéter toutes les mêmes affaires parce que ça, ça nous prend du temps aussi.* » Cette dernière fait remarquer que l'excès de documents à remplir menant à une certaine duplication de tâches n'est pas à sous-estimer car elle empêche d'avoir une perspective globale des soins à prodiguer, ce qui est essentiel au *caring*. De même, la disponibilité du matériel semble parfois être un problème. Par exemple, Georges témoigne : « *Des lumières qui sont accrochées au mur, il y en a qui sont brisés et on laisse beaucoup de messages et elles ne se font jamais réparer. Un patient, la nuit qui veut faire son cathé, si sa lumière est brisée et qu'elle n'est pas capable de s'allumer, c'est lui qui risque de se contaminer et d'avoir une infection urinaire. Il faut que ça s'arrange des choses comme ça.* » Ce verbatim rappelle comme il est difficile d'avoir une approche de *caring* en n'ayant pas le matériel approprié et comme il est ainsi facile de menacer la sécurité des patients par la même occasion.

De même, à travers les ressources matérielles, le manque d'espace physique au poste des infirmières qui se reflète sur leur approche de *caring* et la sécurité des patients semble être un problème pour certains participants. Ils déplorent en général un manque d'ordre et un espace de travail trop restreint au poste des infirmières dû à l'affluence des autres professionnels qui y viennent. En représentant des irritants qui nuisent à la capacité de concentration des infirmières et à une vigilance essentielle pour assurer la sécurité des patients, ces conditions apparaissent indubitablement comme des barrières hors de leur contrôle lorsqu'elles veulent établir une approche de *caring* avec les patients. Comme l'affirme Suzanne : « *Quand il y a trop d'irritants, dans ce temps-là, le caring, on n'y pense pas. (...) ça nuit à notre travail.* »

Ainsi, il se dégage des verbatims des participants qu'un manque de ressources humaines et matérielles, alourdit la charge de travail des infirmières, ce qui compromet leur approche de *caring* et, par le fait même, la qualité des soins qu'elles ont à prodiguer, ceci ayant un impact possible sur la sécurité des patients.

Sous-thème 2.1.4 : Manque de formation continue sur le *caring* auprès du personnel soignant

Le manque de formation continue sur le *caring*, exprimé par 50% des participants, s'est développé sous trois aspects principaux, soit : la formation continue en milieu de travail, la formation destinée à l'ensemble du personnel soignant ainsi que la formation académique des infirmières.

En général, il se dégage chez plusieurs participants une certaine fierté face à l'approche de *caring* démontrée par le personnel de cet établissement. Cependant, ils admettent tout de même qu'il y aurait lieu de clarifier davantage les assises de l'application du *caring* par de la formation continue en milieu de travail. Trois des participants ont élaboré davantage sur le sujet : Carmelle, Nathalie et Bernadette. Il est à noter d'ailleurs que ces trois participantes détiennent une formation de CÉGEP et affirment y avoir eu très peu de formation sur l'approche de *caring*. Carmelle mentionne : *« je trouve qu'on n'a pas beaucoup de formation. Tu sais le caring, moi c'est parce que j'ai lu là-dessus, on a eu de la formation mais ce n'est pas répété, ce n'est pas renouvelé. »* Bernadette corrobore : *« C'est sûr que j'aurais aimé avoir un peu plus de formation pour avoir cette approche-là. Comme je te disais, caring ça veut dire bien des choses mais moi je me disais qu'ils pourraient nous aider plus en ayant un peu plus de formation. Comme je te dis, des fois on y va par feeling. »* Nathalie poursuit : *« Il y a de très belles choses sur le caring que tu peux utiliser pour aider. » « Je pense que si on avait beaucoup plus de connaissances, on pourrait mettre notre approche plus activement auprès des patients, on pourrait plus aider les patients. » (...)* *« si on avait vraiment une formation sur le caring... Même une journée, quand on oriente les gens, ils peuvent faire une belle journée du caring. En tout cas, moi je n'en ai pas eu. » Plus tu as des connaissances dans quelque chose, plus tu peux être efficace. Si tu n'as pas beaucoup de connaissances, c'est*

juste des petites affaires que tu vas prendre par-ci par-là, ce n'est pas assez vraiment. » Les verbatims de ces participantes reflètent bien la perception des autres en exprimant le besoin d'acquérir plus de connaissances sur l'approche de *caring* afin de clarifier son utilisation dans la pratique. Celles-ci sont alors d'avis que des formations continues à l'ensemble du personnel permettraient d'éviter une pratique trop souvent aléatoire du *caring* et contribueraient ainsi à sa plus grande utilisation au profit des patients.

De plus, selon les participants, il est permis d'envisager que de la formation continue sur le *caring* qui serait dispensée à l'ensemble du personnel hospitalier (infirmières, préposés, infirmières auxiliaires, médecins, pharmaciens, etc.) contribuerait, entre autres, à favoriser une meilleure collaboration interdisciplinaire dans un effort concerté pour assurer à tout point de vue la sécurité des patients. Ces formations devraient ainsi être destinées au personnel soignant de tous les titres d'emploi qui travaille autant le jour, le soir que la nuit. Alice met l'accent sur la nécessité de rejoindre et d'impliquer tous les autres soignants en soulignant : « *Il y en a beaucoup qui ne savent pas les facteurs de caring. Watson bon, elle est venue ici, c'était très intéressant mais on n'était pas beaucoup d'infirmières... Des fois, je parle avec les filles qui travaillent de nuit et elles disent 'C'est quoi le caring?' je leur dis : 'Est-ce que tu sais que tu es caring, tu ne te rends pas compte que ce que tu fais est caring?'* » Il faut que le monde soit au courant de ce qu'on fait ici. » Carmelle cerne la problématique en fournissant un exemple : « *Des fois ça me fait rire parce que le préposé va dire, 'Bien voyons donc, on n'est pas pour commencer à faire leurs quatre volontés', on n'est pas pour commencer à tourner un, pis un autre, ça ne marchera pas!' alors je lui dis 'Il y a peut-être moyen de s'arranger pour satisfaire le patient et nous satisfaire aussi pour arriver à un équilibre. ' Ce n'est pas leurs quatre volontés, C'est pour ça que s'il y avait beaucoup plus de formation sur le caring, ils apprendraient peut-être comment s'adapter face à ça.* » Bernard constate : « *il y a certaines attitudes venant des collègues de travail qui vont aller jouer contre toi, etc. Ils ne le font pas de façon délibérée mais inconsciemment.* » Les participants déplorent alors le fait de devoir travailler avec des collègues qui ne connaissent pas la philosophie du *caring* et qui créent alors des divergences dans l'application de l'approche auprès des patients. Cette divergence

d'approche par rapport à l'attention à accorder aux besoins des patients cause un manque de continuité dans leurs soins qui peut entraver la sécurité.

Par ailleurs, les participantes ayant un rôle de gestionnaire admettent que le milieu de travail a une responsabilité dans l'appropriation du *caring* par le personnel soignant. Toutefois, le fait que les infirmières aient au départ une connaissance académique superficielle de cette approche les préoccupe grandement quant à leur capacité de l'actualiser dans leur pratique quotidienne. Rachel dénote : « *Il faudrait que tout le monde ait de la formation, pas juste les soins infirmiers. L'approche client, tu sais quand on dit corps, âme, esprit, être partenaire. Quand on dit aussi l'expérience de vie des gens, ce langage-là transpire à travers tout mais il faut avoir la formation pour avoir le même langage, je pense. Ce qui serait aidant, je pense c'est qu'il faudrait que dans les écoles, que dans leur formation ces personnes-là aient aussi une transmission de l'information de ce qu'est le caring, ça serait beaucoup plus aidant parce que dans les milieux de travail, déjà qu'on essaie d'être le plus possible, avoir le temps d'être caring et euh...tu sais, de ne pas être obligé de se battre...* » La formation apparaît alors comme une voie incontournable dans le soutien du *caring* au sein du milieu de travail des infirmières.

Sous-thème 2.1.5 : Manque de soutien de la part des infirmières gestionnaires compte tenu de la nature des soins à prodiguer aux patients en réadaptation

Selon les participants, le soutien du *caring* de l'infirmière soignante en milieu de travail relève également de l'infirmière gestionnaire dans sa recherche des raisons pour lesquelles les infirmières ne seraient pas sécuritaires dans leur pratique et leur fournir, le cas échéant, des outils pour l'être davantage. Quarante pour cent des participants ont reconnu le manque de soutien de la part des gestionnaires en regard des soins à prodiguer aux patients en réadaptation en réclamant ainsi une plus grande présence des infirmières gestionnaires. Cette présence des infirmières gestionnaires se manifesterait à trois niveaux : l'encadrement des infirmières novices, le soutien psychologique du personnel infirmier et la composition qualitative des équipes de travail.

En ce qui a trait à l'encadrement des infirmières novices sur les unités de soins, une des difficultés serait le fait que les infirmières novices ne connaîtraient pas assez les patients et qu'elles risquent ainsi de commettre des erreurs qui menacent la sécurité de ces patients. Étant donné que le fait de « connaître » les patients permettrait davantage aux infirmières de les considérer dans leur « globalité » en tant qu'être humain, tel que le stipule l'approche de *caring* décrite au méta-thème 1, les infirmières gestionnaires n'établiraient pas des conditions de travail propices pour favoriser l'émergence de cette approche, surtout chez les infirmières novices. En ce sens, Florence fait remarquer : *« peut-être qu'il faudrait qu'ils mettent plus d'emphase là-dessus, le fait que le personnel est réduit et qu'il n'y a pas de cadres dans la maison (la fin de semaine). Absolument pas, il n'y a aucun cadre dans la maison, il y a un gestionnaire de garde chez lui, un gestionnaire administratif, pas au niveau soins infirmiers. Donc, s'il y a de quoi, le 3^e est fermé donc le 1^{er} et le 2^e on s'aide alors s'il y a un code, c'est sûr que moi je vais aller aider au 2^e »*. Cela fait ressortir l'importance d'offrir une attention particulière aux infirmières novices aux moments où le personnel est réduit dans l'établissement et où la condition des patients est plus précaire comme c'est le cas les fins de semaine.

De même, selon les participants, l'encadrement des infirmières novices par les gestionnaires devrait se refléter davantage dans l'implication de ces derniers dans la répartition des tâches. Ce point s'avère particulièrement crucial lorsqu'il s'agit d'une infirmière novice. Suzanne mentionne : *« des fois, il y a des problèmes de difficultés de personnalité. L'infirmière va vouloir faire sa répartition de tâches et puis elle va donner un tel nombre de patients à un préposé et 'Ah bien moi lui je ne le prends pas, ça fait deux jours que je le fais, je ne le prends pas ce matin.' Si c'est une infirmière qui est un peu timide, elle va essayer de l'accommoder (...) parce qu'il y en a des préposés qui sont ici depuis longtemps et ils ont une jeune infirmière comme chef d'équipe, la jeune infirmière des fois elle va être trop timide pour leur tenir tête. La jeune infirmière se trouve à être mal dans sa peau dans des situations comme ça et l'autre a gagné sur elle. »* Suzanne exprime ainsi que la présence des gestionnaires au moment où l'infirmière chef d'équipe fait la répartition et la délégation des tâches permettrait de mieux promouvoir l'ordre et l'équité des tâches dans l'équipe. Cela conforterait surtout l'infirmière novice dans la pleine dimension de son rôle comme

infirmière et pourrait faire ainsi émerger davantage l'approche de *caring*. De plus, il est utile de rappeler qu'un des éléments importants que les participants mettent souvent de l'avant consiste à faire valoir que c'est l'équipe au complet qui est *caring* et non pas seulement une seule personne dans l'équipe. Donc, toute instabilité ou manque de collaboration au sein des équipes de travail est susceptible de faire obstacle à l'approche de *caring* des soignants. À cet effet, plusieurs participants déplorent le fait que le manque d'intégration, de collaboration et de concertation sur une approche de *caring* du personnel auprès des patients rend l'organisation clinique des soins ardue alors qu'ils ne trouvent pas de soutien provenant des gestionnaires. De plus, selon les participants, des efforts plus tangibles devront être faits par les gestionnaires pour soutenir une approche de soins centrée sur les besoins des patients à travers des innovations dans la répartition des tâches des infirmières.

Pour ce qui est du manque de soutien psychologique des infirmières gestionnaires, à l'instar de certains autres participants, Suzanne soutient : *« je trouve qu'il n'y a pas assez de présence, je ne parle pas de nuit parce que je ne m'attends pas à qu'ils viennent la nuit, mais on ne voit pas assez nos supérieurs. Ils ne passent pas assez de temps sur l'étage pour voir tout ce qui se passe (...) »*. Ce manque de présence semble se refléter sur les trois quarts de travail, mais le personnel travaillant de nuit paraît être particulièrement touché. De plus, le contexte de l'organisation du travail des infirmières semblerait incompatible avec la disponibilité des gestionnaires. Les participants ont exprimé le besoin d'échanger avec leur gestionnaire concernant des difficultés qu'elles vivent avec certains patients mais le temps manquant, c'est à travers cet aspect que des lacunes se feraient sentir au niveau du soutien. Comme le souligne Michelle : *« Souvent, on a des choses à dire à nos supérieurs mais c'est souvent difficile d'avoir un rendez-vous avec eux pour pouvoir se parler. C'est souvent après le travail ou avant donc, ça rend compliqué des fois. »* Face à ce manque de présence des gestionnaires, Suzanne suggère : *« Que le supérieur vienne à l'improviste et qu'il vienne voir comment ça va puis trouver des solutions quand il y a des problèmes. »* Comme le rapporte Stacy, cela peut même engendrer un sentiment d'isolement chez certaines infirmières : *« De soir, on se sent un peu plus délaissés à nous-mêmes parce que la plupart travaillent de jour, les thérapeutes et les médecins. Eux, sont moins présents de soir donc c'est un peu différent mais c'est pour ça que je*

dis que l'équipe compte beaucoup. » Ce sentiment d'isolement par rapport aux infirmières gestionnaires et même par rapport à l'équipe multidisciplinaire permettrait à l'infirmière, en contrepartie, de se rapprocher de son équipe de travail composée des infirmières-auxiliaires et des préposés et apparaîtrait comme soupape au niveau du soutien.

En outre, de l'avis des participants, la composition qualitative des équipes de travail serait sérieusement à prendre en considération par les infirmières gestionnaires. Par composition qualitative des équipes de travail, il est question du type et du nombre total d'années d'expérience des infirmières soignantes sur une unité de soins. Georges, qui a entre un et trois ans d'expérience comme infirmier et sur son unité de soins, avoue : « *Je ne pourrais pas te dire un gros soutien incroyable mais ça dépend des nuits. Il y a des nuits je suis avec (X), une infirmière de nuit, c'est une infirmière qui a le même nombre d'expérience que moi dans le milieu. Des nuits comme ça, je me trouve moins en confiance mais avec des nuits avec une autre infirmière qui a au-dessus de 20 ans dans le milieu, ça change les approches.* » Côtayer seulement d'autres infirmières qui sont aussi novices que soi sur une unité de soins, ne pas pouvoir compter sur l'expérience ou prendre exemple sur une infirmière chevronnée contribuerait à restreindre la confiance en ses compétences. Ce qui fait qu'au-delà du nombre total d'infirmières sur une unité de soins, la composition qualitative de l'équipe de travail en terme d'étendue d'expérience de travail de ces infirmières s'avère importante pour les participants interrogés en ce qui concerne le soutien par rapport au *caring*.

De plus, le personnel non expérimenté, comme les infirmières provenant des agences ou les infirmières ayant travaillé dans d'autres types de milieux plus aigus et avec d'autres types de patients, tend à prime abord à avoir une approche de soins mettant surtout l'emphase sur les soins physiques des patients puisqu'il ne les connaît pas assez bien. Comme Alice l'explique : « *Quand tout le monde sait comment ça fonctionne, comment ce patient est ou qu'est-ce qu'il aurait besoin, on peut plus s'en occuper de façon globale : côté psychique, ... on peut tout voir. Ça ne change pas du jour au lendemain pour se dire ah c'est un nouveau patient! Parce que si c'est un nouveau patient, d'abord ta priorité en tant qu'infirmière, c'est vrai on est comme ça*

mais on n'est supposée être comme ça mais je me dis on voit physiquement d'abord le problème : tout ce qui est physique, la santé c'est ça qu'on va régler d'abord. Après viendront la santé mentale... biopsychosociale et tout le reste, (...). »

Ainsi, le manque de soutien de la part des infirmières gestionnaires compte tenu de la nature des soins à prodiguer aux patients en réadaptation a été reconnu par les participants comme une condition de travail qui fait obstacle à l'émergence de leur approche de *caring* envers les patients. En somme, les participants ont identifié l'absence de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire, l'organisation non centrée sur les besoins des patients, le manque de ressources humaines et matérielles, le manque de formation continue sur le *caring* et le manque de soutien des gestionnaires comme conditions de travail qui constituent des obstacles extrinsèques à l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation.

5.2.2.2 Thème 2.2 Les infirmières chevronnées démontrent une vision globale des soins qui devient un élément facilitateur intrinsèque face à leur approche de *caring* s'avérant ainsi propice à la sécurité des patients en réadaptation

Plusieurs participants ont reconnu le nombre d'années d'expérience des infirmières comme un élément facilitateur intrinsèque important par rapport à leur approche de *caring* envers les patients en réadaptation. En ce qui les concerne, plus une infirmière cumule d'années d'expérience, plus elle possède une vision globale des soins à prodiguer, ce qui lui confère en quelque sorte une expertise au niveau de l'approche de *caring*. Par ailleurs, cette expertise provenant d'une vision plus globale des soins favorise également la sécurité des patients, d'une part, parce que l'infirmière détermine mieux les priorités de soins et, d'autre part, parce qu'elle anticipe et prévient les événements indésirables qui peuvent survenir.

Sous-thème 2.2.1 Le nombre d'années d'expérience des infirmières détermine leur expertise à démontrer une vision plus globale des soins dans leur approche aux patients

Selon 75% des participants, l'expertise des infirmières au niveau du *caring* s'améliorerait au fur et à mesure de l'intégration de leurs connaissances. De même, la maturité personnelle et professionnelle s'accompagnerait d'une méthode de travail tenant compte typiquement de tous les aspects globaux et spécifiques à considérer dans les soins aux patients. Les infirmières chevronnées tendraient alors plus que les infirmières novices à appliquer pertinemment leurs connaissances par rapport au champ phénoménal de chacun des patients. Par exemple, Amélie soutient : « *Oui, le fait de se connaître mieux va t'aider à prendre soin de quelqu'un. Je pense que oui. Le fait d'être bien dans sa peau fait en sorte que tu peux apporter encore bien plus. (...) si la personne est insécure, ça se ressent, ça va transpirer dans son travail, ça va transpirer dans sa vie alors moi je pense que c'est important. Tu es peut-être plus sûr de ce que tu vas apporter à l'autre personne, tu n'as pas juste des oeillères, tu vas voir plus large.* » Cette participante fait alors ressortir que plus l'infirmière a une bonne connaissance d'elle-même et une auto-critique face à ses capacités, plus elle a une vision globale de sa pratique et plus elle est en mesure d'assurer toute forme de sécurité aux patients.

