

Université de Montréal

Un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

par Dimitri Létourneau

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en sciences infirmières,
option formation en sciences infirmières

Octobre 2019

© Dimitri Létourneau, 2019

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Cette thèse intitulée

Un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Présentée par

Dimitri Létourneau

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Présidente-rapporteuse

Johanne Goudreau, inf., Ph. D.

Directrice de recherche

Chantal Cara, inf., Ph. D., FAAN

Codirectrice de recherche

Louise Boyer, inf., Ph. D.

Membre du jury

Franco Carnevale, inf., Ph. D.

Examineur externe

Résumé

Des écrits scientifiques mettent en évidence les retombées de l'humanisation et de la déshumanisation des soins pour les patients. Les formateurs et les chercheurs mettent donc à l'essai de nombreuses stratégies pédagogiques prometteuses qui visent à promouvoir l'humanisation des soins. Or, les connaissances portant sur le processus d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » demeurent peu développées.

Cette thèse doctorale présente une étude phénoménologique qui visait à élaborer un modèle cognitif de l'apprentissage (MCA) de la compétence « agir avec humanisme », à partir de l'expérience vécue d'apprentissage d'étudiantes infirmières et de diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences, et à identifier les indicateurs de développement s'y rattachant. L'étude a été orientée par une perspective conceptuelle intégrant les sciences infirmières, soit le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM (MHSI-UdeM) développé par Cara et al. (2016), et les sciences de l'éducation, soit la conception du développement des compétences de Tardif (2006). La philosophie humaniste, à la base du MHSI-UdeM, a été approfondie et analysée à la lumière de cinq conceptions infirmières. Une analyse du MHSI-UdeM selon la méthode de Chinn et Kramer (2018) a également été réalisée.

La phénoménologie interprétative de Benner (1994), ancrée dans les référents philosophiques d'Heidegger (1927/2008), a été privilégiée. Les participantes ($n = 26$), des étudiantes et des infirmières, ont été recrutées dans six groupes en fonction de leur progression universitaire et professionnelle. Des entrevues individuelles ont été conduites puis les récits recueillis ont été transcrits et analysés selon une opérationnalisation de la perspective phénoménologique de Benner (1994).

Le MCA de la compétence « agir avec humanisme » a été décliné en cinq niveaux de développement suivants : 1) conscientisation à l'humanisation des soins, 2) appropriation d'habiletés de communication investies dans une approche humaniste, 3) conciliation d'un idéal de pratique humaniste aux responsabilités de l'infirmière clinicienne, 4) intégration d'une approche humaniste dans l'ensemble des soins et 5) maîtrise d'une approche humaniste dans l'environnement de travail. D'autres résultats ont montré qu'un développement de la compétence « agir avec humanisme » commençait avant les études en sciences infirmières et qu'il était différent d'une étudiante à l'autre.

Les résultats ont aussi mis en évidence des leviers et des contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme », résidant à la fois dans les institutions d'enseignement et les établissements de santé. Il y avait notamment la présence de modèles de rôle humanistes et d'environnements qui promeuvent l'humanisation des soins, ainsi que la surcharge de travail qui l'entrave. Les participantes ont aussi énoncé des recommandations visant à optimiser le développement de la compétence « agir avec humanisme » qui se sont avérées fortement cohérentes avec les leviers et les contraintes identifiées.

Des retombées pour les cinq domaines de la pratique infirmière découlent de cette étude et offrent certaines pistes qui pourraient favoriser le développement de la compétence « agir avec humanisme ». L'une d'elles vise à harmoniser l'entrée dans la profession infirmière après la formation, une période charnière où le développement de la compétence « agir avec humanisme » s'est avéré être le plus vulnérable.

Mots clés

Humanisme, *caring*, humanisation des soins, discipline infirmière, compétence, modèle cognitif de l'apprentissage, approche par compétences, phénoménologie, formation infirmière, Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM.

Abstract

Several papers illustrate the outcomes of humanization and dehumanization of care for patients. Educators and researchers are testing many promising educational strategies aimed at promoting humanization of care. However, little is known about the development of the “humanistic caring” competency.

This thesis presents a phenomenological study aimed at elaborating a cognitive learning model (CLM) of the “humanistic caring” competency, from the lived experiences of nursing students and graduates of a competency-based program, and to identify related developmental indicators. A conceptual perspective combining nursing, the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM (HMNC-UdeM) developed by Cara et al. (2016), and education, a conception about competency development (Tardif, 2006), oriented the study. The humanistic philosophy at the roots of the HMNC-UdeM was scrutinized and analyzed in the context of five conceptual models. An analysis of the HMNC-UdeM, based on Chinn and Kramer’s method (2018), was also carried out.

Benner’s (1994) interpretive phenomenology, grounded in the philosophical foundations of Heidegger (1927/2008), was used as the study methodology. The participants ($n = 26$), students and nurses, were recruited into six groups based on their progression in the education program and their clinical experience. Individual interviews were conducted, and the stories collected were transcribed and analyzed according to an operationalization of Benner’s (1994) phenomenological perspective.

The CLM of the “humanistic caring” competency comprised five developmental stages: 1) conscientization to humanization of care, 2) assimilation of communication skills integrated in a humanistic approach, 3) reconciliation of an ideal of humanistic practice with the responsibilities of a nurse, 4) integration of a humanistic approach in nursing care, and 5) mastery of a humanistic approach in the work environment. Other results showed that a development of “humanistic caring” began before studying nursing and that it was different from one student to another.

The results also highlighted facilitators and constraints to the development of “humanistic caring” residing in both educational institutions and healthcare facilities. These included the presence of humanistic role models and environments that promote humanization of care, and the work overload, that impedes it. The participants also suggested recommendations aimed at

optimizing the development of "humanistic caring", and these were highly consistent with the aforementioned facilitators and constraints.

Implications for the five domains of practice emerge from this study and offer some avenues that could promote the development of "humanistic caring". One of them is to facilitate the entry into the nursing profession after graduation, a turning point where the development of "humanistic caring" has proven to be the most vulnerable.

Keywords

Humanism, caring, humanization of care, discipline of nursing, competency, cognitive learning model, competency-based approach, phenomenology, nursing education, Humanistic Model of Nursing Care – UdeM.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des tableaux	xv
Liste des figures	xvi
Liste des abréviations, acronymes et sigles.....	xvii
Remerciements	xix
Chapitre 1 : problématique	1
Problématique	2
But	9
Questions de recherche	9
Chapitre 2 : recension des écrits et perspective conceptuelle.....	11
Section 1 : philosophie humaniste et humanisation des soins infirmiers.....	13
Introduction à l'article I	13
Apport de l'étudiant-chercheur à l'article I.....	14
Article I : Humanizing nursing care: An analysis of caring theories through the lens of humanism	14
Abstract	14
Keywords	14
Introduction.....	14
The Origins of Humanism: Renaissance and Enlightenment Movements	16
Humanistic Philosophies.....	19
Martin Buber: I–Thou Relationship.....	19
Carl R. Rogers: Person-Centered Approach	19
Milton Mayeroff: Ingredients of Caring	20
Humanism in Nursing	22
Josephine G. Paterson and Loretta T. Zderad: Humanistic Nursing.....	23
Jean Watson: Human Caring	24
M. Simone Roach: Caring Attributes, the Six C's.....	25
Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: Nursing as Caring	26

Chantal Cara et al.: The Humanistic Model.....	27
Conclusion	27
Author Note	28
Retombées de l’humanisation et de la déshumanisation des soins pour les patients .	31
Humaniser les soins en tant qu’exigence à la pratique infirmière	32
Section 2 : « agir avec humanisme », une compétence à développer	34
Conception sur le développement des compétences	34
Concept de compétence	34
Intégrateur	35
Combinatoire.....	35
Développemental	36
Évolutif	36
Contextuel.....	36
Approche par compétences	37
Modèle cognitif de l’apprentissage et apprentissage critique	37
Indicateur de développement	38
Modèles cognitifs de l’apprentissage de compétences infirmières	38
Développement de la compétence « agir avec humanisme ».....	41
Section 3 : leviers et contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme »	43
.....	43
Méthode de repérage des écrits.....	43
Leviers au développement de la compétence « agir avec humanisme ».....	45
Stratégies pédagogiques.....	45
Auprès des étudiantes	45
Principaux constats pertinents.....	50
Auprès des infirmières	52
Principaux constats pertinents.....	55
Présence de modèles de rôle humanistes	56
Auprès des étudiantes	57
Auprès des infirmières	58
Synthèse critique.....	59
Humanisation de la culture organisationnelle.....	60
Auprès des étudiantes	60

Auprès des infirmières	61
Synthèse critique.....	64
Contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme »	65
Cultures organisationnelles incohérentes.....	65
Auprès des étudiantes	65
Auprès des infirmières	67
Synthèse critique.....	70
Surcharge de travail	71
Auprès des étudiantes	71
Auprès des infirmières	72
Synthèse critique.....	73
Fatigue de compassion.....	75
Auprès des étudiantes	75
Auprès des infirmières	76
Synthèse critique.....	78
Bilan des constats dégagés dans les sections 1, 2 et 3	79
Section 4 : perspective conceptuelle de l'étude	80
Introduction à l'article II.....	80
Apport de l'étudiant-chercheur à l'article II	81
Article II : Description and critical reflection of a humanistic model of nursing care	81
Abstract	81
Keywords	82
Introduction.....	82
Background of the HMNC-UdeM	82
Method	83
Sample.....	84
Conceptual model description.....	84
Purpose of the conceptual model	84
Concepts of the conceptual model	85
Definitions of the conceptual model	88
Relationships in the conceptual model	91
Structure of the conceptual model	92
Assumptions of the conceptual model	96

Critical reflection	97
Clarity of the conceptual model.....	97
Semantic clarity	97
Semantic consistency.....	98
Structural clarity	98
Structural consistency	99
Simplicity of the conceptual model	99
Generality of the conceptual model	99
Accessibility of the conceptual model	99
Importance of the conceptual model.....	100
Strength and limitations	100
Conclusion	101
Conflict of interests and acknowledgement.....	101
Perspective conceptuelle intégratrice.....	101
Chapitre 3 : approche méthodologique.....	104
Devis de recherche	105
Référents philosophiques	106
Considérations ontologiques.....	106
Considérations épistémologiques.....	108
Déroulement de l'étude	110
Milieux de l'étude	110
Recrutement des participantes	111
Critères d'inclusion.....	112
Nombre de participantes	113
Stratégies de recrutement.....	114
Recrutement	114
Recrutement des étudiantes.....	115
Recrutement des infirmières	116
Collecte des données.....	118
Questionnaire sociodémographique.....	118
Entrevue individuelle.....	118

Journal réflexif.....	120
Analyse des données	120
Phase 1 : lignes directrices de recherche.....	123
Phase 2 : nomination, préoccupations centrales, exemplaires, cas paradigmatiques et résumés interprétatifs individuels	123
Nomination	123
Préoccupation centrale	125
Exemplaire	126
Cas paradigmatique.....	126
Résumé interprétatif individuel.....	126
Phase 3 : significations communes	127
Phase 4 : interprétations finales	127
Phase 5 : dissémination de l'interprétation	128
Critères de qualité	130
Authenticité.....	131
Crédibilité	131
Attitude critique	131
Intégrité	132
Considérations éthiques	132
Chapitre 4 : résultats.....	134
Section 1 : modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »	136
Introduction à l'article III.....	136
Apport de l'étudiant-chercheur à l'article III	136
Article III : Humanistic caring, a nursing competency: Modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses	136
Abstract	136
Keywords	137
Introduction and background	137
Competency development and cognitive learning model.....	137
Method	138
Ethical Considerations	139

Setting.....	139
Recruitment of Participants.....	139
Data Collection	140
Data Analysis	140
Study's Rigor	142
Findings.....	142
Stage 1: Conscientization to Humanization of Care	143
Stage 2: Assimilation of Communication Skills Integrated in a Humanistic Approach.....	145
Stage 3: Reconciliation of an Ideal of Humanistic Practice with the Responsibilities of a Nurse	147
Stage 4: Integration of a Humanistic Approach in Nursing Care	148
Stage 5: Mastery of a Humanistic Approach in the Work Environment ...	150
Discussion	154
Study Limitations.....	156
Conclusion	157
Section 2 : leviers et contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme »	158
Introduction à l'article IV	158
Apport de l'étudiant-chercheur à l'article IV	159
Article IV : Facilitating and hindering experiences to the development of humanistic caring in the academic and clinical settings: An interpretive phenomenological study with nursing students and nurses.....	159
Abstract	159
Keywords	159
Introduction.....	159
Background	160
Method	161
Ethical Considerations	162
Setting	162
Sample.....	162
Data Collection	164
Data Analysis	164
Findings.....	164

Learning From Humanistic and Caring Role Models or Dehumanizing Counterexamples.....	165
Learning in Environments in Which Humanistic Caring Is Exalted or Trivialized	166
Learning From Communication-Related Courses and Patient Storytelling.....	167
Learning to Cope With Work Overload.....	167
Discussion	168
Limitations	171
Conclusion	171
Conflicts of Interest and Acknowledgments.....	172
Section 3 : autres résultats.....	172
Dispositions naturelles à agir avec humanisme	173
Expériences antérieures à la formation en sciences infirmières	174
Constats dégagés des expériences antérieures	177
Recommandations des participantes	178
Constats dégagés des recommandations des participantes	183
Chapitre 5 : discussion	185
Apport empirique	186
Prédispositions humanistes et développements antérieurs à la formation	188
Évolution de l'idéal de pratique pendant le développement de la compétence « agir avec humanisme »	189
Émergence d'un désillusionnement en présence d'un écart idéal-réalité	192
Liens entre le développement de la compétence « agir avec humanisme » et d'autres compétences	193
Manifestations de l'art infirmier chez les infirmières expérimentées.....	197
Modèles de rôle et environnements humanistes pour développer la compétence « agir avec humanisme »	198
Contribution de la compétence « agir avec humanisme » à la satisfaction et au sens au travail	200
Apport philosophique et conceptuel.....	201
Apport méthodologique	203
Limites et forces de l'étude	205
Retombées de l'étude	209

Pour la pratique	209
Pour la recherche.....	211
Pour la gestion.....	212
Pour la formation	214
Pour le politique	217
Conclusion.....	218
Références	221
Appendice A : preuves de soumission des articles II et IV et d'acceptation de l'article III..	265
Appendice B : lettres d'invitation destinées aux étudiantes (version 3) et aux infirmières (versions 3 et 4).....	271
Appendice C : coupon-réponse destiné aux étudiantes.....	275
Appendice D : fiche synthèse de l'étude doctorale (versions 2 et 3)	277
Appendice E : annonces affichées sur les babillards (versions 1, 2 et 3) et publiées sur l'intranet (versions 1, 2 et 3).....	280
Appendice F : questionnaires sociodémographiques destinés aux étudiantes et aux infirmières	287
Appendice G : guide d'entrevue.....	290
Appendice H : extraits du journal réflexif.....	293
Appendice I : exemple de résumé des préoccupations centrales	305
Appendice J : exemple de résumé interprétatif de groupe	324
Appendice K : approbations éthiques.....	340
Appendice L : reconnaissance de l'approbation éthique.....	355
Appendice M : formulaires d'information et de consentement pour les étudiantes (version 4) et les infirmières (version 4).....	357
Appendice N : document remis aux trois experts en modèles cognitifs de l'apprentissage ..	370
Appendice O : modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » en français	395

Liste des tableaux

Tableaux

1	Synthèse des stratégies pédagogiques étudiées chez les étudiantes.....	46
2	Synthèse des stratégies pédagogiques étudiées chez les infirmières.....	53
3	Nombre de participantes selon les groupes	113
4	Stratégies et interventions de recrutement	114

Article II

1	Chinn and Kramer's (2018, p. 201, 203) questions	84
2	Concepts in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM.....	87
3	Major concept definitions in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM.....	89
4	Examples of humanistic attitudes and behaviours (Cara et al., 2016; Cara et al., 2015)	91
5	Nature of several relationships in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM	91
6	Implicit assumptions in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM.....	96

Article III

1	Sociodemographic characteristics of participants (n = 26)	139
2	Concretization of Benner's phenomenological data analysis in five phases	141
3	Critical milestones and developmental indicators of stage 1	143
4	Critical milestones and developmental indicators of stage 2	145
5	Critical milestones and developmental indicators of stage 3	147
6	Critical milestones and developmental indicators of stage 4	148
7	Critical milestones and developmental indicators of stage 5	150

Article IV

1	Sociodemographic characteristics of participants (n = 26)	163
---	---	-----

Liste des figures

Figures

1	Représentation de l'analyse des données	122
2	Expériences antérieures à la formation	175
3	Recommandations des participantes	179

Article I

1	Summary of Humanistic Concepts.....	30
---	-------------------------------------	----

Article II

1	Humanistic Model of Nursing Care – UdeM (Cara & Girard, 2013)	86
2	Network of relationships in the HMNC-UdeM, translated and adapted from the synopsis (Cara et al., 2015).....	95

Article III

1	Illustration of a cognitive learning model of the “humanistic caring” competency	153
---	--	-----

Liste des abréviations, acronymes et sigles

APC	Approche par compétences
DEC	Diplôme d'études collégiales
FSI	Faculté des sciences infirmières
FSI-UdeM	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
IND	Infirmière nouvellement diplômée
MCA	Modèle cognitif de l'apprentissage
MHSI-UdeM	Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM
RCI	Raisonnement clinique infirmier
UdeM	Université de Montréal

*À Mesdames Sandrine Rossi et Josianne Rey,
deux enseignantes remarquables qui ont
soutenu mon potentiel dans une
grande période d'adversité.*

Remerciements

J'ai décidé d'entreprendre des études supérieures lorsque j'étais étudiant au baccalauréat en sciences infirmières. Certaines de mes amitiés les plus proches me disaient d'ailleurs, à la blague, que j'allais un jour obtenir un « Ph. D. en *caring* » sous la supervision de la Professeure Chantal Cara, laquelle nous accompagnait alors dans nos apprentissages de la discipline infirmière. J'ai commencé ma maîtrise avec un tout autre projet sous la supervision de la Professeure Johanne Goudreau. Ce n'est qu'au passage accéléré au doctorat que j'ai renouvelé mon intérêt envers la compétence qui m'habitait déjà dans mes études de premier cycle, la compétence « agir avec humanisme ». Il semble que la prédiction de mes collègues du baccalauréat se soit finalement concrétisée dans le cadre de mes longues études doctorales. En rétrospective, ce fut sept années de travail, de remises en question, de rencontres avec de grands érudits ainsi que de projets de recherche et d'enseignement diversifiés qui ont mené à l'aboutissement de cette thèse. Je demeure convaincu que cet aboutissement n'aurait pas eu lieu sans le soutien, l'écoute et la confiance manifestés par de nombreuses personnes ayant jalonné mon parcours. Ce sont ces personnes envers qui j'éprouve de la gratitude et à qui je souhaite offrir mes remerciements.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes directrices de recherche, les Professeures Johanne Goudreau et Chantal Cara, qui m'ont accompagné pendant ces dernières années. Je suis incommensurablement honoré et privilégié d'avoir été sous la direction de ces deux professeures, qui, je dois le souligner, sont demeurées à mes côtés dans « les hauts et les bas » de mon doctorat. J'ai aussi bénéficié de leur rétroaction offerte dans le plus grand respect, de laquelle je retire d'innombrables apprentissages personnels et professionnels. Je leur manifeste également mon appréciation pour leur ouverture dont elles ont fait preuve l'une envers l'autre dans ce parcours doctoral. Je profite de cette tribune pour leur témoigner ma reconnaissance pour le respect de mon désir à maintenir ma pratique clinique tout au long de mon doctorat.

Johanne, je vous suis redevable d'avoir cru en moi, de m'avoir fait confiance et de m'avoir ouvert la voie à de nombreuses opportunités de recherche, d'enseignement et de projets facultaires. Merci pour votre pragmatisme éclairant lorsque je m'attardais à des détails futiles et que je perdais de vue « l'essentiel ». Je vous remercie également d'avoir choisi les mots justes lorsque j'ai fait face aux déceptions et défis qui ont marqué mon doctorat, ils m'ont fait un grand bien, vraiment. J'ai beaucoup appris de votre « lunette pédagogique » de chercheuse au regard de la portée des résultats de la présente thèse pour la formation infirmière. Je suis d'ailleurs convaincu que les

expériences que vous avez mises sur mon parcours m'ont aidé à mieux cerner les enjeux pédagogiques résidants au sein d'une faculté, des atouts qui me seront certainement utiles pour la suite.

Chantal, vous avez été un modèle de rôle humaniste lors de mes études de baccalauréat. J'ai été privilégié de pouvoir accompagner des étudiantes à la maîtrise avec vous et j'ai beaucoup appris de vous dans cette expérience. Je garderai en mémoire votre soutien indéfectible et je demeurerai certainement inspiré de votre approche lorsque j'aurai à accompagner des étudiantes à nouveau. Je vous suis également redevable d'avoir facilité mon parcours universitaire, vous n'avez pas raté une occasion de me présenter à des chercheuses chevronnées et théoriciennes de la discipline : ces liens professionnels me suivront sans doute pour ma carrière. Je tiens aussi à vous remercier pour votre rigueur et votre disponibilité d'exception, mais par-dessus tout, d'avoir expressément souligné mon potentiel tout au long de ma progression au doctorat.

Je ne pourrais passer sous silence le soutien que j'ai reçu des membres de ma famille. À mes parents, Annie Létourneau et Harold Aspirot, ma sœur Isabelle Aspirot et mon frère Ludovic Létourneau-Aspirot, merci d'avoir eu foi en moi jusqu'à la fin. J'ai été très touché que vous soyez tous fiers que je m'aventure dans des études doctorales, d'autant plus que vous avez maintenu votre intérêt pour cette thèse jusqu'à ce qu'elle soit déposée. Je tiens par ailleurs à remercier Jay Arora qui a traversé ma vie pendant mes premières années au doctorat. Je lui suis reconnaissant de ses encouragements, de son écoute et de sa patience à corriger la qualité de mon anglais. À Christopher Khuon-Savath, merci d'être apparu sur ma route et d'avoir été présent et soutenant pendant ce dernier grand droit de mon doctorat. En dépit du fait que la toute fin de ce parcours ait été plus pénible en raison du regrettable incendie, tu as su être compréhensif et indulgent à mon endroit. J'en avais réellement besoin afin de bien mener à terme ce projet d'envergure.

Mon appréciation se tourne aussi vers mon précieux cercle d'amies qui m'ont suivi et soutenu durant diverses épreuves. À Dencia Jean-Paul, je tiens à te remercier pour ton écoute caractéristique, ta présence continue et tes encouragements à terminer ma thèse. Je me considère tellement privilégié d'avoir une personne aux qualités humaines comme toi dans mon entourage. À Justine De Monteiro, merci d'avoir doublé ta présence lorsque la vie m'a offert ses citrons les plus amers. Cela m'a aidé à me relever, à regarder devant et à me concentrer de nouveau vers mes études doctorales. À Cynthia Robert, tes encouragements répétés et ton admiration que tu as manifestée dès le tout début ont alimenté mon désir de terminer mon doctorat. Je te suis

reconnaissant des nombreux « moments de gratitude » passés ensemble, très souvent avec un « petit verre de vin ». Ces moments, hors de la vie universitaire, ont contribué à ressourcer mon esprit afin que je puisse replonger dans mes études. À Laurence Ha, merci d'avoir été ma consœur de réflexions existentielles et de projets facultaires. Je te suis redevable de m'avoir partagé tes craintes, tes doutes et tes astuces pendant que nous étions tous les deux doctorants : ceci m'a été profitable afin de prendre des décisions mieux éclairées, et bien souvent, plus stratégiques. Plusieurs de mes accomplissements résultent de l'aide inestimable que Laurence n'a jamais hésité à m'offrir à de nombreux moments-clés pendant mon doctorat et je lui en suis très reconnaissant. Merci, Laurence, de m'avoir aidé à croître comme être humain, je constate que j'ai tellement appris de toi au regard du fonctionnement universitaire et de « la vie » en général.

À l'Hôpital général juif, j'aimerais remercier tout spécialement mes amies Sandrine Chauveau-Sauvé et Anne-Julie Vézina, lesquelles constituent mon équipe rêvée d'infirmières cliniciennes. Merci, Sandrine et Anne-Julie, d'avoir pris des nouvelles de mon doctorat et de m'avoir encouragé ces dernières années. Vous m'avez « bouleversé » toutes les fois où vous m'avez manifesté votre admiration et que vous avez souligné la qualité de mon accompagnement humaniste auprès des patients. J'éprouve beaucoup de gratitude envers le privilège d'exercer la profession infirmière à vos côtés. À mes nombreuses collègues infirmières qui humanisent les soins dans le contexte actuel de pratique, je vous remercie. Vous êtes inspirantes et me montrez que l'humanisation des soins est possible. C'est d'ailleurs pour cette raison que vos noms ont servi de pseudonymes aux participantes à cette étude doctorale. Par le fait même, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers mes infirmières-chefs, Mesdames Cania Vincelli et Sophie-Line Kettenbeil, lesquelles ont toutes les deux facilité la poursuite de mes études doctorales en acceptant de réduire, lorsque possible, mes journées de travail.