Du point de vue de Carmelle : « (...) *si tu as une attitude caring c'est peut-être moins fatigant pour le moral parce que tu ne prends pas tout ça sur tes épaules. Les jeunes sont portés à prendre ça. (...) Ça fait très longtemps que je suis en réadaptation et bon, je ne sais pas dans les autres milieux comment c'est, mais on prend moins ça sur nos épaules parce qu'on en laisse une part au patient. On est prêt à accepter qu'il ne remarquera pas...* ». Selon les participants, les infirmières novices auraient donc peut-être tendance à confondre *caring* et surprotection en ne permettant pas aux patients d'être confrontés à leurs propres responsabilités dans les objectifs de réadaptation. Cette vision de la réadaptation les conduirait davantage à l'épuisement qu'à la réussite de leur rôle qui consiste à favoriser l'autonomie des patients. Du point de vue des participants, étant donné qu'il s'agit d'une réadaptation fonctionnelle intensive, il paraît essentiel pour que la relation de soins infirmière-

patient soit fructueuse pour les deux, qu'elle soit basée sur une forme de responsabilisation du patient face à l'atteinte des objectifs de soins. Cependant, cette vision de la réadaptation demanderait souvent de l'expérience dans ce milieu afin de comprendre, comme professionnelle, le cheminement des patients et la façon dont le soignant peut leur être utile tout au long de ce parcours.

Le nombre d'années d'expérience des infirmières constitue alors un élément facilitateur intrinsèque à leur approche de *caring* en déterminant leur expertise à avoir une vision plus globale des soins aux patients.

Sous-thème 2.2.2 La vision globale des soins favorise l'habileté des infirmières à en déterminer les priorités

Du point de vue des participants, l'approche de *caring* de l'infirmière exige une capacité de réflexion et de jugement critique afin de mener à bien les résultats de soins auprès des patients. Dans le cadre de la réadaptation, les infirmières novices ont donc, plus que les infirmières chevronnées, le défi de faire preuve d'une maturité professionnelle afin d'aider les patients à traverser les étapes de leur réadaptation tout en se préservant elles-mêmes d'épuisement professionnel. Par sa présence 24 heures sur 24 auprès des patients, l'infirmière détient une place de choix pour détecter de façon précoce les signes et symptômes inhabituels chez les patients. Conjointement à cette place de choix lui revient la responsabilité de porter un jugement clinique éclairé face aux priorités de soins et de répondre aux urgences en référant au besoin à un autre intervenant de l'équipe ou en demandant l'aide de ses pairs tel que l'affirment 75% des participants. Pour ce faire, l'expertise et la compétence de l'infirmière émanant de sa vision globale des soins dans son approche de *caring*, doivent être mises à contribution afin de répondre efficacement aux besoins des patients.

La vision globale de l'infirmière contribue particulièrement à assurer la sécurité des patients puisqu'elle lui procure la capacité essentielle de déterminer les priorités de soins pour ces patients. Comme Jacinthe le mentionne : « *je me rappelle bien, il y a une infirmière, particulièrement où le patient désaturait et ses signes vitaux n'étaient*

pas corrects, le patient avait besoin d'une évaluation, il aurait fallu aussi faire des prises de sang et cette infirmière-là, elle est allée donner un bain à un autre patient alors... écoute-là, tu n'as pas regardé les soins, le patient n'avait pas été évalué de façon sécuritaire donc elle n'a pas répondu à cette priorité-là parce que prioritairement, il aurait fallu aller vers ce patient-là. Tout ça c'est d'être caring, parce que tu évalues tes soins et tu regardes la priorité. Ce qui est important pour le patient, tu dois le regarder, tu es obligé de le regarder. C'est ça être une infirmière caring. Donc tu ne peux pas aller donner un bain, quelque chose qui n'est pas important, quelque chose que quelqu'un d'autre aurait pu te remplacer et ne pas répondre à un besoin urgent du patient.» Il y aurait donc un lien étroit entre l'approche de *caring* de l'infirmière, la vision globale de sa pratique, sa capacité à déterminer et à répondre aux priorités de soins et la sécurité des patients.

Les participants reconnaissent, en ce qui a trait à l'habileté de l'infirmière à déterminer les priorités de soins orientées d'abord et avant tout vers la sécurité des patients, que celle-ci doit automatiquement développer des astuces pour éviter des oublis (aviser, avoir des aide-mémoire, écrire). Ces astuces permettent d'agir en priorité pour corriger une situation qui pourrait occasionner des événements indésirables aux patients. En réadaptation, les techniques invasives au niveau de l'élimination des patients étant courantes, tout moyen de prévention des infections représente une priorité de soins à appliquer. De plus, comme le rappelle Georges : *« Si l'infirmière est consciente du danger, pour elle, ça veut dire qu'il est encore plus présent pour un patient qui est moins autonome. Je pense que c'est vraiment une conscience professionnelle, c'est vraiment de voir le problème et de le corriger au plus vite. »* Donc, la vision globale de l'infirmière, inhérente à sa pratique professionnelle, lui permet de répondre aux priorités de soins en réadaptation afin de détecter les risques et de mettre tout en oeuvre au niveau des divers services hospitaliers pour les corriger le plus tôt possible.

D'ailleurs, ces déterminants se retrouvent tous dans une situation évoquée par Florence concernant une erreur de médicament qui venait de se produire. Florence témoigne : *« Il y a eu une erreur de bénéficiaires sur insuline. Pourtant, la personne avait pris la peine de vérifier le nom du bénéficiaire, vérifier avec son bracelet mais*

*elle était comme stressée parce que premièrement, ça ne fait pas plusieurs années qu'elle travaille cette personne-là et le samedi c'est un peu particulier, pas juste un peu, c'est particulier le samedi et le dimanche parce que tu as tous les bénéficiaires des étages et il y a certains bénéficiaires que tu ne connais pas, en plus tu as des bénéficiaires du 3e qui viennent que tu ne connais pas parce qu'ils arrivent le vendredi. Cette personne-là est habituée avec quelque chose de plus... dans un cadre plus précis... Et là, les bénéficiaires arrivent et te demandent « Est-ce que je peux avoir mes médicaments, est-ce que je peux avoir ceci, est-ce que je peux avoir cela? » (...) je trouve que ça arrive trop souvent. C'est le fait qu'on va trop vite » (...) En tout cas, moi je suis certaine que l'expérience améliore. Avec le temps, elle va prendre confiance en elle. » C'est le cas ici d'une infirmière novice stressée qui travaille dans un contexte où elle ne connaît pas les patients qui, eux, n'ont pas pu bénéficier de toute l'attention et la vigilance dont ils auraient eu besoin. L'infirmière novice, explique Florence, ne connaît pas les patients mais elle n'accepte pas néanmoins l'offre d'aide de sa collègue plus expérimentée. Étant donné la non reconnaissance de ses limites, ceci démontre en quelque sorte le manque d'authenticité de l'infirmière novice, composante importante de l'approche de *caring*. La rigidité dans la façon de travailler de l'infirmière novice traduit l'absence de vision globale de sa pratique, ce qui la fait agir avec automatisme et promptitude dans ses interventions. L'insécurité de l'infirmière novice transparaît auprès des patients particulièrement lors de situations inhabituelles où il peut y avoir perte de contrôle, causant l'événement indésirable.*

Par la même occasion, Florence relate un autre événement survenu récemment : « C'était un bénéficiaire de cette infirmière-là, j'ai voulu lui expliquer une erreur qu'il y avait sur une prescription ... Elle m'a dit "plus tard, là c'est l'heure des pilules" C'était l'heure des pilules aussi, il y avait vraiment une erreur dans le relevé de la prescription. (...) Je pense que ce sont les priorités qu'elle ne voit pas. (...) Dans le sens que je me suis occupée de certaines choses qui relevaient de ces patients mais elle ne voyait pas la priorité à ce moment-là et ce n'était pas le temps de... » Le fait que l'infirmière novice ressente de l'insécurité face à ses capacités, la ferait agir avec rigidité dans la prestation des soins aux patients, ce qui l'empêcherait de déterminer les priorités de soins à prodiguer. Ce manque de

souplesse par rapport à tout ce qui dérogerait du cadre de travail habituel semblerait rendre alors l'infirmière novice plus à risque de commettre des erreurs qui occasionneraient des événements indésirables aux patients.

En outre, selon les participants, l'expérience du fonctionnement du milieu de travail ferait en sorte que l'infirmière experte serait ainsi plus en mesure d'avoir une vision globale de son travail et d'en déterminer les priorités. Florence poursuit : « *Des fois, je vais avoir une prise de sang à faire, il faut que la prise de sang soit faite là parce qu'il y a un départ de labo à 11h00, il faut que tu la fasses. Donc, ta priorité devient la prise de sang sauf si un bénéficiaire ne va pas bien là ça passe avant. Mais même si un bénéficiaire te demande à ce moment-là pour le rencontrer pour discuter avec lui et voir certaines choses avec lui. Je ne lui dirai pas non sauf que je vais lui fixer un rendez-vous ou je vais lui dire que pour le moment je ne peux pas, à moins d'une urgence.* » Répondre à une priorité de soins implique de devoir reporter à un moment ultérieur certaines interventions auprès des patients dont les besoins sont jugés moins importants pour le moment, mais en les rassurant qu'on va revenir.

À la lumière des événements relatés par Florence, il est possible de constater que plusieurs composantes précises de l'approche de *caring* de l'infirmière novice ont fait défaut. Au nombre de ces composantes apparaît notamment une difficulté à assurer aux patients une disponibilité, de l'attention, de la surveillance vigilante par rapport à leurs besoins, cela provenant d'un manque de vision globale des soins, de détermination des priorités de soins ainsi que d'une réponse appropriée aux priorités de soins. Ces facteurs intrinsèques à l'infirmière ont tous le potentiel d'aboutir à l'apparition d'événements indésirables chez les patients. Le *caring* semble donc contribuer, par ces composantes précises, à assurer la qualité des soins pour éviter des événements indésirables aux patients.

Donc, de la perception des participants, le fait que la vision globale des soins de l'infirmière favorise son habileté à déterminer les priorités de soins, cela s'avère un élément facilitateur intrinsèque à son approche de *caring* auprès des patients.

Sous-thème 2.2.3 La vision globale des soins favorise l'habileté des infirmières à anticiper et à prévenir précocement l'apparition d'événements indésirables chez les patients

Selon ce que révèlent les verbatims de 75% des participants, la vision globale des soins qu'apporte l'expertise au niveau du *caring* des infirmières chevronnées leur conférerait non seulement une meilleure habileté à déterminer les priorités de soins mais également une meilleure capacité à anticiper et à prévenir les comportements à risque des patients. La citation d'Alice le démontre bien : *« Si t'anticipes quelque chose puis t'as déjà établi une approche caring avec ce patient-là t'as tendance à vouloir lui enseigner plus de choses à apprendre, plus de choses pour qu'il soit en sécurité. »* De plus, Michelle souligne : *« C'est sûr que quand on écoute les patients, quand on essaie de les aider quand ils sont dans leur deuil et qu'ils sont en crise, qu'ils sont déprimés et tout ça, c'est sûr qu'on veut éviter les tentatives de suicide. Donc, je pense qu'à ce moment-là, on leur reflète qu'ils sont importants et qu'ils ont encore des choses à vivre et que la vie peut être encore belle pour eux autres. »* À cet effet, Michelle dénote : *« (...) il y a la sécurité au niveau de la santé aussi, pour faire la promotion de la santé et essayer de les aider pour qu'il y ait moins possible de complications au cours de leur vie, pour qu'ils prennent les bonnes habitudes et qui vont rester le reste de leur vie. »* Ainsi, cette démarche de *caring* soucieuse des besoins d'actualisation du patient s'avère propice à leur progrès et à leur évolution en leur évitant autant que possible tout tort qui pourrait leur être causé.

Du point de vue des participants, en réadaptation, en plus des tentatives de suicide, le mal-être des patients les porterait à avoir des comportements autodestructeurs par la toxicomanie et le tabagisme excessif. Comme Amélie l'indique : *« Nous, on a des patients, des jeunes, il y a beaucoup de drogue, il ne faut pas se le cacher, il y a énormément de drogue, les jeunes se droguent beaucoup et il y en a qui se droguaient avant et quand ils se retrouvent dans cette situation-là, paralysés ou dans un fauteuil roulant, souvent ils vont peut-être exagérer un peu sur la drogue. »* Pour sa part, Bernard soulève : *« il y a aussi des cas de tabagisme que des fois, certains patients prennent le risque de fumer dans les chambres, ce qui est extrêmement dangereux, de les aviser « Écoute, c'est un endroit non-fumeur, tu mets ta vie en*

*danger et tu mets la vie des autres patients en danger aussi, ils ne sont pas ambulants...Il y a aussi l'interaction toxicomanie, alcool, médicaments, tu sais, le mélange de comportements inadéquats joue beaucoup sur la réadaptation physique. C'est assez fréquent : consommation de cannabis ou médicaments psychotropes, ça vient interférer beaucoup sur la réadaptation. (...) Ils retardent aussi leur réadaptation s'ils ont des comportements inadéquats. » Ce dernier poursuit : « Parce tu n'es pas là juste pour soigner un problème X, il faut que tu soignes un problème dans l'ensemble. Tant aussi au niveau de problèmes psychiatriques, de réadaptation... parce qu'ils ont aussi beaucoup de problèmes socio-psychiatriques, poly-toxicomanies, etc. Il faut que tu regardes l'ensemble. » De plus, comme Michelle l'avait mentionné, France témoigne : « Il y a un monsieur qui était quadruplégique et lui, il avait des idées vraiment d'aller avec son fauteuil dans une piscine et sauter dans la piscine. Alors, lui c'était ça son aspect sécurité. Oui, il y en a beaucoup qui passent par toutes sortes de phases. Il y en a qui le font aussi. Ils sont dépressifs et ils n'acceptent pas leur situation. Il y en a qui sont très rebelles aussi à tout ce qui est réadaptation et que tu ne peux pas faire grand-chose pour eux (...). » Les comportements typiques à risque des patients en réadaptation tels que la toxicomanie, le tabagisme excessif et les tentatives de suicide semblent interférer négativement avec leur processus de réadaptation, ce qui menacerait leur sécurité. Étant donné que ces comportements sont souvent tributaires de perturbations psychologiques reliées au processus de deuil inhérent à la condition physique des patients, une approche de soins globale par rapport à ceux-ci, telle que le *caring*, permet d'autant plus à l'infirmière d'assurer leur sécurité.*

La prévention des risques chez les patients peut se manifester dans les moindres soins au quotidien où il faut notamment anticiper les difficultés que connaîtront les patients lors de leur mobilisation. Comme le soutient Suzanne : « on a toujours des patients délinquants (...) comme il y en avait un qui n'avait pas le droit de faire son transfert seul parce que c'est un patient qui avait eu un petit AVC et il oubliait de mettre ses freins des fois et je l'ai surpris à quelques reprises en flagrant délit et je lui ai dit : «Faites attention, vous allez tomber et vous faire mal et votre réadaptation va être rallongée. Ce n'est pas à votre avantage de faire des choses comme ça. Souvent, il y en a qui vont essayer de le faire et ça on le sait tout de suite. On leur dit

de ne pas le faire et dans leur visage, on le voit qu'ils ne s'occuperont pas de ce qu'on leur dit. À ce moment-là, on fait des petites visites à l'improviste. Quand on les voit passer, quand ils remontent du traitement, on attend qu'ils soient rendus dans leur chambre, pour ne pas qu'ils nous voient les suivre et là on arrive près de la chambre et on parle et c'est comme ça qu'on les prend en flagrant délit. » Suzanne souligne ainsi que la prévention des patients contre les risques doit tout de même se faire dans une ambiance où elle démontre de l'empathie envers le patient. Cette empathie reflète toute l'acceptation du patient dans son intégralité et favorise sa confiance lui, ce qui réussit à mieux le conscientiser par rapport à ses comportements à risque. Ce verbatim très significatif de Suzanne résume bien ce fait : *« Moi je leur dis : «Moi on m'appelle la délinquante. N'essayez pas de m'en passer des petites vites parce que je suis aussi délinquante et je suis toujours un pas en avant de vous. Je vous comprends. »* La vision globale de la pratique étant souvent bonifiée par le nombre d'années d'expérience clinique de l'infirmière, cela lui procure une capacité d'anticipation des comportements à risque des patients tels que : la non assiduité aux traitements, les transferts non sécuritaires, la toxicomanie, les tentatives de suicides et l'épuisement de la famille. Dans un contexte de soins de réadaptation, cette capacité d'anticipation devient précieuse dans la mise en œuvre précoce de méthodes de prévention de torts qui pourraient être causés aux patients et ce, à tous les niveaux autant physique, psychologique, psychosocial, qu'avec la famille.

En résumé de la perspective des participants, la vision globale des soins qui favorise l'habileté des infirmières à anticiper et à prévenir précocement l'apparition d'événements indésirables consiste en un élément facilitateur intrinsèque à leur approche de *caring* envers les patients. De plus, il faut rappeler qu'au nombre de ces éléments facilitateurs intrinsèques, les participants ont également reconnu le nombre d'années d'expérience des infirmières qui détermine leur expertise à démontrer une approche de *caring* et la vision globale des soins qui favorise l'habileté des infirmières à déterminer les priorités de soins. Les infirmières chevronnées démontrent alors une vision globale des soins nécessaire à l'émergence de leur approche de *caring* qui serait propice à la sécurité des patients en réadaptation. Paradoxalement, les infirmières sont soumises à des conditions de travail qui font obstacle à l'émergence de cette approche de *caring*. Ces deux facteurs extrinsèques

et intrinsèques constituent donc des obstacles et des éléments facilitateurs de l'approche de *caring* des infirmières et ont une influence sur la sécurité des patients en réadaptation.

Ainsi, dans un contexte de soins de réadaptation où la finalité des besoins des patients consiste à retrouver fondamentalement leur autonomie et l'intégralité physique, psychologique et psychosociale de leur existence, l'approche de *caring* s'avère particulièrement efficace au niveau du savoir, du savoir-être et du savoir-faire dont font preuve les infirmières dans la prestation des soins. Cette approche de *caring* propulse même plus loin l'autonomie des patients en favorisant leur bien-être à long terme dans un processus de transformation de tous les acteurs du système de soins de santé. À cet effet, les différents aspects des sous-thèmes, évoqués par les participants et présentés précédemment, permettront de porter en essence, dans la section suivante, les thèmes et les méta-thèmes de l'analyse des résultats.

5.2.3 ESSENCE DU PHÉNOMÈNE

L'essence du phénomène développé dans les lignes qui suivent provient de la progression de l'analyse des résultats (tel que représenté à l'annexe I, p.208) des 25 sous-thèmes, des cinq thèmes et des deux méta-thèmes présentés dans la section précédente.

Force est de constater que dans une approche de *caring*, l'infirmière n'intervient pas seulement auprès des patients pour l'instant présent mais surtout pour l'avenir, dans le but d'une éventuelle prise en charge complète de leur propre condition de santé. Cette approche de soins, qui mène à l'autonomie des patients en réadaptation, se concrétise, entre autres, par l'enseignement et le suivi des apprentissages par rapport à leur mobilité. Dans cette perspective, l'infirmière laisse pleinement émerger sa conscience professionnelle, c'est-à-dire son intégrité et le sens réel que revêt sa pratique professionnelle auprès des patients. Cette conscience professionnelle constamment actualisée en milieu clinique lui permet d'être attentive, vigilante et concentrée dans la prestation des soins. Cette prestation des soins se traduit ainsi

par un savoir, un savoir-être et un savoir-faire empreints d'une bienveillance qui fait en sorte que l'infirmière, par ses attitudes et ses comportements, se sent profondément imputable du bien-être des patients. Ce bien-être tient compte du fait que nul tort n'est causé aux patients dans le milieu de soins même, ni après leur congé de l'établissement.