Je remercie Martin Charette, Stéphanie Dollé, Patrick Lavoie, Sébastien Colson et Fiona Hanley, mes collègues au doctorat qui ont partagé leurs réflexions et rétroactions constructives en lien avec mon étude doctorale. Il m'importe également de remercier mes professeures au doctorat, les membres du comité de l'examen général de doctorat ainsi que du jury de la présente thèse. Merci aux Professeures Sylvie Gendron, José Côté, Marie Alderson, Sylvie Cossette et Jacinthe Pepin. Vous avez enrichi les maintes réflexions qui ont émergé de cette étude doctorale, en plus de contribuer à mon développement sur le plan de la recherche et de la formation en sciences infirmières. Il y a beaucoup de vous dans la personne que je suis devenue au fil de ces années. Je

désire préciser mes remerciements envers les Professeures Sylvie Gendron et Jacinthe Pepin qui ont pris le temps de me rencontrer à maintes reprises et de prendre de mes nouvelles pendant mon parcours doctoral. Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers les Professeures Louise Boyer et Francine Ducharme pour la rétroaction qu'elles m'ont offerte lors de mon examen général de doctorat. Vous m'avez amené à clarifier la philosophie humaniste et m'avez proposé d'en faire un manuscrit qui est maintenant publié. De surcroît, vous avez soulevé des questions qui m'ont permis de préciser de nombreux aspects entourant cette étude doctorale. Il m'importe enfin de souligner mon appréciation envers les Professeures Anne Bourbonnais et Louise Boyer ainsi que le Professeur Franco Carnevale, lesquels sont membres du jury de la présente thèse. Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à me lire et des commentaires que vous me ferez. Je suis convaincu qu'ils me seront profitables et qu'ils me permettront d'approfondir mes réflexions.

De nombreuses personnes ont facilité la concrétisation de cette étude doctorale et je souhaite leur offrir mes remerciements. Merci à Mesdames Nathalie Folch et Jennifer Pierre du centre hospitalier, Monsieur Mohammed Haj Abbad, les Professeures Marilyn Aita, Laurence Bernard et Louise-Andrée Brien de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour avoir facilité le recrutement des participantes. Je suis reconnaissant du travail exemplaire réalisé par Jolianne Bolduc à titre d'assistante de recherche dans cette étude doctorale : merci de m'avoir épaulé dans le recrutement. Je désire exprimer mes remerciements à Madame Lorraine Lafontaine-Asmar qui a retranscrit le contenu des entrevues de manière impeccable.

Je tiens également à remercier les Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQ-SC), le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), le Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), l'Hôpital général juif, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, ainsi que l'Équipe FUTUR qui m'ont octroyé des bourses de recherche et d'excellence. J'aurais sans doute eu de grandes difficultés à me consacrer à temps complet dans mes études sans le soutien financier de ces organismes subventionnaires.

Mes remerciements vont à chacune des étudiantes et des infirmières qui ont accepté de me raconter leurs récits. Plusieurs d'entre vous m'ont partagé des expériences très personnelles qui m'ont fait réaliser la confiance que vous m'accordiez dans les entrevues : je me considère comme privilégié pour cette raison. Aux experts qui m'ont offert leur regard externe sur le modèle cognitif

de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme », je vous remercie également pour votre générosité d'avoir partagé vos commentaires judicieux.

Mes derniers remerciements vont à Mesdames Sandrine Rossi et Josianne Rey, à qui je dédie cette thèse. Mesdames Rossi et Rey ont respectivement été mes enseignantes de chimie et de littérature pendant mes études collégiales. Toutes les deux ont donné beaucoup d'elles-mêmes afin de soutenir ma réussite et m'ont gracieusement rencontré à d'innombrables reprises. Même si je présentais de sérieuses difficultés d'apprentissage, elles n'ont jamais baissé les bras et m'ont toujours donné l'impression qu'elles croyaient en mon potentiel. Madame Rossi, merci pour l'empathie que vous m'avez manifestée, vous m'avez donné le goût de revenir à vos cours malgré le contexte hostile. Madame Rey, je vous dois l'amélioration de la qualité de mon français, elle ne pourrait être ce qu'elle est aujourd'hui sans le travail que vous avez réalisé avec moi. Je vous remercie toutes les deux, votre accompagnement et votre engagement ont laissé une empreinte positive qui continuera à m'habiter lorsque je serai en contact avec des étudiantes en difficulté.

Chapitre 1 : problématique

Problématique

Même si la pratique infirmière a considérablement évolué depuis l'impulsion de Florence Nightingale (1860), les racines humanistes d'origine ont traversé les époques et se maintiennent encore aujourd'hui au cœur des sciences infirmières (Brown, 2011; Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017; Straughair, 2012a, 2012b). Il importe de souligner que, pour les patients, l'humanisation des soins¹ demeure essentielle, et ce, dans la plupart des contextes de soins (Cantrell & Matula, 2009; Cox, 2012; Dewar & Nolan, 2013; Ferguson, Ward, Card, Sheppard, & McMurtry, 2013; Finch, 2006; Griffiths, Speed, Horne, & Keeley, 2012; Merrill, Hayes, Clukey, & Curtis, 2012; O'Reilly, Avoine, Cara, & Brousseau, 2010a, 2010b; Ogugu, Odero, Ong'any, & Wagoro, 2015; Papastavrou, Efstathiou, & Charalambous, 2011; Papastavrou et al., 2012; Rchaidia, de Casterlé, De Blaeser, & Gastmans, 2009; Smith, Dewar, Pullin, & Tocher, 2010; van der Cingel, 2011). Il n'est donc pas surprenant que plusieurs travaux de recherche (Dingman, Williams, Fosbinder, & Warnick, 1999; Larson, 2004; Palese et al., 2011; Rafii, Hajinezhad, & Haghani, 2009; Wolf, Miller, & Devine, 2003; Yeakel, Maljanian, Bohannon, & Coulombe, 2003) révèlent une corrélation positive entre la satisfaction des patients au regard des soins reçus et l'approche humaniste des infirmières².

Dans la discipline infirmière, cette approche est dite humaniste (Delmas, O'Reilly, Iglesias, Cara, & Burnier, 2016; Khademi, Mohammadi, & Vanaki, 2017; O'Reilly, Cara, & Delmas, 2016), de *caring* (Cara, 1999; Graber et al., 2012), empreinte d'empathie (Campbell-Yeo, Latimer, & Johnston, 2008), ou de compassion (Curtis, 2014; Dewar & Nolan, 2013). Bien que ces concepts soient différents et interdépendants (Richardson, Percy, & Hughes, 2015), ils font souvent référence à la même « approche ». Cette approche humaniste est d'ailleurs mise en évidence dans la plupart des profils de compétences et standards de pratique des étudiantes ainsi que des infirmières, et ce, à l'échelle internationale (American Nurses Association, 2015; Canadian Association of Schools of Nursing, 2015; Leroy, 2008; Nursing & Midwifery Council, 2018; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2016; Parent et al., 2006). Les cursus de formation qui prennent appui sur ces profils et standards ont ainsi la possibilité d'amener leurs étudiantes à

¹ Les expressions « humanisation des soins » et « soins humanistes » sont synonymes et correspondent à la résultante de l'exercice de la compétence « agir avec humanisme » dans la pratique clinique des infirmières.

² Afin d'alléger le texte et de refléter la prépondérance féminine dans la profession infirmière, l'usage du féminin englobe ici le masculin.

humaniser les soins à partir de stratégies pédagogiques variées. À l'heure actuelle, un des défis fréquemment rencontrés par des formateurs consiste à préparer les étudiantes à assumer les rôles et responsabilités de l'infirmière contemporaine tout en développant une identité professionnelle empreinte d'humanisme (Curtis, Horton, & Smith, 2012). Il est d'autant plus difficile pour les formateurs d'y parvenir puisque les études sont peu nombreuses à documenter l'apprentissage de cette dimension des soins infirmiers (Durkin, Gurbutt, & Carson, 2018; Logan, 2017).

Pourtant, la déshumanisation des soins par les infirmières est considérablement soulignée dans bon nombre d'écrits depuis près de 30 ans (Attree, 2001; Avoine, 2012; Francis, 2013; Halldórsdóttir, 1991, 2008; Halldórsdóttir & Hamrin, 1997; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Karlsson, Bergbom, von Post, & Berg-Nordenberg, 2004; Mackintosh, 2006; Murphy, Jones, Edwards, James, & Mayer, 2009; O'Reilly, Cara, Avoine, & Brousseau, 2011; Pearcey, 2010; Reader & Gillespie, 2013; Söderman, Rosendahl, & Sällström, 2018; Wiman & Wikblad, 2004; Wolf, 2012). Cette déshumanisation peut correspondre à une attitude désintéressée de l'infirmière envers les patients (Wiman & Wikblad, 2004), mais elle peut également s'étendre jusqu'au manque de respect de leur dignité humaine (Rees, Monrouxe, & McDonald, 2015). Ainsi, 140 000 plaintes ont été déposées par des patients aux établissements de santé britanniques au cours des années 2006 et 2007 (Goodrich & Cornwell, 2008). Sur ce nombre, 7500 plaintes ont été investiguées par des commissaires parce qu'elles n'avaient pas été résolues à l'interne des établissements. Les commissaires de cette enquête ont souligné que la nature de 30 % de ces plaintes non résolues concernait spécifiquement les habiletés relationnelles d'infirmières et leurs capacités à respecter la dignité humaine des patients. C'est dans la foulée de ces résultats qu'une enquête nationale indépendante a été lancée au Royaume-Uni dont l'une de ses conclusions portait sur le manque de compassion des soignantes, principalement les infirmières (Francis, 2013). Cette conclusion était d'un tel sérieux qu'elle a engendré une campagne d'actions politiques et de recherches intitulée *Compassion In Practice* (Dewar, 2013). Au Québec, les rapports annuels des nombreuses commissaires locales aux plaintes et à la qualité des services ne permettent pas de cibler les problématiques qui concernent uniquement les relations interpersonnelles des infirmières. Cependant, des statistiques des cinq dernières années montrent qu'entre 19 et 23 % des dossiers d'enquête disciplinaires d'infirmières québécoises portent exclusivement sur la relation qu'elles entretiennent avec leurs patients (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014, 2015, 2016,

2017, 2018b). Ces écrits contribuent à mettre en évidence les pratiques déshumanisantes des infirmières.

Or, il existe également un corpus de connaissances qui en révèle les conséquences pour les patients. En effet, la déshumanisation des soins peut engendrer de la souffrance (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin, & Eriksson, 2004; Berglund, Westin, Svanström, & Sundler, 2012), du découragement (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996), un sentiment d'aliénation (Svanström, Sundler, Berglund, & Westin, 2013), l'impression de représenter un être humain peu ou pas important (Karlsson et al., 2004), de la perte de confiance ainsi qu'un déclin du pouvoir d'agir (Halldórsdóttir, 2008), un ralentissement du processus de réadaptation (Avoine, 2012) ou de l'humiliation (Eliasson, Kainz, & von Post, 2008). Ces constats inquiétants montrent qu'il est pertinent de réfléchir à des stratégies éducatives visant à soutenir les infirmières, de même que les étudiantes, dans la prestation de soins infirmiers empreints d'humanisme.

Pourtant, force est de constater que des programmes de formation en sciences infirmières consacrent du temps et des activités d'apprentissage qui visent à développer une approche humaniste chez leurs étudiantes (Adam & Taylor, 2014; Beck, 2001; Hills & Watson, 2011; Kleiman, 2007). D'ailleurs, de nombreuses études (Beagan & Ells, 2007; Crick, Perkinson, & Davies, 2014; Halperin & Maschiach-Eizenberg, 2014; Jirwe & Rudman, 2012; Liaw, Wu, Chow, Lim, & Tan, 2017; Mackintosh, 2006; McLaughlin, Moutray, & Moore, 2010; Miers, Rickaby, & Pollard, 2007; Mooney, Glacken, & O'Brien, 2008; O'Brien, Mooney, & Glacken, 2008; Price, 2009; Wilkes, Cowin, & Johnson, 2015) corroborent le fait que, fondamentalement, les personnes sont motivées à choisir la profession infirmière en raison d'aspirations humanistes. Une métasynthèse qualitative (Price, 2009) a dévoilé que la motivation première des étudiantes à devenir infirmière correspondait au désir d'aider autrui selon un idéal de pratique humaniste. Depuis, d'autres travaux ont obtenu des résultats comparables en Israël (Halperin & Maschiach-Eizenberg, 2014; Haron, 2014), en Suède (Jirwe & Rudman, 2012), en Angleterre (Crick et al., 2014), en Irlande du Nord (McLaughlin et al., 2010), à Singapour (Liaw et al., 2017) et en Australie (Wilkes et al., 2015). Ainsi, l'état des connaissances suggère fortement que les étudiantes en sciences infirmières commencent leurs études avec une propension certaine à humaniser les soins.

Toutefois, il semble que, malgré leurs convictions tout au long de leurs études, certaines infirmières nouvellement diplômées (IND) éprouvent des difficultés à pratiquer les soins infirmiers selon une approche humaniste. Selon Curtis (2013), la formation amène des étudiantes à

développer une approche humaniste, mais ces dernières se heurtent à la réalité des milieux cliniques. En effet, des études qualitatives et quantitatives permettent de constater une diminution de pratiques humanistes d'étudiantes à l'intérieur même de leurs études (Ferri et al., 2017; Ma, Li, Zhu, Bai, & Song, 2013; Mackintosh, 2006; Murphy et al., 2009; Ward, Cody, Schaal, & Hojat, 2012; Wolf, Byrne, & Hanson-Zalot, 2018) et après leur diplomation (Maben, Latter, & Clark, 2007; Pearcey, 2010). À cet égard, l'étude longitudinale de Ward et al. (2012) explique le déclin significatif de l'empathie des étudiantes par le manque de temps et de modèles de rôle ainsi que par la priorisation des tâches. Dans cette même perspective, Maben et al. (2007) révèlent que, trois années après leur diplomation, des infirmières perçoivent un « sabotage » à leur formation et à leurs idéaux de pratique humaniste en raison d'une culture organisationnelle qui s'y oppose. En effet, ces infirmières expliquent que cette culture encourage une pratique centrée sur la tâche et les routines, priorise des soins biophysiques au détriment des soins relationnels et valorise une « distance émotionnelle » avec les patients. Ainsi, l'ensemble des écrits consultés laisse croire que les milieux cliniques occupent actuellement un rôle dominant dans l'apparition de pratiques déshumanisantes chez les IND.

Des infirmières plus expérimentées invoquent elles aussi des barrières qui se répercutent sur leur capacité à pratiquer selon une approche humaniste. Ces infirmières se disent limitées par la surcharge de travail ainsi que par le manque de temps (Beagan & Ells, 2007; Chen, Chan, et al., 2017; Christiansen, O'Brien, Kirton, Zubairu, & Bray, 2015; Enns & Gregory, 2007; Enns & Sawatzky, 2016; Hunter, McCallum, & Howes, 2018b; Roch, Dubois, & Clarke, 2014), la dévalorisation constante de l'humanisation des soins ainsi que sa relégation au second plan par des pairs ou le milieu de travail (Beagan & Ells, 2007; Chen, Chan, et al., 2017; Jones, Winch, Strube, Mitchel, & Henderson, 2016), le manque de soutien des gestionnaires (Cara, 1999; Enns & Gregory, 2007; Enns & Sawatzky, 2016; Roch et al., 2014) et l'imposition d'une pratique centrée sur la tâche (Cara, 1999). Il appert que ces multiples barrières ont pour effet de nourrir l'insatisfaction au travail de ces infirmières en creusant un écart entre leurs idéaux de pratique humaniste ainsi que leur pratique réelle. Dans ces conditions, de nombreuses études (Attree, 2001; Avoine, 2012; Bridges et al., 2013; Halldórsdóttir, 1991, 1996, 2008; Halldórsdóttir & Hamrin, 1997; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Karlsson et al., 2004; Mackintosh, 2007; Wolf, 2012) expliquent les transformations déshumanisantes que subissent les soins : des infirmières se désengagent, négligent, dépersonnalisent et objectivent les patients. De plus, les conclusions d'une

récente méta-revue systématique des écrits (Halter et al., 2017) révèlent que l'insatisfaction au travail, causée notamment par l'impossibilité de prodiguer les soins désirés, s'avère être déterminante sur le désir des infirmières à quitter leur profession. Ceci semble contribuer ainsi à l'attrition internationale de la main-d'œuvre infirmière et aux déficits socioéconomiques qui en découlent (Chen, Chu, Wang, & Lin, 2008; Coomber & Barriball, 2007; Finch, 2005; Hayes et al., 2006; Kramer, 1974; Maben et al., 2007; Nooney, Unruh, & Yore, 2010). Ces retombées pernicieuses qui émergent de la grande difficulté des étudiantes et des infirmières à pratiquer selon une approche humaniste témoignent d'une nécessité à résoudre cette problématique à partir de différentes avenues stratégiques, notamment pédagogique. En effet, ces bilans préoccupants montrent qu'il est pertinent de solidifier le développement de la compétence « agir avec humanisme » pendant et après les études de baccalauréat. Toutefois, cette solidification peut difficilement avoir lieu sans connaître les processus cognitifs d'apprentissage (Tardif, 2006) qui assurent le développement de cette compétence.

À cet égard, certains chercheurs (Cara, 2001; Graber & Mitcham, 2004; Krol, 2010; Sokola, 2013) ont étudié l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » des étudiantes et des infirmières. Les résultats de ces études mettent en évidence que la formation infirmière peut aider les étudiantes à mobiliser, combiner et développer leurs acquis et ressources innées pour agir humainement auprès des patients (Cara, 2001; Krol, 2010; Sokola, 2013). Cependant, nombreuses sont les recherches (Adam & Taylor, 2014; Bray, O'Brien, Kirton, Zubairu, & Christiansen, 2014; Cara, 2001; Drumm & Chase, 2010; Krol, 2010; Mikkonen, Kyngäs, & Kääriäinen, 2015; Savage & Favret, 2006) à montrer que l'exposition à des modèles de rôle ainsi que des relations humanistes entretenues entre les étudiantes et les professeurs peuvent soutenir le développement de la compétence « agir avec humanisme ». De surcroît, plusieurs stratégies pédagogiques allant de la pratique réflexive (Adamson & Dewar, 2015; Brien, Legault, & Tremblay, 2008) à la simulation (Levett-Jones et al., 2018; Panosky & Diaz, 2009; Searl et al., 2014) montrent des résultats prometteurs quant à l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme ». Toutefois, il semble difficile d'identifier les stratégies pédagogiques à privilégier, notamment parce que les apprentissages qu'elles engendrent diffèrent d'une étude à l'autre. Par ailleurs, quelques travaux de recherche ont aussi montré que l'humanisation des cultures organisationnelles, entre autres par l'ancrage à un cadre théorique humaniste, pouvait promouvoir l'approche humaniste des étudiantes

(Cara, 2001; Krol, 2010; Lee-Hsieh, Kuo, Turton, Hsu, & Chu, 2007; Raines, 2007) et des infirmières (Boykin, Schoenhofer, & Aleman, 2003; Dewar & Cook, 2014).

Bien que ces résultats offrent un regard sur les expériences qui facilitent et limitent le développement de la compétence « agir avec humanisme », ils mettent peu en évidence les processus d'apprentissage en jeu qui assurent sa progression. En effet, plusieurs chercheurs développent ou utilisent des outils psychométriques qui visent à mesurer des variables telles que le *caring* et l'empathie chez des étudiantes et des infirmières (Brewer & Watson, 2015; Cossette, Pepin, & Fontaine, 2019; Cunico, Sartori, Marognolli, & Meneghini, 2012; Hwang, Tu, Chen, & Wang, 2012; Lovan & Wilson, 2012; McKenna et al., 2012; Murphy et al., 2009; Nelson & Watson, 2012; Ozcan, Öksüz, & Oflaz, 2018; Sitzman & Watson, 2019; Sossong & Poirier, 2013; Ward et al., 2009; Watson, 2009; Williams & Stickley, 2010; Yu & Kirk, 2008, 2009). En dépit du fait que ces outils renseignent sur une progression du *caring* et de l'empathie, il s'avère difficile d'inférer les processus cognitifs d'apprentissage qui contribuent à leur développement. Ceci résulte notamment du fait que la compétence « agir avec humanisme » s'avère rarement conceptualisé en tant que compétence à développer dans les études consultées.

Selon Tardif (2006), une compétence est un savoir-agir complexe qui fait appel à la mobilisation et la combinaison efficaces de ressources dans une famille de situations. Le même auteur soutient qu'une compétence se développe par niveaux successifs qui nécessitent des apprentissages pour assurer son développement, lequel est précisé dans un modèle cognitif de l'apprentissage (MCA). En d'autres termes, les MCA circonscrivent les apprentissages critiques nécessaires à chacun des niveaux de développement d'une compétence. Ils sont ainsi les cibles d'apprentissage et s'avèrent généralement utiles aux apprenants et aux formateurs en explicitant clairement les niveaux des compétences à développer (Tardif, 2006). D'ailleurs, cette explicitation permet aux formateurs de choisir des situations évaluatives avec un degré de complexité approprié au niveau de développement des apprenants, ce qui contribue à appuyer l'équité de l'évaluation d'une compétence (Boyer, 2013). La construction d'un MCA repose sur une documentation rigoureuse et systématique des changements chez l'apprenant lorsqu'il est exposé à des situations pédagogiques (Tardif, 2006) ou cliniques. Pour concrétiser les apprentissages critiques, Boyer (2013) et Tardif (2006) recommandent d'identifier des indicateurs de développement, lesquels soutiennent l'évaluation juste et équitable des compétences visées dans les programmes de

formation basés sur une approche par compétences (APC). Ces types de programme, expliquent Goudreau et al. (2009), portent sur le développement progressif de compétences professionnelles.

En sciences infirmières, un nombre limité de recherches ont permis de développer des MCA, à savoir le raisonnement clinique infirmier (Goudreau, Boyer, & Létourneau, 2014), le jugement clinique infirmier (Boyer, 2013) et le leadership clinique infirmier (Pepin, Dubois, Girard, Tardif, & Ha, 2011). Ces travaux ont répondu à la recommandation du National Research Council (2001), lequel a exhorté la communauté scientifique à faire davantage de recherches sur les processus d'apprentissage, notamment par le développement de MCA. Il incombe de documenter les processus d'apprentissage à partir de la recherche puisque la grande majorité des MCA sont conçus principalement à partir de l'expérience et de l'intuition des formateurs (Tardif, 2003). Il s'agit précisément de la situation de la compétence « agir avec humanisme » qui est conceptualisée en tant que compétence par beaucoup d'auteurs canadiens et internationaux (Australian Nursing & Midwifery Council, 2002; Canadian Association of Schools of Nursing, 2015; Institute of Medicine, 2003; Lenburg, Abdur-Rahman, Spencer, Boyer, & Klein, 2011; Lenburg, Klein, Abdur-Rahman, Spencer, & Boyer, 2009; Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009; Leroy, 2008; National League for Nursing, 2010; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2006). Toutefois, ces profils de sortie transversaux de l'IND n'ont pas été développés à partir de résultats probants. Contrairement à cette perspective transversale, quelques écrits conceptualisent la compétence « agir avec humanisme » sous l'angle développemental (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015; Graber & Mitcham, 2004; Haag-Heitman, 1999; Krol, 2010), mais ces auteurs n'ont pas construit eux aussi d'indicateurs de développement à partir d'un processus de recherche rigoureux. Somme toute, il appert que les auteurs en sciences infirmières expliquent très peu les processus d'apprentissage par lesquels les étudiantes et les infirmières développent la compétence « agir avec humanisme ».

Ainsi, la discipline infirmière demeure attachée à ses racines humanistes, lesquelles rejaillissent sur la formation des infirmières. Tant les patients, les étudiantes que les infirmières accordent de l'importance à l'humanisation des soins. Toutefois, des écrits indiquent qu'elle n'est pas toujours actualisée par les étudiantes et les infirmières en raison de difficultés liées aux pratiques dans les milieux cliniques. En dépit des différentes expériences qui illustrent la possibilité de développer la compétence « agir avec humanisme » dans les milieux de formation et cliniques, le processus par lequel les étudiantes et les infirmières traversent les niveaux d'apprentissage

demeure, à notre connaissance, toujours inexpliqué. Ayant fait l'objet de peu d'études rigoureuses, documenter l'apprentissage de cette compétence, en s'appuyant sur une perspective conceptuelle qui intègre sciences infirmières (Cara et al., 2016) et sciences de l'éducation (Tardif, 2006) ancrée dans la philosophie humaniste (Buber, 1970/1996; Mayeroff, 1971/1990; Rogers, 1961), apparaît nécessaire aux différents acteurs de la discipline infirmière afin de mieux cerner les stratégies à mettre en place pour favoriser son développement. De plus, l'élaboration d'un MCA de la compétence « agir avec humanisme » contribuerait à évaluer cette compétence de façon plus valide et équitable (Boyer, 2013) grâce aux indicateurs de développement qui s'y rattachent.

But

Le but de ce projet était d'élaborer un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme », à partir de l'expérience vécue d'apprentissage d'étudiantes infirmières et de diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences, et d'identifier les indicateurs de développement s'y rattachant.

Questions de recherche

Cette étude doctorale comprenait deux questions principales et deux sous-questions associées au développement du modèle cognitif de l'apprentissage :

1. Quels sont les niveaux de développement et les apprentissages critiques de la compétence « agir avec humanisme » chez des infirmières étudiantes et diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ?
 - a. Selon la perception d'infirmières étudiantes et diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences, quelles sont les expériences vécues d'apprentissage qui agissent comme leviers dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » ?
 - b. Selon la perception d'infirmières étudiantes et diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences, quelles sont les expériences vécues d'apprentissages qui agissent comme contraintes dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » ?
2. Quels sont les indicateurs de développement concrétisant les apprentissages critiques de la compétence « agir avec humanisme » chez des infirmières étudiantes et diplômées d'un

programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences
?

Chapitre 2 : recension des écrits et perspective conceptuelle

Ce deuxième chapitre est structuré en quatre sections qui sont reliées entre elles dans lesquelles s'intègrent les deux premiers articles de la thèse. La première section présente l'article I, lequel correspond à une recension d'écrits philosophiques et théoriques qui font état de l'intérêt porté par la discipline infirmière envers l'humanisme. L'ensemble de cette première section justifie la pertinence de favoriser l'humanisation des soins et introduit la compétence « agir avec humanisme, un thème qui est explicité à la section suivante de ce chapitre.