En ce sens, le *caring* en milieu de réadaptation est orienté vers l'avenir, vers l'acquisition, dans le respect, de nouvelles habitudes de vie saines afin d'assurer aux patients une autonomie et une sécurité durable à long terme. Ces nouveaux comportements pourraient dans une optique idéaliste, comme certains participants l'ont signifié, influencer à la baisse le temps de séjour et le taux de réadmission de ces patients en centre hospitalier puisque leurs facteurs de risque s'en trouveraient diminués. Ainsi, toutes les activités relatives à la promotion de la santé et la prévention de la maladie auprès des patients visent à maximiser leur autonomie et à éclairer leurs prises de décision face à des comportements et des choix de vie. En outre, ces comportements et ces habitudes de vie plus sains peuvent également influencer à la baisse le temps de séjour et le taux de réadmission de ces patients en centre hospitalier. Cela peut notamment se réaliser avec un fonctionnement efficace des équipes multidisciplinaires et un suivi communautaire adéquat dans la préparation des congés.

Par conséquent, l'approche de *caring* des infirmières initierait un processus de transformation vers trois cibles : les patients, l'infirmière et le système de soins de santé. Dans un premier temps, la transformation toucherait les patients en veillant à leur sécurité à long terme, notamment en les incitant à adopter des habitudes de vie plus saines. Dans un second temps, dans un mécanisme de rétroaction, la transformation toucherait l'infirmière qui, sentant ainsi sa pratique professionnelle respectée et nourrie par le bien-être des patients, s'avère plus valorisée, satisfaite et motivée au travail. Et, dans un troisième temps, il est possible d'envisager qu'avec une approche de *caring*, le système de soins de santé peut être touché par une baisse du taux de réadmission en centre hospitalier étant donné la préoccupation accrue pour la sécurité à long terme des patients. De plus, il est permis de croire que les milieux de soins peuvent ainsi refléter une toute nouvelle dynamique de

fonctionnement autant au sein des équipes multidisciplinaires que dans tous les départements. Enfin, l'approche de *caring* apporte en quelque sorte une vision différente et des soins renouvelés qui conduisent les acteurs du système de soins de santé vers le changement : d'une conception de court terme à une conception de long terme par rapport à la sécurité des patients.

En somme, les participants ont présenté le *caring* comme une approche holistique centrée sur le patient dans son unicité. Comme processus de soins, cette approche procure des balises particulières aux infirmières au niveau du savoir, du savoir-être et du savoir-faire dans la prestation des soins aux patients en visant à connaître et à répondre adéquatement à leurs besoins. Ces balises prédisposent les patients à recevoir ces soins en permettant d'établir avec eux une relation de confiance et de connivence qui sollicitera leur collaboration active dans leurs soins. Un sentiment de confiance et de sécurité psychologique, qui rassure les patients d'une prise en charge bienveillante de leur bien-être par rapport à toute forme d'altération de leur condition globale, se trouve alors généré par cette approche. Par ailleurs, l'application de l'approche de *caring*, au quotidien, par les infirmières, se trouve influencée par des facteurs extrinsèques à elles, provenant notamment de l'organisation des soins ainsi que par des facteurs intrinsèques à celles-ci, provenant de leur nombre d'années d'expérience.

La condition des patients en réadaptation qui les mène vers un processus de deuil et qui les perturbe autant au niveau physique, psychologique que psychosocial, exige de leur part un apprentissage intensif encadré par des objectifs de soins précis. Avec l'approche de *caring*, l'infirmière chevronnée initie une démarche de soins avec bienveillance qui consiste à analyser adéquatement la situation du patient, à porter un jugement clinique éclairé afin de déterminer ses priorités de soins et d'y répondre pertinemment. Selon les participants de cette étude, l'enseignement adapté au champ phénoménal du patient, la prévention des comportements à risque par l'anticipation et le suivi des apprentissages à la mobilité font partie des moyens-clés de l'approche de *caring* qui permettent d'éviter l'apparition d'événements indésirables. Cette approche qui donne tout son « sens » à la pratique infirmière se présente donc comme une voie privilégiée afin de promouvoir la sécurité des patients dans une

large perspective, c'est-à-dire en assurant autant une sécurité du corps, de l'âme que de l'esprit à court terme et surtout à long terme. Enfin, un processus de soins évolutif, tel que prôné par le *caring*, crée ultimement un mouvement de transformation autant chez le patient, l'infirmière que dans le système de soins de santé.

Somme toute, émergeant des sous-thèmes, des thèmes et des méta-thèmes dégagés des verbatims des participants, l'essence de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation à la sécurité des patients s'énonce ainsi :

Une bienveillance professionnelle accrue dans les activités de soins qui rend les infirmières imputables du bien-être à long terme des patients en réadaptation et de leur famille à travers un processus de soins transformationnel opérant chez tous les acteurs du système de soins de santé et qui peut être modulé par des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières.

CHAPITRE 6 :
DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'analyse phénoménologique de cette étude fait ressortir quatre aspects majeurs de l'essence du phénomène de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation à la sécurité des patients. Ces aspects soutenus par les participants sont : a) la bienveillance professionnelle accrue et l'imputabilité des infirmières qui définissent leur approche de *caring*, b) le bien-être à long terme des patients et de leur famille qui représente la sécurité, c) le processus transformationnel qui caractérise la contribution du *caring* à la sécurité ainsi que d) l'influence des facteurs extrinsèques et intrinsèques qui situe le contexte organisationnel de cette contribution. Ces aspects majeurs provenant de l'essence du phénomène rejoignent le cadre conceptuel de Duffy et Hoskins (2003) (voir p.39 ; 44) en ce qui a trait à la description du champ phénoménal des infirmières, en regard de la structure, du processus et du résultat de même que des interactions présentes entre eux.

Au cours de ce chapitre, les différents sous-thèmes, thèmes et méta-thèmes qui ont conduit à l'essence du phénomène à l'étude seront donc discutés en suivant l'ordre proposé par le *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003). Ainsi, les relations qu'entretiennent le milieu de soins de la réadaptation comme structure, l'approche de *caring* comme processus de soins et la rétroaction des comportements et des attitudes de *caring* comme résultats intermédiaires de soins, la sécurité des patients comme résultats de soins finaux seront discutées à partir des recherches et de la littérature scientifique pertinente. Donc, en s'appuyant sur le cadre conceptuel associé aux quatre aspects majeurs qui se dégagent de l'essence du phénomène, il sera alors question, successivement, du champ phénoménal des infirmières selon leur perspective du processus de soins, de la structure, des résultats de soins finaux et, enfin, des résultats intermédiaires de soins. Enfin, les limites de cette étude de même que des recommandations seront, par la suite, présentées.

6.1 Perspective du processus de soins par le champ phénoménal des infirmières : une bienveillance professionnelle accrue et une imputabilité définissent l'approche de *caring*

Au centre de la pratique infirmière se trouve le *caring*, reconnu comme l'essence du soin infirmier comme le propose le *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003). L'approche de *caring*, qui a été définie par les participants, correspond tout à fait à une approche de soins humaniste empreinte d'un savoir, d'un savoir-être et d'un savoir-faire telle que le présentent Watson (1988a, 1988b) et plusieurs auteurs dans le domaine (Boykin et Schoenhofer, 1993 ; Roach, 1987). Cette approche de soins humaniste s'explique par la bienveillance accrue des infirmières dans leur pratique et par leur imputabilité en regard des interventions effectuées auprès des patients. Bien que des auteurs tels que Watson (1988a, 1988b), Boykin et Schoenhofer (1993) et Roach (1987) aient mis de l'avant l'aspect d'altruisme inhérent au *caring* peu d'entre eux ont précisément fait ressortir les notions de bienveillance et d'imputabilité. Cette bienveillance et cette imputabilité sont ancrées, d'une part, dans des valeurs spécifiques et, d'autre part, s'actualisent à travers des attitudes et des comportements typiques. À cet effet, les résultats corroborent les écrits de Cara (2004) en soulignant que l'essence du *caring* pourrait se distinguer en deux perspectives au quotidien, soit à travers les valeurs ou les attitudes et les comportements.

6.1.1 Perspective selon les valeurs

À l'instar de la recherche ethnographique de Cara (2001), sur l'origine de l'apprentissage du *caring* par les infirmières, certaines infirmières participantes ont évoqué l'origine innée du *caring* qui proviendrait alors en grande partie de la vocation même des infirmières, par la compassion et l'amour du soin. Cette approche serait ancrée dans des valeurs humanistes profondes qui seraient immuables. Plusieurs auteurs (Boykin et Schoenhofer, 1993 ; Duquette et Cara, 2000 ; Roach, 1987 ; Watson, 1988b, 2001 ; Cara, 2004) identifient comme valeurs, entre autres, le respect et la liberté de choix, l'engagement, la dignité humaine, la compétence et le partenariat. Ces valeurs humanistes représentent les balises et les

guides importants de la pratique infirmière qui sont énoncés dans les facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b :6) (annexe A). D'ailleurs, la plupart des participants de la présente étude ont référé à ces valeurs dans leur pratique quotidienne même si elles ont avoué que des facteurs extrinsèques rendaient l'actualisation de celles-ci souvent ardue.

Par ailleurs, tout comme Duffy et Hoskins (2003) l'illustrent, à titre de cadre conceptuel de cette étude, l'approche de *caring* propose une façon d'entrer en relation avec les patients et leur famille qui peut être un tremplin pour obtenir des résultats intermédiaires auprès des patients et des infirmières elles-mêmes. Au nombre de ces résultats intermédiaires, il y a la plus grande ouverture, chez les patients en réadaptation, à collaborer à leurs objectifs de soins et l'amélioration de l'approche des infirmières qu'amène leur plus grande satisfaction au travail. Ainsi, en constituant un tremplin, un guide ou des balises, il peut s'avérer que l'approche de *caring* demeure un idéal qui n'est pas nécessairement atteint par les infirmières. De fait, à l'instar de ce que suggèrent Roch et Duquette (2003) concernant la philosophie du *caring* qui est un idéal moral à recadrer dans la réalité clinique des infirmières, les participants ont, en l'occurrence, soulevé cet impératif. En effet, en relevant les nombreux facteurs extrinsèques à surmonter comme obstacles afin d'appliquer réellement les valeurs humanistes préconisées par la philosophie du *caring*, les participants ont ainsi contextualisé cette approche. L'influence de ces facteurs extrinsèques pourrait alors sous-entendre qu'actuellement, le système de soins de santé ne peut soutenir efficacement des valeurs centrées sur la « personne » en tant que telle, c'est-à-dire le respect de la dignité humaine, l'engagement, l'authenticité du personnel ou le partenariat soignant-soigné.

6.1.1.1 Perspective selon les attitudes et les comportements

Les valeurs humanistes inhérentes à l'approche de *caring* des infirmières se manifesteraient par des attitudes et des comportements typiques tels que l'avancement, entre autres, les écrits de Andrew et ses coll. (1996) et de Wolf et ses coll. (1994). Au nombre de ces attitudes et de ces comportements, les infirmières participantes ont mentionné le fait d'être empathique et vigilante, le fait de ne pas surprotéger les

patients et de vouloir élaborer des projets créatifs avec eux dans le but de les faire progresser et de les faire évoluer tout en respectant leur rythme différentiel. Ces manifestations correspondent particulièrement aux facteurs « caratifs » 4, 6, 7, 9 de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b) où il est notamment question de la « relation d'aide thérapeutique », du « processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes », de « l'enseignement transpersonnel » et de « l'assistance en regard des besoins de la personne ». Cela démontre ainsi que les infirmières participantes cherchent à appliquer dans leur quotidien les valeurs humanistes propres au *caring* et que les facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b) en constituent un guide pour elles.

Toutefois, les facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b :6) semblent être suivis de façon inconsistante parmi les infirmières soignantes et les infirmières gestionnaires participantes au niveau du savoir, du savoir-être et du savoir-faire. En effet, les infirmières gestionnaires insistent davantage sur la démarche scientifique du *caring* à travers le savoir-faire et les infirmières soignantes relèvent surtout l'attitude préconisée par le *caring* à travers le savoir-être. Cette différence de perception contribue, par conséquent, à rendre l'application de cette approche parfois incomplète. Étant donné que l'approche de *caring* permettrait fondamentalement de connaître suffisamment les patients afin d'être en mesure de répondre le plus pertinemment possible à leurs besoins individuels, il est permis de présumer que toute inconsistance dans cette approche peut mettre en péril la sécurité des patients. Cette hypothèse corrobore les conclusions d'Amalberti (2002) qui soutient que pour que des stratégies visant la sécurité des patients soient efficaces et réalistes, il faut que les trois niveaux au sein de l'organisation en partagent la même vision, soit la direction, les services et les acteurs. D'ailleurs, les résultats de la présente étude ont démontré, entre autres, que la philosophie du *caring* doit, dans un premier temps, trouver une voie unique partagée par l'ensemble des infirmières soignantes et gestionnaires et, dans un second temps, retentir chez les autres professionnels de la santé dans l'approche aux patients.

Les résultats ont permis de constater qu'au-delà de la formation académique ou de la fonction différente des infirmières participantes, le *caring* demeure au centre de leur

pratique qui s'avère fortement guidée par les facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b). Cependant, l'essence du *caring* dans toute son entité, selon les savoir, savoir-être et savoir-faire à la base du soin infirmier, gagnerait, d'après les participants, à être clarifiée par le biais de formations continues dans le but d'une application complète des principes par l'ensemble des infirmières. Ces résultats appuient l'étude ethnographique réalisée par Cara (2001) lorsque les informateurs révèlent que la formation académique de l'infirmière ne semblait pas avoir beaucoup d'impact sur son « *caring* professionnel » et même que, dans certains cas, le milieu de travail contribuait au « désapprentissage » du *caring*. Cela soutient alors les préoccupations des participants de la présente étude par rapport au besoin de formations continues sur le *caring* dans le milieu de travail afin de mieux uniformiser son application dans la pratique professionnelle. En outre, les résultats soulignent l'importance de fournir autant que possible les outils nécessaires aux infirmières afin qu'elles reconnaissent l'importance du *caring* dans la sécurité des patients et qu'elles en véhiculent l'exemple par leur leadership auprès de leurs collègues.

6.1.2 Facteurs « caratifs » du *caring* propices à mener vers différentes formes de sécurité chez les patients et leur famille

De prime abord, il est à constater que, dans la littérature scientifique actuelle, la définition de la sécurité des patients est associée aux aspects essentiellement « physiques » (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2003; *Quality Interagency Coordination Task Force*, 2000) touchant la personne et non aux aspects psychologiques et psychosociaux qui sont ressortis dans la présente étude.

La philosophie du *caring* comme approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers est guidée par les dix facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b). Ces facteurs « caratifs », étant fondamentaux à la pratique infirmière, répondent à la satisfaction des besoins des patients et de leur famille et ont la possibilité de promouvoir différentes formes de sécurité. La présente recherche ayant uniquement mis en lumière la perspective des infirmières, le champ phénoménal des patients et de leur famille y est alors révélé à partir de la perception de ces infirmières. Ce champ phénoménal s'avère ainsi axé sur la signification des besoins des patients et de leur famille à l'égard de la sécurité.

Les résultats, révélés par les participants, ont démontré que les besoins des patients et de leur famille, en termes de sécurité seraient en général de l'ordre de la sécurité physique, psychologique et psychosociale. Dans la littérature sur la sécurité des patients, cette nomenclature n'est pas courante. En effet, la sécurité est principalement conçue comme une préoccupation de santé physique et à court terme en centre hospitalier (Santé Canada, 2004 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Il se pourrait que le fait de s'être entretenu avec des infirmières oeuvrant en soins de longue durée comme la réadaptation a conduit spontanément à des aspects plus globaux de la personne dans la sécurité des patients. En effet, les patients en réadaptation doivent traverser la plupart du temps un processus de deuil afin de s'adapter à la perte de leur intégrité physique et arriver à leur autonomie. Le *caring*, à travers les facteurs « caratifs » 1-2-3-9-10, prône des « valeurs humanistes et altruistes » qui procurent aux patients « l'espoir », une « plus grande conscience de soi et des autres » ainsi que des « forces spirituelles » qui l'aideront à court terme et à long terme dans un cheminement sécuritaire vers l'autonomie (Watson, 1988a, 1988b ; Cara, 2002b).

6.1.2.1 Facteurs « caratifs » et sécurité physique

Selon le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (ICIS, 2005), la moyenne d'âge des patients en réadaptation en 2003-2004 était de 73 ans et la majorité de cette clientèle se situait entre 75 et 84 ans. De plus, cette clientèle était caractérisée par de nombreuses comorbidités qui limitent en quelque sorte leur capacité de progresser dans leur réadaptation. Donc, la sécurité physique de cette clientèle doit d'autant plus se centrer sur la prévention, l'anticipation et la vigilance des infirmières face aux comportements à risque des patients afin de leur éviter des événements indésirables. Cela représente d'ailleurs une forme d'approche que les infirmières participantes semblent particulièrement privilégier avec ces patients afin de promouvoir leur sécurité.

Les formes d'approche à la sécurité physique des patients les plus mises en œuvre par les infirmières participantes sont l'enseignement, le suivi et la pratique des

apprentissages spécifiques à la réadaptation de chacun des patients. Ces activités correspondent principalement aux facteurs « caratifs » 7-8-9 relatifs à « l'enseignement-apprentissage transpersonnel », au « soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel » et à « l'assistance en regard des besoins des patients » (Watson, 1988a, 1988b ; Cara, 2002b). Les objectifs de réadaptation étant très exigeants, les patients ont à déployer de nombreux efforts pour atteindre leur autonomie physique telle que le propose le *modèle de processus de production du handicap (PPH)* (RIPPH/ SCCIDIH, 1998). Ainsi, les infirmières participantes perçoivent leur soutien authentique aux patients, c'est-à-dire un soutien empreint à la fois de fermeté et de souplesse adaptée à leurs besoins respectifs, comme une façon d'être empathiques et bienveillantes afin de mener à bien leur progression. De plus, le fait de les conscientiser et de les confronter à leur nouvelle réalité par divers moyens tels que faire leur lit, pratiquer l'automédication ou les installer en chambre de transition, permet de les aider concrètement dans leur cheminement et de corriger des failles au niveau de leur sécurité. Cela dénote par surcroît un « processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes » tel que le stipule le 6^e facteur caratif de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b :6).

6.1.2.2 Facteurs « caratifs » et sécurité psychologique

Les résultats ont démontré que le processus de deuil inhérent à la condition des patients en réadaptation, les prédisposant au découragement et à avoir des comportements autodestructeurs, exige inévitablement un partenariat par une solide collaboration basée sur une relation de confiance et de connivence entre l'infirmière et le patient. De fait, au niveau de la santé mentale, il est reconnu que la dépression représente un problème commun chez les patients en réadaptation et que cela affecte leur progression, selon les écrits de Gunderson (2005). La relation de confiance et de connivence permet d'établir un climat non anxiogène pour le patient afin de soutenir l'espoir essentiel pour sa réadaptation. Tout patient qui évolue dans un tel climat de soins convivial où il ressent une sécurité psychologique dans la relation de soins soignant-soigné aurait plus de chances de progresser et de développer de l'autonomie par rapport à sa santé. En dépit du fait que jusqu'à maintenant peu d'études se soient

penchées comme telle sur l'approche de *caring* et la sécurité psychologique des patients bénéficiant de soins de réadaptation, il est permis de croire, comme l'étude phénoménologique de Lucke (1999) portant sur le milieu de la réadaptation l'a avancé, que le *caring* permettrait, entre autres, aux patients de « réintégrer leur moi intérieur ». Le maintien ou la recherche de l'équilibre psychologique du patient s'avère alors prépondérant dans l'impact des résultats de soins, c'est-à-dire dans sa capacité de recouvrer la santé. Ces résultats de soins s'avèrent principalement guidés par les facteurs « caratifs » 2-4-5 : « croyance-espoir », « relation thérapeutique » et « expression de sentiments positifs et négatifs » (Watson, 1988a, 1988b ; Cara, 2002b). De même, en ayant des compétences professionnelles pour exercer auprès des collectivités, les infirmières pourraient prévenir l'épuisement psychologique qui est très fréquent chez les familles qui prennent soin d'un proche en réadaptation. Les participants qui ont fait ressortir l'importance de tenir compte des besoins de la famille corroborent en fait les écrits de Gaugler (2005) en signifiant qu'il peut y avoir une réelle force de cohésion bénéfique dans la triade infirmière-patient-famille qui agit dans l'intérêt du patient. Il semble donc que tous les facteurs « caratifs » associés à l'établissement d'une relation d'aide thérapeutique bénéfique et au partenariat puissent également s'appliquer entre l'infirmière et la famille en assurant ainsi à celle-ci une sécurité psychologique afin qu'elle puisse constituer un soutien à long terme pour les patients.

6.1.2.3 Facteurs « caratifs » et sécurité psychosociale

Selon l'ICIS (2005), 90% des patients en réadaptation atteignent de façon satisfaisante les objectifs de réadaptation à leur sortie de l'établissement. De ceux-ci, 79% réintègrent la collectivité (retour à domicile) et 11% sont transférés vers d'autres établissements de soins. Toutefois, il est estimé que 10% des bénéficiaires de soins de réadaptation n'atteignent pas ces objectifs (surtout les personnes atteintes d'accident vasculaire cérébral) et qu'une partie d'entre eux réintègre tout de même la collectivité. Il n'est pas étonnant alors de constater que 70% des personnes qui réintègrent la collectivité après un séjour en réadaptation ont déclaré avoir eu besoin d'un soutien informel suite à leur congé (ICIS, 2005).

Étant donné que le congé des patients en réadaptation est déterminé par leur niveau d'autonomie fonctionnelle, le besoin de soutien informel peut se situer à plusieurs niveaux, notamment au niveau psychosocial. L'adaptation harmonieuse du patient au niveau psychosocial correspond à toutes les situations où il se sentira bien et en confiance dans la société. Ce bien-être et cette confiance peuvent être en grande partie déterminés par sa perception de son handicap selon le modèle de *processus de production du handicap (PPH)* (RIPPH/ SCCIDIH, 1998). Ce modèle s'avère compatible avec la philosophie du *caring* en s'inscrivant dans une perspective holistique et écologique qui préconise des principes d'égalité des droits de tous les individus, de respect des différences et de participation sociale optimale. Avec les facteurs « caratifs » 3 et 8, « prise de conscience de soi et des autres » et « soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel », l'infirmière peut ainsi promouvoir cette sécurité psychosociale des patients avant même leur congé (Watson, 1988a, 1988b). Toutes les circonstances où les infirmières participantes ont évoqué la prise en charge des patients de leur propre santé, la place de la famille dans les soins, la préparation face à leur retour au travail ou à l'accomplissement de tous leurs rôles sociaux, représentent autant d'occasions pour faciliter l'adaptation harmonieuse des patients en société. De même, le fait de garder contact avec les services communautaires après le congé des patients, comme certaines infirmières participantes l'ont affirmé, illustre fort bien leur préoccupation face à la sécurité des patients à long terme.

6.2 Perspective de la structure par le champ phénoménal des infirmières : des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières agissent comme obstacles et éléments facilitateurs par rapport à l'approche de *caring*

Depuis quelques années, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a lancé de nombreuses initiatives qui concernent la qualité des soins de santé et a eu particulièrement un intérêt renouvelé en ce qui a trait à la sécurité des patients (AIIC, 2004). Cet intérêt renouvelé s'inscrit d'ailleurs depuis toujours dans le code de déontologie de l'infirmière et dans le mandat des ordres professionnels provinciaux, territoriaux et national qui converge vers l'excellence de la pratique

infirmière dans le but de protéger le public. Toutefois, cet aspect fondamental des soins infirmiers, qui consiste à veiller à la sécurité des patients, ne bénéficie pourtant pas encore d'une réglementation au niveau des conditions latentes pouvant causer des événements indésirables dans le système de soins de santé. Cela fait en sorte que, par exemple, dans une enquête menée par Nicklin et McVeety (2002), la majorité des infirmières affirment que leur milieu de travail comporte des risques de plus en plus importants pour les patients et que cela constitue une réalité qui les préoccupe grandement. Il en est de même aux Etats-Unis, lorsque l'*Institute of Medicine* (2003) révèle que l'environnement de travail des infirmières comporte de graves menaces à la sécurité des patients. Ces risques sont notamment relatifs à la charge de travail, à l'affectation des ressources humaines, aux mesures de restructuration et à la suppression de lits, à la complexité croissante des besoins des patients et aux caractéristiques du milieu physique et du niveau d'avancement de la technologie. En représentant des conditions latentes qui peuvent engendrer des quasi-incidents et des événements indésirables, ces facteurs extrinsèques aux infirmières s'apparentent à l'approche de système de Reason (2000) qui stipule qu'il existe des barrières extérieures de protection à l'erreur qui préviennent la survenue d'événements indésirables. Reason est d'avis que ces facteurs de risque systémiques, présents dans le milieu de travail de l'infirmière, influencent sa pratique professionnelle et son approche aux patients. Ceci illustre fort bien le champ phénoménal auquel les infirmières participantes ont affirmé être exposées lorsqu'elles font mention de facteurs extrinsèques qui modifieraient négativement leur approche aux patients.

6.2.1 Facteurs extrinsèques : milieu de travail et approche aux patients

Comme Crow (2001) l'indique, la déconnexion qui s'est produite au cours des dernières années entre la direction des établissements devant répondre de plus en plus à des impératifs financiers et le personnel infirmier orienté vers une approche plutôt humaniste auprès des patients a, dans bien des cas, eu raison du *caring*. Pourtant, les résultats de la présente étude démontrent que l'approche de *caring* implique un « partenariat » et une « relation avec » les patients qui leur procure un

ensemble de bienfaits, particulièrement au niveau de leur sécurité. Ces bienfaits se feraient également sentir par ricochet sur les infirmières elles-mêmes.

Ainsi, la perception des infirmières qui participent à la présente étude ne fait donc pas exception aux recherches de Cara (1999) lorsqu'elles reconnaissent en général un manque de soutien du milieu de travail à l'égard de leur pratique professionnelle. De plus, la définition de ce manque de soutien correspond tout à fait à la réalité de ces infirmières, soit en évoquant les caractéristiques du personnel infirmier, le type d'horaire de travail, le rythme et la charge de travail, le besoin d'appui clinique de la part des gestionnaires, le travail d'équipe, la collaboration interdisciplinaire, les ressources et la technologie. Les pages qui suivent décrivent la teneur de ces facteurs.

6.2.1.1 Caractéristiques du personnel infirmier

La composition quantitative et qualitative du personnel infirmier est devenue une préoccupation réelle au cours des dernières années, puisque plusieurs études ont clairement mis en évidence les enjeux qui en découlent. Des études effectuées par Aiken et ses coll., (2001, 2002), Needleman et ses coll. (2002), Tourangeau et ses coll. (2002) et Cho et ses coll. (2003) ont permis d'établir une relation entre les effectifs infirmiers et les résultats de soins chez les patients. Les infirmières participantes ont saisi ce lien en traitant du manque d'attention des gestionnaires particulièrement en regard à la composition qualitative des équipes de travail qui devrait constamment favoriser un mélange plus équitable entre les infirmières novices et les infirmières chevronnées. Il est à noter que toutes ces études précédemment citées se sont déroulées dans des milieux de soins aigus de courte durée et qu'il n'existe, à ce jour, aucune donnée comparable à ce sujet dans les milieux de soins chroniques de longue durée, comme c'est le cas dans la présente étude.

Il est estimé qu'il manquera 78 000 infirmières au Canada en 2011, jusqu'à 113 000 en 2016 et que le pays pourrait perdre 13% de ses effectifs infirmiers dès 2006 (AIIC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2003). Le manque d'effectifs infirmiers n'augure d'autant pas bien pour la sécurité des patients que le

personnel infirmier en poste vieillit ; la moyenne d'âge des infirmières au Canada est passée de 42,6 ans en 1998 à 44,2 ans en 2002 (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, 2004) tandis qu'au Québec elle était à 42,2 ans en 2003 (OIIQ, 2003). En dépit du fait que le vieillissement du personnel infirmier apporte un niveau accru d'expérience de travail, la baisse d'endurance physique des infirmières, par contre, pourrait constituer un défi réel pour la sécurité des patients puisque la fatigue augmente les risques d'événements indésirables (Amalberti, 2001 ; Curtin et Simpson, 2002).

Un des faits notables du groupe d'infirmières participant à cette recherche est que 60% (12/20) sont âgées entre 30 et 49 ans, ce qui peut plus ou moins correspondre à la moyenne d'âge nationale, et cette même proportion détient neuf à quinze ans, ou plus de 25 ans d'expérience de travail. Par contre, 80% des participants ont 8 ans ou moins d'expérience sur l'unité de soins actuelle. Cela pourrait signifier que même malgré un nombre considérable d'années d'expérience en général, les infirmières seraient appelées à changer de milieux de travail et de type de patients de nombreuses fois au cours de leur vie professionnelle ; ceci les empêcherait d'accéder réellement au titre d'infirmière chevronnée comme Benner (1994) le stipule. Or, Baumann et ses coll. (2001) affirment que cette réalité peut alors avoir un impact déterminant dans la sécurité des patients, surtout dans les milieux de soins de longue durée comme la réadaptation où l'expérience avec un même type de clientèle peut grandement améliorer la qualité des soins à leur prodiguer.

6.2.1.2 Type d'horaire de travail

La profession infirmière est reconnue pour détenir un grand nombre d'emplois à temps partiel et occasionnels. En effet, en 2002, 54% des infirmières travaillaient à temps plein, 38% à temps partiel et 11,8% de façon occasionnelle en 2002 selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). Cette situation peut notamment engendrer des manquements quant à la continuité des soins avec les patients dus à l'inconsistance dans l'affectation du personnel. De plus, ces horaires variables peuvent diminuer la possibilité pour ces infirmières de profiter de formation continue, offerte par l'employeur, qui assurerait régulièrement la mise à

jour de leurs connaissances. Il est à noter que dans le groupe d'infirmières à l'étude, la très grande majorité, soit 80%, travaille à temps plein et 30% d'entre elles poursuivent une formation continue à l'extérieur du milieu de travail. De plus, 50% des infirmières participantes réclament plus de formation sur le *caring*. Ainsi, même les infirmières qui travaillent à temps complet ressentiraient le besoin de parfaire leurs connaissances à l'extérieur de leur milieu de travail afin de se munir d'outils supplémentaires pour améliorer leur approche face aux patients. Les résultats soulignent que la préoccupation des infirmières en regard de l'approche à adopter avec les patients semble encore plus évidente chez le personnel régulier qui est plus en mesure d'évaluer au quotidien les résultats de soins auprès des patients. Un horaire régulier procure à l'infirmière une rétroaction sur sa pratique qui peut améliorer la qualité de ses soins et, par le fait même, la sécurité des patients, comme le stipulent les modèles : « Cadre de référence organisationnel pour les défaillances du services de soins de santé » de Woolf (2004), en traitant de lacunes au niveau de l'approche aux patients et le « *Modèle Caring-Qualité*© » de Duffy et Hoskins » (2003), qui relate les « résultats intermédiaires ».

6.2.1.3 Rythme et charge de travail

Selon des recherches récentes (O'Brien-Pallas, 2003 ; O'Brien-Pallas, Alksnis et coll., 2003 ; Aiken, Clarke et coll., 2001), le rythme et la charge de travail des infirmières feraient en sorte que plusieurs activités infirmières sont systématiquement escamotées, telles que : reconforter les patients et leur parler, leur dispenser des soins du dos et de la peau, faire de l'enseignement aux patients et aux membres de leur famille et inscrire au dossier les notes correspondant aux soins prodigués. D'autres activités seraient, pour leur part, plus fréquemment retardées : la prise des signes vitaux des patients, les changements de pansements, la mobilisation des patients ainsi que la réponse aux cloches d'appel. Alors que ces activités font partie des nombreuses tâches fondamentales des infirmières soignantes, les résultats ont démontré qu'il est possible, en présence d'un rythme de travail effréné et d'une charge jugée démesurée, que les infirmières aient tendance à prioriser certaines activités au détriment de certaines autres. En général, les activités qui n'impliquent pas une interaction physique (réconfort, enseignement) avec les patients ne semblent

pas perçues comme prioritaires par les infirmières alors qu'elles constituent la base du lien thérapeutique à bâtir avec les patients et leur famille selon une approche de *caring* (Watson, 1979; Roach, 1987).

En réadaptation, le réconfort et l'enseignement paraissent d'autant plus importants qu'il est essentiel d'avoir la collaboration des patients afin de les accompagner dans l'atteinte sécuritaire de leurs objectifs de soins. De plus, 90% des infirmières participantes soutiennent que l'enseignement fait aux patients et à leur famille constitue la clé des traitements de réadaptation. L'importance accordée à l'enseignement entourant les soins aux patients se retrouve d'ailleurs dans les écrits de Benner (1989, 1994). Enfin, les résultats de la présente étude signalent l'importance du fait que le milieu de soins de la réadaptation puisse préserver toutes les activités infirmières, en particulier celles qui renforcent le lien thérapeutique infirmière-patient. Cependant, ce lien thérapeutique fort qui, sans doute, fait progresser les patients de façon sécuritaire dans leurs objectifs de soins semble sérieusement menacé par les considérations organisationnelles telles que le suggèrent les infirmières participantes.

6.2.1.4 Soutien de la part des gestionnaires

Les résultats ont dénoté que l'encadrement des infirmières novices par des infirmières chevronnées semble de plus en plus diminuer à mesure que la charge de travail augmente. Ainsi, le fait que certaines infirmières participantes aient réclamé des cadres infirmiers présents les fins de semaines ou soulèvent le besoin de voir davantage leur infirmière gestionnaire durant les quarts de travail de soir et de nuit, témoigne d'une réalité organisationnelle toute contemporaine. En effet, au cours des dernières années, les programmes d'initiation des infirmières novices ont été de plus en plus raccourcis, les programmes de formation continue en cours d'emploi ont diminué, des postes d'infirmières gestionnaires ont été abolis ou remplacés par d'autres corps de profession et il en va de même avec les postes d'infirmières enseignantes et d'infirmières cliniciennes spécialisées qui ont tout simplement disparu (AIIC, 2004 ; *Institute of Medicine*, 2006). Cela crée un espace de plus en plus restreint où les infirmières novices ont l'occasion de prendre conseil auprès

d'infirmières chevronnées. Les résultats de cette recherche corroborent les conclusions de plusieurs auteurs (Benner, 1994; McGillis Hall et Doran, 2001; Bissoondial, 2002) à l'effet que l'expérience professionnelle des infirmières se bâtit alors plus ou moins sur un mode essai-erreur qui peut engendrer, en cours de route, plusieurs événements indésirables ou des accidents évités de justesse auprès des patients.

6.2.1.5 Travail d'équipe et collaboration interdisciplinaire

La problématique du travail d'équipe et de la communication est à la base de la collaboration interdisciplinaire et s'avère fort préoccupante pour les infirmières participantes qui l'associent inévitablement à la sécurité des patients. D'ailleurs, il a été avancé en 2002 par la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) (AIIC, 2004) qu'au moins 30% de tous les événements indésirables et les accidents évités de justesse seraient attribuables à la déficience du travail d'équipe et de la communication. Cook et ses coll. (2000) ont répertorié deux moments principaux où il peut survenir des brèches dans la communication : les périodes de transition lors des changements de quarts de travail et lors des transferts des patients dans d'autres établissements. Les infirmières participantes de la présente étude ont, quant à elles, particulièrement insisté sur le manque de sensibilité et de connaissances des autres intervenants par rapport au champ de pratique des infirmières et cela serait à la base d'une difficulté de communication et de collaboration avec eux. De fait, comme le champ de pratique de l'infirmière semble si vaste qu'il est perçu par les autres intervenants comme tout et rien à la fois, ceux-ci préféreraient plutôt s'adresser ou tenir compte des observations des « spécialistes » des diverses disciplines.

Toutefois, les résultats indiquent que les observations et les jugements cliniques que portent les infirmières à l'égard des patients deviennent vite incontournables et indispensables à l'équipe multidisciplinaire, puisque ces dernières sont présentes 24 heures sur 24 auprès des patients. L'ampleur et la qualité du suivi clinique que peuvent offrir les infirmières deviennent un atout important pour la sécurité des patients. Selon la perception des infirmières participantes, il subsiste un paradoxe

qu'il faut résoudre. D'une part, il est connu que le rôle de l'infirmière est indispensable dans le système de soins de santé mais, d'autre part, ce rôle n'est pas assez reconnu à sa juste valeur aux yeux des autres professionnels de la santé pour y trouver sa place et ainsi favoriser une collaboration interdisciplinaire adéquate. Puisque l'infirmière est une personne-pivot au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'en tient qu'à elle, de l'avis des participants, de démontrer un leadership quant à la sécurité des patients en faisant connaître sa pratique, autant par la pertinence de ses évaluations et de son jugement clinique que par la rigueur dans la rédaction de ses notes d'observation. Compte tenu qu'il est démontré qu'en réadaptation, entre neuf et douze professionnels de la santé interviennent régulièrement auprès des patients (ICIS, 2005), toute intervention infirmière, à cause de sa nature « pivot », peut devenir un moyen tangible de faire connaître et de valoriser les compétences professionnelles des infirmières et leurs contributions dans l'approche aux patients au sein de l'équipe multidisciplinaire. Les ruptures de communication et de collaboration interdisciplinaires ne profitant ni aux intervenants dans la qualité de leurs soins, ni aux patients dans leur sécurité, il demeure de prime importance d'élucider leurs origines et d'y apporter des correctifs (Baumann et coll., 2001; Bower et coll., 2003).

6.2.1.6 Ressources et technologie

Comme il a été vu précédemment à l'effet que les erreurs dans l'administration des médicaments et des solutés étaient parmi les causes d'erreurs les plus fréquentes (Baker et ses coll., 2004), à ce titre, la technologie a souvent voulu pallier cette situation en proposant des dispositifs et des moyens pratiques et novateurs. Cependant, l'histoire démontre que technologie ne signifie pas toujours prestation facilitée des soins. La technologie peut fort bien complexifier les soins à prodiguer, surtout lorsque la direction d'un établissement ne fournit pas le soutien au personnel par de la formation. En l'occurrence, les infirmières sont souvent peu impliquées dans le processus d'élaboration et dans la mise en oeuvre des technologies. Pourtant, elles s'en servent la plupart du temps sur une base quotidienne, ce qui peut avoir des répercussions sur la sécurité des patients (Amalberti, 2002 ; Blendon et coll., 2002).

D'un autre point de vue, la technologie peut engendrer certains automatismes dans les activités des infirmières qui peuvent les éloigner d'une approche empreinte d'humanisme auprès des patients (Amalberti, 2001). Un des exemples cités par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto (2004) est celui de l'infirmière qui a les yeux rivés sur l'écran de surveillance des signes vitaux au chevet d'un patient et qui oublie de noter les signes et symptômes visuels démontrés par le patient. Ces automatismes sont d'ailleurs identifiés par Amalberti (2001) comme étant des comportements qui mettent fréquemment le système de soins à risque d'erreurs. Paradoxalement, un des aspects de la technologie, qui menace la sécurité des patients et qui a été noté dans la présente recherche, concerne le manque d'accès aux ressources et à la technologie comme telles. Les nombreuses occasions où les infirmières participantes ont fait part de la vétusté et de la défectuosité de l'équipement, du manque de disponibilité du matériel en temps opportun et même du manque d'espace physique au poste des infirmières pour se concentrer, témoignent de certaines défaillances matérielles et technologiques. Enfin, les résultats révèlent que ces défaillances, qui peuvent provoquer à long terme de la frustration chez les infirmières, les portent à être moins attentives aux besoins des patients, ce qui modifie leur approche envers eux et constitue ainsi une entrave à la sécurité de ces derniers.