La deuxième section commence par exposer une conception de l'apprentissage provenant des sciences de l'éducation et qui porte sur le développement des compétences (Tardif, 2006), définissant ainsi ce concept et ses caractères. Cette présentation intègre une démonstration que la compétence « agir avec humanisme » répond à ces caractères et qu'elle peut correspondre à une compétence à développer. Par la suite, le concept de modèle cognitif de l'apprentissage (MCA) est défini selon le même auteur (Tardif, 2006) et les travaux de recherche visant à développer des MCA en sciences infirmières sont présentés. Suivant cela, les rares études portant sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » en sciences infirmières sont détaillées, mais elles comportent toutes des limites importantes à considérer. Dans l'ensemble, cette deuxième section montre le manque de connaissances au regard du développement de la compétence « agir avec humanisme » et appuie ainsi le besoin de développer un MCA.

La troisième section présente les nombreuses recherches menées sur les leviers et les contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme ». L'ampleur de ces écrits témoigne de l'importance du sujet dans bien des programmes de formation provenant de nombreux pays. En effet, les chercheurs et formateurs font preuve de créativité dans le choix des stratégies pédagogiques et redoublent d'efforts afin de soutenir les étudiantes et les infirmières à agir avec humanisme. Il semble que la présence de modèles de rôles humanistes et l'humanisation des cultures organisationnelles facilitent le développement de la compétence « agir avec humanisme », tant chez les étudiantes que chez les infirmières. Or, ce développement se voit contraint par des cultures organisationnelles incohérentes avec la promotion de l'humanisation des soins, lesquelles engouffrent les étudiantes pendant leurs études et les infirmières après leur diplomation. La surcharge de travail est une autre contrainte qui partage des liens avec les cultures organisationnelles incohérentes et qui peut freiner à nouveau le développement de la compétence « agir avec humanisme », tout comme la fatigue de compassion. Toutefois, des écrits plus récents postulent que les impacts de la fatigue de compassion sont causés par des dimensions de

l'environnement de travail plutôt que par l'envahissement de la compassion ressentie pour les patients. En somme, toutes ces études confirment qu'un nombre impressionnant de stratégies pédagogiques, dont la plupart relèvent de l'apprentissage expérientiel, peuvent favoriser le développement de cette compétence. En revanche, il semble que ces efforts sont aisément contrecarrés par des cultures organisationnelles qui découragent l'humanisation des soins et qui imposent une surcharge de travail aux étudiantes et aux infirmières.

La quatrième section de ce chapitre présente l'article II de la thèse qui porte sur une analyse critique de la conception en sciences infirmières retenue pour cette étude doctorale, soit le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM (MHSI-UdeM) développé par Cara et al. (2016). Cette section expose également la perspective conceptuelle élaborée pour cette étude, c'est-à-dire l'intégration de la conception infirmière (Cara et al., 2016) présentée dans l'article II avec la conception du développement des compétences de Tardif (2006), laquelle est détaillée dans la deuxième section de ce chapitre.

Section 1 : philosophie humaniste et humanisation des soins infirmiers

Cette section commence par la présentation de l'article I de la thèse, lequel porte essentiellement sur la philosophie humaniste et les conceptions infirmières qui s'en sont inspirées. Cet article dévoile que plusieurs théoriciennes de la discipline projettent une pratique infirmière fondée sur l'humanisation des soins et qu'elles utilisent différents concepts afin de la décrire. À la suite de cet article, des recherches sont présentées quant aux retombées connues de l'humanisation et de la déshumanisation des soins pour les patients et les familles, justifiant ainsi la pertinence de l'étude. Par la suite, des écrits théoriques d'auteurs qui orientent la pratique des infirmières sont présentés afin de mettre en évidence que ces acteurs visent tous des soins infirmiers humanistes. Ces écrits introduisent l'idée que la compétence « agir avec humanisme » peut se développer en tant que compétence infirmière.

Introduction à l'article I

L'article I³ de la thèse a été publié en 2017 dans la revue *International Journal for Human Caring*. Cet article contient l'essentiel de la philosophie humaniste dans laquelle cette étude

³ Létourneau, D., Cara, C., & Goudreau, J. (2017). Humanizing nursing care: An analysis of caring theories through the lens of humanism. *International Journal for Human Caring*, 21, 32-40. doi: 10.20467/1091-5710-21.1.32

doctorale est enracinée. L'évolution étymologique et historique de l'humanisme au regard de ses deux grands mouvements, soit la Renaissance (*Renaissance humanism*) et les Lumières (*Enlightenment humanism*), y est présentée. Suivant cela, une analyse des idées avancées par trois auteurs humanistes de l'Époque contemporaine ainsi que celles de cinq conceptions infirmières, dont celle retenue dans cette étude doctorale (Cara et al., 2016), est ensuite exposée. Les idées de ces cinq théoriciennes abordent plusieurs concepts humanistes relatifs à la relation entre l'infirmière et le patient, notamment le *caring*, la compassion et l'empathie. En somme, cette publication précise les caractéristiques de l'humanisme dans la discipline infirmière et met en évidence des liens qui existent entre ce concept et d'autres qui s'y avèrent adjacents.

Apport de l'étudiant-chercheur à l'article I

La publication de l'article I est une idée ayant été proposée par les membres du jury de l'examen général de doctorat (« examen de synthèse ») de l'étudiant-chercheur. Ainsi, une version préliminaire du contenu de cet article a été élaborée par l'étudiant-chercheur lors de son examen. La rétroaction qu'il a reçue par les membres du jury lui ont permis de produire une ébauche de l'article qui a été révisée et retravaillée en collaboration avec les directrices de l'étudiant-chercheur. L'étudiant-chercheur a apporté les corrections et a soumis l'article pour publication.

Article I : Humanizing nursing care: An analysis of caring theories through the lens of humanism

Abstract. Humanism's tenets are rarely described in regard to the theories of our discipline. In this article, we outline the historical origins of the humanism movements along with its etymology in order to analyze the assumptions that were brought up by selected North American nursing scholars related to human caring. We then detail each perspective while linking their premises with the roots of humanism. While discussing humanistic caring theories in nursing, we clarify relational concepts such as mutuality, reciprocity, authenticity, and human potential. We finally conclude with a summary of the main tenets of humanism and its implications for nursing practice.

Keywords. Humanism; humanizing care; caring; nursing theories; human potential; relationship.

Introduction. As outlined in the Francis (2013) report, humanizing nursing care continues to be a clinical and educational challenge despite the number of initiatives and disciplinary

knowledge pertaining to caring and compassionate care. Although there are few contradictory publications about humanism in nursing (Joseph, 1985; Mulholland, 1995; Playle, 1995; Traynor, 2009), the understanding of these philosophical movements and their early origins (in the 1300s) remains limited in our body of knowledge. Most of the publications found in the nursing literature implicitly refer to humanism by discussing the topics of humanization of care or humanizing or dehumanizing practices or describing a humanistic perspective of nursing (Clark, 2014; Rolfe, 2015; Rose et al., 2016; Scammell, 2014, 2015), rather than providing a better understanding of the relationship between humanism and nursing.

However, Fagermoen (2006) wrote an insightful chapter on humanism that focused on caring theories such as Watson's (1979). Fagermoen argued that, historically, humanism and caring have been foundational to our discipline since the impetus of Nightingale (1860). As a pioneer of nursing, Nightingale, as well as other renowned authors (Bishop & Scudder, 1985; Boykin & Schoenhofer, 1993; Leininger, 1984; Roach, 1984; Watson, 1988/1999, 1999), contributed to clarify the professional identity of the discipline of nursing by referring to the meaning of care and caring as its foundation. This clarification shaped nursing's professional identity through the expressive and affective dimensions of care as more importance was put on the relational and humanistic side of caring (Benner & Wrubel, 1989; Saillant, 2010). Rather than relying solely on relationships, humanism brought nurses to be preoccupied with the human being as a whole (holistic vision) and to renew a nursing practice that humanly accompanied their patients (Cara et al., 2016; Castell, 2008; Kleiman, 2005; Pepin, K  rouac, & Ducharme, 2010). Generally speaking, many theories of our discipline describe nursing as an art of caring that emphasizes a human flourishing aspect of care (Fagermoen, 2006). Even if there are several caring interpretations and different philosophical perspectives on this vital component of nursing practice, humanism remains one of the inspirations of contemporary caring theories. However, this is nuanced by Traynor's (2009) critique of humanism, for he concluded that "some of the presentations of humanistic nursing lack rigour and can be seen as doing little more than reproducing professional ideology" (p. 1560). In other words, Traynor asserted that this "humanistic agenda" in nursing was not critically scrutinized by scholars, but rather professionally promoted. Although this humanistic promotion appears to be true in nursing, the author's critique mostly addressed the instrumental use of humanism as a means to justify the relevance of qualitative research over quantitative traditions. Little attention was given to humanism's claims for nursing practice, other than stating

that it was “highly prized” (Traynor, 2009). Perhaps one of the reasons why nursing scholars, educators, and policy makers reproduce this “humanistic professionalizing project” over time is because of the evidence of its worthiness for patients (Cantrell & Matula, 2009; Cox, 2012; Delmas et al., 2016; Dewar & Nolan, 2013; Finch, 2006; Griffiths et al., 2012; Merrill et al., 2012; O'Reilly et al., 2010a, 2010b; O'Reilly et al., 2016; Papastavrou et al., 2011; Papastavrou et al., 2012; Smith et al., 2010; van der Cingel, 2011). These fairly recent studies strengthen the need to reinforce humanistic nursing care for patients and, as a result, it seems to be more than a mere “professional ideology,” as claimed by Traynor.

Notwithstanding this considerable amount of literature on caring, very few writers analyzed the philosophical influences of humanism on the development of caring theories. This analysis could lead to a better understanding of caring theorists’ foundational ideas and could raise nurses’ awareness about humanization of care. Therefore, the aim of this article is to describe a synthesis of the historical origins of humanism and to progressively analyze its postulates within the context of caring theories in nursing. First, we will elaborate on the etymological roots of humanism by defining the two principal movements, that is to say, the Renaissance and the Enlightenment, and their most influential philosophers identified as great inspiration for nursing theorists. We will then discuss how humanism appears within each selected caring theory in nursing inspired by the foregoing humanistic philosophers. Finally, we will conclude with a summary of the main tenets of humanism and its implications for nursing practice.

The Origins of Humanism: Renaissance and Enlightenment Movements. As Traynor (2009) and Davies (2008) explained, we agree that humanism is a broad concept that includes heterogeneous meanings in the literature. In fact, many British and American encyclopedias and dictionaries of philosophy, sociology, and history (Baldick, 2008; Blackburn, 2008; Craig, 1998; O’Leary, 2007; Vauchez, 2002; Wright, 2006) refer to humanism as a philosophy, an attitude, a political stance, a doctrine, a way of thinking, or an intellectual/ethical position. However, when humanism emerged itself in language back then, it was mostly considered a literary culture (Blackham, 1968).

To understand the etymology of humanism, we have to go back to the Italian Renaissance (~1300–1600), in which the Latin term *studia humanitatis* appeared in the second half of the 1300s (Blackham, 1968; Craig, 1998; Mazzocco, 2006). This term designated a program of studies, grounded in the classical texts of Romans and Greeks, which centered on grammar, rhetoric, poetry,

history, and moral philosophy, called today “the humanities” (Craig, 1998; Norman, 2004; Vauchez, 2002). Derived from *studia humanitatis* in the 1400s, there are the terms *umanista* (Latin) and *humanista* (Italian), both meaning the scholars who devoted themselves to the study of the previous subjects, also entitled the “humanists” (Blackham, 1968; Craig, 1998; Norman, 2004; Vauchez, 2002). On the one hand, the German term *humanismus*, probably derived from *humanista*, was used in the early 1800s to differentiate the humanities from the classical curriculum, which emphasized practical education, mathematics, and sciences (Craig, 1998). On the other hand, the study of philosophy, as well as ancient Greek and Roman texts, is still currently represented by the term *literae humaniores* at the University of Oxford (the “classics”), referring to the historical roots of the humanities (Speake & LaFlaur, 2002). What seems important to understand here is that all these terms do not necessarily refer to a philosophy per se, but rather to a cultural and educational program focusing on the study of ancient texts (Craig, 1998; Lalande, 2010).

Nonetheless, there is evidence that there has been a philosophical and intellectual movement walking through the Renaissance, generally called “Renaissance humanism.” As Wright (2006) pointed out, mankind from this historical period wanted to rediscover Latin, Greek, and Hebrew texts, rejecting medieval scholasticism. Because this medieval conception of Man was founded in asceticism (Baldick, 2008), humankind from these centuries appeared more focused on *preparing* themselves for the afterlife (i.e., immortality) than *living* their daily life on Earth. Instead of living blindly under God’s wills, Man had to use the potential he was given in order to further an ideal of human existence, described in the ancient texts (Blackburn, 2008; Norman, 2004). Thus, Renaissance humanism assigned Man a more positive value, precisely about his dignity and infinite potential (Baldick, 2008; Mazzocco, 2006). Nonetheless, religion remained omnipresent in the Renaissance era and one of its prominent humanists, Desiderius Erasmus (1459–1536), used his erudition to combine elements of Christianity to Renaissance humanism, forming a variety of “Christian humanism” (Baldick, 2008; Blackburn, 2008; King, 2014). In summary, Renaissance humanism distanced Man and human dignity from theological determinations and believed humankind was born with moral freedom (Norman, 2004).

As Man untied himself from religious domination, Enlightenment humanism sought to understand human existence in an even more secular or atheistic worldview (Davies, 2008). As explained by Craig (1998), thinkers of the Enlightenment movement believed that the central

concern of human existence was the shaping of human life and society according to reason instead of pseudoscientific superstition. This humanism endorsed dignity of all human beings, affirming they had the autonomy and the power to use their rational capacities without being restrained by religious dogmatism (Craig, 1998; Davies, 2008). Although many French and English philosophers of the Enlightenment, respectively Voltaire (1694–1778), Diderot (1713–1784), Rousseau (1712–1778), Hume (1724–1804), and Kant (1724–1804) articulated different points of view, they generally agreed on humans’ freedom, responsibility, equality, tolerance, and potential, “encouraging individual creativity and exalting the active over the contemplative life” (Audi, 1999, p. 397).

As Lamont (1997) pointed out, the two above-mentioned movements have been affiliated with 20th-century humanists, but their humanism does not share the same philosophical assumptions regarding knowledge, existence, ethics, and politics. Therefore, post-Enlightenment humanism is actualized in various contemporary perspectives that do not converge into one congruent philosophy, some being more secular, others more religious (Craig, 1998; Scott & Marshall, 2009). Several authors (Craig, 1998; Davies, 2008; Lamont, 1997; Scott & Marshall, 2009) enumerated various kinds of humanism, for instance “Marxist humanism” from Marx (1961/2007), “existentialist humanism” from the French philosophers Levinas (1972/1987) and Sartre (1946/1996), “antihumanism” from the German philosopher Heidegger (1954/2008), and “Hebrew humanism” from Buber (1970/1996). Despite their insoluble ideas, most of these influential thinkers were cited in numerous publications in nursing, more specifically in phenomenological studies and papers inspired by an existential perspective. However, for this analysis, we will focus on Martin Buber’s humanistic thoughts about dialogue because they inspired several scholars (Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Leininger, 1984; Paterson & Zderad, 1976; Roach, 1984; Watson, 2012) who clarified humanism in nursing.

Moreover, several papers (Chinn, 1991; Smith, Turkel, & Wolf, 2013; van Hooft, 2006; Warelow, 1996) have stated that Martin Buber (1970/1996) and Milton Mayeroff (1971/1990) have been two philosophers who supported the development of humanistic nursing theories. Another pioneer from the humanistic psychology movement, Carl R. Rogers (1961, 1995/2012a), significantly contributed to this development and gave rise to nursing theories centered on the therapeutic relationship. Because of their acknowledged legacy in nursing, we will summarize the ideas and key concepts of these three philosophers in the next section.

Humanistic Philosophies

Martin Buber: I–Thou Relationship. Martin Buber (1878–1965) was a humanistic, Hebraic, and Zionist philosopher well known in nursing for his work on dialogue, *I and Thou* (1970/1996). As Silberstein (1989) suggested, there is evidence of existentialism in Buber’s dialogue because he described two different attitudes toward human existence (“I–It” and “I–Thou”) and he proposed a relationship with God, the “Eternal Thou.” To be more precise, Buber (1970/1996) argued that we could enter in relation to people and objects of this world by two types of attitude: (a) a subjective, person-to-person (or subject-to-subject) relationship called the I–Thou, and (b) an objective person-to-object relationship, called the I–It (Blackburn, 2008). While “I” stand alongside Thou, one “sees” the other as a whole (rather than as a “sum of things”) and the relationship is characterized by reciprocity and mutuality, which is not present in the detached, objectified, and fragmented I–It relationship (Buber, 1970/1996). Although objectification and instrumentalization were useful to humans in apprehending the world, this philosopher thought that humankind could hardly live without the encounter of the Thou because it would shallow the depth of human existence. For that genuine “encounter” to happen, the person needs to engage in immediacy, through openness, to the Thou as an active participant. It is also this encounter that leads to the I–Thou relationship, wherein occurs what Buber called a transformative moment of reciprocity for the two persons: I transforms Thou, and conversely. However, the philosopher emphasized that a person could not encounter the Thou intentionally, as “the [Thou] encounters [the I] by grace—it cannot be found by seeking” (Buber, 1970/1996, p. 62); putting this another way, the encounter rather springs from the relationship itself. Though this encounter does not last eternally, Buber believed that both persons (I and Thou) grew mutually by their reciprocal commitment within the relationship. To sum up Buber’s humanism in simple words, we need, as a human being, a degree of openness and authenticity in order to be able to encounter others in a truthful way. When we get to the point that we have established this particular relationship, it is presumed that we will mutually grow as persons because of our shared reciprocity.

Carl R. Rogers: Person-Centered Approach. In 1957, Carl R. Rogers (1902–1987) met Buber at a conference and, as they engaged in an intellectual discussion, both discovered they shared a similar approach to human relationships (Anderson & Cissna, 1997). It is thus no surprise that Rogers (1961) has drawn on Buber’s philosophy and made numerous parallels in his writings. In fact, the belief of “growing as a person” (explained in the previous section) was fundamental to

Rogers, who worked, along with other humanistic psychologists (Jourard, 1971; Maslow, 1970; Murphy, 1958), to humanize psychotherapy in a time where it was practiced within behaviorism and psychoanalysis (Frick, 1989). He summarized one of his principles in this unique sentence: “If I can provide a certain type of relationship, the other person will discover within himself the capacity to use that relationship for growth, and change and personal development will occur” (Rogers, 1995/2012a, p. 33). His profound positive regard toward the potential of human beings is closely related to Renaissance and Enlightenment humanism: he alleged that “the individual [had] within himself the capacity and the tendency, latent if not evident, to move forward toward maturity” (Rogers, 1995/2012a, p. 35), what he also named “self-determination.” His approach to psychotherapy, which he preferred to name “counseling,” is centered on the person and requires four core conditions: authenticity, acceptance, empathy, and space of freedom (Rogers, 1961, 1995/2012a, 1995/2012b; Rogers & Stevens, 1967). First, Rogers (1961) argued that a therapist needed to be authentic and congruent with himself or herself to help people look at their own reality as they really perceive it. It may sound obvious, but a person will be more likely to trust a therapist if there is a congruence between what the therapist thinks, feels, and does. This condition is perhaps a continuity of Buber’s (1970/1996) thoughts on dialogue between I and Thou. Second, Rogers et Stevens (1967) believed that the person needed to feel considered as a “person,” meaning that the therapist is encouraged to accept the individual unconditionally, whatever the person’s behaviors, feelings or conditions are. Third, there must be a genuine commitment in wanting to understand the person, through a deep and sensitive empathy. In other words, Rogers and Stevens stated that the understanding of the person’s deleterious feelings and thoughts was capital for the relationship to be therapeutic. Finally, the therapist must be able to create a space of freedom in which the person will be more likely to reflect on his or her feelings and thoughts, consciously or unconsciously. Rogers and Stevens explained that when these four conditions are met, the therapist plays the role of a companion for the person, accompanying the person through a relationship that invariably leads to positive changes and growth.

Milton Mayeroff: Ingredients of Caring. Similarly, the American philosopher Milton Mayeroff (1902–1987), influenced by the works of Buber (1970/1996) and Rogers (1961), also inspired many caring scholars in nursing. His greatest work, *On Caring* (1971/1990), proposed eight ingredients essential to caring, described as follows: knowing, alternating rhythm, patience, honesty, trust, humility, hope, and courage. Similarly to Rogers, Mayeroff believed caring was

intended “to help [a person] grow and actualize himself” (Mayeroff, 1971/1990, p. 1), and that growth required commitment and intentionality from the carer. Put differently, one’s desire of caring for somebody must be sincere in order to commit and devote oneself to the welfare of others. The philosopher was convinced that this devotion not only reinforced the therapeutic relationship by showing the person’s commitment, but was imperative to caring: “when devotion breaks down, caring breaks down” (Mayeroff, 1971/1990, p. 10). However, there should be congruence between what the carer *thinks the carer should do* and what the carer actually *wants to do*, distinguishing a caring devotion from a noncaring obligation. Also, as Chinn (1991) pointed out, it is assumed that the relationship between the one caring and the one cared for might be reciprocal. Mayeroff’s concept of “reciprocity” is related to caring as opposed to Buber’s, which is more metaphysical and related to the relationship: “my caring for the other helps activate his caring for me; and similarly his caring for me helps activate my caring for him, it ‘strengthens’ me to care for him” (Mayeroff, 1971/1990, p. 47). Mayeroff nuanced that the relationship between a nurse (the carer) and a patient (the one cared for) might not be reciprocal in this professional context, because the patient is not necessarily “caring for” the nurse. Mayeroff’s caring, as it is transposed in nursing, is a process embedded in the relationship between a patient and a nurse, who tries to help the patient in becoming what *the patient* wants to become. This affirms indirectly that, whenever possible, the nurse should put efforts in understanding the patient’s priorities and maintaining a relationship coherent with the last, as the nurse might not be the one who can define what the patients have to turn into. Also, this assumption reinforces the previously explained humanistic idea that every human being has, at least, growth potential that can be honored through relationship.

Consistent with Rogers (1961), Mayeroff (1971/1990) reinforced the importance of genuinely understanding the person’s concerns, perspectives, and needs in order to help the person grow. Certainly, empathy is vital in “knowing” (first ingredient) the patient and the amount of knowledge needed for caring to happen is extensive: to get to know the *whole person* (instead of *patient’s parts*) may already be a concern in contemporary nursing practice. Along the process of caring, the nurse should be able to reflect, from specific situations to wider contexts, on his or her actions taken toward the patient’s growth. Mayeroff called this second ingredient “alternating rhythms.” True caring occurs when the nurse shows “patience” (third ingredient) and lets patients grow at their own pace, as much as possible. Mayeroff reminded us that moments of wastefulness are characteristic of a normal growth. As asserted earlier, there should be congruence in devotion,

and this principle is also applied to “honesty” (fourth ingredient): the nurse must “ring true” in order to be “present for” the patient, else incongruence might interfere with her ability to relate to him. Moreover, the nurse needs to “trust” (fifth ingredient) the patient as he grows in his own way and at his own time, indicating that the nurse initially has to believe in the patient’s growth potential (Mayeroff, 1971/1990). Once more, this idea of human potential reveals the influence of Rogers’s (1961) view of self-determination on Mayeroff’s conception of caring. Furthermore, “humility” (sixth ingredient) encourages nurses to adopt a positive attitude in learning from the relationship they have with their patients, but also from their own mistakes. In sincerely believing in the patient’s growth, the nurse should have “hope” (seventh ingredient) that patients develop themselves through the nurse’s caring. Yet Mayeroff emphasized that such hope is not unfounded expectations, but rather a sense of possibilities for the future, harmonious with the present. Lastly, caring requires the nurse to have “courage” (eighth ingredient) because the nurse’s relationship with the patient might lead them in unknown directions. Mayeroff also draws attention to the interconnectedness of hope and courage, as the nurse’s hope might provide the nurse with courage to stand beside the patient in uncertain experiences. To sum up, Mayeroff’s caring is humanistic because it follows the idea that the person’s growth can be potentiated through a reciprocal relationship, supported by the interrelated ingredients and the authentic presence (“being with”) of the carer.

Finally, these three humanistic philosophers all considered humans’ growth as a central component of their work. In fact, they clearly stated that human development is enhanced through a relationship, nurtured by both persons involved. These authors also shared a similar belief about authenticity (or congruence), understood as a quality of the relationship and as a prerequisite for its establishment. Despite their abstract nature, these thoughts echo in nursing practice and health experiences, as nurses shape relationships with their patients through their caring, which might contribute to their growth. In the next section, we will analyze several caring theories that were inspired by these philosophers’ thoughts.

Humanism in Nursing. In nursing literature, the concept of humanism is rarely defined, yet it appears in several “humanistic” nursing theories classified under the “caring school of thought” (Pepin et al., 2010) or “grand theories about care or caring” (Smith & Parker, 2015a). For this article, we looked for theorists that were inspired by at least one of the three philosophers described in the previous section, Buber (1970/1996), Rogers (1961), and Mayeroff (1971/1990),

exemplifying what humanism means in general and how we can witness it in these caring theories. To achieve this, we first reviewed the theorists sorted in the classic collections (Alligood, 2014; Pepin et al., 2010; Reed & Shearer, 2012; Reed, Shearer, & Nicoll, 2004; Smith & Parker, 2015a; Smith et al., 2013) and then explored other unsorted conceptualizations of caring known to have a humanistic focus (McCance, McKenna, & Boore, 1999). Consequently, we have included the writings of the following scholars, namely (a) Paterson et Zderad (1976, 1976/1988), (b) Watson (1979, 1985, 1990, 1994, 1997, 1988/1999, 1988/2007, 2007, 1979/2008, 2012), (c) Roach (1984, 2002, 2013), (d) Boykin et Schoenhofer (1993, 1993/2001), and (e) Cara et al. (2015). In order to demonstrate how these nursing theorists were inspired by the aforementioned philosophers, we generated a summary of their main concepts (see Figure 1).