6.2.2 Facteur intrinsèque : nombre d'années d'expérience professionnelle de l'infirmière

Le *caring* peut fort bien constituer l'essence du soin infirmier mais demeurer également une approche qui se peaufine avec l'expérience professionnelle, considérée comme un facteur facilitateur intrinsèque à l'infirmière. En effet, ce constat a été fait à partir du discours de plusieurs infirmières participantes qui ont particulièrement observé une plus grande sensibilité et ouverture aux autres, une plus grande capacité d'authenticité dans la reconnaissance de leurs limites ainsi qu'une vision plus globale de leur pratique chez les infirmières chevronnées. Ces infirmières chevronnées qui disposent souvent d'une plus grande connaissance d'elles-mêmes et qui ont été exposées à de plus nombreuses situations cliniques différentes que les infirmières novices, se serviraient particulièrement d'outils

efficaces tels leur réflexion et leur jugement critiques qui les éloigneraient de toute rigidité et automatisme dans leurs activités professionnelles. Cela corrobore d'ailleurs en plusieurs points les travaux de Benner (1984, 1994) qui soutiennent que la vision globale et le jugement discrétionnaire de l'infirmière face à diverses situations cliniques augmentent proportionnellement avec l'expérience clinique que celle-ci acquiert.

De même, cette capacité de jugement critique dans la détermination des priorités de soins face à diverses situations cliniques s'avère fondamentale dans le rôle de l'infirmière. Le jugement critique de l'infirmière revêt un caractère crucial en ce qui concerne la sécurité des patients et de leur famille, c'est-à-dire dans la défense de leurs droits auprès de l'équipe multidisciplinaire, dans la surveillance vigilante de leur état de santé de même que dans la prévention et la détection d'erreurs médicales potentielles. Les résultats révèlent qu'en réadaptation, ce jugement critique de l'infirmière s'illustre de façon importante dans la qualité du suivi des apprentissages des patients suite à l'enseignement effectué selon leurs objectifs de soins respectifs. Ce suivi s'inscrit de façon déterminante, notamment, dans les conditions qui entoureront le congé des patients de l'établissement.

En somme, tout comme les écrits scientifiques cités précédemment, les résultats de cette recherche mettent en évidence que le milieu de travail peut potentiellement être parsemé d'obstacles et d'éléments facilitateurs pour l'infirmière dans la prestation de soins sécuritaires aux patients. En outre, ces obstacles et ces éléments facilitateurs peuvent affecter son approche aux patients. Par ailleurs, force est de constater que les contraintes du milieu de travail constituent, pour la plupart des infirmières, un obstacle réel à surmonter qui leur fait, entre autres, prioriser les activités instrumentales avec les patients, prendre certains risques dans leur pratique faute d'appuis cliniques ou restreindre leur collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. Ces contraintes finissent éventuellement par réduire, à moyen et long terme, l'exercice du rôle professionnel des infirmières dans toutes ses dimensions ; ce rôle professionnel permet pourtant d'établir une base fondamentale à la progression sécuritaire des patients en réadaptation.

6.3 Perspective des résultats de soins finaux par le champ phénoménal des infirmières : le bien-être à long terme des patients et de leur famille représente la sécurité

Comme l'étude de Lucke (1999) l'a démontré, l'approche de *caring* peut permettre au patient en réadaptation d'atteindre cinq buts, soit de : réintégrer son « moi » intérieur, d'élever son âme, de prendre soin de soi, de se prendre en charge et de devenir indépendant. Il est possible de constater que l'ensemble de ces cinq buts permet de promouvoir simultanément les différentes formes de sécurité physique, psychologique et psychosociale, ou encore du corps, de l'âme et de l'esprit, telles qu'évoquées par les infirmières participantes. Comme l'affirment ces dernières, la sécurité des patients se réalise par l'entremise des facteurs « caratifs » (Watson, 1988a, 1988b ; Cara, 2002b :6) de l'approche de *caring*. Il est à noter qu'aucune forme de sécurité est à privilégier au détriment d'une autre puisqu'il est notamment reconnu dans les recherches de Gunderson (2005) que plusieurs patients en réadaptation sont en proie à des dépressions et que cela peut avoir des conséquences directes sur leur réadaptation en les faisant moins bien progresser et en augmentant leur temps de séjour dans l'établissement. Cet aspect primordial de tenir compte de la sécurité psychologique des patients et de leur famille a d'ailleurs été bien souligné par les participants de la présente étude. Ces formes de sécurité bien arrimées vont alors permettre d'atteindre le bien-être à long terme du patient et de sa famille comme résultats de soins finaux. Comme le stipule Black (1999), on a de plus en plus besoin de connaître les résultats finaux en réadaptation car le fait de connaître les résultats permet d'améliorer les services et d'identifier, entre autres, les forces et les faiblesses des programmes. De fait, en stimulant le développement optimal du potentiel des patients, l'approche de *caring*, guidée par les facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b ; Cara, 2002b :6), contribue surtout à la sécurité à long terme des patients et, en ce sens, va naturellement engendrer un processus de transformation durable qui sera élaboré plus amplement dans la section suivante.

6.4 Perspective des résultats intermédiaires de soins par le champ phénoménal des infirmières : un processus transformationnel caractérise la contribution du *caring* à la sécurité des patients

Une des forces majeures de la philosophie du *caring* telle qu'elle a pu être explorée dans cette recherche est qu'elle engage ses protagonistes, les patients, l'infirmière et le système de soins de santé, dans une transformation profonde et durable de leur être et de leur fonctionnement. D'une part, il s'agit d'une transformation qui, au contact de soins empreints de respect de la dignité humaine, d'empathie, de compassion et qui visent pertinemment à répondre aux besoins identifiés, modifie la vision des patients par rapport à leur hospitalisation et à leur pouvoir face à leur santé et à leur vie en général. D'autre part, les résultats ont révélé que cette transformation se répercute sur l'infirmière elle-même par la gratitude, la reconnaissance des patients et leurs résultats de soins qui donnent un sens à sa pratique professionnelle. À la lumière des résultats, ce sentiment profond de « sens » dans la pratique professionnelle quotidienne de l'infirmière aura comme effet d'augmenter sa satisfaction et sa motivation au travail, de contribuer à la rétention des infirmières novices ainsi que de diminuer l'absentéisme et les risques d'épuisement professionnel. Ces impacts ne sont certes pas à dédaigner lorsque le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005) révèle qu'en 2002-2003, 40% des absences pour maladie du personnel du réseau de la santé au Québec étaient dues à des problèmes psychologiques des soignants. Au nombre de ces problèmes psychologiques figurent l'anxiété, le stress et l'épuisement professionnel pour lesquels les infirmières directement en contact avec les patients sont considérées les plus à risque, entre autres, à cause de la lourdeur de leur charge de travail et du caractère exigeant du contact quotidien avec une clientèle malade (Viens et coll., 2005 ; Lavoie-Tremblay et coll., 2006). Ainsi, les résultats dénotent que, dans ce contexte éprouvant, la quête de sens de l'infirmière dans sa pratique professionnelle par l'approche de *caring* aurait comme effet d'augmenter sa conscience professionnelle. La conscience professionnelle accrue de l'infirmière lui permet de démontrer une imputabilité et une bienveillance envers le bien-être des patients qui leur permettra à leur tour de développer une plus grande autonomie et prise en charge dans leur réadaptation. Ces deux forces créatrices (imputabilité et bienveillance) agissent alors en synergie en

initiant un processus transformationnel durable qui renouvelle les soins au sein du système de soins de santé. Par exemple, tout au long du processus de réadaptation du patient, l'approche de *caring* de l'infirmière va contribuer à guider le patient vers une plus grande conscience créatrice par rapport à sa réadaptation en ayant comme objectif principal l'atteinte de son autonomie. L'infirmière, pour sa part, va développer de plus en plus d'habiletés dans la façon de favoriser l'apprentissage du patient par l'enseignement adapté à ses besoins individuels (Nelson, 1983).

Le processus transformationnel durable trouve particulièrement écho dans le *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003) lorsque ces auteurs traitent notamment de résultats intermédiaires provenant de l'approche de *caring* à partir de ce modèle. De plus, ce constat s'inscrit inévitablement dans toute la lignée des études émergentes ces dernières années (Aiken et coll., 1994; Kovner et Gergen 1998; Needleman et coll., 2002), portant sur les variables associées aux soins infirmiers et à la sécurité des patients. D'ailleurs, une des études les plus éloquentes est celle de Tourangeau et ses coll. (2002) qui confirment un lien entre le taux de mortalité des patients sur trente jours et trois variables indépendantes, soit l'éventail des compétences en matière de soins infirmiers, le nombre d'années d'expérience au sein d'un service donné et le taux d'absentéisme des infirmières. Tourangeau et ses coll. (2002) concluent dans leur travaux que le respect des compétences infirmières présentes dans l'essence du soin infirmier peut autant engendrer des résultats de soins au niveau des patients, par le taux de mortalité, que potentiellement au niveau des infirmières elles-mêmes, par le taux d'absentéisme.

Le manque d'écrits scientifiques supportant ce résultat, met en évidence la nature novatrice de la présente étude et ce, non seulement pour la relation infirmière-patient mais également pour le système de soins de santé. En effet, ce concept de transformation peut ultimement engendrer un renouvellement des soins dans le système de soins de santé par le leadership dont peuvent faire preuve les infirmières comme pivots au sein des équipes multidisciplinaires. En jouant pleinement leur rôle d'avocate des patients auprès des autres intervenants, les infirmières propagent ainsi une approche de *caring* qui vise fondamentalement à rendre le système de soins de santé plus sécuritaire à long terme pour les patients.

6.5 Limites de l'étude

En cherchant à explorer de nouvelles avenues qui n'ont pas été étudiées dans les recherches antérieures, la présente étude s'est inévitablement créée certaines limites. Le fait que cette étude se soit déroulée dans un milieu de soins de longue durée, tel que le milieu de la réadaptation, qui constitue presque une primeur dans la recherche sur la sécurité des patients, lui apporte certaines caractéristiques propres qui ne sont pas nécessairement transférables dans un milieu de soins aigus. Au nombre de ces caractéristiques, il y a principalement la durée de séjour prolongée des patients et l'absence d'unité de médecine-chirurgie dans ce type d'établissement, ce qui ne représente pas la réalité des milieux de soins aigus. En outre, contrairement à plusieurs établissements de santé, celui où l'étude a été réalisée a adopté l'approche de *caring*. En conséquence, les résultats tirés de cet établissement ne sont peut-être pas tout à fait transférables à des établissements qui n'auraient pas adopté l'approche de *caring*. De plus, le fait que cette étude porte uniquement sur la pratique professionnelle des infirmières et se déroule dans un seul établissement de réadaptation restreint la possibilité de généralisation des résultats au niveau des autres professionnels de la santé ou à d'autres milieux de soins de réadaptation. D'ailleurs, le choix méthodologique contribue également à cette limite. Bien que pertinente, une observation empirique directe de l'approche de *caring* des infirmières ou de certains indicateurs de sécurité n'entraîne pas dans les objectifs de cette recherche. En conséquence, la discussion des résultats de recherche ne peut dépasser le cadre de la perception et de la perspective des infirmières sur le sujet dans le contexte d'un établissement de soins de réadaptation québécois. De même, le champ phénoménal réel des patients et de leur famille sur la question de recherche n'a pu être exploré.

D'une part, étant appliquée rigoureusement, la méthodologie phénoménologique de cette recherche incite à se concentrer surtout sur l'essence du phénomène en rejetant parfois certaines données contextuelles pertinentes qui pourraient être étudiées éventuellement dans les recherches futures. D'autre part, le fait de suivre rigoureusement la méthodologie phénoménologique par la réduction, notamment par le *bracketing* au préalable, minimise la limite associée à la réflexivité et contribue à

contrer l'impact des préconceptions et des perspectives théoriques pouvant orienter l'interprétation des résultats. Le seuil choisi de 40% de fréquence pour présenter et discuter des sous-thèmes des participants a pu laisser de côté certains aspects qui peuvent avoir une certaine importance. Ce choix méthodologique est justifié par la nécessité d'assurer la scientificité des résultats en termes de crédibilité et d'authenticité (Whittemore et coll., 2001; Cara, 2002b). Comme mentionné à la page 60, le respect des critères de rigueur scientifique que sont l'authenticité et la crédibilité a été assuré par la validation interjuge entre l'étudiante-chercheuse et ses directeurs, par les entrevues jusqu'à redondance, par la pratique de la variation libre et imaginative dans l'analyse des données de même que par la diversité dans le choix des participants. Le sujet novateur de la présente étude ayant mis l'accent sur la quête de l'essence du phénomène de la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation en regard à la sécurité des patients, les résultats de cette recherche concernant les influences qui s'exercent sur le *caring* comme tel restent encore à être cernés plus spécifiquement dans des études ultérieures.

6.6 Recommandations pour les sciences infirmières et la santé publique

Les résultats de la présente recherche suggèrent certaines recommandations pertinentes pour les sciences infirmières et pour la santé publique en général. Les soins infirmiers sont au cœur du système de soins de santé et leur prestation peut être déterminante au niveau de la santé publique. Ainsi, la philosophie du *caring*, comme processus de soins préconisé par la discipline infirmière, se retrouve particulièrement exposée aux facteurs extrinsèques inhérents à l'organisation des soins. À travers les bases universelles d'humanisation des soins prônées par le *caring* dans l'approche aux patients, la sécurité des patients pourrait être améliorée si certaines mesures étaient prises à court, moyen et long terme tant en clinique qu'en recherche.

6.6.1 Recommandations pour la pratique clinique

Tout comme le stipule l'AIIC (2004), la sécurité des patients est, et doit demeurer, une préoccupation majeure pour la discipline infirmière tant au niveau de la clinique, de la gestion, de la consultation, de l'enseignement que de la recherche. À la lumière des résultats de la présente recherche, la prestation de soins sécuritaires pour les patients s'avère actuellement un défi actuel pour les infirmières compte tenu des facteurs qui font obstacle à leur approche de *caring*. Afin d'y remédier certaines mesures pourraient être adoptées, soit de favoriser le soutien des gestionnaires auprès des infirmières soignantes, de renforcer la collaboration interdisciplinaire, de démontrer un leadership quant à la philosophie du *caring* et de promouvoir un changement de conception auprès des acteurs du système de santé dans la prestation des soins aux patients.

6.6.1.1 Favoriser le soutien des gestionnaires auprès des infirmières soignantes

Une des meilleures façons de soutenir l'approche de *caring* des infirmières est de la prôner au sein du milieu de travail et, pour ce faire, il faut d'abord écouter les préoccupations des infirmières. Écouter les préoccupations des infirmières signifie s'intéresser à leurs besoins au quotidien, entre autres, en ce qui a trait à la lourdeur de leur charge de travail, à leur manque d'expérience par rapport à une clientèle de patients, à leur manque de formation et de reconnaissance par rapport à leur expertise clinique ainsi qu'au manque de soutien psychologique provenant de leur gestionnaire. Les gestionnaires pourraient offrir aux infirmières un mécanisme de soutien tel qu'un encadrement assidu et prolongé des infirmières novices, un soutien psychologique accru et une révision qualitative des équipes de travail afin de pallier les épreuves organisationnelles qui les affectent. Ces infirmières se sentant écoutées et soutenues vont alors être plus réceptives à chercher des solutions afin de répondre à leur tour aux besoins des patients et de leur milieu de travail. Il est à constater que l'état d'épuisement des infirmières est rarement propice au respect, à l'attention et à leur vigilance envers les patients, ce qui peut menacer ultimement la sécurité des patients (Aiken et coll., 2002). Par conséquent, il s'avère important de conscientiser

les futurs gestionnaires du milieu de la santé à la valeur ajoutée d'une approche de *caring* en termes de résultats de soins auprès des patients, des professionnels de la santé et dans l'ensemble du système de soins de santé.

Par ailleurs, l'attention accordée à la réalité des infirmières ne consiste nullement en un simple rôle d'écoute passive de la part de la direction des établissements de soins mais il s'agit bien du précurseur inévitable à l'implantation d'actions concrètes et efficaces. Une réorganisation des tâches plus cléricales, ne relevant pas du soin infirmier comme tel, serait à envisager sérieusement dans tous les milieux de soins afin de prioriser l'ensemble des activités infirmières qui contribuent à une pratique professionnelle sécuritaire. En effet, il peut s'agir d'assigner des tâches moins cléricales et plus cliniques aux infirmières afin de maximiser la prestation des soins qui relèvent de leurs compétences auprès des patients et de leur famille. Il existe d'ailleurs des données probantes claires issues de recherches récentes quant au lien entre la dotation du personnel infirmier et la sécurité des patients (Aiken et coll., 2002 ; Needleman et coll., 2002). Cependant, le fait que les établissements de soins doivent faire appel à des infirmières d'agences pour contrer la pénurie d'infirmières crée un dilemme chez les gestionnaires puisque ces infirmières n'utilisent pas l'approche de *caring*. Par ailleurs, il demeure toujours essentiel que les infirmières soient impliquées activement à tous les niveaux dans les prises de décisions institutionnelles afin d'apporter les changements nécessaires qui reflèteront réellement l'impact de ces études.

6.6.1.2 Renforcer la collaboration interdisciplinaire

Les résultats de cette recherche ont mis en évidence que la présence constante des infirmières auprès des patients 24 heures sur 24, qui leur confère un rôle-clé unique au sein des équipes multidisciplinaires, devrait non seulement servir de source importante d'information aux autres intervenants mais également dans la coordination des soins aux patients. Pour qu'il puisse y avoir une coordination réelle des soins par les infirmières, il faut qu'il y ait collaboration avec les autres professionnels de la santé et pour qu'il y ait collaboration, il faut que chacun des intervenants reconnaisse et fasse confiance à l'apport professionnel respectif des

autres membres de l'équipe en ce qui a trait aux soins aux patients (Bower et coll., 2003). Afin de favoriser cette collaboration, il paraît impératif d'éclaircir les zones grises et même l'ignorance qui subsistent chez les autres professionnels de la santé au sujet du champ de compétence des infirmières. Il s'avère essentiel que les autres professionnels de la santé connaissent et reconnaissent l'expertise de l'infirmière tant au niveau des atteintes physiques, psychologiques, psychosociales que spirituelles, des patients et de leur famille. Ainsi, les résultats ont permis de conclure que cette vision globale de la personne, qui permet à l'infirmière d'exercer une surveillance 24 heures sur 24 et de détecter de façon précoce des signes et symptômes de détérioration de l'état des individus, prévient la survenue d'erreurs évitées de justesse (« *near misses* ») et d'événements indésirables. Donc, il paraît impératif de remédier à toute entrave relative à la coordination des soins des infirmières qui perpétue une menace à la sécurité des patients, et cela en instaurant des modèles de prises de décisions fondées sur une solide collaboration interdisciplinaire. D'ailleurs, Britt Gibbons, Salter, Pierce et Govoni (1995) ont réalisé, lors de l'implantation d'un modèle de pratique infirmière en soins de réadaptation, que pour obtenir des résultats positifs chez ces patients, la collaboration interprofessionnelle constitue une voie incontournable.

6.6.1.3 Démontrer un leadership quant à la philosophie du *caring* par l'actualisation de la formation

La méconnaissance par les autres professionnels du champ de pratique des infirmières peut être due à de nombreux facteurs, dont le manque de leadership des infirmières elles-mêmes est l'un des principaux responsables. L'approche de *caring* devrait être répandue à tous les professionnels de la santé, incluant les médecins comme le soulignent Scott et Aiken (1995). Dès l'instant où l'infirmière s'avère convaincue de la nécessité d'exercer pleinement son rôle d'avocate des patients (*advocacy*) auprès des autres professionnels de la santé afin d'assurer leur sécurité, il est de son devoir de faire valoir sa pratique en la faisant rayonner (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2001). En ce sens, à la lumière des résultats, une formation continue, en milieu de travail, sur le *caring*, à toutes les infirmières, peu importe leur niveau académique, serait bienvenue. Il ne semble pas souhaitable que

la philosophie du *caring* s'apprend informellement par du bouche à oreille chez les infirmières, par mode essai-erreur au gré des occasions ou que les infirmières gestionnaires n'en aient pas la même conception que les infirmières soignantes. Une formation de base pour les infirmières novices, enrichie par des formations sous forme de mises à jour, ajoutées aux modèles de rôle procurés par la pratique quotidienne des infirmières chevronnées, devraient servir à promouvoir les bases du savoir, du savoir-être, du savoir-faire et surtout du « savoir-rayonner » de l'approche de *caring* auprès des patients, autant en milieu de soins aigus qu'en milieu de soins chroniques. En outre, ces formations devraient viser à développer et maintenir chez les infirmières (et aussi les autres professionnels de santé) des compétences concrètes reliées à l'approche de *caring*, entre autres, la disponibilité envers le patients, la compassion, la communication égalitaire envers eux et la considération pour leur rythme différentiel.

Par ailleurs, une formation académique de base sur la philosophie du *caring* devrait préparer formellement les étudiantes-infirmières, au cours de leurs stages, à la pratique et aux bénéfices de cette approche auprès des patients. En ce sens, pour que l'approche de *caring* des infirmières puissent contribuer réellement à la sécurité des patients, il paraît essentiel et incontournable que cette philosophie soit propagée d'une même voix auprès des pairs, des autres professionnels de la santé, du personnel de l'établissement, du système de soins et à travers l'ensemble du système de santé. En outre, les établissements de soins de courte durée pourraient s'inspirer des résultats de cette recherche en ce qui a trait à l'application de l'approche de *caring* pour améliorer la sécurité des patients comme outil de base à leur programme de formation.

6.6.1.4 Promouvoir un changement de conception auprès des acteurs du système de santé dans la prestation des soins aux patients

Tout comme l'*Institute of Medicine* (2006) l'a préconisé dans un récent rapport sur les erreurs médicales, un changement de paradigme s'impose en encourageant davantage les patients à exercer un rôle plus actif dans leurs soins. Cela se concrétise, à la lumière des résultats de cette recherche, par une plus grande

transparence dans la communication bidirectionnelle soignant-soigné et ce, à toutes les étapes du processus de soins. Par ailleurs, en dépit du fait que certaines décisions administratives des établissements de soins de santé ne semblent pas toujours soutenir des valeurs centrées sur la « personne » et axées sur l'humanisation des soins, les résultats et les hypothèses de certaines études récentes pourraient changer cette impression dans les années à venir. En effet, certaines études comme celle de Duffy et Hoskins (2003) tendent si clairement à établir un lien entre, d'une part, une approche du soignant guidée par le respect de la dignité humaine, l'engagement, l'authenticité et le partenariat soignant-soigné et, d'autre part, la baisse du taux de réadmission des patients que, humanisation des soins et préoccupations budgétaires vont aller de pair. Ce virage a d'ailleurs déjà été amorcé depuis les années 2000 dans le NHS (National Health Service) au Royaume-Uni qui prône une approche plus systématiquement proactive centrée sur le patient dans l'organisation des soins. Ce courant pourrait d'ailleurs être suivi au Canada dans le système de soins de santé. Pour ce faire, il faudrait aider les intervenants à élargir leurs conceptions cliniques au sujet de la sécurité des patients.

Pour être en mesure de favoriser l'humanisation des soins, il paraît incontournable d'agir au niveau du processus de soins produit par les professionnels de la santé. Une conscientisation de la part des intervenants à tous les paliers de l'organisation devrait être amorcée dès leur formation académique quant au bien-fondé d'un processus de soins ayant un caractère plus humain, comme le *caring*. Cela apporterait plus naturellement un décloisonnement professionnel qui ferait en sorte que tout un chacun serait plus sensible au point de vue de l'autre en sachant que le but ultime consiste à offrir les meilleurs soins possibles aux patients. De plus, cet objectif partagé par tous pourrait générer un sentiment d'appartenance chez le personnel alors qu'il se sentirait impliqué à part entière dans la finalité de la prestation des soins. Cela favoriserait une meilleure communication et une meilleure collaboration interdisciplinaire, des facteurs pouvant être déterminants dans la prévention des événements indésirables. Par ailleurs, la technologie devrait être particulièrement favorisée pour soutenir cette approche en prônant notamment l'utilisation du dossier médical informatisé qui permettrait une meilleure continuité des soins tout en diminuant l'incertitude liée aux décisions médicales. En fait,

l'inscription des données dans le dossier médical informatisé serait standardisée, plus claire et précise, ce qui réduirait les ambiguïtés relatives aux interventions de soins en diminuant les difficultés dans la lecture des ordonnances et en avertissant automatiquement des cas de contre-indications (*Institute of Medicine*, 2006). Dans l'ensemble, cette structure plus humanisante et sécuritaire des soins où le personnel se sent respecté dans l'apport de son expertise, serait propice à développer un sentiment d'imputabilité par rapport au bien-être des patients.

Une vigilance accrue dans la rédaction et l'analyse des rapports d'accident-incident devrait également être à l'agenda. Par contre, tout contexte de divulgation obligatoire des erreurs par le personnel médical, comme il existe déjà au Québec avec la loi 113 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 2006), doit se faire dans un climat de confiance qui ne laisse pas entrevoir la culture du blâme mais bien la quête réelle de l'amélioration continue de la qualité des soins. Si bien que la réglementation professionnelle des infirmières sur la sécurité des patients devrait également s'étendre au niveau des organisations en regard de certaines conditions latentes du milieu de soins (facteurs extrinsèques) qui peuvent causer des événements indésirables, ce qui constitue une lacune actuellement. Bien qu'il soit de plus en plus reconnu selon différentes recherches (*Institute of Medicine*, 1999 ; Reason, 2000 ; Amalberti, 2001 ; Leape, 2003) que les erreurs médicales résultent souvent de facteurs systémiques auxquels sont soumis les professionnels de la santé, il persiste toutefois dans le système de soins une « culture du blâme » envers le personnel qui limite la divulgation des erreurs médicales (AIIC, 2004). L'erreur demeure encore perçue comme une défaillance individuelle de compétence professionnelle. La culture organisationnelle ne reconnaît donc pas encore pleinement l'erreur médicale comme étant le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs individuels et des facteurs systémiques présents dans le système de soins de santé.

En définitive, les recherches peuvent bien prôner une approche systémique et non individuelle à l'erreur mais si, dans les faits, c'est uniquement l'individu qui est ciblé ou qui en a l'impression, quelle sera la responsabilité réelle de l'organisation en regard à l'amélioration continue de la qualité des soins? Comment peut-on encourager la transparence dans la divulgation des erreurs médicales comme le

stipule la loi 113 au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 2006) tout en prônant une culture de système concernant ces erreurs ? Ce sont des questions de fond qui méritent l'attention des organisations dans les années à venir.

6.6.2 Recommandations pour la recherche

Le devis de la présente recherche est d'autant plus novateur qu'il ouvre la porte à l'approfondissement de ses résultats dans des études qui pourront être élaborées de façon similaire dans un avenir rapproché. Les recherches futures pourraient se pencher davantage sur l'exploration empirique du champ phénoménal du milieu de travail des infirmières ainsi que des patients pour en faire ressortir les résultats de soins, tout comme le propose le cheminement du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003). Le développement de ce corpus de connaissances améliorerait, entre autres, la compréhension des influences systémiques auxquelles sont exposées quotidiennement les infirmières et les patients. Peu d'études à ce jour ont reflété une perspective élargie du concept de la sécurité des patients. Ainsi, il serait pertinent que les recherches ultérieures se penchent davantage sur la signification de la sécurité à long terme, la sécurité psychologique, la sécurité psychosociale des patients, de même que la sécurité de la famille des patients et enfin, la sécurité des employés. Comme la présente recherche l'a démontré, le concept de sécurité des patients n'est pas unilatéral et seulement à courte échéance mais bien multidimensionnel en révélant des interactions complexes entre des facteurs intrinsèques et extrinsèques présents sur une base régulière dans le système de soins de santé. De plus, une plus grande place pourrait être accordée à l'analyse des causes profondes (*root-cause analysis*) des événements indésirables et même des accidents évités de justesse afin d'identifier les facteurs précipitants. Le système de soins de santé pourrait alors se mettre en mode proactif de façon plus efficace et efficiente en décelant précocement les conditions prédisposant aux erreurs médicales et en mettant en œuvre des mécanismes préventifs avant même qu'elles ne surviennent.

La grande majorité des études sur la sécurité des patients s'est faite en soins hospitaliers de courte durée. Les milieux de soins chroniques occupent actuellement trop peu de place dans les recherches portant sur la sécurité des patients. Avec le

vieillesse de la population et souvent les incapacités qui s'ensuivent, il est permis de se questionner sur la qualité et sur le degré de continuité des soins offerts dans les milieux de soins prolongés et en communauté. Il est également permis, par la même occasion, de se questionner sur la conception de la sécurité des patients à long terme, notamment par la préparation au congé à domicile. En l'occurrence, les recherches mettant en lumière notamment que la clientèle atteinte d'accident vasculaire cérébral est la moins bien préparée à un retour à domicile lors du congé ou que la majorité des bénéficiaires de soins de réadaptation doivent compter sur un réseau d'aide informel, c'est-à-dire habituellement leur famille à leur congé (ICIS, 2005), devraient susciter une sérieuse réflexion. La mise en œuvre de programmes de soutien plus efficaces par l'entremise de recherches qui investigueraient les besoins réels des patients et des familles serait alors à privilégier. Ces programmes pourraient, par exemple, chercher à répondre plus spécifiquement et efficacement aux besoins des personnes atteintes d'AVC, et ce, dès l'admission à l'hôpital jusqu'après leur congé de l'hôpital. De même, il serait fort pertinent de chercher à connaître la façon dont les familles composent avec les besoins de services communautaires des patients en général.

En somme, des recherches qui utiliseraient autant des méthodologies quantitatives que qualitatives qui explorent tous les aspects de la question de la sécurité des patients bénéficiant de soins de longue durée à travers toutes les composantes « structure-processus-résultats » du système de soins de santé devraient être réalisées dans le contexte du système de soins de santé contemporain. Cette étude n'ayant été réalisée que dans un seul établissement de longue durée, pourrait être répliquée dans d'autres établissements. En outre, la perspective des autres intervenants et professionnels de la santé mentionnés par les infirmières, participantes dans le cadre de cette étude, pourrait être explorée afin de comprendre, voire même comparer leurs perceptions respectives. Étant donné que cette étude s'appuie sur des perceptions, il serait utile de mesurer empiriquement les pratiques de *caring* et les résultats qu'elles génèrent en termes de sécurité pour les patients et leur famille et ce, en regroupant certaines données dont l'observation de la relation infirmière-patient à partir de certains indicateurs inhérents à l'approche de *caring* ou l'analyse des notes infirmières évolutives. Ainsi, des actions concrètes issues des données probantes de

ces recherches devraient voir le jour, et ce, tant au niveau clinique qu'au niveau administratif dans les établissements de soins, dans l'intérêt de toute la collectivité.

CONCLUSION

La présente recherche a permis de comprendre la façon dont, du point de vue de 20 infirmières, l'approche de *caring* pouvait contribuer à la sécurité des patients qui bénéficient de soins de réadaptation. Cette contribution a été révélée en utilisant une approche qualitative phénoménologique qui s'inspirait du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003).

L'analyse des résultats de cette recherche a mis au jour l'approche de *caring* des infirmières participantes qui oeuvrent en soins de réadaptation comme une bienveillance professionnelle accrue et une imputabilité envers le bien-être des patients et de leur famille. Ainsi, cette approche s'actualise chez les infirmières à travers un savoir, un savoir-être et un savoir-faire propices à prodiguer aux patients en réadaptation des soins qui promeuvent à long terme leur sécurité physique, psychologique et psychosociale. En outre, des facteurs extrinsèques et intrinsèques aux infirmières influencent fortement leur approche de *caring*. Certaines conditions de travail sont alors apparues pour les infirmières participantes comme des facteurs extrinsèques qui font obstacle à leur approche de *caring*. Par contre, pour ces dernières, le nombre d'années d'expérience professionnelle qu'ont les infirmières chevronnées leur permet d'avoir une vision globale des soins qui s'avère un élément facilitateur intrinsèque à leur approche de *caring* et, par le fait même, à la sécurité des patients.

L'essence de la contribution du *caring* à la sécurité des patients s'articule autour du processus de transformation qui cible autant le champ phénoménal des patients, des infirmières que du système de soins de santé en général. En effet, d'une part, les facteurs « caratifs » de l'approche de *caring* de Watson (1979, 1988a ; Cara, 2002b) mis en application par les infirmières contribueraient, à offrir aux patients une prestation de soins empreinte d'humanité et, d'autre part, ce type de soins permettrait d'obtenir auprès des patients une plus grande ouverture à collaborer à leurs soins. Cette offre de soins qui répond réellement aux besoins individuels des patients favorise ainsi leur sécurité à court terme et surtout à long terme en les rendant plus collaboratifs, autonomes et responsables de leur santé. Cela s'avère particulièrement crucial dans un milieu de soins tel que la réadaptation où il s'avère essentiel de

soutenir l'espoir et restaurer l'estime de soi des patients dans l'acquisition de leur autonomie. Éventuellement, ce processus de soins humains qui répond aux besoins des patients peut rejaillir autant dans les milieux de soins aigus que dans les milieux de soins chroniques en diminuant à long terme le temps de séjour et le taux de réadmissions en centre hospitalier. Par ailleurs, tel que le propose le cheminement du *Modèle Caring-Qualité*© de Duffy et Hoskins (2003) à travers les résultats intermédiaires de soins, le processus transformationnel chez les infirmières se manifeste clairement dans leur champ phénoménal par une plus grande perception de la pertinence ou du « sens » qu'elles confèrent au quotidien à leur travail ce qui augmenterait leur satisfaction au travail.

Enfin, dans une perspective fondamentale d'humanisation des soins dans le système de soins de santé, l'approche de *caring* pourrait rayonner davantage par le leadership des infirmières. Ce rayonnement constituerait un tremplin pour faire rejaillir à long terme les bienfaits de cette philosophie de soins parmi les professionnels de la santé et à travers tout le système de soins de santé. En transformant non seulement les patients mais également les soignants eux-mêmes, l'approche de *caring* apporterait un nouveau souffle dynamique au système de soins de santé, et ce, en augmentant la satisfaction au travail du personnel. Une plus grande satisfaction au travail du personnel pourrait notamment entraîner une diminution du taux d'absentéisme du personnel soignant et une rétention accrue chez les infirmières novices à cause du plus grand sentiment d'accomplissement au quotidien dans leur milieu de travail.

Au terme de cette recherche, il a été reconnu que les participants avaient des préoccupations actuelles à l'égard d'enjeux importants concernant la sécurité des patients dus au manque de soutien de l'approche de *caring* des infirmières. Il est donc suggéré que les gestionnaires de soins aient davantage comme objectif constant de chercher à créer des conditions de travail propices à l'émergence de cette approche au sein des équipes multidisciplinaires afin, notamment, de prévenir l'apparition d'événements indésirables. En d'autres mots, l'approche de *caring* doit avoir une portée organisationnelle tangible faisant en sorte que, plus qu'un savoir, un savoir-être et un savoir-faire infirmier, le leadership des infirmières puisse initier des pratiques professionnelles sécuritaires généralisées, menées par des principes de

bienveillance et d'imputabilité adoptés par l'ensemble des professionnels de la santé de chaque établissement de soins. Enfin, d'autres recherches demeurent essentielles en santé publique, de même qu'en sciences infirmières, dans le but de poursuivre le développement des connaissances entourant la sécurité des patients dans le système de soins de santé québécois.

RÉFÉRENCES

Agency for Healthcare Research and Quality. (2002). *Nurses have an important role in improving health care quality*. <http://www.ahrq.gov/researchjun01/601ra6.htm>, 8 juillet 2004.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2002). *The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety*. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/worksum.htm>, 15 avril 2005.

Aiken, L. H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D. M., et Silber, J.H. (2003). *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. Journal of the American Medical Association. 290(12): 1617-1623.

Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J.H. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. Journal of the American Medical Association, 288(16): 1987-1993.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H. et coll. (2001). *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health Affairs, 20(3): 43-53.

Aiken, L.H., Smith, H.L. et Lake, E.T. (1994). *Lower mortality among a set of hospitals known for good nursing care*. Medical Care, 32(8): 771-787.

Amalberti, R. (2003). *Normal and abnormal violations*. Présentation dans le cadre du Third Halifax Symposium on Healthcare Safety, From theory to reality, Pier 21, Halifax, Nouvelle-Écosse, 17-19 octobre.

Amalberti, R (2002). *Les effets pervers de l'ultra sécurité en médecine*. Revue Hospitalière de France, (nov.-déc.), 489 : 7-15.

Amalberti, R. (2001). *La conduite des systèmes à risque*. (2^e édition). Paris, PUF.

American Nurses Association. (2002). *Nursing's Agenda for the Future : A Call to the Nation*. Washington, DC : American Nurse Publishing.

Andrew, LW, Daniels, P. et Hall, AG. (1996). *Nurse caring behaviours: comparing five tools to define perceptions*. Ostomy Wound Manage, 42(5) : 28-30, 32-34, 36-37.

Aucoin-Gallant, G. (1990). *La théorie du caring de Watson, une approche existentielle-phénoménologie et spirituelle des soins infirmiers*. L'infirmière canadienne, 86(11) : 32-35.

Assemblée nationale (2002). *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*. Trente-sixième législature, deuxième session. Éditeur officiel du Québec.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>, 28 septembre 2006.

Association des hôpitaux du Québec. (1995). *La réadaptation : tendances et perspectives, synthèse d'une recension des écrits*. Publications de l'AHQ. Montréal.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *La sécurité des patients*. <http://www.cna-aiic/CNA/issues/position/default-f.aspx>, 4 mai 2006.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2004a). *Rethinking education for safer health care*. *Canadian nurse*, 100(3) : 32.

AIIC. (2004b). *Renforcer la sécurité des patients*. *Infirmière canadienne*, 5(3) : 13. <http://www.cna-aiic.ca>, 28 octobre 2004.

AIIC. (2004c). *Pleins feux sur la sécurité des patients*. *Infirmière canadienne*, 5(2) : 12.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto (2004). *Les infirmières et la sécurité des patients*. Document de travail <http://www.cna-aiic.ca> ; <http://www.nursing.utoronto.ca>, 28 octobre 2004.

AIIC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2003). Les infirmières du Canada face aux dernières statistiques : C'est un avertissement qu'il faut suivre en agissant [Communiqué]. Ottawa : extrait le 20 octobre 2003 de www.cna-nurses.ca/pages/press/canadas_nurses_see_latest_data_as_a_warning_fr.htm, 2 décembre 2004.

AIIC. (2003). *La sécurité des patients*. Énoncé de position. <http://www.cna-aiic.ca>, 26 avril 2003.