Josephine G. Paterson and Loretta T. Zderad: Humanistic Nursing. Integrating their phenomenological study results along with the ideas of Buber (1970/1996) as well as Rogers (1961), Paterson et Zderad (1976, 1976/1988) developed a humanistic nursing theory that focused on nurse–patient relationships. From an existentialist and phenomenological perspective, nursing is described as “an experience lived between human beings” (Paterson & Zderad, 1976, p. 3), where the core of nursing becomes meaningful through daily activities of nursing practice. Their theory shows that they believed in humans’ potential to grow because the goal of nursing is not only the achievement of persons’ well-being, but also the promotion of their “more-being.” Indeed, “nursing’s concern is ... helping [the person to] become more as humanly possible in his particular life situation” (Paterson & Zderad, 1976, p. 12), a tenet consistent with the person’s growth within a relationship, found in humanistic psychology (Rogers, 1961). There are numerous “I–Thou” references in the theorists’ work, and it is also possible to outline many associations with Buber’s writing. First, Paterson et Zderad (1976) described the relationship between the nurse and the nursed as an intersubjective transaction, which is similar to Buber’s (1970/1996) concept of reciprocity. Second, the authentic commitment “is ... existential [and] directed toward nurturing human potential” (Paterson & Zderad, 1976, p. 15). This also represents one of Buber’s principles: between two persons, there should be authentic presence and commitment through encounter and dialogue. Third, Paterson et Zderad (1976) described a lived dialogue as a “particular form of intersubjective relating ... in seeing the other person as a distinct unique individual and entering into relation with him” (Paterson & Zderad, 1976, p. 25). This concept resonates with Buber’s (1970/1996) definition of dialogue. Fourth, Paterson et Zderad (1976, 1976/1988) addressed the

concept of mutuality as an active coconstitution of the relationship that the nurse and the patient hold together, a definition akin to Buber's (1970/1996). However, they preferred the concept of "presence" over Buber's "encounter." They defined "presence" as a form of irreducible and intersubjective connection, which cannot be appreciated as an object. It is impossible, as argued by the theorists, to command or invoke this presence; it rather introduces itself and it is the persons' choice to engage or not, an idea that Buber (1970/1996) also emphasized. Overall, humanistic nursing means to nurture the person's potential (more-being) through an intersubjective transaction found between two human beings, whereas the nurse should be authentically present and committed to sustain the other's potential and to establish a mutual relationship.

Jean Watson: Human Caring. Watson (1979, 1985, 1990, 1994, 1997, 1988/1999, 2007, 1979/2008, 2012), an internationally renowned dedicated caring scholar, was influenced by the works of Buber (1970/1996), Rogers (1961), and Mayeroff (1971/1990). Her theory indicates that caring is the moral ideal of nursing and its biggest interest resides within a commitment to the preservation of human dignity and humanity (Watson, 1985, 2012). The foremost elements of her theory are the 10 carative factors (later evolved as Caritas Processes), the transpersonal caring relationship, the caring occasion and caring moment, and the caring–healing modalities (Watson, 2012). Her most recent works have incorporated more spiritual aspects and, as the theorist explained elsewhere (Sitzman & Watson, 2014), it can be a challenge for practicing nurses to apply this highly abstracted theory in clinical practice. In spite of this, her writings have been and are still used to guide academic curricula and research projects (Woodward, 2010). For nursing practice, it is possible to inspire humanism through Watson's lens (Alligood, 2014; Birk, 2007; Clarke, Watson, & Brewer, 2009; Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, s.d.; Lussier & St-Jacques, 1993; Roy & Robinette, 2005), but it often requires a partnership between scholars and managers in order to support nurses' familiarity with her theory. Besides, humanism appears omnipresent in Watson's writing, mostly because the relational dimension of nursing, the caring transpersonal relationship, is put on the front lane (Cara, 2009/2010). To establish this kind of relationship, Watson (2007) mentioned that the encounter between the patient and the nurse (caring occasion) might evolve to a caring moment, depending on the nurse's conscience, authenticity, and intentionality, the last being borrowed from phenomenology as well as the writings of Mayeroff (1971/1990) and Rogers (1961). The relationship is said to be transpersonal because it honors the subjective world of the person cared for (as with Buber's [1970/1996] I–Thou subjective relationship), and in the process

it establishes a spiritual connection with the person, enhancing the development of its human capacities (Cara, 2003; O'Reilly, 2007), an idea that Rogers (1961) also reinforced. According to Watson, a transpersonal caring relationship transforms both the nurse and the patient, or in other words, is characterized by mutuality and reciprocity (Buber, 1970/1996). Moreover, the nurse's commitment, another concept evoked by Buber (1970/1996), Rogers (1961) and Mayeroff (1971/1990), aims at helping the patient find meaning in his or her life and health experiences. The influence of the aforementioned philosophers (Buber, 1970/1996; Mayeroff, 1971/1990; Rogers, 1961) can be noted among the Caritas Processes, more specifically in the second, the fourth, and the seventh. For example, Watson's Caritas Processes encourage the nurse to be authentically present for the patient and invite the patient to engage in a relationship of mutuality and reciprocity in order to promote hope, learning, and harmony for the cared-for person. To sum up, Watson's (2012) caring approach is humanistic because it encourages the development of human capacities (growth) by the conscious and intentional commitment of the nurse, whose authenticity and empathy radiate, potentiating the patient's healing and promoting the patient's dignity and freedom of choices (Cara, 2009/2010).

M. Simone Roach: Caring Attributes, the Six C's. Roach's (1984, 2002, 2013) writings are usually not included in the classic collections of nursing theories because they "[have] not been described formerly as a theory, but [they have] been frequently quoted in writing relating to conceptualizations of caring in nursing" (McCance et al., 1999, p. 1390). Moreover, Roach's initial work (1970) elaborates explicitly on "Christian humanism," and the spiritual dimension of this philosophy can be witnessed in her later works (Roach, 1997) as well as in her understanding of "compassion," her first caring attribute. Roach (2002) described compassion as an immersion into the patient's experience, leading the nurse to answer and to be particularly present to the suffering of others. On the one hand, this theorist stated that compassion is meaningless and possibly harmful if it is not used with "competence" (second attribute) and, on the other hand, competence without compassion may be brutal and inhumane (Roach, 2002). A glimpse of Mayeroff (1971/1990), more specifically on the concept of congruence, may be found in Roach's (2002) description of authentic presence, represented as a harmony between the self and the "conscience" (fourth attribute). Additionally, Roach (1997) asserted that true caring required a state of moral awareness, the conscience, which guides the nurse's behavior and decision making. Furthermore, she defined "commitment" (fifth attribute) as an affective and deliberated answer to the patient's needs and

preoccupations, converging with the nurse's own desires to care, a definition very close to Mayeroff's. Perhaps one of Buber's (1970/1996) influences on Roach's ideas resides in her belief that caring is a way of being. Indeed, both authors asserted respectively that caring is a form of dialogue and "a way of being rather than action" (Chinn, 1991, p. 4), that caring is a human mode of being in relationships (Roach, 1997), and that the capacity to care is innately human, even if it may lie dormant (Roach, 1987). In summary, Roach's best-known contribution to nursing, the "six C's" (compassion, competence, confidence, conscience, commitment, and comportment), represents a humanistic perspective on caring that is naturally embedded in human existence.

Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: Nursing as Caring. Drawing on the thoughts of the two previous authors (Roach, 1984; Watson, 1979), Boykin et Schoenhofer (1993, 1993/2001) were also inspired by the work of Mayeroff (1971/1990) to elaborate their theory. For these scholars, all persons grow in their capacity to express caring in addition to being caring by virtue of their humanness (Boykin & Schoenhofer, 1993/2001). In other words, this implies that each nurse has the potential to be a caring practitioner, but their capacities may need to be drawn forward. This assumption is suitable to patients as well, meaning that they are considered to be caring persons and one of the nurse's responsibilities is to help them grow in their caring. This growth and its caring potentialities are expounded together in a slightly different way than Mayeroff intended, but their view remains compatible with his philosophy. According to Boykin and Schoenhofer's (1993/2001) perspective, the development of competence in caring occurs throughout human life, that is: "[1]) to understand what it means to be a caring person, [2]) to live caring, and [3]) to nurture each other as caring" (p. 2). Another concept of their theory, "personhood," is described as a process of living grounded in caring, requiring congruence—a concept articulated by Mayeroff (1971/1990)—between beliefs and behaviors among nurses and patients. The nature of a nurse–patient relationship is transformed by caring, and being caring corresponds to a mutual responsibility to self and others, meaning that it is lived in a context of relational responsibilities (Boykin, Schoenhofer, & Linden, 2010). Furthermore, to *be with* a patient in a relationship underlines the nurse's authenticity, empathy, and commitment, also evoking Mayeroff's (1971/1990) understanding of caring. To sum up, the strong belief in human beings' potential to grow as persons in caring and the core of nursing considered to be very relational, both demonstrate humanistic principles within Boykin and Schoenhofer's (1993/2001) theory.

Chantal Cara et al.: The Humanistic Model. The Humanistic Model of nursing care (Cara, 2012, 2014; Cara & Gagnon, 2014; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011) is inspired by the writings of the past four nursing theorists (Paterson and Zderad, Watson, Roach, Boykin and Schoenhofer), as well as the humanistic ideas of Buber's dialogue and of Rogers' person-centered approach. This conceptual model encourages nurses to care while focusing on empowering the patient's growth potential, one of the principal assumptions of humanism explained earlier (Buber, 1970/1996; Mayeroff, 1971/1990; Rogers, 1961). Also, nursing starts from the patient's preoccupations and health experiences' meanings, inciting nurses to consider the latter in their choice of interventions (Cara et al., 2015). Furthermore, nursing is relationship based, meaning it is aimed at humanly accompanying the patient in a relational and transformative way, which underlies caring tenets. According to Cara et al. (2016), caring can be recognized in nurses' competence in daily practices, and there should be congruence between their values, knowledge, attitudes, and behaviors (Cara, 2004). This interpretation of congruence is similar to the meaning of the same concept in both inspirational nursing theorists (Boykin, 1994; Roach, 1987) and philosophers (Mayeroff, 1971/1990; Rogers, 1961), as we have previously specified in this analysis. Caring emerges from the nurses' conscious commitment in helping their patients to grow in what they wish to become, a definition consistent with humanistic philosophers (Mayeroff, 1971/1990) and nursing theorists (Paterson & Zderad, 1976/1988; Roach, 2002; Watson, 2012). In a sustained partnership with the patient, nurses aspire to improve the patient's harmony—as defined by the patient—while preserving the patient's well-being, more-being, and human dignity (Cara et al., 2015). Overall, some humanistic values are favored in this conceptual model, such as respect for human dignity, freedom of choices, and trust in the person's potential to grow. In other words, the relational dimension of nursing is the cornerstone of the Humanistic Model of nursing care, where caring, empathy, commitment, and congruence enable links of reciprocity between the nurse and the patient, where both are believed to grow mutually within that relationship; such a perspective highly supports the ideas put forward by all three philosophers (Buber, 1970/1996; Mayeroff, 1971/1990; Rogers, 1961).

Conclusion. Humanism, as a philosophy, has its roots in the Renaissance and Enlightenment movements, and many contemporary caring theorists have contributed to renewing its relational tenets in caring for patients, families, and communities. Although there are numerous

ways of understanding caring theories of our discipline, our paper sought to demonstrate how core elements of humanism were transposed in nursing's modern identity.

Humanism in nursing implies a therapeutic attunement between self and others, but to be therapeutic, there is a need for authenticity in one's intentionality or commitment to care for others. As outlined in the introduction, this may be a challenge within the complex context of nursing care, where productivity and efficiency appear to be interfering with nurses' capacity to be compassionate and caring practitioners (Curtis et al., 2012; Ward et al., 2012). Surely, we are convinced that most, if not all, nurses want to provide humanistic and excellent nursing care as they aspired to when they were nursing students (Beagan & Ells, 2007; Crick et al., 2014; McLaughlin et al., 2010), but face barriers that may not support such practices. Humanizing a culture of care is yet another challenge, but prior to that, we invite nurses, and nursing managers, to reflect on the meaning as well as the added value of humanism within their daily practice. As emphasized in a recent umbrella review about caring (Wiechula et al., 2016, p. 732), "nurses need to recognize that patients can and do distinguish between technical and compassionate aspects of care, [and] these two elements are not separate and have to be managed together." In acknowledging and being mindful about this, nurses might also rethink the fundamentals of human dignity's preservation, especially where patients experience vulnerable events such as loss, grief, suffering, and death.

As nurses, we have the privilege to encounter the life trajectories of human beings, and in a humanistic perspective, each encounter may give birth to new directions (Mayeroff, 1971/1990), depending on our conscious commitment to their welfare, well-being, and more-being (Cara et al., 2016; Paterson & Zderad, 1976/1988). In fact, humanistic theories remind us that our own growth (at both a personal and a professional level) may be promoted in every act of caring and genuine kindness (Watson, 2012), but they also reveal how bounded we are to others, as human beings (Buber, 1970/1996), and that our existence is highly lived within the relationships we establish and nurture. Because the foregoing relationships might blossom into human growth, nurses would benefit from understanding and envisioning humanism in their everyday living. We believe this paper may help nurses achieve this goal as we strive for a pragmatic and accessible analysis of humanism that makes sense for clinical practice.

Author Note. Dimitri Létourneau, RN, PhD(c) is doctoral candidate, Faculty Lecturer, Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada; he is also a nurse clinician

at the Jewish General Hospital. Chantal Cara, RN, PhD is Professor, Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada; she is also researcher at the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal. Johanne Goudreau, RN, PhD, is Vice-dean for Undergraduate Studies and Continuing Education and Professor, Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada; she is also a researcher at the Center for Innovation in Nursing Education.

Correspondence regarding this article may be sent to Dimitri Létourneau, RN, PhD(c), Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada. Electronic mail may be sent via the Internet to dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca.

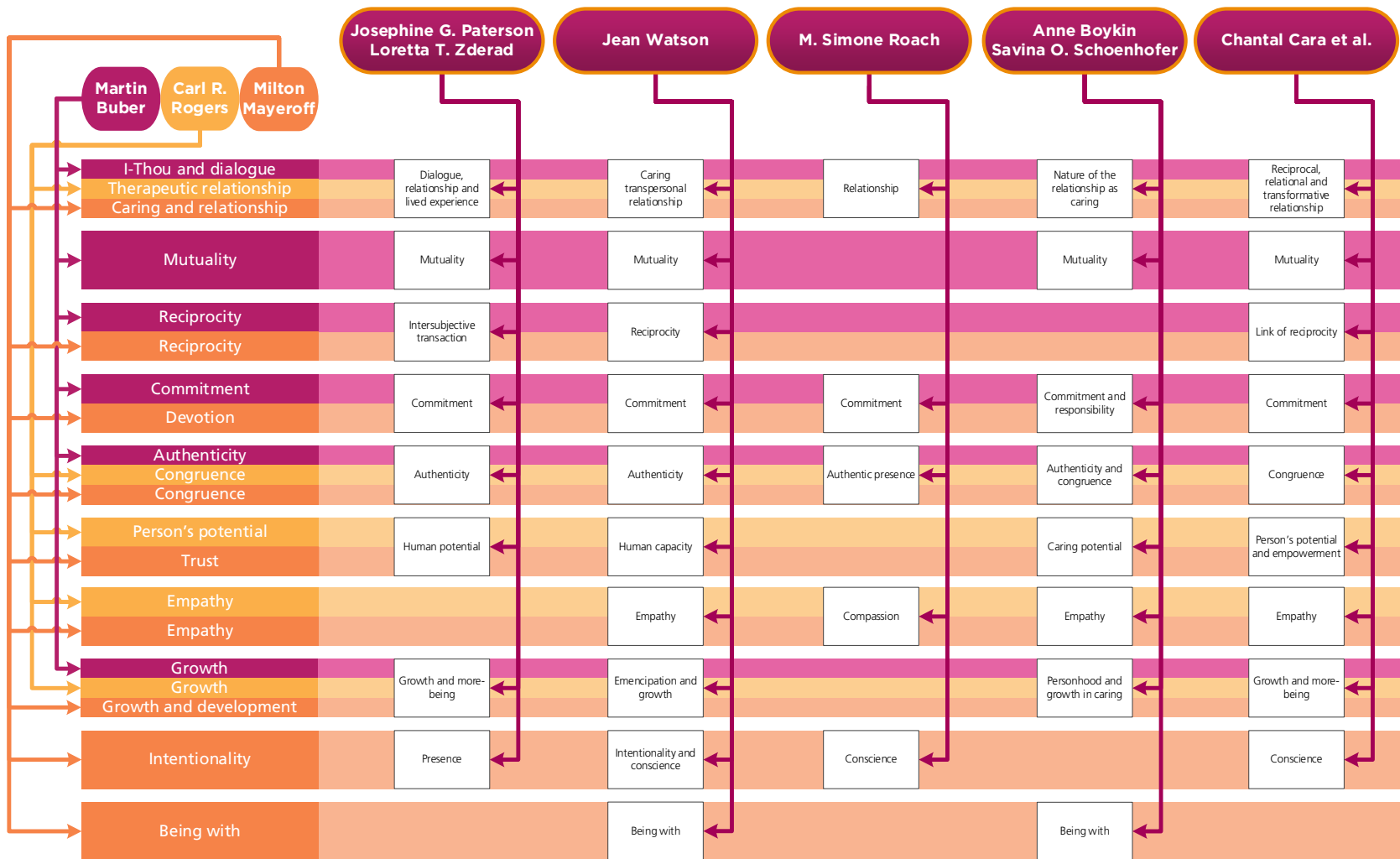


Figure 1. Summary of Humanistic Concepts.

Maintenant que l'humanisme et ses nombreux concepts sont clarifiés dans le contexte de la discipline infirmière, la prochaine sous-section présente les retombées connues de l'humanisation et de la déshumanisation des soins pour les patients. Cet argumentaire vise à mettre en évidence que l'humanisation des soins n'est pas seulement l'apanage idéalisé des théoriciennes de la discipline, mais qu'elle concerne directement la pratique des soins infirmiers.

Retombées de l'humanisation et de la déshumanisation des soins pour les patients

L'examen de la portée (*scoping review*) de Sinclair, Norris, et al. (2016), la métasynthèse de Finfgeld-Connett (2008) ainsi que six études (Cantrell & Matula, 2009; Haugan, Innstrand, & Moksnes, 2013; O'Reilly et al., 2011; Radwin & Alster, 1999; Tektaş & Çam, 2017; van der Cingel, 2011) ont mis en évidence des retombées positives de l'humanisation des soins pour les patients. Dans ces six études majoritairement qualitatives, des bienfaits variés sont documentés auprès de patients provenant de plusieurs contextes cliniques de la pratique infirmière : améliorer la santé mentale de patientes enceintes et ayant souffert d'une perte prénatale (Tektaş & Çam, 2017) ; diminuer la dépression et l'anxiété de patients vivant dans un centre d'hébergement (Haugan et al., 2013) ; rehausser le bien-être et la résilience de patients hospitalisés en réadaptation (O'Reilly et al., 2011) ; augmenter la motivation de patients âgés et atteints d'une maladie chronique (van der Cingel, 2011) ; favoriser le confort de patients pédiatriques atteints d'un cancer (Cantrell & Matula, 2009) ; cultiver l'optimisme de patients atteints d'un cancer (Radwin & Alster, 1999). Par exemple, l'essai randomisé contrôlé de Tektaş et Çam (2017) a évalué les effets de soins infirmiers basés sur la théorie de Watson (2012) sur l'anxiété, la dépression, le désespoir et l'attachement prénatal de femmes enceintes turques ($n = 128$) à partir d'outils validés. Les données ont été collectées au début et à la fin de cinq rencontres avec une infirmière, lesquelles étaient étalées entre 12 et 28 semaines de grossesse. L'analyse des données a révélé que les participants du groupe expérimental avaient significativement ($p < 0,001$) moins d'anxiété, de dépression, de désespoir et avaient davantage d'attachement avec leur enfant à naître. Les deux synthèses de connaissances (Finfgeld-Connett, 2008; Sinclair, Norris, et al., 2016), qui ont couvert ensemble 83 études qualitatives, abondent elles aussi dans le même sens en évoquant d'autres retombées positives de l'humanisation des soins, notamment de soutenir le rétablissement des patients, de renforcer leur espoir ou d'amener une croissance personnelle.

Par ailleurs, sept autres études qualitatives ont révélé les retombées négatives de la déshumanisation des soins pour les patients (Arman et al., 2004; Avoine, 2012; Berglund et al.,

2012; Eliasson et al., 2008; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Karlsson et al., 2004; Svanström et al., 2013). Ces impacts sont variables et documentés auprès d'une diversité de patients : induire un sentiment d'aliénation chez des patients âgés et hébergés en communauté (Svanström et al., 2013) ; compromettre et ralentir le rétablissement de patients hospitalisés en centre de réadaptation (Avoine, 2012) ; donner la perception à des patients hospitalisés qu'ils sont réduits à des objets fragmentés (Berglund et al., 2012) ; provoquer un sentiment d'humiliation chez des patientes enceintes (Eliasson et al., 2008) ; aggraver la souffrance de patientes atteintes d'un cancer du sein (Arman et al., 2004) ; donner l'impression à des patients hospitalisés sur une unité de médecine qu'ils sont des êtres humains sans importance (Karlsson et al., 2004) ; décourager des patientes lors de leur accouchement (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996). Dans l'ensemble, ces études ont utilisé la phénoménologie, l'analyse secondaire ainsi que la méthode des incidents critiques et elles ont interrogé entre 10 et 32 participants. Par exemple, Svanström et al. (2013) ont interviewé 25 patients âgés et hébergés en communauté à partir d'une perspective herméneutique. Les participants ont évoqué que la déshumanisation des soins prenait la forme de soins centrés sur la tâche et dépourvus de dialogues avec les soignantes, ce qui leur donnait l'impression d'être invisibles et de ne pas être écoutés. L'analyse des données a montré que cette déshumanisation des soins avait engendré des sentiments d'insécurité, de solitude et d'aliénation.

Même si la grande majorité des constats dégagés dans ces 15 publications reposent sur les perceptions des patients, tant de conclusions qui se corroborent entre elles ne peuvent être circonstanciées ou conjecturales. En effet, l'ensemble de ces études semble confirmer que l'humanisation des soins est bien plus qu'une commodité pour les patients, d'où la pertinence de cette étude. La prochaine sous-section poursuit cet argumentaire en présentant des écrits qui recommandent fortement de s'y attarder pour la formation des étudiantes et des infirmières.

Humaniser les soins en tant qu'exigence à la pratique infirmière

Il y a un consensus au sein de nombreux auteurs qui encadrent la formation des infirmières ou l'exercice de leur profession en ce qui concerne l'humanisation des soins. Qu'il s'agisse des institutions d'enseignement (Dury, Collin, & Duchêne, 2012; Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015; Hickey, Forbes, & Greenfield, 2010; Lenburg et al., 2009; Levett-Jones, Dwyer, et al., 2017) ou des établissements de santé (CHU Sainte-Justine, 2014; Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2013) sur le plan local ; d'ordres professionnels sur le plan provincial (College & Association of Registered Nurses of

Alberta, 2013; College of Nurses of Ontario, 2018; College of Registered Nurses of British Columbia, 2015; College of Registered Nurses of Nova Scotia, 2017; Leprohon et al., 2009; Nurses Association of New Brunswick, 2013; Saskatchewan Registered Nurses Association, 2013) ; d'organisations du Canada (Canadian Association of Schools of Nursing, 2015; Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010), des États-Unis (American Association of Colleges of Nursing, 2008; American Nurses Association, 2015; Cronenwett et al., 2009) et de plusieurs autres pays⁴ sur le plan national (Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville & Ministère de la santé et des sports, Leroy, 2008; 2009; Nursing & Midwifery Council, 2018; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2016; Nursing Council of New Zealand, 2007; Parent et al., 2006) ; ou de commissions sur le plan international (Institute of Medicine, 2003; National League for Nursing, 2010), tous s'entendent sur le fait que l'humanisation des soins devrait faire partie intégrante de la pratique infirmière moderne. En ayant cette attente, l'ensemble de ces auteurs conçoivent implicitement qu'il est possible que les étudiantes et les infirmières développent une pratique empreinte « d'agir avec humanisme ».

En somme, la grande majorité de ces publications proposent des profils de sortie transversaux pour les infirmières nouvellement diplômées (IND), c'est-à-dire un certain niveau attendu de la compétence « agir avec humanisme » en fin de formation. De tels profils s'avèrent certainement utiles aux milieux d'enseignement puisqu'ils leur permettent de s'appuyer sur ces niveaux attendus afin d'orienter les activités pédagogiques visant à développer la compétence « agir avec humanisme » dans leur programme de formation. Or, toute la trajectoire développementale qui précède et qui suit ce niveau demeure très peu connue dans les sciences infirmières. La connaissance de cette trajectoire, et plus particulièrement des apprentissages réalisés dans ce développement, permettrait aux formateurs de choisir plus judicieusement les activités pédagogiques et de les adapter en fonction de la progression des étudiantes dans le curriculum. Ceci justifie la pertinence de concevoir la compétence « agir avec humanisme » en tant que compétence à développer, un thème qui est détaillé à la prochaine section.

⁴ Les pays concernés sont la France, le Royaume-Uni, le Congo, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Section 2 : « agir avec humanisme », une compétence à développer

Cette section commence par présenter une conception du développement des compétences. Elle vise à mettre en évidence que la compétence « agir avec humanisme » répond aux caractères d'une compétence. Par la suite, l'essentiel de l'approche par compétences (APC) y est décrit, suivi par la notion de MCA, de l'apprentissage critique et de l'indicateur de développement. Cette section se termine par les recherches menées sur l'élaboration de MCA de compétences infirmières y compris sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Conception sur le développement des compétences

Concept de compétence. Selon Tardif (2006), une compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22), définition étant également utilisée par des auteurs en sciences infirmières (Charette, Goudreau, & Alderson, 2014; Cowan, Norman, & Coopamah, 2007; Goudreau et al., 2009; Milhomme, Gagnon, & Lechasseur, 2014). En s'appuyant sur cette définition, il apparaît que la compétence « agir avec humanisme » correspond à une compétence au sens de Tardif (2006). En effet, il s'avère que la compétence « agir avec humanisme » s'exprime dans l'action de l'infirmière, en mobilisant et combinant des ressources telles que l'écoute, l'empathie, la réceptivité et les connaissances des répercussions d'une expérience de santé. Cette mobilisation et combinaison prennent place dans un contexte de la pratique infirmière (p. ex. divers milieux hospitaliers et communautaires), lequel correspond à la famille de situations que peut rencontrer une infirmière.

Bien que la précédente définition souligne le caractère complexe du savoir-agir d'une compétence, un caractère qui correspond peu à un savoir-faire, il importe de distinguer l'un de l'autre davantage. À cet égard, un savoir-faire a plutôt un caractère algorithmique, c'est-à-dire une tendance à constituer une séquence stable et formalisée d'actions peu complexes qui peut s'automatiser avec la répétition, et ce, même en dehors d'un contexte (Tardif, 2006). En revanche, un savoir-agir se situe davantage vers l'heuristique, notamment puisqu'il est peu probable de « formaliser et de stabiliser la mobilisation et la combinaison » desquelles découlent des agencements particuliers de ressources selon les contextes (Tardif, 2006, p. 24). En plus de cette distinction avec le savoir-faire, la compétence présente cinq caractères, à savoir 1) intégrateur, 2) combinatoire, 3) développemental, 4) évolutif et 5) contextuel (Tardif, 2006). Puisque l'élaboration

d'un MCA de la compétence « agir avec humanisme » s'appuie sur ces cinq caractères, ils sont détaillés ci-après.

Intégrateur. Le premier, le caractère intégrateur, signifie que la compétence se met en action à partir d'une variété de ressources, notamment des savoirs (déclaratifs, procéduraux ou conditionnels), des savoir-faire, des savoir-être et d'autres ressources externes, telles que les conseils d'un collègue ou des écrits scientifiques (Tardif, 2006). Cette représentation des ressources provient des travaux de Le Boterf (2002), celui-ci abordant les ressources personnelles (internes) et les ressources qui ne sont pas possédées par un professionnel (externes). À vrai dire, cet auteur décrit la compétence dans un parcours de professionnalisation, c'est-à-dire de *professionnaliser* des futurs *professionnels compétents*. Les activités qu'un professionnel aura à réaliser requièrent qu'il intègre des ressources diverses et hétérogènes dans l'ordre de la construction et non de la simple application ou addition (Le Boterf, 2010). Bien que l'étendue des ressources à intégrer puisse être vaste, le caractère intégrateur d'une compétence impose quant à lui un nombre limité de compétences à développer dans un programme en APC (Tardif, 2006). Comme mentionné précédemment, il est fort probable que la compétence « agir avec humanisme » intègre des ressources de nature variée, qui relèvent notamment du savoir-être (interne) ou qui correspondent à des connaissances ou des conseils partagés par un collègue (externe) que l'infirmière solliciterait pour résoudre un problème relié à sa pratique.

Combinatoire. Le deuxième, soit le caractère combinatoire, est intimement lié au caractère intégrateur : une compétence nécessite d'intégrer des ressources variées, mais il s'agit de mettre en synergie ces diverses ressources afin d'orchestrer une combinaison efficace (Tardif, 2006). Nguyen et Blais (2007) ont d'ailleurs fait remarquer que c'était cette combinaison différenciée des ressources qui permettait à une personne d'agir et de résoudre différentes problématiques d'une même famille de situations. Dans une perspective d'expertise professionnelle (Le Boterf, 2002, 2008, 2010, 2013), le professionnel mobilise et combine ses ressources d'une manière de plus en plus efficace dans son parcours de professionnalisation, au fur et à mesure que ses compétences se développent (Tardif, 2006). Il apparaît que la compétence « agir avec humanisme » réponde au caractère combinatoire, puisqu'il ne s'agit pas de mobiliser uniquement une ressource de manière machinale et indifférenciée dans l'ensemble des situations rencontrées par l'infirmière. Pour que la compétence « agir avec humanisme » soit efficace, il importe que l'infirmière combine

différentes ressources afin que l'orchestration qui en résulte soit synergique et adaptée à la situation dans laquelle la compétence s'exerce.

Développemental. Le troisième, le caractère développemental, postule qu'une compétence se développe dans le temps et n'arrête jamais de se développer (Tardif, 2006). Il s'agit d'ailleurs du caractère qui s'observe dès le premier coup d'œil dans un MCA, les niveaux de *développement* étant identifiés. Sur ce point, il est présumé que l'apprenant poursuit le développement de ses compétences à travers diverses activités d'apprentissage, notamment pendant sa formation initiale, sa pratique clinique et avec de la formation continue. Cette trajectoire développementale est parsemée de niveaux, lesquels sont marqués par des apprentissages critiques (Tardif, 2006). Ces apprentissages assurent la progression de la compétence dans une logique de novice à expert (Benner, 1984/2001; Le Boterf, 2010). Le peu de recherches menées sur la compétence « agir avec humanisme », lesquelles sont détaillées à la prochaine sous-section, permettent tout de même d'affirmer que cette compétence se développe fort probablement par niveaux successifs.

Évolutif. Le quatrième, le caractère évolutif, se distingue du caractère développemental puisqu'il concerne l'évolution de la *mobilisation des ressources* à travers le temps plutôt que les *niveaux de développement* de la compétence en tant que tel. Ainsi, de nouvelles ressources peuvent s'associer à une compétence pour rendre son déploiement plus judicieux, sans pour autant la dénaturer (Boyer, 2013; Nguyen & Blais, 2007; Tardif, 2006). Il est probable que les étudiantes et les infirmières acquièrent de nouvelles ressources année après année (pendant et après leur formation), se traduisant comme un répertoire grandissant qui multiplie les possibilités de combinaisons (Boyer, 2013) et ceci semble s'avérer aussi vrai pour la compétence « agir avec humanisme ».

Contextuel. Le cinquième, le caractère contextuel, « contribue à ce que les élèves et les étudiant[e]s donnent un sens à leurs apprentissages » (Tardif, 2006, p. 34), lesquels deviennent conscients et réfléchis. De plus, la compétence est orientée et finalisée par une intention qui commande l'action, cette finalité étant dépendante de la situation et du contexte (Tardif, 2006). De ce fait, le contexte contraint un choix dans la mobilisation et la combinaison des ressources et une compétence se met donc en œuvre dans une famille de situations, a rappelé Tardif (2006). En théorie, il est possible de croire que les situations dans lesquelles la compétence « agir avec humanisme » s'exerce deviennent de plus en plus complexes au cours de son développement. C'est ainsi que les formateurs de programmes basés sur une APC doivent choisir et construire

judicieusement des situations d'apprentissage et d'évaluation qui tiennent compte du niveau de développement de l'apprenant (Tardif, 2006). À cet égard, Le Boterf (2013) a souligné que la sélectivité devrait être privilégiée à l'exhaustivité, car il est peu probable qu'un programme de formation puisse contenir l'ensemble des situations qu'un professionnel rencontre dans sa pratique.

Approche par compétences. L'APC s'inscrit dans le paradigme de l'apprentissage et s'ancre dans les principes théoriques du cognitivisme, du constructivisme et du socioconstructivisme (Boyer, Dürrenberger, & Goudreau, 2009; Brahim, 2011; Goudreau et al., 2009; Lasnier, 2000, 2014; Pepin, Legault, & Goudreau, 2008). En ce sens, il s'éloigne du béhaviorisme apparenté à l'approche par objectifs (Lasnier, 2000, 2014). D'une part, le cognitivisme se préoccupe de la façon dont l'apprenant acquiert et utilise les connaissances et les savoir-faire (Boulet, Savoie-Zajc, & Chevrier, 1996; Lasnier, 2000, 2014). D'autre part, le constructivisme repose sur le principe que les connaissances des étudiantes se construisent à partir de leurs schèmes préexistants par un processus qui nécessite un rôle actif chez celles-ci (Lasnier, 2000, 2014; Tardif, 2006). L'aspect social du constructivisme – socioconstructivisme – insiste sur la dimension relationnelle de l'apprentissage, c'est-à-dire sur le partage des schèmes conceptuels entre étudiantes, collègues et professeurs afin d'obtenir une construction progressive des savoirs (Cossette, McClish, & Ostiguy, 2004; Lasnier, 2001; Legault, 2009; Legendre, 2008).

Les programmes de formation basés sur une APC sont appelés à déterminer leurs cibles d'apprentissage en s'appuyant sur des MCA, plus particulièrement sur les apprentissages critiques que ces derniers contiennent (Boyer, 2013; Tardif, 2006). De plus, les indicateurs de développement, lesquels sont matérialisés à partir des apprentissages critiques, sous-tendent ces cibles d'apprentissages et procurent des critères d'évaluation clairs, justes et équitables aux formateurs afin d'attester l'atteinte d'un niveau de développement d'une compétence (Boyer, 2013; Tardif, 2006). Le MCA, l'apprentissage critique et l'indicateur de développement sont définis dans les prochains paragraphes.

Modèle cognitif de l'apprentissage et apprentissage critique. Un MCA est une représentation des apprentissages critiques nécessaires à accomplir pour guider le développement d'une compétence alors que les apprentissages critiques réfèrent aux apprentissages indispensables qui permettent de passer d'un niveau à l'autre dans le continuum de développement d'une compétence (Tardif, 2006). Tardif (2006) insiste sur la nature qualitative d'un apprentissage critique, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'un degré d'apprentissage ayant comme point de vue une

perspective quantitative. En ce sens, il peut notamment s'agir de l'intégration de nouvelles règles (ou principes) ou de réorganisations cognitives (par exemple, pondérer différemment un principe comparativement à un autre). Ces apprentissages critiques précisent les changements cognitifs qui peuvent générer de nouvelles conduites chez l'apprenant, lesquelles expriment la croissance en complexité de la compétence (Tardif, 2006). En principe, ces changements surviennent lorsque l'apprenant est exposée à des situations d'apprentissage présentées par des milieux de formation (Tardif, 2006) et cliniques. À cet égard, la documentation scientifique et rigoureuse de ces changements chez l'apprenant correspond à la clé de voute de la construction des MCA (Boyer, 2013; Tardif, 2006).

Indicateur de développement. Lorsque les apprentissages critiques sont identifiés, il est possible de les matérialiser en indicateurs de développement. Tout d'abord, un indicateur de développement « détermine une manifestation exprimant un ou plusieurs apprentissages critiques » (Tardif, 2006, p. 149). Ces indicateurs sont mutuellement exclusifs à travers les niveaux établis dans des MCA, ceci dans l'intention d'éviter les ambiguïtés lors de l'évaluation des compétences. À titre d'exemple, le premier apprentissage critique identifié dans une étude sur la compétence de raisonnement clinique infirmier (Goudreau et al., 2014) s'est avéré être « l'appropriation scientifique du rôle de l'infirmière » chez les étudiantes et il s'agit donc d'une cible d'apprentissage. L'un des indicateurs de développement le concrétisant, à savoir « l'étudiante valide ses hypothèses en s'appuyant sur des écrits scientifiques », correspond à un critère d'évaluation de cette compétence (FSIUdeM, 2015). Tardif (2006) précise que l'apprenant doit démontrer tous les indicateurs de développement propres à un niveau afin de statuer l'atteinte de celui-ci.

Somme toute, les MCA sont imputables aux programmes en APC puisque les indicateurs de développement qui en résultent contribuent à évaluer, avec validité et équité, les compétences visées par ces programmes (Boyer, 2013).

Modèles cognitifs de l'apprentissage de compétences infirmières

Très peu de recherches ont permis de documenter le développement des compétences (National Research Council, 2001). À notre connaissance, seulement quatre études se sont intéressées au développement de compétences d'infirmières, à savoir le raisonnement clinique infirmier (Goudreau et al., 2014), la compétence culturelle (Blanchet Garneau, 2013), le jugement clinique infirmier (Boyer, 2013) et le leadership clinique infirmier (Pepin et al., 2011).

Dans leur étude qualitative exploratoire, Goudreau et al. (2014) ont utilisé, à partir de vignettes cliniques, le *think aloud* (méthode de collecte des données) auprès d'étudiantes de première année ($n = 14$), de deuxième année ($n = 14$), de troisième année ($n = 13$), d'IND ($n = 11$) et d'expertes ($n = 14$) dans le but d'élaborer un MCA du raisonnement clinique infirmier. L'analyse des résultats a permis de dégager cinq apprentissages critiques associés aux cinq étapes de son développement : 1) l'appropriation de l'aspect scientifique du rôle de l'infirmière, 2) l'utilisation efficace des résultats probants, 3) la mise en œuvre d'opérations cognitives visant la génération d'hypothèses, 4) l'intégration critique des routines et protocoles et 5) la maîtrise d'un domaine clinique. Le MCA développé a montré que la transition entre la fin des études et l'arrivée dans les milieux cliniques pouvait mener à deux trajectoires développementales : la première qui s'orientait vers la tâche et qui agissait en tant qu'obstacle à la deuxième, c'est-à-dire l'expertise clinique. L'une des maintes raisons qui a pu contribuer à un tel résultat concerne l'inclusion hétérogène d'infirmières. En effet, il s'agit d'une limite puisque les infirmières participantes avaient différentes trajectoires professionnelles et de formation.

La compétence culturelle a été étudiée (Blanchet Garneau, 2013) à partir d'une approche de théorisation ancrée et la proposition théorique qui en a découlé était inspirée de la conception du MCA de Tardif (2006). La recherche conduite par Blanchet Garneau (2013) a fait ressortir des changements dans la base de connaissances des infirmières et a suggéré un parcours de développement de la compétence culturelle. L'objet central de cette étude était toutefois de formuler une proposition théorique constructiviste du développement de cette compétence. Pour y arriver, la chercheuse a procédé à des entrevues auprès d'étudiantes de troisième année d'un baccalauréat ($n = 11$) et d'infirmières ($n = 13$) et a fait de l'observation participante (29 heures auprès de 16 infirmières) dans un environnement clinique offrant des soins à une population culturellement diversifiée. L'analyse thématique a révélé que la compétence culturelle se développait en trois niveaux, lesquels ont tous sept apprentissages critiques. Ces trois niveaux sont les suivants : 1) s'ouvrir aux différentes réalités entourant la pratique en contexte de diversité culturelle, 2) mettre à l'épreuve sa pratique en contexte de diversité culturelle et 3) réunir les différentes réalités de la pratique en contexte de diversité culturelle de façon intégrée et efficace. Puisque les étudiantes étaient toutes en troisième année de formation, il est probable que l'étude n'ait pas pu révéler toutes les subtilités développementales, en termes d'apprentissages critiques, de la compétence culturelle. Toutefois, l'étude s'est avérée originale puisque les résultats ont mis

en évidence l'impact de l'environnement sur le développement de cette compétence. En effet, la chercheuse a souligné que les infirmières devaient composer quotidiennement avec les structures organisationnelles de l'environnement ainsi que les ressources qui leur étaient accordées (Blanchet Garneau, 2013).

La recherche collaborative de Boyer (2013) a permis d'explorer le développement du jugement clinique infirmier d'étudiantes à partir d'analyses en groupe d'expériences d'évaluation ($n = 6$) de cette compétence, comprenant la chercheuse, trois tuteurs d'apprentissage par problèmes (APP) et trois infirmières préceptrices. Ces tuteurs et infirmières préceptrices accompagnaient des étudiantes de première, deuxième ou troisième année de baccalauréat. Les six analyses en groupe ont permis de délimiter le développement de la compétence en trois niveaux, lesquelles renferment 20 apprentissages critiques. Boyer (2013) a intitulé les niveaux comme suit : 1) étape par étape pour faire, 2) investiguer pour comprendre et 3) globalité pour adapter. Les 20 apprentissages critiques ont été matérialisés en 37 indicateurs de développement. Une des limites que la chercheuse a rapportée de son étude concerne l'absence d'étudiantes en tant que participantes aux analyses en groupe. Selon Boyer (2013), leur présence aurait permis de mieux cerner la progression du processus de raisonnement sous-jacent au jugement clinique.

Pepin et al. (2011) ont élaboré un MCA du leadership clinique à partir de la phénoménologie interprétative de Benner (1994). L'échantillon de cette recherche était similaire à celui de Goudreau et al. (2014) : étudiantes de première ($n = 10$), de deuxième ($n = 12$), de troisième ($n = 12$) années de baccalauréat, IND ($n = 6$) et expertes ($n = 15$). Les entrevues individuelles ont permis aux participants de décrire des situations où le leadership avait été vécu ou observé. Une analyse inductive a permis d'identifier cinq niveaux de développement et 24 apprentissages critiques de cette compétence. Ces cinq niveaux ont été déclinés comme suit : 1) prise de conscience du leadership en sciences infirmières, 2) intégration du leadership clinique dans les actions de l'infirmière, 3) leadership actif auprès de patients/familles et quelquefois auprès de collègues, 4) leadership actif auprès de l'équipe et 5) leadership assuré qui s'étend jusqu'au plan organisationnel et au-delà. Il semble toutefois que l'analyse inductive réalisée par les auteurs de l'étude ait considérablement dérogé de la méthode de Benner (1994), notamment parce qu'il demeure difficile d'identifier des cas paradigmatiques (*paradigm cases*) ou des exemplaires (*exemplars*), lesquels s'avèrent pourtant essentiels dans cette méthode.

En somme, ces quatre études montrent que différentes approches méthodologiques peuvent être utilisées pour documenter le développement de compétences en sciences infirmières, notamment l'étude exploratoire qualitative par l'utilisation du *think aloud* comme méthode de collecte de données, la théorisation ancrée, la recherche collaborative et la phénoménologie interprétative. Les participants à ces études sont, pour la plupart, des étudiantes et des infirmières ; seule l'étude de Boyer (2013) s'est intéressée à la perspective des acteurs qui évaluent la compétence du jugement clinique infirmier (tuteurs et infirmières préceptrices). Il importe donc de souligner que la validité de ces MCA repose sur l'analyse des verbatim des participants et qu'il pourrait être souhaitable de les valider par de l'observation participative telle que réalisée dans l'étude de Blanchet Garneau (2013). Dans l'ensemble, les MCA qui découlent de ces quatre études sont déclinés en niveaux d'un nombre variant de trois à cinq, suivant une logique de novice à expert (Benner, 1984/2001). De surcroît, ces MCA renferment en moyenne 20 apprentissages critiques, outre celui de Goudreau et al. (2014) qui en contient cinq. L'étude de Boyer (2013) est par ailleurs la seule à avoir matérialisé les apprentissages critiques de son MCA en indicateurs de développement.

Développement de la compétence « agir avec humanisme »

Sans qu'il s'agisse de MCA à proprement parler, trois recherches (Haag-Heitman, 1999; Norman, Rutledge, Keefer-Lynch, & Albeg, 2008; Paragas, 2019) visaient à identifier des niveaux de développement d'une compétence « agir avec humanisme » chez des infirmières. Dans l'étude phénoménologique de Paragas (2019), le chercheur a interrogé 10 infirmières philippines, toutes diplômées de différentes universités dont leur programme était basé sur une APC, afin d'explorer leur expérience en relation à leur compétence de *caring*. Peu de détails concernant ces divers programmes sont fournis par le chercheur, d'autant plus que les infirmières n'ont pas été recrutées en fonction de leur expérience clinique dans une logique de développement de compétence. En revanche, l'analyse des données a révélé que la compétence de *caring* se développait en cinq niveaux avec les caractéristiques suivantes : 1) adhérence aux protocoles et accent mis sur l'efficacité dans l'organisation des soins, 2) développement de la patience et de l'affirmation de soi, 3) accent mis sur la disponibilité offerte aux patients, 4) exhibition de l'empathie afin de refléter la valeur accordée à une vie humaine (*worth of human life*), 5) réalisation de soi (*self-fulfillment*), accent mis sur les petites attentions et atteinte d'un sens d'accomplissement au travail. Ce

développement était symbolisé par un escalier montant afin de mettre en évidence que chaque niveau intégrait également ce qui avait été appris aux niveaux précédents.

Dans l'étude qualitative exploratoire de Norman et al. (2008), les chercheuses ont exploré l'émergence du *caring* au fil d'une carrière d'infirmière. Afin d'y arriver, les chercheuses ont recueilli 190 récits narratifs d'infirmières d'un hôpital américain en fonction de leur expérience clinique et des niveaux de Benner (1984/2001). Sur ce nombre, elles ont choisi six récits par groupe d'infirmières en s'assurant de représenter les différents contextes de pratique en milieu hospitalier (p. ex. soins chirurgicaux, de médecine ou postnataux) : débutantes (*advanced beginner*), compétentes et expertes. Par la suite, les auteures ont cherché, de manière indépendante, des passages qui représentaient les processus de *caritas* cliniques de Watson (2012) afin d'en comptabiliser leur fréquence et ainsi apprécier l'évolution. Cette analyse a révélé une évolution atypique de la fréquence des processus de *caritas* cliniques, à savoir 32 (débutantes), 18 (compétentes) et 51 (expertes). Cependant, l'analyse des données n'a pas permis de mettre en évidence, outre la fréquence, des changements cognitifs dans le développement du *caring* des infirmières.

Haag-Heitman (1999) a proposé, à partir d'une analyse de 140 récits narratifs d'infirmières, un modèle de développement du *caring* en cinq niveaux basé sur l'acquisition de l'expertise professionnelle de Benner (1984/2001). L'auteure a détaillé 16 énoncés qui mettent en évidence des changements chez les infirmières à chacun des niveaux, mais ces énoncés sont pour la plupart des indicateurs de la compétence. En effet, seulement cinq énoncés se rapprochent de la sphère cognitive, par exemple « reconnaît que la guérison requière plus que des interventions physiques » et « réalise l'impact significatif que les événements de la vie humaine ainsi que des changements dans l'état de santé ont chez la personne », lesquels représentent le quatrième niveau du modèle [traduction libre] (Haag-Heitman, 1999, p. 60). Toutefois, l'absence de distinction entre les indicateurs et les énoncés qui semblent correspondre à des apprentissages critiques diminue la portée des résultats. De plus, le modèle est limité puisqu'il concerne uniquement la pratique clinique – de l'IND à l'experte – et qu'il a été développé il y a 20 ans. Par conséquent, les résultats de cette étude ne tiennent pas compte du contexte de la pratique infirmière contemporaine dans laquelle la compétence « agir avec humanisme » est exercée.

Cette deuxième section montre en somme que la compétence « agir avec humanisme » répond aux cinq caractères d'une compétence. Les quatre MCA élaborés en sciences infirmières

mettent en évidence qu'il est possible d'en développer en interrogeant des étudiantes et des infirmières à partir de diverses approches méthodologiques qualitatives. De plus, trois études montrent que la compétence « agir avec humanisme » peut se développer ; or, ces recherches le documentent seulement après la diplomation et s'avèrent plus ou moins explicites sur les apprentissages critiques à réaliser d'un niveau à l'autre. Dans ce contexte et compte tenu des constats dégagés à la fin de la section 1 de ce chapitre, il importe de développer un MCA de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et d'infirmières. Bien que les études menées sur ce sujet demeurent peu nombreuses, la prochaine section de ce chapitre met en exergue l'ampleur des connaissances au regard des leviers et des contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Section 3 : leviers et contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme »

Méthode de repérage des écrits

Afin de cibler les recherches menées sur les leviers et les contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme », les bases de données suivantes en sciences de la santé et de l'éducation ont été parcourues : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO®, Education Resource Information Center (ERIC) et MEDLINE®. Les écrits qui étaient disponibles par le biais d'abonnements institutionnels ont d'abord été sélectionnés en fonction de ces critères :

1. Rédigés dans la langue française ou anglaise ;
2. Publiés entre les années 2003⁵ à 2019 ;
3. Recherches ayant développé des connaissances sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » chez les étudiantes ou les infirmières.

Ainsi, les écrits de nature philosophique, théorique ou anecdotique n'ont pas été retenus pour cette troisième section. Les écrits ont été repérés à partir de mots-clés suggérés par les thésaurus des bases de données consultées et en lien avec les deux principaux thèmes de cette étude doctorale, soit : l'humanisme (*humanism, humanistic, humanization, dehumanization, humanizing,*

⁵ Les premiers jets de la recension des écrits de cette étude doctorale ont commencé en 2013 et cette dernière avait comme critère d'inclure les écrits publiés dans les 10 dernières années.

dehumanizing, human approach) et le développement de la compétence (*competency, competence, skill, expertise, aptitude, learning, development, apprenticeship, education, teaching*). Puisque la combinaison de ces deux thèmes avec les sciences infirmières (*nurses, nursing*) n'a résulté qu'en très peu d'écrits scientifiques pertinents, le champ de recherche a été élargi à des thèmes de mots-clés connexes à l'humanisme, soit : le *caring*, l'empathie (*empathy, empathic*), la compassion (*compassion, compassionate*), la dimension relationnelle des soins infirmiers (*therapeutic communication, interpersonal relation, nurse-patient relation*) et les soins centrés sur le patient (*patient-centered care*). Cependant, les recherches ayant étudié la communication d'un point de vue comportemental plutôt que relationnel, par exemple Hsu, Chang et Hsieh (2015) et Grant et Jenkins (2014), n'ont pas été retenues puisque leur lien avec la compétence « agir avec humanisme » s'avérait faible. Près de 500 écrits scientifiques ont émergé de cette nouvelle combinaison de mots-clés. Le titre et le résumé de ces écrits ont été lus afin d'exclure ceux qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion mentionnés plus haut.