AIIC. (2001). *Cadre de réglementation de la profession infirmière*. Énoncé de position. <http://www.cna-aiic.ca>, 28 octobre 2003.

AIIC. (1996). *Un soutien nécessaire pour des soins infirmiers sécuritaires*. Énoncé de politique. <http://www.cna-aiic.ca>, 12 février 2004.

Bachelor, A. et Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Presses de l'Université Laval. Québec.

Baker, R., Norton, P., Flintoft et coll. (2004). *The Canadian Adverse Events Study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11) : 1678-1686. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/11/1678>, 28 juin 2004.

Baker, R. et Norton, P. (2002). *Making Patients Safer! Reducing error in Canadian Healthcare*. *Healthcare Papers*, 2(1) : 10-31.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L. et coll. (2001). *Commitment and Care : The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation and Toronto: The Change Foundation.

Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. Dans P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness* : 99-127.

Benner, P. et Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*, Menlo Park, California, Addison Wesley.

Benner, P. (1984). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris, Interéditions.

Bissoondial, O. (2002). *Error making Part 2 : Identifying the causes in nursing*. Applied management, 9(1) : 25-29.

Black, T. (1999). *Outcomes: What's All the Fuss About*. Rehabilitation Nursing, 24(5): 188-191.

Blais, R., Tamblyn, R., Bartlett, G., Tré, G. et St-Germain, D. (2004). *Incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux québécois*. Rapport Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Blendon, R.J., Schoen, C.M., DesRoches, R. et coll. (2004). *Confronting Competing Demands to Improve Quality : A Five-Country Hospital Survey*. Health Affairs, 23(3) : 119-135.

Blendon, R.J., Desroches, C.M., Brodie, M. et coll. (2002). *Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors*. New England Journal of Medicine, 347(24) : 1933-1939.

Bouchard, C. et Dutil, B. K. (1993). *Le caring : vers une conception interactionniste*. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 25(2) : 37-51.

Bourret, E.M., Bernick, L.G. Cott, C.A., Kontos, P.C. (2002). *The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities*. Journal of Advanced Nursing, 37(4): 338-345.

Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. et Sibbald, B. (2003). *Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study*. Quality and Safety in Health Care, (12) : 273-279.

Boykin, A. et Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as Caring: A Model for transforming Practice*. New York. National League for Nursing Press.

Brennan, T. A., Leape, L.L. et coll., (1991). *Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients*. New England Journal of Medicine, 324(6): 370-384.

Britt Gibbons, K., Salter, J. P., Pierce, L.L. et Govoni, A.L., (1995). *A Model for Professional Rehabilitation Nursing Practice*. Rehabilitation Nursing, 20(1): 23-36.

Burns, N. et Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization*. Pennsylvania: W.B. Saunders Company.

Cara, C. (2004). *Les caring en 2004: Le vivre dans sa pratique au quotidien*. Texte de présentation au congrès annuel sur le caring. Montréal.

Cara, C. (2003a). *A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory*. International Journal for Human Caring, 7(3) : 51-61.

Cara, C. (23 mai 2002b). *Creating a caring environment in nursing research*. 24th International Nursing Caring Conference. Boston, USA.

Cara, C. (conférencière) et Gagnon, L. (19 avril 2002a). *Une approche basée sur le «caring»: Un nouveau regard sur la réadaptation*. 1^{er} colloque de l'Institut de Réadaptation de Montréal. Montréal, Québec.

Cara, C. (2001). *The Apprenticeship of Caring*. International Journal of Human Caring, 5(2) : 33-41.

Cara, C. (1999). *A Relational Caring Inquiry : Nurses' Perspective On How Management Can Promote A Caring Practice*. International Journal of Human Caring, 3(1) : 22-30.

Cara, C. (1997). *Manager's subjugation and empowerment of caring practices : A relational caring inquiry with staff nurses*. Dissertation Abstracts International, 58(04): 1787 University Microfilms International No. AAT97-28055.

Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. et Smith, D.G. (2003). *The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs*. Nursing Research, 52(2) : 71-79.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, (2003). *Dictionnaire canadien sur la sécurité des patients*.
http://crmcc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_f.pdf, 8 mai 2004.

Comité de révision de la proposition québécoise de classification. (1998). *Processus de production du handicap*. RIPPH/ SCCIDIH. Québec.

Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). (2003). *CCHSA and Patient Safety*. ftp://ftp.cchsa.ca/pub/download/media/PatientSafety_en.pdf, 26 août 2006.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Cook, R.I., Render, M. et Woods, D.D. (2000). *Gaps in the continuity of care and progress on patient safety*. *British Medical Journal*, 320(7237): 791-794.

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

Curtin, L.L. et Simpson, R.L. (2002). *The Bermuda Triangle: Staffing, patient safety and the shortage of nurses: Where technology can help*. Proceedings of the 2002 Annual HIMSS Conference and Exhibit. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society.

Davies, J.M., Hébert, P. et Hoffman, C. (2003). *The Canadian Patient Safety Dictionary*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Éd. Guérin, Montréal.

Donabedian, A. (1992). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. *Quality review bulletin*, 18(11): 356-360.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan. Health Administration Press.

Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Duffy, J. et Hoskins, L. (2003). *The Quality-Caring Model©: Blending Dual Paradigms*. *Advances in Nursing Science*, 26(1) : 77-88.

Duffy, J. (1992). *The impact of nurse caring on patient outcomes*. Dans : *The Presence of Caring in Nursing*. New York : NLN Press.

Duquette, A. et Cara, C., (2000). *Le caring et la santé de l'infirmières*. *Infirmière canadienne*, 1(2) : 10-11.

Esmail, N., Walker, M. et Yeudall, S. (2004). *How Good is Canadian Health Care? 2004 report An International Comparison of Health Care Systems*. 2004 Critical Issues Bulletin. Canadian Publication. The Fraser Institute.

Evans, R.G., Barer, M.L. et Marmor, T.R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal. Les Presses de l'Université de Montréal.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron et coll., (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap*. Québec. Réseau international sur le processus de production du handicap.

Gagnon, L. (2004). *Élaboration et validation de critères de la qualité des soins et services dispensés en interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle et axée sur l'intégration sociale*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.

Gascon, J. (2001). *La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières oeuvrant en milieu clinique*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.

Gaugler, J.E. (2005). *Staff perceptions of residents across the long-term care landscape*. Journal of Advanced Nursing, 49(4): 377-386.

Gaugler, J.E., Leach, C.R. et Anderson, K.A. (2004). *Correlates of resident psychosocial status in long-term care*. Int J Geriatric Psychiatry, 19(8): 773-780.

Giorgi, A. (1997). *De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : Théorie, pratique et évaluation*. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques* : 341-364.

Gunderson, A. (2005). *Major Depression in Rehabilitation Care*. Rehabilitation Nursing, 30(6): 219-220.

Halldorsdottir, S. (1999). *The effects of uncaring*. Reflections, Fourth Quarter: 27-30.

Halldorsdottir, S. et Hamrin, E. (1997). *Caring and uncaring encounters within nursing and health care : From the cancer patient's perspective*. Cancer Nursing, 20(2): 120-128.

Heidegger, M. (1927). *Being and Time* (1962), New York, Harper & Row.

Housset, E. (2000). *Husserl et l'énigme du monde*. Paris. Édition du Seuil.

Husserl, E. (1900). *Logische Untersuchungen*, (1990), Halle, M. Niemeyer.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2005). *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada 2003-2004*. Ottawa. <http://www.icis.ca>, 6 août 2005.

Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Les soins de santé au Canada*. <http://www.icis.ca>, 15 mars 2005.

Institute of Medicine. (2006). *Preventing Medication Errors*. National Academy of Sciences.

<http://www.iom.edu/Object.File/Master/35/943/medication%20errors%20new.pdf>,

14 octobre 2004.

Institute of Medicine of the National Academies (IOM). (2003). *Keeping patients safe : Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press. Extrait le 16 novembre 2003 de www.nap.edu/openbook/0309090679/html/R2.html, 26 février 2004.

Institute of Medicine. (1999). *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Irvine, D. et coll. (1998). *Linking outcomes to nurse's roles in health care*. *Nursing economic*, 16(2) : 58-64, 87.

Jacquerye A. (1999). *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation et accréditation*. Paris. Maloine.

Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations. (1997). *National Library of Health care Indicators*. Oakbrook Terrace, III: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Kemeny, M.E. et Gruenewald, T.L. (1999). *Psychoneuroimmunology update*. *Seminars in Gastrointestinal Disease*, 10(1): 20-29.

King, I.M. (1981). *A Theory for Nursing : System, Concepts, Process*. New York : Wiley.

Kleinman, A. (1981). *On Illness Meanings and Clinical Interpretation: Not "Rational Man" but a Rational Approach to Man the Sufferer/Man the Healer*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(13): 373-377.

Kleinman, A. (1978). *Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*. *Social Science and Medicine*, 12(2B) : 85-94.

Kovner, C.T. et Gergen, P.J. (1998). *Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals*. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 30(4): 315-321.

Kretlow, F. (1990). *A phenomenological view of illness*. *The Australian Journal of Advanced nursing*, 7(2) : 8-10.

Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Viens, C., Hamelin-Brabant, L. et Gélinas, C. (2006). *Towards an integrated approach for the management of aging nurses*. *Journal of nursing management*, 14(3) : 207-212.

Leape, L.L. (2003). *Making Health Care Safe*. Présentation dans le cadre du Third Halifax Symposium on Healthcare Safety, From theory to reality, Pier 21, Halifax, Nouvelle-Écosse, 17-19 octobre.

Leape, L.L., Berwick, D.M. et Bates, D.W. (2002). *What practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety*. Journal of the American Medical Association, 288(4) : 501-507.

Leape, Bates, Cullen et coll. (1995). *Systems Analysis of Adverse Drug Events*. Journal of the American Medical Association, 274(1) :35-43.

Lee, H.Y. (2006). *Effects of a Rehabilitation Nursing Program on Muscle Strength, Flexibility, Self efficacy and Health Related Quality of Life in Disabilities*. Taehan Kanho Hakhoe Chi, 36(3): 484-492.

Leighton, E.C. et Binstock, R.H. (2001). *The lost Art of Caring: A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Leininger, M. (1988). *Care: the essence of nursing and health*, Détroit: Wayne State University Press.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley & Sons.

Lewis, S.M., Heitkemper, M. et Dirksen, S.R. (2003). *Soins infirmiers Médecine-chirurgie*. Québec: Groupe Beauchemin Éditeur Inc.

Lewis, T. (1983). *The Youngest Science*. New York: Viking Press.

Lucke, K.T. (1999). *Outcomes of Nurse Caring as Perceived by Individuals with Spinal Cord Injury During Rehabilitation*. Rehabilitation Nursing, 24(6) : 247-253.

Lussier, M. et St-Jacques, M. (1993). *Le bénéficiaire victime d'un traumatisme crano-encéphalique Programme de soins*. Montréal: Institut de réadaptation de Montréal.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur ltée.

Mc Gillis Hall, L., Doran, D. et Pink, G.H. (2004). *Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes*. Journal of Nursing Administration, 34(1): 41-45.

McGillis Hall, L. et Doran, D.I. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes: A summary report of the nursing staff mix outcomes study*. Université de Toronto. Extrait le 19 septembre 2003 de www-fhs.mcmaster.ca/nru/documents/web.McGillis%20Hall.pdf, 14 juillet 2005.

McGraw, M.-J. (2002). *Watson's philosophy in nursing practice*. Dans M.R. Alligood, et A. Marriner Tomey (Eds.) *Nursing Theory : Utilization and Application* (pp.97-122). Toronto : Mosby.

Menzies, I.E. (1960). *A case study in the functioning of social systems as a defense against anxiety: a report of a study of the nursing service of a general hospital*. *Human Relations*, 13(2): 101-109.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phenomenology of Perception* (1962), traduction par C. Smith, New York: Humanities Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-01.pdf>, 6 novembre 2006.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux*. Rapport et recommandation du groupe de travail. Gouvernement du Québec.
<http://www.msss.gouv.qc.ca>, 4 mars 2006.

Mitchell, P. Ferketich, S. et Jennings, B. (1998). *Quality health outcomes model*. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 30(1) : 43-46.

Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Masson et Armand Colin Éditeurs.

Mustard, L. (2002). *Caring and competency*. *JONA's Healthcare, Law, Ethics, and Regulation*, 4(2) : 36-43.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S. et coll., (2002). *Nursing staffing levels and the quality of care in hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1720.

Nelson, A. L., (1983). *Correlation of Patient Motivation and Staff Motivation*. *Rehabilitation Nursing*, 8(3): 24-25.

NHS Modernisation Board (2004). *Caring in Many Ways : The NHS Modernisation Board's Annual Report 2004*.
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/26/49/04082649.pdf>, 21 mars 2005.

NHS Modernisation Agency, (2004). *10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery : aguide for NHS leaders*
http://www.content.modern.nhs.uk/NR/rdonlyres/6E0D282A-4896-46DF-B8C7-068AA5EA1121/654/HIC_for_web.pdf, 13 avril 2005.

Nicklin, W., McVeety, J.E. (2002). *Canadian nurses' perceptions of patient safety in hospitals*. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3): 1-11.

Noddings, N. (1984). *Caring a feminine approach to ethics & moral education*. Berkely, CA : University of California Press.

Norman, D. et Bobrow, D. (1975). *On Data limited and Resource limited Processing*. *Cognitive psychology*, 7(1): 44-64.

O'Brien-Pallas, L. (2003). *Canada and Ontario HR trends*. Recherche présentée au conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Ottawa.

O'Brien-Pallas, L., Alknis, C., Wang, S., Birch, S., Tomblin Murphy, G., Roy, F. A., et al. (2003). *Early retirement among RNs: Estimating the size of the problem in Canada*. *Longwoods Review*, 1(4), 2-9.

Oiler Boyd, C. (1993). *Phenomenology: The method*. dans P.L. Munhall & C.O. Boyd (Eds). *Nursing Research: A qualitative approach* (pp. 99-132). New York: National League for Nursing.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2003*. Direction de l'exploitation des données corporatives. Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmières*. Bibliothèque nationale du Québec. Québec.

Osetrov, A.S. (1994). *The social adaptation of patients with the sequelae of craniocerebral trauma*. *ZH Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 94(3): 77-81.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin Éditeur.

Potter, P.A. et Perry, A.G. (2002). *Soins infirmiers* (tome 1). Montréal : Groupe Beauchemin Éditeur ltée.

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur ltée.

Quality Interagency Coordination Task Force-QuIC- (2000). *Doing what Counts for Patient Safety : Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*. Report of the Quality Coordination Interagency Task force (QuIC). Rapport au résident, février. <http://www.quic.gov/report/toc.htm>, 8 mars 2003.

Ray, M.A. (1991). *Phenomenological method for nursing research*. Dans, Summer research conference monograph : Nursing theory, research & practice. Wayne State University College of Nursing (Éd.), Détroit : WSU Press : 163-176.

- Reason, J. (1993). *Organisations, Corporate Culture and Risk*, 22nd IATA Technical Conference, Human Factors in Aviation, New York.
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. British Medical Journal, (320) : 768-770.
- Riegle, B., Carlson, B., Kopp, A. et coll. (2002). *Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure*. Archives of Internal Medicine, 162(6): 705-712.
- Roach, M.S. (1997). *Caring from the Heart, the Convergence of Caring and Spirituality*. Antigonish: Paulist Press.
- Roach, M.S. (1987). *The human act of caring*. Ottawa, Canada: Canadian Hospital Association. Antigonish: Paulist Press.
- Roch, G. et Duquette, A., (2003). *Recadrer le caring dans sa réalité*. Infirmière canadienne, 4(6) : 4-7.
- Santé Canada, (2004). *Fiche documentaire sur Santé Canada et la sécurité des patients*. Gouvernement du Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nrcp/2004/2004_patient_f.html#2, 2 juin 2005.
- Scott, R.A. et Aiken, L.H. (1995). *Organizational aspects of caring*. Milbank Quarterly, 73(1) : 77-96.
- Smeltzer, S. et Bare, B. (1994). *Soins infirmiers Médecines et chirurgie*. Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc.
- Stelfox, H.T., Bates, D.W. et Redelmeier, D.A. (2003). *Safety of Patients Isolated for Infection Control*. Journal of the American Medical Association, 291(14) : 1899-1905.
- Swanson, K.M. (1999). *What is known about caring in nursing science*. Dans, Handbook of Clinical Nursing Research. Hinshaw, A.S., Feetam, S.L., et Shaver, J.L.F. (Éd). Sage: Thousand Oaks, CA, USA : 31-60.
- Swanson, K.M. (1991). *Empirical development of a middle range theory of caring*. Nursing Research, 40(3) : 161.
- Thomas, E.J., Studdert, D.M., Burstin, H.R. et coll. (2000). *Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado*. Medical Care, 28(3): 261-271.
- Tourangeau, A.E., Giovanetti, P., Tu, J.V. et Wood, M. (2002). *Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients*. Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 33(4): 71-88.

Unruh, L. (2003). *Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals*. *Medical Care*, 41(1): 142-152.

Vähäkangas, P., Noro, A. et Björkgren, M. (2006). *Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities*. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1): 29-35.

Van Maanen, J. (sous la dir. de), (1983). *Qualitative Methodology*, Beverly Hills (Californie): Sage.

Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., Mayrand Leclerc, M. et Hamelin-Brabant, L. (2005). *New approaches of organizing care and work : giving way to participation, mobilization and innovation*. *The Health Care Manager*, 24(2) :150-158.

Wanzel, K.R., Jamieson, C.G. et coll. (2000). *Complications on a general surgery service: incidence and reporting. [commentaire]*. *Canadian Journal of Surgery*, 43(2) : 113-117.

Watson, J. et Foster, R. (2003). *The Attending Nurse Caring Model[®]: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice*. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3): 360-365.

Watson, J. (2001). *Jean Watson Theory of Human Caring* dans Parker, M. Nursing theories and practice. Philadelphie: Davis.

Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. Toronto : Churchill Livingstone.

Watson, J. (1997). *The theory of Human Caring : Retrospective and prospective*. *Nursing Science Quaterly*, 10(1) : 49-52

Watson, J. (1988a). *New dimensions of human caring theory*. *Nursing Science Quaterly*, 1(4): 175-181.

Watson, J. (1988b). *Nursing : Human science and human care. A theory of nursing*. (2e édition). New York: National League for Nursing.

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

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

Wilson, R.M.L., Runciman, W.B., Gibbert, R.W. et coll. (1995). *The Quality in Australian Health Care Study*. *The Medical Journal of Australia*. 163(6): 458-471.

Wong, J et Beglaryan, H. (2004). *Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A review of the Research*. Ontario: The Change Foundation.

Wolf, ZR., Giardino, ER., Osborne, PA. et Ambrose, MS. (1994). *Dimensions of nurse caring*. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 26(2): 107-111.

Woolf, S.H. (2004). *Patient Safety Is Not Enough : Targeting Quality Improvements To Optimize the Health of the Population*. *Annals of Internal Medicine*, 140(1): 33-36. <http://www.annals.org/cgi/content/abstract/140/1/33?etoc>, 4 janvier 2004.

ANNEXE A

Facteurs « caratifs » de Watson (1988a, 1988b), tirés de Cara (2002b)

1. *Système de valeurs humanistes et altruistes;*
2. *Croyance-espoir;*
3. *Prise de conscience de soi et des autres;*
4. *Relation thérapeutique d'aide et de confiance;*
5. *Expression de sentiments positifs et négatifs*
6. *Processus de « caring » créatif visant la résolution de problèmes*
7. *Enseignement-Apprentissage transpersonnel;*
8. *Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel;*
9. *Assistance en regard des besoins de la personne;*
10. *Forces existentielles-phénoménologiques- spirituelles.*

ANNEXE B
QUESTIONS INTROSPECTIVES SUR LE *CARING*
Traduction libre de McGraw, (2002: 99)

- Qu'est-ce qui m'a amené à prendre soin?
- Quelle est l'origine de mon approche de *caring*?
- Comment je réussis à répondre à un besoin de *caring* chez un patient?
- Pourquoi j'échoue à répondre à un besoin de *caring* chez un patient?
- Dans quelles circonstances est-il difficile d'avoir une approche de *caring*?
- Comment je fais pour maintenir et élever ma conscience de *caring*?
- Qui prendra soin de moi?