Suivant le tri initial réalisé en 2013, des ajouts ponctuels d'écrits scientifiques ont été faits au fil des ans, mais une mise à jour systématique avec les mêmes mots-clés a eu lieu une première fois en 2017 puis une seconde fois en 2019. Tous les écrits scientifiques retenus ($n = 101$) ont été systématiquement analysés à partir d'une grille classique : nom du premier auteur, année de publication, pays de provenance, type d'étude, buts, questions de recherche, perspective conceptuelle adoptée, méthodologie et principaux résultats. Cette analyse a permis d'organiser les écrits afin d'en faciliter la synthèse de même qu'à en dégager des thèmes pour cette troisième section de ce chapitre.

La liste de références des écrits repérés a été parcourue afin d'inclure, récursivement, de nouvelles publications jugées pertinentes, et ce, même si certaines avaient été publiées avant 2003. De plus, la base de données Web of Science a été consultée ponctuellement afin d'enrichir cette section d'écrits scientifiques plus récents. Enfin, certaines thèses de doctorat et mémoires de maîtrise ont été ajoutés à l'ensemble de ces écrits, soit par le biais de recherches sur le portail des universités concernées, soit par la base de données ProQuest Dissertations & Theses Global™. Certaines recherches ont été ajoutées manuellement parce qu'elles n'avaient pas été repérées avec la méthode susmentionnée.

Ainsi, cette section traite de 101 écrits portant sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » dont les deux thèmes principaux sont les leviers et les contraintes. D'ailleurs,

des sous-thèmes jalonnent les leviers et les contraintes. Dans chacun de ces sous-thèmes, les recherches conduites auprès des étudiantes sont présentées en premier suivies de celles menées auprès des infirmières. Dans la plupart des cas, les recherches sont exposées des plus récentes aux plus anciennes. De surcroît, toutes les sous-sections, à l'exception des stratégies pédagogiques, se terminent par une synthèse critique des écrits présentés. La fin de la présente section est clôturée par un bilan des constats dégagés dans les sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.

Leviers au développement de la compétence « agir avec humanisme »

Trois principaux leviers au développement de la compétence « agir avec humanisme » ont été identifiés : 1) les stratégies pédagogiques, 2) la présence de modèles de rôle humanistes, et 3) l'humanisation de la culture organisationnelle.

Stratégies pédagogiques. De nombreuses études ont permis de mettre en lumière des stratégies pédagogiques qui semblaient prometteuses pour promouvoir ou maintenir une approche humaniste chez les étudiantes et les infirmières. Ces stratégies pédagogiques sont regroupées selon leur type, en huit catégories pour les étudiantes et en quatre catégories pour les infirmières. Les 49 écrits sont présentés dans deux tableaux (voir Tableau 1 pour les écrits sur les étudiantes et Tableau 2 pour ceux sur les infirmières). Ces tableaux décrivent sommairement les études au regard des devis de recherche utilisés, des indicateurs étudiés et des principaux résultats. Les principaux constats pertinents sont présentés pour chaque tableau.

Après des étudiantes. Chez les étudiantes, les stratégies pédagogiques contributives au développement de la compétence « agir avec humanisme » s'avèrent considérablement hétérogènes. Dans le Tableau 1, les 36 écrits consultés sont séparés ainsi : 1) l'atelier et le cours combinant des stratégies pédagogiques, 2) l'art expressif, 3) l'apprentissage par le service⁶, 4) la narration par les infirmières, le groupe de soutien avec défi et l'aide-mémoire, 5) l'écoute d'interactions avec des patients, 6) la narration par les patients, 7) la simulation et l'immersion et 8) l'activité de pratique réflexive.

⁶ Dans les trois études repérées, l'apprentissage par le service réfère à une expérience, encadrée par le milieu de formation, de bénévolat dans des contextes gériatriques.

Tableau 1

Synthèse des stratégies pédagogiques étudiées chez les étudiantes

Stratégies pédagogiques	Auteurs, années et pays	Devis de recherche	Indicateurs et résultats
Atelier et cours combinant des stratégies pédagogiques ($n = 6$)	Gholamzadeh, Khastavaneh, Khademian et Ghadakpour (2018) Fleming, Thomas, Burnham, Charles et Shaw (2015) Sheehan, Perrin, Potter, Kazanowski et Bennett (2013) Ozcan, Oflaz et Bakir (2012) Curtis et Jensen (2010) Wu, Chin et Chen (2009) Pays : Iran, États-Unis ($n = 3$), Turquie, Taiwan	Étude quasi-expérimentale ($n = 3$) Étude pilote Étude pré-post Étude qualitative descriptive	Empathie ($n = 4$), <i>caring</i> ($n = 2$) et attitude envers la personne âgée ($n = 1$) Résultats qualitatifs : perception d'être plus <i>caring</i> ; perception d'une ouverture envers les personnes en situation de pauvreté ; perception d'avoir une plus grande sensibilité culturelle. Résultats quantitatifs : augmentation significative des indicateurs mesurés dans toutes les études.
Art expressif ($n = 2$)	Özcan, Bilgin et Eracar (2011) Wikström (2003) Pays : Turquie et Suède	Étude quasi-expérimentale à devis pré-post Étude randomisée à devis pré-post	Empathie ($n = 1$) et engagement dans l'apprentissage ($n = 1$) Augmentation significative des indicateurs mesurés.
Apprentissage par le service ($n = 3$)	Brown et Bright (2017) Hwang, Wang et Lin (2013) Eymard, Crawford et Keller (2010) Pays : États-Unis ($n = 2$) et Taiwan	Étude inspirée de la phénoménologie Étude quasi-expérimentale à devis pré-post Étude qualitative descriptive	<i>Caring</i> ($n = 2$) et empathie ($n = 1$) Résultats qualitatifs : estompement de la fermeture et des stéréotypes envers la personne âgée ; développement d'une relation de <i>caring</i> avec celle-ci ; perception

Stratégies pédagogiques	Auteurs, années et pays	Devis de recherche	Indicateurs et résultats
Narration par les infirmières, groupe de soutien avec défi et aide-mémoire ($n = 3$)	Adamski, Parsons et Hooper (2009) Birx, Wagstaff et Patten (2008) Lee-Hsieh, Kuo et Tseng (2005) Pays : États-Unis ($n = 2$) et Taiwan	Étude mixte avec devis pré-post Étude mixte expérimentale avec devis pré-post Étude expérimentale longitudinale	d'être plus empathique à leur réalité. Résultats quantitatifs : augmentation significative de l'indicateur mesuré (<i>caring</i>). <i>Caring</i> ($n = 3$) Résultats qualitatifs : perception d'être plus en confiance à établir une relation de <i>caring</i> avec les patients ; facilitation de la compréhension et de l'appropriation du <i>caring</i> . Résultats quantitatifs : augmentation significative de l'indicateur mesuré dans une étude.
Écoute d'interactions avec des patients ($n = 1$)	Jones (2007) Pays : Royaume-Uni	Étude qualitative exploratoire	Communication ($n = 1$) Résultats qualitatifs : perception que l'apprentissage des principes de la communication est plus efficace par l'exposition à des interactions de piètre qualité.
Narration par les patients ($n = 3$)	Moreau, Eady, Sikora et Horsley (2018) Rose et al. (2016) Christiansen (2011) Pays : Royaume-Uni	Revue systématique des écrits Revue méta-narrative Étude phénoménologique	Compassion et empathie ($n = 2$) Résultats des synthèses : possibilité de conscientiser les étudiantes à la perspective des patients par l'entremise d'une réaction émotionnelle aux récits narratifs ; cultivation de la compassion et de l'empathie des étudiantes, peu

Stratégies pédagogiques	Auteurs, années et pays	Devis de recherche	Indicateurs et résultats
Simulation et immersion ($n = 12$)	Levett-Jones, Cant et Lapkin (2019) Everson et al. (2018) Lee, Yu, Hsieh, Li et Chao (2018) Levett-Jones et al. (2018) Bas-Sarmiento, Fernández-Gutiérrez, Baena-Baños et Romero-Sánchez (2017) Haley et al. (2017) Levett-Jones, Lapkin, et al. (2017) Everson et al. (2015) Nosek, Gifford et Kober (2014) Searl et al. (2014) Cunico et al. (2012) Panosky et Diaz (2009) Pays : Australie ($n = 5$), Taiwan, Espagne, États-Unis ($n = 3$), Italie	Revue systématique des écrits Étude quasi-expérimentale à groupe unique ($n = 3$) Étude quasi-expérimentale Étude qualitative descriptive Étude pré-post à deux groupes Essai randomisé contrôlé Étude mixte avec devis quasi-expérimental à groupe unique Étude quasi-expérimentale à deux groupes Évaluation qualitative exploratoire Étude qualitative exploratoire	importe la forme de la narration (numérique, orale, imprimée). Résultats qualitatifs : perception que les récits narratifs amènent une expérience émotionnelle (empathie) ; perception que la narration orale par les patients en classe est plus significative. Empathie ($n = 11$), écoute active ($n = 1$), conscience de soi ($n = 1$), soins centrés sur le patient ($n = 1$), habiletés interpersonnelles ($n = 1$) Résultats de la synthèse : le jeu de rôle (immersion), la simulation numérique ou avec un mannequin sont plus efficaces afin d'augmenter l'empathie en présence d'un <i>debriefing</i> . Résultats qualitatifs : perception que l'immersion permet d'acquérir de nouvelles perspectives et de « se mettre dans les souliers » de patients âgés ; perception que le jeu de rôle rend les étudiantes plus sensibilisées et outillées à réagir de manière empathique aux situations de grandes tensions en santé mentale ; perception d'avoir développé ses habiletés interpersonnelles et d'être plus en

Stratégies pédagogiques	Auteurs, années et pays	Devis de recherche	Indicateurs et résultats
Activité de pratique réflexive ($n = 6$)	Hofmeyer et al. (2018) Adamson et Dewar (2015) Waugh, McNay, Dewar et McCaig (2014) Baldacchino (2008) Brien et al. (2008) Lee-Hsieh (2002) Pays : Australie, Royaume-Uni ($n = 2$), Malte, Canada, Chine	Étude qualitative exploratoire ($n = 2$) Étude de type recherche-action Évaluation qualitative exploratoire ($n = 2$) Évaluation mixte	<p>confiance dans la communication avec un enfant malade ; perception que l'expérimentation simulée par les étudiantes développe leur empathie.</p> <p>Résultats quantitatifs : augmentation significative des indicateurs mesurés dans quatre études.</p> <p>Compassion ($n = 2$), habiletés interpersonnelles ($n = 1$), empathie ($n = 1$), soins relationnels ($n = 1$), <i>caring</i> ($n = 1$)</p> <p>Résultats qualitatifs : perception que la compassion pour soi est préceuse aux soins empreints de compassion ; perception d'être sensibilisée à prodiguer des soins empreints de compassion ; perception d'être plus outillée à explorer les sentiments et l'expérience de santé des patients ; perception d'être plus empathique ; rehaussement de la nécessité des soins relationnels et de la relation d'aide en soins infirmiers.</p> <p>Résultats quantitatifs : augmentation significative de l'indicateur mesuré.</p>

Principaux constats pertinents. En somme, deux revues systématiques des écrits, une revue méta-narrative ainsi que 33 recherches montrent que différentes stratégies pédagogiques peuvent agir comme des leviers au développement de la compétence « agir avec humanisme » chez des étudiantes. Dans toutes ces études, la pratique réflexive est réalisée dans le cadre d'un travail universitaire sous la forme d'un journal d'apprentissage, d'une réflexion de groupe ou d'une réflexion individuelle facilitée par un guide. L'exercice de pratique réflexive est parfois réalisé une fois ou est maintenu hebdomadairement sur une période définie. Outre ces différences, beaucoup de variation est constatée au regard du nombre de participants en respect des traditions de recherche (de quelques-uns à plus d'une centaine), de l'indicateur à l'étude (de l'empathie au *caring*), de la durée des activités pédagogiques (de quelques heures à un cours entier), de leur emplacement dans le programme de formation (de la première à la dernière année), des ressources humaines et matérielles qu'elles mobilisent (d'un journal réflexif à des tuteurs formés et des mannequins haute-fidélité) et du moment où l'évaluation de leurs retombées est réalisée (de quelques semaines à plus d'une année). Sur le plan méthodologique, quelques forces sont notées : description exhaustive de l'activité pédagogique (Özcan et al., 2011; Wu et al., 2009) ; triangulation des données collectées (Jones, 2007) ; analyse des données réalisées de manière indépendante par plus d'un chercheur (Brown & Bright, 2017) ; évaluation des retombées de l'activité pédagogique au fil du temps (Hwang et al., 2013) ; description exhaustive de la méthode de repérage des écrits (Moreau et al., 2018). Plusieurs limites sont également observées : résultats non spécifiques aux infirmières (Fleming et al., 2015) ; absence de description des qualités psychométriques de l'outil utilisé (Lee-Hsieh, 2002; Wikström, 2003) ; manque de précisions quant au rôle joué par les étudiantes dans l'activité pédagogique (Eymard et al., 2010) ; changement des évaluateurs aux différents temps de mesure (Lee-Hsieh et al., 2005) ; manque de précisions quant à l'opérationnalisation de la stratégie pédagogique (Christiansen, 2011; Hofmeyer et al., 2018) ; nombre inconnu de participants ou d'évaluateurs (Bas-Sarmiento et al., 2017; Lee-Hsieh, 2002; Panosky & Diaz, 2009) ; manque de précisions quant à la collecte et l'analyse des données (Adamson & Dewar, 2015; Waugh et al., 2014). La grande majorité de ces limites amène à remettre en question l'efficacité des stratégies pédagogiques étudiées (Adamson & Dewar, 2015; Bas-Sarmiento et al., 2017; Lee-Hsieh, 2002; Lee-Hsieh et al., 2005; Panosky & Diaz, 2009; Waugh et al., 2014; Wikström, 2003) ou en réduit leur reproductibilité dans d'autres contextes (Christiansen, 2011; Eymard et al., 2010; Hofmeyer et al., 2018).

Les formateurs et chercheurs de la discipline mettent donc à l'essai des stratégies pédagogiques qui semblent toutes indiquer le même constat fortement corroboré par des résultats qualitatifs et quantitatifs : les étudiantes apprennent à agir avec humanisme dans les programmes de formation, mais les apprentissages observés sont différents selon les stratégies utilisées. D'une part, des récits racontés par des infirmières (narration) au sujet de l'établissement de relations de *caring* avec leurs patients peuvent aider les étudiantes à en comprendre le sens et à se l'approprier (Adamski et al., 2009). D'autre part, les patients qui racontent leurs propres récits (narration) peuvent montrer aux étudiantes ce qu'ils ressentent lorsque l'infirmière humanise ou déshumanise les soins. Le caractère réaliste et « vrai » de cette stratégie, surtout lorsque les patients sont invités dans le cadre d'un cours (narration orale), semble être la pierre angulaire de l'apprentissage (Christiansen, 2011; Rose et al., 2016). Ces apprentissages contrastent avec l'utilisation d'œuvres artistiques (art expressif), laquelle s'avère moins soutenue par des résultats probants en comparaison avec d'autres stratégies. Il semble que des œuvres artistiques pertinentes à la formation infirmière, par exemple *The Sick Child* d'Edvard Munch, peuvent stimuler la réflexion, l'imagination et le ressenti des étudiantes d'une manière différente des autres stratégies pédagogiques (Wikström, 2003). Par ailleurs, on note un engouement pour l'utilisation de la technologie dans les stratégies pédagogiques étudiées plus récemment (Bas-Sarmiento et al., 2017; Everson et al., 2018; Haley et al., 2017; Lee et al., 2018; Levett-Jones et al., 2019). Le terme technologie réfère ici à l'utilisation d'un mannequin haute-fidélité ou d'un casque de réalité virtuelle (simulation numérique en trois dimensions), contribuant à placer les étudiantes dans un contexte d'apprentissage authentique (de haut réalisme), c'est-à-dire le plus près possible de la pratique clinique. Bien que ces stratégies technologiques montrent qu'elles peuvent soutenir le développement de la compétence « agir avec humanisme », d'autres formes d'immersion et de simulation, moins sophistiquées et probablement à moindres coûts, semblent toutes aussi capables de conduire à des apprentissages (Levett-Jones et al., 2018; Levett-Jones, Lapkin, et al., 2017; Panosky & Diaz, 2009). À cet égard, on note le port d'une combinaison qui simule l'hémiplégie, une culotte d'incontinence ou un appareillage à stomie : toutes ces expériences, bien qu' uniques, montrent qu'elles amènent plus de sensibilité et d'empathie par une meilleure compréhension de ce qu'elles représentent pour les patients. En l'absence d'études comparatives, il s'avère toutefois difficile d'effectuer une comparaison entre les stratégies technologiques et les autres formes d'immersion et de simulation puisque les résultats sont quantitatifs d'une part, et qualitatifs d'autre

part. Il importe également de préciser que la majorité de ces activités d'immersion et de simulation, qu'elles soient technologiques ou non, ajoutent un *debriefing* dont l'importance pour les apprentissages est réitérée à maintes reprises par des chercheurs (Everson et al., 2015; Everson et al., 2018; Haley et al., 2017; Levett-Jones et al., 2019; Levett-Jones et al., 2018; Levett-Jones, Lapkin, et al., 2017).

Ainsi, l'étendue de ces stratégies pédagogiques témoigne de la créativité, de l'intérêt et de l'importance accordée par l'ensemble de la communauté infirmière à promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme » des étudiantes. Néanmoins, les formateurs et les décideurs de la formation initiale semblent se voir contraints à sélectionner de manière aléatoire ces stratégies pédagogiques qui semblent toutes prometteuses. Dans les écrits consultés, aucune justification n'est mentionnée afin de soutenir l'emplacement et la durée des interventions dans les programmes de formation et ceci s'explique en partie par le manque de connaissances au regard des apprentissages critiques qui assurent le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Puisque les apprentissages réalisés diffèrent d'une stratégie à l'autre, une meilleure compréhension du développement de la compétence « agir avec humanisme » permettrait de faire concorder judicieusement ces dernières à la progression des étudiantes.

Après des infirmières. Treize écrits traitent de l'utilisation de stratégies pédagogiques pour les infirmières dans les milieux cliniques. Le Tableau 2, présente : 1) le séminaire, 2) l'élicitation de récits narratifs de patients, 3) l'enseignement didactique et la simulation suivie d'un *debriefing*⁷ et 4) les séances courtes d'enseignement informel. La majorité de ces 13 études visaient à améliorer la communication des infirmières dans un contexte de soins palliatifs ou d'oncologie.

⁷ En formation continue, il existe plusieurs exemples d'activités comprenant un enseignement didactique et de la simulation suivie d'un *debriefing*. C'est pour cette raison que ces deux stratégies pédagogiques sont mises ensemble dans le tableau.

Tableau 2

Synthèse des stratégies pédagogiques étudiées chez les infirmières

Stratégies pédagogiques	Auteurs, années et pays	Devis de recherche	Indicateurs et résultats
Séminaire ($n = 9$)	Coffey et al. (2019) Blomberg, Griffiths, Wengström, May et Bridges (2016) Delmas et al. (2016) Pehrson et al. (2016) St-Pierre, Roussel, Lepage et Nguemeleu (2013) McGilton et al. (2011) Glembocki et Dunn (2010) Langewitz et al. (2010) Wilkinson, Blanchard et Linsell (2008) Pays : Suisse ($n = 2$), États-Unis ($n = 2$), Canada ($n = 2$), Royaume-Uni ($n = 1$)	Revue systématique des écrits ($n = 2$) Étude mixte pré-expérimentale à devis pré-post Étude pré-post ($n = 3$) Étude quasi-expérimentale à devis pré-post Étude mixte pilote à devis pré-post Essai randomisé contrôlé	Compassion ($n = 2$), <i>caring</i> ($n = 3$), empathie ($n = 1$), communication centrée sur le patient ($n = 3$) Résultats des synthèses : manque de précision quant aux différentes formes des séminaires ayant mené à des retombées positives ; pas assez de retombées significatives pour recommander les séminaires de manière systématique. Résultats qualitatifs : perception d'être plus centré sur les patients et d'adopter une perspective davantage holistique ; perception d'avoir acquis de nouvelles habiletés de communication. Résultats quantitatifs : augmentation significative des indicateurs mesurés.
Élicitation de récits narratifs de patients ($n = 1$)	Clarke, Hanson et Ross (2013) Pays : Royaume-Uni ($n = 1$)	Recherche collaborative	Soins centrés sur le patient ($n = 1$) Résultats qualitatifs : perception d'être plus centré sur les patients et de mieux comprendre la personne,
Enseignement didactique et la simulation suivie	Betcher (2010)	Étude pré-post ($n = 1$)	<i>Caring</i> ($n = 2$)

Stratégies pédagogiques	Auteurs, années et pays	Devis de recherche	Indicateurs et résultats
d'un <i>debriefing</i> ($n = 1$)	Blum, Hickman, Parcels et Locsin (2010) Pays : États-Unis ($n = 2$)	Étude quasi-expérimentale à devis pré-post ($n = 1$)	Résultats quantitatifs : augmentation significative de l'indicateur mesuré dans une étude.
Séances courtes d'enseignement informel ($n = 1$)	McGilton et al. (2003) Pays : Canada ($n = 1$)	Étude quasi-expérimentale	Soins relationnels ($n = 1$) et empathie ($n = 1$) Résultats quantitatifs : augmentation significative des indicateurs mesurés.

Principaux constats pertinents. En somme, deux revues systématiques des écrits ainsi que 11 recherches montrent que des stratégies pédagogiques peuvent agir à titre de leviers au développement de la compétence « agir avec humanisme » chez des infirmières. Dans ces recherches, une activité de pratique réflexive accompagne parfois les stratégies pédagogiques empruntées. Tout comme constaté dans les stratégies pédagogiques évaluées auprès des étudiantes, celles qui concernent les infirmières comportent également d'importantes différences. Ces différences se situent sur le plan de l'indicateur à l'étude (du *caring* à la communication centrée sur le patient), de la durée des activités pédagogiques (de quelques heures à plusieurs jours), des ressources humaines et matérielles qu'elles mobilisent (d'une infirmière facilitatrice à un patient standardisé) et du moment où l'évaluation des retombées est réalisée (d'immédiatement à plusieurs mois). La majorité de ces études sont quantitatives et se rapportent à la pratique infirmière dans un contexte de soins palliatifs, d'oncologie ou de gériatrie. Sur le plan méthodologique, quelques forces sont notées : description exhaustive de l'activité pédagogique (McGilton et al., 2011; Pehrson et al., 2016; Wilkinson et al., 2008) ; évaluation rigoureuse des écrits retenus selon une grille reconnue (Blomberg et al., 2016) ; description exhaustive de la méthode de repérage des écrits (Coffey et al., 2019) ; triangulation des données collectées (Delmas et al., 2016). Des limites sont également observées : changement des participants avant et après l'intervention (Baer & Weinstein, 2013; Delmas et al., 2016; Pehrson et al., 2016) ; absence de description des qualités psychométriques de l'outil utilisé (Baer & Weinstein, 2013) ; nombre insuffisant ou inconnu de participants (Clarke et al., 2013; McGilton et al., 2011) ; absence de précisions statistiques quant aux retombées positives de la stratégie pédagogique (Betcher, 2010) ; résultats non spécifiques aux infirmières (McGilton et al., 2003). L'ensemble de ces limites incite à faire preuve de prudence quant aux conclusions rapportées dans ces études (Baer & Weinstein, 2013; Betcher, 2010; Clarke et al., 2013; Delmas et al., 2016; McGilton et al., 2011). En effet, ces limites amènent un degré d'incertitude au regard de l'efficacité des stratégies pédagogiques étudiées.

Toutes les études consultées montrent que les infirmières peuvent se développer sur le plan de la compétence « agir avec humanisme » à l'aide de stratégies pédagogiques. En revanche, il semble que les bénéfices sont rapportés indifféremment de l'expérience clinique des infirmières. En d'autres termes, les stratégies pédagogiques étudiées ne semblent pas être spécifiques aux niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » des infirmières. Seule une étude (Glembocki & Dunn, 2010) rapporte des résultats propres à des infirmières expérimentées

(21 années à exercer la profession infirmière), mais ceci apparaît circonstanciel plutôt qu'à un choix raisonné par les chercheuses. Il s'avère difficile d'expliquer ce manque de spécificité entre les stratégies pédagogiques et le niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme ». Ceci peut être la résultante de difficultés liées au recrutement des participants ou d'une croyance à l'effet que la même stratégie pédagogique puisse être appropriée à toutes les infirmières, peu importe leur niveau de développement. Il se trouve donc que les chercheurs des écrits consultés ne tiennent pas compte du fait que la compétence « agir avec humanisme » est une compétence qui se développe progressivement (Betcher, 2010; Blomberg et al., 2016; Blum et al., 2010; Clarke et al., 2013; Coffey et al., 2019; Delmas et al., 2016; Glembocki & Dunn, 2010; Langewitz et al., 2010; McGilton et al., 2011; McGilton et al., 2003; Pehrson et al., 2016; St-Pierre et al., 2013; Wilkinson et al., 2008).

Par ailleurs, il appert difficile de différencier les apprentissages réalisés suivant ces stratégies pédagogiques puisqu'il y a peu d'études qualitatives qui en documentent les retombées. En effet, les résultats quantitatifs montrent une augmentation significative des indicateurs mesurés (p. ex. le *caring*, la compassion ou l'empathie) pour la grande majorité des stratégies pédagogiques (Blum et al., 2010; Delmas et al., 2016; Glembocki & Dunn, 2010; Langewitz et al., 2010; McGilton et al., 2011; McGilton et al., 2003; Pehrson et al., 2016; St-Pierre et al., 2013; Wilkinson et al., 2008). Même si des différences peuvent exister sur le plan du développement de la compétence « agir avec humanisme » au sein des groupes étudiés (groupes hétérogènes), il apparaît que les formateurs et décideurs de la formation continue ne peuvent faire un choix éclairé au regard des stratégies pédagogiques les plus appropriées et pertinentes aux infirmières en fonction de leur niveau de développement. À nouveau, ceci contribue à appuyer la pertinence d'élaborer un MCA de la compétence « agir avec humanisme » afin de promouvoir son développement à partir de stratégies pédagogiques qui conviennent à la progression des infirmières. La prochaine sous-section dévoile que le choix judicieux de stratégies pédagogiques n'est sans doute pas suffisant afin d'optimiser le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et d'infirmières.

Présence de modèles de rôle humanistes. Neuf écrits (Adam & Taylor, 2014; Bray et al., 2014; Cara, 2001; Hunter, McCallum, & Howes, 2018c; Jack, Hamshire, & Chambers, 2017; Khademi et al., 2017; Logan, 2017; Ma, Li, Liang, Bai, & Song, 2014; Mikkonen et al., 2015),

majoritairement conduits auprès d'étudiantes, ont montré que la présence de modèles de rôle humanistes pouvait soutenir le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Après des étudiantes. La publication la plus récente portant sur les modèles de rôle est l'étude qualitative exploratoire d'Hunter et al. (2018c) conduite auprès d'étudiantes écossaises ($n = 15$) dans une unité de soins d'urgence. Tant les modèles de rôle humanistes que les contre-exemples déshumanisants rencontrés par ces étudiantes dans leur stage furent une source d'apprentissages aux soins empreints de compassion. D'une part, les étudiantes ont fait remarquer qu'elles avaient été inspirées par les infirmières qui manifestaient de la compassion envers les patients. D'autres part, elles ont ajouté « qu'elles avaient pu reconnaître une expérience négative reliée à un modèle de rôle et la transformer positivement en apprentissages » [traduction libre] (Hunter et al., 2018c, p. 30). L'étude narrative de Jack et al. (2017) réalisée auprès de 14 étudiantes britanniques a obtenu des résultats similaires. Les participants ont révélé, lors d'entrevues non structurées, qu'une approche centrée sur l'étudiante, adoptée par des modèles de rôle universitaires et cliniques rencontrés, s'avérait profitable à l'apprentissage du rôle infirmier et au développement de leur identité professionnelle. Les chercheurs ont aussi souligné que la compassion et le respect démontrés par ces modèles de rôle pouvaient être une manière d'amener les étudiantes à s'en inspirer auprès des patients.

Dans sa méta-ethnographie portant sur la formation du *caring* chez les étudiantes américaines, Logan (2017) a synthétisé les connaissances de 21 écrits qualitatifs publiés entre 2000 et 2015 selon une perspective conceptuelle en sciences infirmières. Selon Bourbonnais (2015, p. 27), la méta-ethnographie « vise une synthèse interprétative en réinterprétant les significations associées à un même phénomène à travers l'analyse de plusieurs études qualitatives ». Sur le plan méthodologique, la méta-ethnographie de Logan (2017) est une réplique et une mise à jour de la métasynthèse classique réalisée par Beck (2001) sur le même sujet. Dans cette mise à jour, les modèles de rôle ont été identifiées comme étant l'une des trois dimensions cruciales à la formation du *caring* des étudiantes. L'auteure a conclu que les modèles de rôle des milieux de formation et cliniques occupaient toujours un rôle important dans le développement du *caring*. En effet, « les étudiantes apprennent à soigner en observant comment leurs infirmières préceptrices soignent [...] et elles deviennent *caring* à partir de professeures soucieuses de ce qu'elles enseignent [...] » [traduction libre] (Logan, 2017, p. 62).

Par ailleurs, Mikkonen et al. (2015) ont conduit une étude qualitative exploratoire en interviewant des étudiantes finlandaises ($n = 12$) afin de comprendre leur expérience d'empathie provenant de leurs professeurs. En procédant à une analyse de contenu, les auteurs ont mis en évidence que les étudiantes s'étaient développées en tant que futures infirmières empathiques à partir de l'empathie démontrée par leurs professeurs. En effet, l'empathie ressentie pouvait notamment motiver et encourager les étudiantes à mieux comprendre l'expérience de santé de leurs patients en stage. Dans un même ordre d'idées, l'évaluation qualitative exploratoire d'Adam et Taylor (2014) avait pour but d'évaluer une approche éducative qui consistait à amener les étudiantes britanniques à réfléchir sur leur premier stage. Le but de cette approche éducative était de soutenir les étudiantes dans la prestation de soins empreints de compassion. Les réflexions écrites par les étudiantes du cours ($n = 30$) ont servi de données. L'analyse de ces écrits a montré qu'une relation empreinte de mutualité avec les formateurs est aidante à la création de relations similaires avec les patients. Dans leur étude qualitative exploratoire, Ma et al. (2014) ont interrogé 20 étudiantes chinoises provenant de deux collèges universitaires afin d'explorer leur perspective sur l'apprentissage du *caring*. Une analyse de contenu réalisée sur les verbatim de quatre groupes focalisés a révélé que les étudiantes avaient appris à partir de modèles de rôle rencontrés à la fois à l'université et dans les milieux cliniques. Ma et al. (2014) ont précisé que cette manière d'apprendre était « idéale » (*ideal way of learning about caring*), mais qu'il était tout aussi possible de retirer des apprentissages de contre-exemples déshumanisants. À vrai dire, les étudiantes ont soulevé que c'était souvent ces expériences d'apprentissage déshumanisantes qui suscitaient leur réflexion, ce qui les amenaient à mieux comprendre et saisir l'importance du *caring*.

Auprès des infirmières. En Iran, Khademi et al. (2017) ont utilisé la théorisation ancrée auprès de 22 infirmières des soins intensifs, de 18 patients et de 12 membres de leurs familles provenant de deux hôpitaux universitaires. Le but de cette étude était de développer une théorie de niveau intermédiaire en identifiant les préoccupations d'infirmières au regard de l'humanisation des soins ainsi que les stratégies utilisées afin de les surmonter. Suivant une analyse de type comparative constante (*constant comparative analysis*), les auteurs ont souligné que les infirmières avaient été inspirées de modèles de rôles humanistes ainsi que de contre-exemples déshumanisants. Dans cette même étude, des infirmières gestionnaires ont évoqué qu'elles avaient été la cible de pratiques déshumanisantes par leur propre gestionnaire lorsqu'elles étaient au chevet des patients (Khademi et al., 2017). Devenues gestionnaires à leur tour, elles ont ajouté qu'une expérience de

la sorte leur avait appris à éviter ces pratiques et à faciliter l'humanisation des soins de leurs infirmières.

Par ailleurs, Bray et al. (2014) ont étudié le rôle de la formation dans la compréhension de la compassion à l'aide d'un devis mixte séquentiel exploratoire, en sondant 352 infirmières à l'aide d'une échelle de type Likert prétestée et en interviewant 14 sages-femmes, infirmières et ambulanciers, professionnels et étudiantes britanniques. Les résultats ont révélé que les participants percevaient les modèles de rôle comme un facteur pouvant influencer la capacité à prodiguer des soins empreints de compassion. En revanche, les résultats quantitatifs ont souligné des perceptions contradictoires : entre 34 et 46 % des participants ont affirmé que la compassion ne pouvait s'apprendre, alors qu'entre 39 et 58 % déclaraient qu'il était nécessaire de former les professionnels à prodiguer des soins empreints de compassion. De plus, Cara (2001) a conduit une étude ethnographique dont le but était de mieux comprendre l'apprentissage du *caring* dans la culture de travail des infirmières américaines. Les entrevues semi-dirigées conduites auprès de six infirmières, ajoutées d'observations durant quatre heures de leur travail, ont permis d'identifier des sources d'apprentissage. Les participants ont reconnu l'impact positif des modèles de rôle dans l'apprentissage, tant dans la vie personnelle, tel qu'apprendre selon les modèles de sa famille, que dans la vie professionnelle par ses professeurs : « être témoin de gestes *caring* peut encourager les étudiantes à agir avec *caring* » [traduction libre] (p. 37).

Synthèse critique. En somme, la méta-ethnographie ainsi que les huit études présentées dans cette sous-section sont toutes à devis qualitatifs à l'exception d'une seule étude à devis mixte (Bray et al., 2014). Les constats dégagés à propos des retombées positives de la présence de modèles de rôle sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » sont ainsi principalement fondés sur la perception d'étudiantes et d'infirmières. D'ailleurs, il y a presque autant d'études conduites chez les étudiantes ($n = 4$) en comparaison avec les infirmières ($n = 3$). La plus grande limite méthodologique constatée dans une de ces études est l'absence de justification à n'enregistrer que seulement les « premières entrevues⁸ » plutôt que toutes les entrevues (Khademi et al., 2017).

⁸ Les auteurs de cette étude ont mentionné que seules les « premières entrevues » (*early interviews*) étaient enregistrées : ils n'ont toutefois pas précisé le nombre ni les raisons de cette décision.

Dans l'ensemble, les huit études corroborent que la présence de modèles de rôle humanistes exerce un rôle facilitateur dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » chez les étudiantes et les infirmières (Adam & Taylor, 2014; Bray et al., 2014; Cara, 2001; Hunter et al., 2018c; Jack et al., 2017; Khademi et al., 2017; Ma et al., 2014; Mikkonen et al., 2015). En effet, la présence de professeurs et d'infirmières préceptrices humanistes semble conscientiser les étudiantes et les infirmières à l'humanisation des soins ou même agir à titre de force motrice qui les inspire pour leur pratique clinique. De plus, trois études (Hunter et al., 2018c; Khademi et al., 2017; Ma et al., 2014) montrent que la présence de contre-exemples déshumanisants peut amener une réflexion chez les étudiantes en lien avec l'infirmière qu'elles aspirent à devenir. Cette réflexion semble émerger d'un choc entre ce qui est observé chez le contre-exemple et l'humanisation des soins telle qu'envisagée par l'étudiante. Dans le contexte d'un MCA de la compétence « agir avec humanisme », il est fort probable que des apprentissages critiques puissent être plus facilement réalisés par les étudiantes et les infirmières en présence de modèles de rôle humanistes ou de contre-exemples déshumanisants qui suscitent des réflexions. La prochaine sous-section révèle qu'il est également possible de promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et d'infirmières à partir de l'humanisation de la culture organisationnelle.

Humanisation de la culture organisationnelle. L'humanisation de la culture organisationnelle des milieux de formation et cliniques, notamment guidés par un cadre théorique humaniste, a montré des effets favorables au développement de la compétence « agir avec humanisme ». À notre connaissance, 10 études ont été publiées en lien avec l'humanisation de la culture organisationnelle dans un but de soutenir l'humanisation des soins (Boykin et al., 2003; Cara, 2001; Curtis et al., 2017; Dewar & Cook, 2014; Dewar, 2011; Dingman et al., 1999; Drumm & Chase, 2010; Lee-Hsieh et al., 2007; Raines, 2007; Yeakel et al., 2003).

Auprès des étudiantes. Drumm et Chase (2010), Lee-Hsieh et al. (2007), Raines (2007) et Cara (2001) sont quatre études ayant documenté l'ancrage à un cadre théorique humaniste dans les milieux de formation. L'étude phénoménologique réalisée par Drumm et Chase (2010) auprès de sept étudiantes américaines a révélé que le recours à un curriculum s'appuyant sur une philosophie de *caring* pouvait être bénéfique à leurs apprentissages. Les entrevues individuelles ont permis de préciser que l'omniprésence du *caring* dans les activités pédagogiques et les évaluations les avait aidées à prendre conscience de l'importance du *caring* pour leur pratique future. Des résultats

similaires ont été obtenus dans la recherche-action menée en Chine par Lee-Hsieh et al. (2007) où un cadre théorique du *caring* a servi à renouveler un curriculum dans une perspective humaniste. Pour en évaluer les effets, les auteurs ont analysé qualitativement le contenu de travaux et de journaux d'étudiantes. Aussi, des patients ($n = 147$) ont évalué, à l'aide d'un outil validé, le *caring* des étudiantes en stage pendant l'implantation du cadre. Les résultats de cette évaluation mixte permettent à Lee-Hsieh et al. (2007) de statuer que des étudiantes privilégieront une pratique *caring* si celle-ci est mise de l'avant dans le curriculum. Par ailleurs, l'étude au devis pré-post de Raines (2007) a évalué le *caring* d'étudiantes ($n = 60$) d'un programme accéléré au début et à la fin de leurs études d'une durée de 12 mois. Ce programme avait été la cible d'un remaniement afin d'être cohérent avec une philosophie humaniste, où un partenariat empreint de mutualité entre étudiantes et professeurs était mis au premier plan. Les résultats ont montré une augmentation significative ($p = 0,001$) du *caring* chez ces étudiantes, montrant l'influence positive d'une philosophie humaniste. Enfin, les résultats de l'étude ethnographique de Cara (2001), détaillée dans la sous-section précédente, ont soutenu que le *caring* se développait à partir 1) de cadres théoriques humanistes pendant la formation initiale et 2) d'une philosophie institutionnelle cohérente avec le *caring* durant la pratique clinique.

Auprès des infirmières. Curtis et al. (2017), Dewar et Cook (2014), Dewar (2011), Boykin et al. (2003), Yeakel et al. (2003) et Dingman et al. (1999) ont étudié les effets de l'humanisation des cultures organisationnelles des milieux cliniques sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'infirmières. À ce propos, Curtis et al. (2017) ont développé, implanté et évalué un programme visant à cultiver la compassion de professionnels de la santé britanniques dans quatre organisations. Les chercheurs ont utilisé une approche appréciative (*appreciative inquiry*) afin d'humaniser la culture organisationnelle de ces milieux, notamment par l'entremise de récits narratifs numériques de patients, d'activités de groupe encourageant les gestes spontanés de gentillesse (*random acts of kindness*) et d'exercices de pleine conscience. L'analyse thématique des entrevues et des groupes focalisés a dévoilé que les participants se percevaient plus conscients de la compassion pour soi (*self-compassion*) et de l'importance de valoriser la compassion de leurs collègues. Toujours au Royaume-Uni, Dewar et Cook (2014) ont développé et évalué un programme humaniste en collaboration avec des infirmières et des gestionnaires ($n = 86$) dans 24 unités de soins d'un centre hospitalier dans le but de coconstruire une culture de soins empreinte de compassion. Le programme comprenait plusieurs éléments ancrés dans un modèle humaniste :

espaces de réflexion (*reflective spaces*), communautés de pratique (*community of practice*), formation action (*action learning*) et plusieurs activités basées sur le travail (*work-based activities*). Pour évaluer les effets du programme, les auteures ont utilisé un questionnaire sur la culture de l'environnement ($n = 405$), les réflexions suivant des séances de formation-action, des études de cas et des entrevues ($n = 65$). Sur le plan méthodologique, le programme humaniste développé montre une cohérence avec ses repères conceptuels et l'étude contient une triangulation des données. L'ensemble des résultats montre que la majorité (93 %) des infirmières perçoit une amélioration dans leurs relations avec les pairs et les patients à la suite du programme humaniste ; 98 % ont également mentionné avoir changé leur manière de communiquer, reflétant du respect et leur engagement à prodiguer des soins empreints de compassion (Dewar & Cook, 2014). Cette étude est un exemple d'une institution qui s'est engagée, à tous les niveaux de gestion en soins infirmiers, à changer les pratiques en passant par la collaboration, la formation continue et l'amélioration de l'environnement.

Dans le même ordre d'idées, une recherche-action appréciative (*appreciative action research*) réalisée dans un hôpital britannique avait pour but d'étudier et d'évaluer les processus, guidés par un cadre théorique humaniste, qui pouvaient améliorer les soins empreints de compassion et centrés sur les relations auprès de personnes âgées (Dewar, 2011). L'étude était composée de cinq phases dans lesquelles l'auteure jouait le rôle de facilitatrice. Elle a procédé à une triangulation importante dans la collecte des données, tant chez les infirmières, les patients et les familles. Par exemple, il y a eu de l'observation structurée de participants ($n = 10$), des échanges auprès du personnel ($n = 40$) pendant les 14 rencontres de service du milieu de soins et des entrevues avec appui d'images (*photo elicitation*) auprès du personnel ($n = 17$). Avec le soutien de la chercheuse, les participants ont développé des énoncés qui représentaient l'idéal de pratique humaniste qu'elles tentaient d'atteindre et elles ont apposé lesdits énoncés sur des photos, lesquelles ont par la suite été affichées dans le milieu de soins. Des opportunités quotidiennes ont été instaurées afin que les participants puissent réfléchir et débattre de la mise en pratique des énoncés affichés sur les photos. Les résultats obtenus par Dewar (2011) montrent qu'il est possible d'améliorer les soins empreints de compassion en les guidant par un cadre théorique humaniste. En effet, les interventions ont amené les infirmières à s'engager l'une envers l'autre, favorisant les liens et la cohésion entre elles. Ceci a, en d'autres termes, consolidé la nécessité d'être concerné par l'expérience d'autrui. Par conséquent, les infirmières s'intéressaient à l'expérience de leurs

patients en les interrogeant au sujet de leurs émotions, des priorités de soin ou de leurs préoccupations. L'auteure a souligné qu'un leadership chez les infirmières était par ailleurs souhaitable afin que ces dernières puissent non seulement remettre en question les règles parfois trop strictes du milieu hospitalier, mais exercer de l'influence envers les pratiques déshumanisantes de leurs collègues.

Aux États-Unis, Boykin et al. (2003) ont œuvré à humaniser la culture d'une unité de soins intensifs en l'ancrant dans une conception infirmière humaniste et en effectuant une évaluation mixte de ce processus. Sur le plan méthodologique, les auteures ont rencontré individuellement et en petits groupes des patients, infirmières et autres professionnels de la santé au sujet des expériences *caring*. Par la suite, elles ont analysé thématiquement ces entrevues pour en 1) dégager des valeurs (engagement, *être avec*, mutualité et croissance) et 2) amener l'équipe soignante à identifier des stratégies susceptibles de favoriser une pratique infirmière empreinte de ces valeurs. Aussi, les auteures ont comparé la satisfaction des infirmières dans leur travail et celle des patients quant aux soins reçus avant et après l'intervention (2 ans). Un outil a été utilisé pour mesurer la satisfaction des patients, deux semaines après avoir reçu leur congé de l'hôpital, alors que les infirmières devaient écrire un récit sur leurs pratiques *caring* avant et après l'intervention. L'étude de Boykin et al. (2003) révèle que l'intervention a amené les infirmières à centrer davantage leurs soins sur les patients et que ceux-ci étaient plus satisfaits des soins reçus. Une étude au devis similaire (Yeakel et al., 2003) a été réalisée aux États-Unis sur une unité de soins chirurgicaux. Les auteurs ont procédé, à l'aide d'outils validés, à une mesure du *caring* et de la satisfaction auprès de patients avant ($n = 172$) et après ($n = 181$) une intervention comparable à l'étude précédente (Boykin et al., 2003) : formation des infirmières sur le *caring*, renforcement positif, identification d'objectifs des infirmières, utilisation de ces objectifs dans l'évaluation de la performance par les gestionnaires et exposition d'affiches de comportements *caring* sur l'unité de soin. Les résultats confirment une augmentation significative ($p = 0,032$) des comportements *caring* des infirmières et une augmentation significative ($p = 0,004$) de la satisfaction face aux soins reçus.

De même, l'étude de Dingman et al. (1999) a évalué, à l'aide d'un devis pré-post, la satisfaction des patients suivant l'ancrage d'une institution hospitalière dans un cadre de comportements *caring*. Pour y arriver, les auteures ont mesuré la satisfaction de deux groupes de patients choisis aléatoirement à trois mois ($n = 72$) et six mois ($n = 75$) avant l'intervention, ont formé le personnel infirmier au cadre de comportements *caring* ($n = 48$), puis ont mesuré à nouveau

la satisfaction des patients à trois mois ($n = 73$) et six mois ($n = 73$) après l'intervention. Les résultats montrent une augmentation significative ($p = 0,0333$) trois mois après l'intervention pour l'élément « anticipe les besoins » (*Nurses Anticipating Needs*), de même pour l'élément « répond aux requêtes » (*Responds to Request*), lequel fut augmenté significativement ($p = 0,0455$) en comparant six mois avant avec six mois après l'intervention. Une légère diminution a cependant été observée à six mois après l'intervention, suggérant que des efforts constants sont nécessaires pour assurer la pérennité des effets bénéfiques de l'humanisation d'une culture organisationnelle.

Synthèse critique. Les 10 études retenues, autant à devis qualitatifs que quantitatifs, révèlent que l'humanisation de la culture organisationnelle peut favoriser le développement de la compétence « agir avec humanisme » chez les étudiantes et les infirmières. Plusieurs limites sont relevées dans ces études : nombre inconnu de journaux ou de réflexions analysés (Dewar & Cook, 2014; Lee-Hsieh et al., 2007) ; manque de précisions quant à la composition du programme avant qu'il soit ancré dans un cadre théorique humaniste (Lee-Hsieh et al., 2007) ; âge des participants peu représentatifs des étudiantes du Québec lorsqu'elles terminent leurs études collégiales (Raines, 2007) ; nombre inconnu de participants (Boykin et al., 2003; Curtis et al., 2017) ; absence de description des qualités psychométriques de l'outil utilisé (Boykin et al., 2003; Dewar & Cook, 2014; Dingman et al., 1999) ; reproductibilité questionnable en raison de l'ampleur des changements nécessaires (Dewar & Cook, 2014; Dewar, 2011; Dingman et al., 1999) ; changement des évaluateurs aux différents temps de mesure (Boykin et al., 2003) ; absence de données sociodémographiques sur les participants (Dingman et al., 1999).

Dans l'ensemble, ces études mettent en relief l'influence du contexte dans lequel le développement de la compétence « agir avec humanisme » prend place. Tout comme les modèles de rôle humanistes, une culture organisationnelle humaniste peut conscientiser les étudiantes à l'humanisation des soins en leur montrant qu'il s'agit d'une exigence à la pratique infirmière. Deux études mettent d'ailleurs en relief que l'humanisation d'une culture organisationnelle incite les infirmières à valoriser la compassion de leurs collègues ou favorise l'engagement de l'une envers l'autre, tout ceci ayant une incidence secondaire sur l'humanisation des soins auprès des patients (Curtis et al., 2017; Dewar, 2011). De tels résultats ne font qu'illustrer le degré auquel le développement de la compétence « agir avec humanisme » s'avère inextricablement lié aux relations entretenues par les étudiantes et les infirmières dans leur progression. Toutefois, des chercheurs de plusieurs études consultées déploient des efforts

considérables afin d’humaniser la culture organisationnelle dans des environnements ouverts à de telles refontes. Même s’il est possible d’humaniser de telles cultures, les changements requis s’avèrent considérablement laborieux et soulèvent des questions quant à leur pérennité. Dans la prochaine sous-section, les retombées négatives de cultures organisationnelles incohérentes avec l’humanisation des soins sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » sont exposées.

Contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme »

Parmi les études retenues, les principales contraintes identifiées au développement de la compétence « agir avec humanisme » sont les suivantes : 1) les cultures organisationnelles incohérentes, 2) la surcharge de travail et 3) la fatigue de compassion.

Cultures organisationnelles incohérentes. Dans le corpus des connaissances infirmières, 18 écrits ont explicité les répercussions de cultures organisationnelles incohérentes avec l’humanisation des soins, que ce soit pendant les stages des étudiantes (Brown, Nolan, & Davies, 2008; Curtis et al., 2012; Pearcey, 2007; Pearcey & Draper, 2008; Pearcey & Elliott, 2004) ou dans le cadre de la pratique clinique des infirmières après la diplomation (Avoine, 2012; Beagan & Ells, 2007; Clarke & Ross, 2006; Gray, 2009; Jones et al., 2016; Maben et al., 2007; Murphy, 2007; O’Reilly et al., 2010b; Rytterstöm, Cedersund, & Arman, 2009; Sinclair, Norris, et al., 2016; Wiechula et al., 2016).

Après des étudiantes. Les études de Curtis et al. (2012), de Brown et al. (2008), de Pearcey et Draper (2008), de Pearcey (2007) et de Pearcey et Elliott (2004) ont mis en évidence les impacts de cultures organisationnelles incohérentes sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » d’étudiantes. Tout d’abord, la théorisation ancrée réalisée par Curtis et al. (2012) a révélé que 19 étudiantes britanniques accordaient beaucoup d’importance aux soins empreints de compassion, mais qu’elles étaient préoccupées par leurs observations dans les milieux cliniques. Elles ont d’ailleurs accusé la culture organisationnelle, qu’elles percevaient axée sur la productivité et l’efficacité, comme étant la cause probable d’une pratique éloignée de leurs idéaux de pratique humaniste. De plus, ces étudiantes ont évoqué une tension entre leur désir d’intégration à l’équipe soignante et celui de défier les contraintes organisationnelles s’opposant à leurs idéaux de pratique humaniste. Curtis et al. (2012) a stipulé que, pour « survivre » à cette dissonance, ces étudiantes devaient faire un compromis (une « balance ») entre leurs idéaux et la réalité de la pratique clinique. Brown et al. (2008) ont réalisé une étude descriptive qualitative de l’expérience d’étudiantes en

stage de gériatrie au Royaume-Uni. Ils ont visité 33 établissements et y ont effectué 57 groupes focalisés au cours d'une période de trois ans. L'analyse des résultats soulève qu'au cours de leurs stages, les étudiantes valorisent une pratique fondée sur les symptômes et les pathologies, véhiculée par un paradigme biomédical. En conclusion de leur étude, les auteurs recommandent de teinter la vision organisationnelle des soins par une approche centrée sur les relations.