ANNEXE C
BRACKETING DE L'ÉTUDIANTE-CERCHEURE SUR LE PHÉNOMÈNE
ÉTUDIÉ

Préconceptions, croyances et valeurs

Avant même de consulter les écrits scientifiques sur la sécurité des patients, je la conçois comme une activité de base dans le système de santé. Tout système de santé qui se respecte devrait au moins assurer aux patients qui bénéficient de services de soins de santé qu'aucun tort ne leur sera causé pendant leur séjour hospitalier et qu'ils sortiront de l'établissement de santé mieux qu'à leur arrivée. Je conçois que certaines erreurs médicales et certains événements indésirables soient inévitables, étant donné la nature humaine. Par contre, je trouve important que les erreurs soient divulguées aux patients et à leur famille. En ce sens, j'adhère entièrement à l'instauration d'un système ouvert où l'emphase n'est pas mise sur le blâme par rapport à un coupable, mais bien sur la recherche de solutions collectives qui permettent d'éviter de reproduire une erreur. Dans les pistes de solutions collectives, je perçois, en général, comme prometteuses à long terme celles qui se rapportent à l'amélioration des processus de soins; ce sont particulièrement celles qui viseraient, entre autres, à améliorer la vigilance des soignants en milieu clinique et leur conscience professionnelle envers les patients. Cependant, pour ma part, ces objectifs s'avèrent indissociables du degré de soutien que fournissent les organisations à leur personnel à cet égard.

En ce qui me concerne, les soins infirmiers sont conçus comme des soins de santé essentiels où l'aspect relationnel et humain représente un besoin primordial pour le patient. La présence réconfortante de l'infirmière devrait accompagner le patient dans son adaptation face à sa nouvelle condition de santé. Je vois la présence respectueuse et empathique de l'infirmière comme déterminante dans son approche de *caring*. J'adhère aux valeurs véhiculées par la philosophie du *Human Caring* telles que Watson (1979, 1988a, 1988b) la propose, surtout en ce qui a trait au principe « d'éveil de la conscience intentionnelle » ou l'intentionnalité comme la phénoménologie en traite. Cependant, dans la réalité du système de soins, je perçois que l'actualisation de cette philosophie par les infirmières soignantes est un défi. L'organisation des soins comporte certaines

Les personnes qui ont eu un traumatisme crânien, une blessure médullaire, un AVC ou qui ont subi l'amputation d'un membre vivent des bouleversements considérables qui ont souvent des répercussions directes et importantes sur leur famille. Les soins de réadaptation représentent, à mon sens, des soins de santé particuliers qui exigent le soutien constant de toute l'équipe multidisciplinaire auprès du patient et de sa famille. En étant la coordonnatrice des soins qui sont offerts au patient et à sa famille, l'infirmière a souvent l'opportunité et la responsabilité d'orienter la façon dont les soins seront prodigués par l'équipe multidisciplinaire. Par contre, d'après mes observations, l'infirmière ne saisit pas toutes les occasions d'orienter délibérément ces soins vers une approche de *caring* et ne prend pas non plus suffisamment sa responsabilité de démontrer la valeur de cette approche auprès des patients et de leur famille, des autres professionnels et des dirigeants des établissements. Dans l'ensemble, je pense que plus les infirmières feront valoir l'approche de *caring* auprès des patients, plus le système de soins y sera sensibilisé et se montrera réceptif face à ses avantages durables, notamment pour la sécurité des patients.

Expériences de travail

Il m'a été permis de travailler comme infirmière dans des milieux de soins de courte et de longue durée, incluant les soins de réadaptation. Ce qui différencie ces deux milieux, d'après mes observations, est le plus grand éreintement des infirmières oeuvrant dans les soins de longue durée. Les causes peuvent être multiples : patients plus gravement atteints dont l'autonomie est plus déficiente, manque de progrès à court terme de l'état des patients, manque de communication habituelle avec les patients, nécessité de gérer des comportements jugés difficiles (particulièrement chez les personnes âgées). Pourtant, les milieux de soins de longue durée accueillent des personnes peut-être plus fragiles physiquement ou psychologiquement qui bénéficieraient d'autant plus d'une approche de soins guidée par le *caring*; mais, paradoxalement, les infirmières qui y travaillent semblent souvent moins enclines à le pratiquer. Ces observations peuvent être superficiellement vérifiées seulement en consultant les médias qui regorgent de cas

de négligence et de mauvais traitements, et ce, particulièrement envers les clientèles bénéficiant de soins prolongés et chroniques (personnes âgées, personnes atteintes de maladies psychiatriques, personnes handicapées). Bien sûr, il s'agit de cas souvent anecdotiques dont il faudrait vérifier la véracité à la source, mais les faits ont été trop souvent confirmés pour certains d'entre eux. Donc, dans un tel contexte, la notion de sécurité des patients paraît alors très loin des préoccupations de ces milieux de soins, d'où l'importance de la sensibilisation par une approche de *caring*.

Aujourd'hui, comme professeure en science infirmière, j'accompagne, entre autres, des étudiantes-infirmières en stage en milieu clinique; je remarque que celles-ci ont d'emblée une préférence pour les milieux de soins de courte durée où elles veulent faire valoir leurs habiletés techniques. En effet, les techniques associées au savoir-faire sont souvent privilégiées dans les soins au détriment du savoir-être auprès de la clientèle. Malheureusement, ces croyances sont véhiculées très tôt par des infirmières seniors aux étudiantes-infirmières et aux infirmières novices et contribuent en quelque sorte à dénaturer le soin infirmier et à entretenir l'insatisfaction des infirmières au travail. Pour ma part, toute amélioration de la qualité des soins passe fondamentalement par le transfert adéquat des connaissances et doit véhiculer l'importance de l'accomplissement du soin infirmier dans son entièreté. Avec les pénuries cycliques d'infirmières dans le système de santé, je pense que les infirmières de la relève auront de plus en plus à prendre position sur la façon de maintenir l'intégrité de leur pratique professionnelle. L'intégrité de cette pratique détermine alors grandement la qualité des soins offerts aux patients et, par le fait même, a de grandes répercussions sur la sécurité des patients.

ANNEXE D

**QUESTIONNAIRE SOCIO-PROFESSIONNEL DES INFIRMIERS(ÈRES)-
PARTICIPANTS(ES)**

Identification du participant : Part. # _____ **Poste :** _____

Date : _____ / _____ /2005 **Heure :** _____ **Durée de l'entrevue :**

1) Sexe : féminin _____ masculin _____

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- a) entre 19 et 29 ans
- b) entre 30 et 39 ans
- c) entre 40 et 49 ans
- d) entre 50 et 64 ans
- e) 65 ans et plus

3) Quelle est actuellement votre formation académique?

- a) technique infirmière (Cégep)
- b) baccalauréat en sciences infirmières (Université)
- c) études supérieures en sciences infirmières (DESS, maîtrise, doctorat) ou autre discipline (préciser laquelle) _____
- d) autre, préciser _____

4) Quel est le lieu de votre formation académique de base comme infirmier(ère)?

- a) Québec
- b) autre province, préciser _____
- c) autre pays, préciser _____

5) Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmier(ère) (peu importe le poste ou le lieu)?

- a) entre 1 et 3 ans
- b) entre 4 et 8 ans

- c) entre 9 et 15 ans
- d) entre 16 et 24 ans
- e) plus de 25 ans

6) Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmier(ère) soignant(e) en réadaptation? (ou comme infirmier(ère) gestionnaire, selon le cas)

- a) entre 1 et 3 ans
- b) entre 4 et 8 ans
- c) entre 9 et 15 ans
- d) entre 16 et 24 ans
- e) plus de 25 ans

7) Avec quelle clientèle travaillez-vous actuellement?

- a) patients amputés ou ayant eu un AVC
- b) patients ayant eu des blessures médullaires
- c) patients ayant eu un traumatisme crânien
- d) équipe volante
- e) autre, préciser _____

8) Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmier(ère) soignant(e) (ou infirmier(ère) gestionnaire, selon le cas) sur cette unité de soins?

- a) entre 1 et 3 ans
- b) entre 4 et 8 ans
- c) entre 9 et 15 ans
- d) entre 16 et 24 ans
- e) plus de 25 ans

9) Dans quel quart de travail êtes-vous employé(e) sur cette unité de soins ou dans cet établissement?

- a) jour
- b) soir
- c) nuit
- d) en rotation
- e) autre, précisez _____

9) Travaillez-vous: à temps complet _____ à temps partiel (préciser) _____

10) Hormis votre formation académique et la formation en milieu de travail, suivez-vous d'autres formations à l'extérieur de votre milieu professionnel que vous jugez aidantes pour votre approche de *caring* auprès des patients? Non
Oui (préciser) _____

ANNEXE E

GUIDE D'ENTREVUE AUPRÈS DES INFIRMIERS(ES)-PARTICIPANTS(ES)

1. Que signifie le *caring* pour vous?
2. Racontez-moi une expérience de travail où vous avez ressenti avoir eu une approche de *caring* envers un patient...
3. En général, qu'est-ce qui vous aide ou qui vous motive à avoir une approche de *caring* avec les patients?
4. En général, qu'est-ce qui vous empêche d'avoir une approche de *caring* auprès des patients?
5. Comment faites-vous, quelle(s) stratégie(s) utilisez-vous pour avoir une approche de *caring* dans votre milieu de travail?
6. Comment votre milieu de travail vous soutient-il dans votre approche de *caring* auprès des patients?
7. Que signifie la sécurité des patients pour vous?
8. Racontez-moi une expérience de travail où vous avez ressenti promouvoir la sécurité des patients...
9. Racontez-moi comment votre approche de *caring* favorise la sécurité des patients?
10. Comment selon vous, votre approche de *caring* facilite la sécurité dans le cadre de la réadaptation de vos patients?

Ajout de questions émergentes :

11. Quelle est votre appréciation de la collaboration interdisciplinaire dans votre équipe de travail?

12. Que signifient les soins de réadaptation pour vous?

St-Germain, D. (2005)

ANNEXE F
FORMULAIRE D'INFORMATION DESTINÉ AUX PARTICIPANTS(ES)
DE LA RECHERCHE

“La sécurité des patients : la contribution de l’approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation”

➤ Objectif du projet de recherche

Certaines recherches tendent à démontrer que le *caring* infirmier peut améliorer la qualité des soins, mais sa contribution spécifique à la sécurité des patients est encore mal comprise. Compte tenu des besoins particuliers des patients recevant des soins de réadaptation, il est présumé qu’une approche de *caring* pourrait jouer un rôle important dans leur sécurité, mais nous ignorons encore par quelles stratégies cela peut se produire.

Dans ce contexte, la présente étude poursuit l’objectif principal suivant : **décrire et comprendre, d’après votre point de vue, la contribution de votre approche de *caring* à La sécurité des patients recevant des soins de réadaptation.**

Par la présente, vous répondez volontairement à l’appel à tous fait aux infirmiers(ères), par la Direction des Soins infirmiers de votre établissement.

➤ **Vous êtes admissibles à cette étude si vous répondez aux critères suivants :**

- Vous êtes un(e) infirmier(ère) soignant(e) diplômé(e)
- Vous êtes un(e) employé(e) régulier
depuis au moins un an à l’Institut de
réadaptation de Montréal
- Vous voulez nous faire connaître votre
approche de *caring* auprès des patients
- Vous acceptez de signer le formulaire
de consentement de cette recherche

➤ **Nature de votre participation**

Nous aimerions que vous nous accordiez une entrevue d'environ 60 minutes, enregistrée sur magnétophone, qui portera sur votre expérience de *caring*, la sécurité des patients et les soins de réadaptation. Il est à noter que vous aurez à compléter avec l'étudiante-chercheuse un bref questionnaire socio-démographique en début d'entrevue. **Nous prendrons des dispositions avec votre employeur pour que vous ne subissiez aucune perte financière liée à votre participation à cette étude qui se déroulera sur votre lieu de travail.** La date et l'heure de l'entrevue seront fixées à votre convenance après consultation avec votre supérieur immédiat.

➤ **Avantages pouvant découler de votre participation**

Vous ne retirerez pas d'avantages à participer à cette étude. Toutefois, vous contribuerez au développement des connaissances entourant l'approche de *caring* des infirmières et la sécurité des patients dans le système de soins de santé.

➤ **Risques et inconvénient**

Il n'y a aucun risque pour vous à participer à cette étude. Le seul inconvénient consistera à consacrer une heure de votre temps pour passer l'entrevue. En cas d'anxiété ou d'inconfort suite à l'entrevue, un soutien psychologique est prévu au centre d'aide aux employés pour tout participant qui en ressentirait le besoin.

➤ **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude**

Il est entendu que votre participation à cette étude est entièrement libre; votre refus d'y participer ou votre retrait en cours d'entrevue ne vous causera aucun préjudice.

➤ **Clause de responsabilité**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

➤ **Confidentialité**

Votre entrevue avec l'étudiante-chercheuse sera codée de manière à la rendre confidentielle en vous attribuant un pseudonyme. L'étudiante-chercheuse conservera en lieu sûr (sous-clé), à l'Université de Moncton, les entrevues sur CD-ROM et les transcriptions codées de votre entrevue durant une période de cinq ans, à partir de la date d'entrevue, échéance après laquelle

elles seront détruites. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données de recherche. En cas de publications ou de présentations des résultats de cette recherche, rien ne pourra identifier votre participation à celle-ci. Il se pourrait que les résultats de cette recherche puissent servir à des fins d'enseignement, toutefois, votre participation n'y sera en aucun temps identifiée.

➤ **Questions concernant cette étude**

L'étudiante-chercheuse ainsi que toute l'équipe de recherche n'hésiteront en aucun temps à répondre de façon satisfaisante à toutes vos questions concernant cette étude.

➤ **Personnes-ressources**

Si vous voulez participer à cette recherche, veuillez donner votre nom le plus tôt possible à votre supérieur immédiat ou à la Direction des Soins infirmiers de votre établissement.

.Si vous avez des questions à propos de cette étude, vous pouvez contacter :

- **Mme Daphney St-Germain, inf. M.Sc. Étudiante-chercheuse au doctorat en Santé publique, Université de Montréal, Téléphone : (514) 343-6185; (506) 545-3506**
- M. Régis Blais, Ph.D. Directeur de recherche, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Téléphone : (514) 343-5907
- Mme Chantal Cara, Ph.D.
Co-directrice de recherche, Sciences infirmières, Université de Montréal, Téléphone : (514) 343-7414.

Si vous avez des **questions sur vos droits et recours** ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR, au (514) 527-4527, poste 2643** ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

ANNEXE G

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PAGE À CONSERVER PAR L'INFIRMIER(ÈRE)-PARTICIPANT(E)

Titre du projet de recherche: **La sécurité des patients : la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation**

Je comprends la nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, l'absence de risques et les bénéfices que comporte ma participation ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies à mon égard.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je consens à accorder à l'étudiante-chercheuse une entrevue enregistrée sur magnétophone portant sur mon expérience de *caring*, la sécurité des patients et les soins de réadaptation.

Je comprends que je suis libre de me retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice.

Nom de l'infirmier(ère)

Signature de l'infirmier(ère)

Date

Je certifie avoir présenté à l'infirmier(ère) les termes du présent formulaire de consentement.

Nom de l'étudiante-chercheuse

Signature de l'étudiante-chercheuse

Date

*Consigne : Veuillez conserver cette page et les trois précédentes qui décrivent le projet de recherche.

PAGE À CONSERVER PAR L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE

Titre du projet de recherche: **La sécurité des patients : la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation**

Je comprends la nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, l'absence de risques et les bénéfices que comporte ma participation ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies à mon égard.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je consens à accorder à l'étudiante-chercheure une entrevue enregistrée sur magnétophone portant sur mon expérience de *caring*, la sécurité des patients et les soins de réadaptation.

Je comprends que je suis libre de me retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice.

Nom de l'infirmier(ère)

Signature de l'infirmier(ère)

Date

Je certifie avoir présenté à l'infirmier(ère) les termes du présent formulaire de consentement.

Nom de l'étudiante-chercheure

Signature de l'étudiante-chercheure

Date

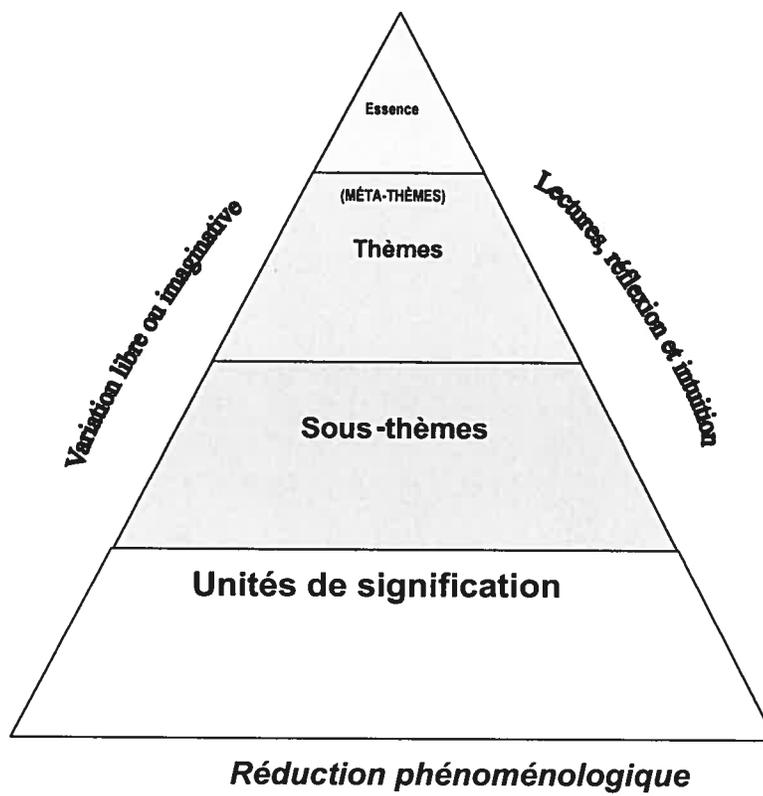
*Consigne : Page à conserver par l'étudiante-chercheure.

ANNEXE H
FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE

Je, soussigné, _____, certifie en date du _____

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit dans le feuillet d'information aux participants(es) ;
- d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

ANNEXE I
ANALYSE DES DONNÉES EN PHÉNOMÉNOLOGIE



Cara, C. (2002b)

ANNEXE J

**FORMULAIRE DE CONFIDENTIALITÉ
de la transcriptrice
des données de recherche**

Titre de la recherche : La sécurité des patients : la contribution de l'approche de *caring* des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation

Je soussigné, _____, _____,
certifie Nom du transcripteur Signature du transcripteur

en date du _____ que je m'engage à respecter en tout temps la stricte confidentialité du contenu des entrevues que j'aurai transcrites par écrit dans le cadre de la recherche mentionnée ci-haut. De plus, ces données seront détruites dans les plus brefs délais après les avoir fait parvenir à l'étudiante-chercheur.

Nom de l'étudiante-chercheur Signature de l'étudiante-chercheur Date

*Page à conserver par l'étudiante-chercheur.