Trois études réalisées consécutivement (Pearcey, 2007; Pearcey & Draper, 2008; Pearcey & Elliott, 2004) auprès d'étudiantes britanniques de niveau universitaire ont mis en relief les impacts d'une culture organisationnelle incohérente sur leurs idéaux de pratique humaniste. L'étude la plus récente (Pearcey & Draper, 2008) a été réalisée auprès de 12 étudiantes de première année. Cette étude inductive et interprétative avait pour but d'explorer l'environnement clinique des soins infirmiers selon la perception des étudiantes, lesquelles avaient seulement un stage d'environ quatre semaines à leur actif. Les données ont été collectées à partir d'entrevues semi-dirigées suivies d'une analyse thématique. Les résultats ont montré que les étudiantes observaient peu de communication avec les patients dans les milieux cliniques et que ces dernières percevaient la pratique infirmière comme fondamentalement centrée sur la tâche ainsi que les routines. Cette première confrontation avec une réalité bien différente de leurs idéaux de pratique humaniste les a amenées à mettre en doute la possibilité de maintenir une telle pratique après leur diplomation. Même si ces perceptions résultaient d'un seul stage, elles se sont maintenues chez des cohortes plus avancées dans le même programme. En effet, l'étude inspirée de la théorisation ancrée (Pearcey, 2007) réalisée auprès d'étudiantes finissantes ($n = 64$) a analysé leurs perceptions à l'aide d'un questionnaire à questions ouvertes. Ce questionnaire avait été préalablement piloté chez un autre groupe de 10 étudiantes. Tout comme dans l'étude précédente, ces étudiantes avaient pour perception que les priorités dans la pratique infirmière étaient les suivantes : les tâches, les routines, administrer les médicaments et la documentation. Une seule étudiante a mentionné que la priorité correspondait aux contacts avec les patients. Dans la troisième étude qualitative exploratoire (Pearcey & Elliott, 2004), 14 étudiantes de troisième et de quatrième année ont été interrogées afin d'explorer leurs perceptions de leurs expériences cliniques et des liens entre ces perceptions et leur intention de terminer leurs études ou de quitter la profession infirmière. À nouveau, les étudiantes ont mentionné qu'elles étaient « préoccupées de l'incapacité à maintenir leurs [idéaux] de pratique dans le futur [...] et qu'elles allaient être absorbées par la culture organisationnelle » [traduction libre] (Pearcey & Elliott, 2004, p. 385). Même si les idéaux de pratique de ces étudiantes n'ont pas

été détaillés explicitement par les auteurs, il y a plusieurs références à la relation ainsi qu'à la communication avec les patients. Ceci permet donc de penser qu'une pratique infirmière centrée sur la tâche et les routines, au cœur d'une culture organisationnelle, peut décourager des étudiantes et ébranler leurs idéaux de pratique humaniste.

Auprès des infirmières. L'examen de la portée (*scoping review*) de Sinclair, Norris, et al. (2016), la revue d'ensemble (*umbrella review*) de Wiechula et al. (2016), ainsi que neuf études (Avoine, 2012; Beagan & Ells, 2007; Clarke & Ross, 2006; Gray, 2009; Jones et al., 2016; Maben et al., 2007; Murphy, 2007; O'Reilly et al., 2010b; Rytterstöm et al., 2009) réalisées auprès d'infirmières contribuent à documenter les effets contraignants d'une culture organisationnelle sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». La grande majorité de ces neuf études ont été réalisées il y a environ 10 ans. Tout d'abord, Sinclair, Norris, et al. (2016) se sont intéressés aux publications en sciences de la santé à propos des soins empreints de compassion. Dans leur examen de la portée, ils ont exclusivement retenu les recherches ($n = 44$) ayant pour concept central la compassion en utilisant une approche narrative afin de synthétiser les connaissances. De plus, les résultats quantitatifs des études retenues ont été convertis en descriptions textuelles afin de les intégrer dans cette synthèse. Les échantillons de ces études étaient notamment constitués de patients ($n = 13$), de familles ($n = 3$), d'étudiantes en sciences infirmières ($n = 2$), d'infirmières ($n = 14$) et de médecins ($n = 6$). Les résultats de cet examen de la portée ont suggéré que les soins empreints de compassion s'avéraient limités par une culture de « ligne de montage » (*production-line* et *assembly-line*) et centrée sur l'efficacité ainsi que l'économie. Dans le même ordre d'idées, Wiechula et al. (2016) ont synthétisé 12 revues des écrits afin d'en dégager les facteurs qui pouvaient influencer la relation de *caring* entre les infirmières et les patients. Ces 12 publications, qui ont été lues et synthétisées par deux chercheurs, étaient de nature qualitative ($n = 4$), quantitative ($n = 1$) ou mixte ($n = 7$). Cette revue d'ensemble représente 290 études qui ont majoritairement été conduites auprès d'infirmières. Dans les résultats, les auteurs ont fait ressortir les impacts de la culture organisationnelle sur les relations entretenues par les infirmières avec leurs patients. En effet, le manque de collégialité avec les pairs et la hiérarchie présente dans les milieux de soins pouvaient se répercuter sur les relations développées par les infirmières avec leurs patients. Bien que les chercheurs aient ressorti ce lien, ils n'ont pas précisé les impacts précurseurs du manque de collégialité et de la hiérarchie qui pourraient expliquer l'effritement des relations entretenues par les infirmières avec leurs patients.

Dans une étude ayant analysé des perceptions écrites d'un échantillon relativement élevé d'infirmières australiennes novices et plus expérimentées œuvrant aux soins intensifs ($n = 171$), Jones et al. (2016) ont identifié des leviers et des contraintes aux soins empreints de compassion. Les infirmières étaient invitées à écrire ce qu'elles percevaient de facilitant ou de contraignant aux soins empreints de compassion. À la suite de l'analyse thématique des perceptions recueillies, les auteurs ont identifié la culture de l'environnement de travail comme pouvant être à la fois facilitatrice et contraignante. Plus précisément, le fait que la culture de l'environnement de travail ne reconnaisse pas les soins empreints de compassion comme étant du « vrai travail » (*real work*) et qu'elle mette l'accent sur les procédures de soins était perçu comme contraignant par les infirmières.

Au Québec, Avoine (2012) a procédé à une analyse secondaire de données ($n = 11$) et à un groupe focalisé ($n = 6$) à inspiration phénoménologique dans le but de comprendre la signification des pratiques infirmières déshumanisantes selon la perspective de patients en contexte de réadaptation. Ces patients ont dévoilé que la culture organisationnelle de l'institution pouvait avoir un impact négatif sur les soins reçus. De plus, les résultats ont fait ressortir une culture du silence qui entretenait la non-dénonciation de ces pratiques, tant par les patients que par les infirmières. Dans ces conditions peu favorables, les soins déshumanisants s'introduisaient insidieusement dans la quotidienneté de la pratique infirmière (Avoine, 2012), ce qui pouvait compromettre le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Dans ce même contexte québécois, O'Reilly et al. (2010b) ont réalisé une étude phénoménologique auprès de 23 patients hospitalisés en réadaptation. L'étude visait à explorer la signification de l'expérience « d'être avec » l'infirmière et de sa contribution à la réadaptation des patients. Les auteurs ont interrogé tous les participants à deux reprises dans le but de valider leurs interprétations, ce qui contribue à renforcer la rigueur scientifique. Bien que les patients aient reconnu l'apport bénéfique « d'être avec » l'infirmière, notamment à leur bien-être et à leur résilience, ils ont également mentionné leurs perceptions quant aux pratiques déshumanisantes. À cet égard, ils ont souligné que des facteurs pouvaient limiter les pratiques humanistes : des facteurs personnels (manque de connaissance et d'intérêt de l'infirmière) et organisationnels, à savoir la bureaucratie et la divergence de valeurs.

Les résultats d'une étude ethnographique comprenant des rencontres formelles et informelles ainsi que des entrevues semi-dirigées ($n = 16$) révèlent que les pairs peuvent également avoir un impact négatif sur la pratique des soins humanistes d'infirmières britanniques (Gray,

2009). En d'autres termes, une culture organisationnelle où infirmières et médecins dévalorisent les soins relationnels (par des remarques verbales) entrave la volonté des infirmières à entrer en relation authentique avec leurs patients. De plus, une étude phénoménologique en Suède avait pour but de comprendre et de développer le concept de soins et de culture *caring* à partir de l'expérience d'infirmières (Rytterstöm et al., 2009). L'analyse des entrevues semi-dirigées ($n = 17$) a été validée un an plus tard auprès de sept infirmières ayant participé aux entrevues. Dans leurs récits, les infirmières ont soutenu que la culture routinière des soins les éloignait des pratiques *caring*.

Dans des entrevues inspirées de la tradition ethnographique, des infirmières canadiennes ($n = 20$) ont mentionné avoir été blâmées par leurs consœurs lorsqu'elles « faisaient plus que le minimum » des soins à prodiguer, par peur que les patients exigent des soins de qualité à nouveau, ont rapporté Beagan et Ells (2007). En effet, ces infirmières ont révélé qu'elles accordaient de l'importance au *caring* et aux valeurs humanistes, mais qu'elles faisaient face à plusieurs barrières dont la culture organisationnelle, causant ainsi des tensions éthiques. Ces tensions émergeaient de la difficulté des infirmières à prodiguer les soins teintés des valeurs humanistes qu'elles chérissaient en raison des obstacles de la culture organisationnelle. En suivant des IND britanniques ($n = 26$) pendant trois ans, les résultats de l'étude longitudinale de Maben et al. (2007) montrent que peu de ces infirmières réussissent à maintenir leurs idéaux de pratique humaniste en raison des contraintes organisationnelles oblitérantes. En effet, seulement quatre infirmières ont réussi, parfois en changeant de milieu, à prodiguer les soins qu'elles avaient identifiés idéaux après leur diplomation. Dix-huit autres infirmières compromettaient leur pratique, c'est-à-dire qu'elles éprouvaient de la frustration quotidienne puisque leurs idéaux ne pouvaient être mis en action. Huit ont dit avoir été écrasées par plusieurs contraintes : 10 avaient quitté la profession, deux avaient cessé de pratiquer pendant un moment et une infirmière prévoyait changer de profession (Maben et al., 2007).

En Irlande, Murphy (2007) a effectué une étude descriptive qualitative inspirée des principes phénoménologiques pour explorer les perceptions d'infirmières quant à la qualité des soins prodigués à la clientèle âgée. L'analyse des 20 entrevues a révélé que les infirmières considéraient les soins holistiques, et plus particulièrement la dimension relationnelle des soins infirmiers, cruciaux pour la personne âgée. Bien qu'elles aient identifié plusieurs facteurs associés à la qualité des soins, elles percevaient le manque de temps et la prédominance des routines comme des obstacles qui empiétaient sur leur capacité à prodiguer ces soins. Pour sa part, l'étude

qualitative exploratoire de Clarke et Ross (2006) a exploré, à l'aide de groupes focalisés, la perception d'infirmières quant à la communication avec les personnes en situation de fin de vie dans une unité de médecine ($n = 10$) et de soins palliatifs ($n = 14$). Les auteurs ont mentionné qu'elles avaient validé leur analyse dans un atelier subséquent aux groupes focalisés. Les résultats ont révélé que la culture des soins palliatifs encourageait et valorisait la communication avec les patients mourants alors que celle de l'unité de médecine s'en éloignait. Par conséquent, les infirmières œuvrant sur l'unité de médecine étaient moins enclines à s'attarder à la communication, bien qu'elles en reconnaissaient la nécessité.

Synthèse critique. L'examen de la portée, la revue d'ensemble ainsi que les 14 études recensées exclusivement qualitatives s'avèrent consensuelles : le développement de la compétence « agir avec humanisme » apparaît contraint par des cultures organisationnelles incohérentes avec l'humanisation des soins. De nombreuses limites sont constatées dans ces études : absence de données sociodémographiques sur les participants (Curtis et al., 2012) ; absence de justification à réduire l'échantillon (Brown et al., 2008) ; incohérence entre la posture interprétative des auteurs et la fidélité inter-juge recherchée (Pearcey & Draper, 2008) ; résultats non spécifiques aux infirmières (Sinclair, Norris, et al., 2016) ; résultats fortement liés au contexte de pratique infirmière (Avoine, 2012; Jones et al., 2016) ; manque de précisions quant à la perspective conceptuelle et les éléments méthodologiques cohérents avec l'ethnographie (Beagan & Ells, 2007) ; nombre inconnu de participants à la validation (Clarke & Ross, 2006).

Dans l'ensemble, toutes ces études montrent que les étudiantes remarquent, dès leur formation initiale, une différence sur le plan de l'humanisme entre ce qui leur est enseigné et ce qui s'avère mis en pratique dans les milieux cliniques. Les étudiantes remarquent des cultures axées sur les tâches, les routines et les médicaments (Pearcey, 2007; Pearcey & Elliott, 2004) alors que les infirmières les décrivent comme étant une « ligne de montage » (Sinclair, Norris, et al., 2016), hiérarchiques avec les collègues (Wiechula et al., 2016), axées sur les procédures de soins (Jones et al., 2016) et les routines (Murphy, 2007; Rytterstöm et al., 2009), bureaucratiques (O'Reilly et al., 2010b) et dévalorisantes des soins relationnels (Gray, 2009; Jones et al., 2016). Bien que des nuances distinguent ces différentes cultures, toutes sans exception laissent présager qu'elles compromettent le développement de la compétence « agir avec humanisme » des étudiantes et des infirmières. Il appert que les étudiantes se « fondent dans le moule » de la pratique encouragée dans les milieux, par exemple en valorisant une pratique fondée sur les symptômes et les

pathologies d'un paradigme biomédical (Brown et al., 2008), et qu'elles remettent en doute la possibilité d'humaniser les soins dans de tels contextes (Pearcey & Draper, 2008). De la frustration émerge de la grande difficulté à pratiquer selon l'idéal de pratique humaniste chez les étudiantes (Brown et al., 2008; Pearcey & Elliott, 2004) et ceci ne fait qu'exacerber les retombées négatives précédemment énumérées des cultures organisationnelles incohérentes sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Chez les infirmières, les études montrent qu'il y aurait lieu d'améliorer les conditions et les cultures organisationnelles des milieux cliniques afin de promouvoir l'humanisation des soins. La bureaucratisation (O'Reilly et al., 2010b), la dévalorisation de l'humanisation des soins par les pairs (Beagan & Ells, 2007; Gray, 2009), la culture de silence et de non-dénonciation de la déshumanisation des soins (Avoine, 2012), la promotion d'une pratique centrée sur la tâche, les routines et les procédures (Murphy, 2007; Rytterstöm et al., 2009) constituent des dimensions de cultures organisationnelles qui pourraient être transformées. Il semble que, malgré de nombreux efforts et innovations pédagogiques déployés pendant la formation initiale, le développement de la compétence « agir avec humanisme » est fortement contraint par les cultures organisationnelles des milieux cliniques incohérentes avec l'humanisation des soins. Même si des stratégies pédagogiques utilisées sont réputées être efficaces, que les étudiantes et les infirmières sont exposées à des modèles de rôle humanistes, qu'elles se développent dans des environnements où l'humanisation des soins est mise de l'avant, tout porte à penser que les cultures oblitérantes des milieux cliniques interfèrent fortement avec les apprentissages critiques à réaliser dans le développement de la compétence « agir avec humanisme ». La prochaine sous-section traite d'une dimension particulière de la culture organisationnelle, soit la surcharge de travail, et ses répercussions négatives sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et d'infirmières.

Surcharge de travail. La méta-ethnographie de Bridges et al. (2013) ainsi que les recherches d'Hunter et al. (2018b), de Chen, Chan, et al. (2017), d'Enns et Sawatzky (2016), de Christiansen et al. (2015), de Roch et al. (2014), de Pearcey (2010) et d'Enns et Gregory (2007), lesquelles ont été majoritairement conduites auprès d'infirmières, ont montré que la surcharge de travail pouvait compromettre le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Auprès des étudiantes. Une seule publication, l'étude qualitative exploratoire d'Hunter et al. (2018b) menée auprès de 15 étudiantes écossaises, a révélé que la surcharge de travail s'avérait

être la contrainte la plus exprimée (14 participants sur 15) au regard d'une pratique empreinte de compassion. Comme mentionné par l'un des participants, « le manque de temps est définitivement une grande barrière à la compassion... Je pense que les infirmières veulent pouvoir prendre plus de temps avec leurs patients » [traduction libre] (Hunter et al., 2018b, p. 31).

Auprès des infirmières. Chez les infirmières, une méta-ethnographie (Bridges et al., 2013) et six recherches (Chen, Chan, et al., 2017; Christiansen et al., 2015; Enns & Gregory, 2007; Enns & Sawatzky, 2016; Pearcey, 2010; Roch et al., 2014) ont souligné les effets contraignants de la surcharge de travail sur leur développement de la compétence « agir avec humanisme ». Tout d'abord, une étude qualitative exploratoire a soulevé les effets négatifs de la surcharge de travail chez 18 infirmières singapouriennes œuvrant sur des unités de soins gériatriques, chirurgicaux et de médecine (Chen, Chan, et al., 2017). Les participants jugeaient que la surcharge de travail était contraignante à la prestation de soins psychosociaux. D'autres infirmières canadiennes ($n = 17$) œuvrant à l'unité de soins d'urgence ont aussi insisté sur la surcharge de travail et le manque de temps à titre de contraintes au *caring* (Enns & Sawatzky, 2016). Dans cette étude qualitative descriptive, les infirmières avaient l'impression de ne pas avoir suffisamment de temps pour répondre adéquatement aux besoins des patients, surtout lorsque l'unité était particulièrement occupée (Enns & Sawatzky, 2016). Les infirmières disaient que le rythme rapide de cette unité, décrit comme chaotique, engendrait une surcharge de travail qui affectait leur *caring*. Cette perception a aussi été relevée dans une analyse thématique réalisée sur les propos recueillis d'étudiantes britanniques ($n = 197$) et de professionnels de la santé ($n = 155$) dont la majorité étaient des infirmières (Christiansen et al., 2015). Cette étude mixte comportait un volet quantitatif utilisant un questionnaire suivi d'entrevues, constituant le volet qualitatif. Les chercheurs ont souligné que la surcharge de travail et le manque de temps constituaient les facteurs les plus contraignants à la réalisation de relations *caring* avec les patients de même qu'à la prestation de soins empreints de compassion.

Au Québec, Roch et al. (2014) ont effectué une étude mixte en sondant des infirmières ($n = 292$) dans un premier temps, puis en conduisant des entrevues auprès de 15 d'entre elles. Cette étude visait à étudier les liens entre le climat organisationnel et les pratiques *caring* des infirmières œuvrant en milieux hospitaliers. Sur le plan méthodologique, les auteurs ont utilisé deux outils validés avec des coefficients de Cronbach supérieurs à 0,90, révélant une bonne consistance interne. Les résultats obtenus à la phase quantitative de l'étude ont orienté la phase qualitative de

l'étude sur le plan de l'échantillonnage et du guide d'entrevue. En plus d'analyser les verbatim, les auteurs ont intégré 147 documents des organisations dans lesquelles œuvraient les participants à la phase qualitative. Tant les données quantitatives que qualitatives ont révélé que la surcharge de travail, surtout vécue par les infirmières œuvrant en soins chirurgicaux et de médecine, limitait leurs pratiques *caring*.

Par ailleurs, une méta-ethnographie ayant couvert 18 études a mis en évidence que les infirmières œuvrant dans des unités de soins généraux et non critiques (p. ex. médecine) étaient plus affectées par la surcharge de travail (Bridges et al., 2013). La surcharge de travail, le manque de temps et le nombre insuffisant d'infirmières ont été identifiés comme des facteurs contraignants à l'établissement d'une relation avec les patients. Les auteurs ont également souligné que la surcharge de travail prédominante sur ces unités de soins pouvait amener une adhérence aux pratiques routinières, laquelle pouvait à son tour être contraignante aux relations à développer entre infirmières et patients.

Une étude inspirée de la théorisation ancrée (Pearcey, 2010) et réalisée auprès de 25 infirmières britanniques a aussi établi un lien avec la surcharge de travail. L'étude visait à explorer leurs perceptions au regard de la signification du *caring* dans le contexte des milieux cliniques. Des entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès de ces infirmières et une analyse qualitative a suivi. Cette analyse a fait ressortir l'impact de la surcharge de travail sur le *caring* des infirmières. En effet, le *caring* était perçu comme « l'extra » (*extra mile*) de la pratique infirmière et, lorsque le temps était plus limité en raison de la surcharge, c'est celui qui était mis de côté par les participants. Ceci s'avère être un résultat paradoxal puisque plusieurs des infirmières avaient pour perception que le *caring* était une approche et que, en principe, elle ne devrait pas nécessairement requérir plus de temps. La surcharge de travail a aussi été relevée dans une étude phénoménologique (Enns & Gregory, 2007) conduite auprès d'infirmières canadiennes ($n = 10$) œuvrant en soins chirurgicaux. À cet égard, l'analyse phénoménologique rigoureuse a révélé que la surcharge de travail et le manque de temps signifiaient aussi une pratique centrée sur la tâche, c'est-à-dire que les infirmières avaient constamment l'impression de réaliser des procédures de soins routinières sur le corps de la personne plutôt que de la soigner dans son ensemble.

Synthèse critique. La méta-ethnographie ainsi que les sept recherches retenues, majoritairement à devis qualitatifs, font ressortir les effets contraignants de la surcharge de travail sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Quelques limites sont observées

dans ces études : résultats fortement liés au contexte de pratique infirmière (Hunter et al., 2018b) ; absence de justification à réduire l'échantillon (Chen, Chan, et al., 2017) ; absence de description des qualités psychométriques de l'outil utilisé (Christiansen et al., 2015) ; absence de données sociodémographiques sur les participants (Pearcey, 2010) ; manque de précisions quant à l'analyse des données (Pearcey, 2010).

En somme, il appert que la culture organisationnelle de plusieurs milieux cliniques impose une surcharge de travail aux infirmières, laquelle se répercute sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Ces répercussions apparaissent mieux connues chez les infirmières puisqu'une seule étude est conduite chez les étudiantes (Hunter et al., 2018b). Chez les infirmières, il semble que la surcharge de travail soit plus vécue dans certaines unités de soins, par exemple la médecine (Bridges et al., 2013; Chen, Chan, et al., 2017), les soins chirurgicaux (Chen, Chan, et al., 2017; Enns & Gregory, 2007; Roch et al., 2014) et l'unité de soins d'urgence (Enns & Sawatzky, 2016; Hunter et al., 2018b). Lorsque ces infirmières sont prises avec la surcharge de travail, il semble qu'elles se concentrent sur des dimensions plus procédurales et routinières des soins infirmiers (Bridges et al., 2013) ou qu'elles adoptent une pratique centrée sur la tâche (Enns & Gregory, 2007), ayant pour perception de ne pas avoir le temps requis (Bridges et al., 2013; Christiansen et al., 2015; Enns & Sawatzky, 2016; Hunter et al., 2018b; Pearcey, 2010) pour humaniser les soins auprès des patients. Il est possible de mettre en parallèle l'ensemble de ces résultats avec ceux des études de la sous-section précédente au sujet des cultures organisationnelles incohérentes avec l'humanisation des soins. En effet, des retombées négatives telles qu'une pratique centrée sur la tâche et les routines sont présentes dans les deux sous-sections, ce qui met en évidence le lien de proximité entre la surcharge de travail et la culture organisationnelle.

Par ailleurs, toutes ces études sous-entendent que tant les étudiantes que les infirmières conçoivent la compétence « agir avec humanisme » en tant qu'intervention isolée qui requiert « beaucoup de temps », plutôt qu'une approche qui s'intègre dans l'ensemble des soins. Ceci porte à penser que la surcharge de travail engendre une diminution de l'exercice de la compétence « agir avec humanisme » qui ralentit ainsi sa progression. Outre ce ralentissement du développement de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et d'infirmières, les connaissances actuelles ne permettent pas d'expliquer plus précisément les retombées négatives induites par la surcharge de travail sur les apprentissages critiques à réaliser. Dans la prochaine sous-section, la dernière

contrainte au développement de la compétence « agir avec humanisme », la fatigue de compassion, est explorée.

Fatigue de compassion. Avant de présenter les recherches portant sur la fatigue de compassion (*compassion fatigue*), il importe de la définir afin de comprendre son lien avec le développement de la compétence « agir avec humanisme ». En règle générale, la fatigue de compassion réfère à l'effritement d'un soignant, que ce soit physiquement ou émotionnellement, dans un *contexte relationnel* avec des patients alors qu'il est incapable de se ressourcer (Coetzee & Klopper, 2010; Joinson, 1992; Mathieu, 2012; Michalec, Diefenbeck, & Malhoney, 2013). En revanche, l'épuisement professionnel (*burnout*) est habituellement la conséquence graduelle de facteurs nocifs de l'*environnement*, tels que la surcharge de travail ou le manque de ressources (Figley, 1995, 2002; Killian, 2008). Un soignant peut à la fois souffrir de fatigue de compassion et d'épuisement professionnel. Deux études (Curtis, 2014; Michalec et al., 2013) ont exploré l'impact de la fatigue de compassion chez les étudiantes alors que sept écrits l'ont investiguée chez les infirmières (Austin, Goble, Leier, & Byrne, 2009; Beagan & Ells, 2007; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010; Maytum, Heiman, & Garwick, 2004; Nolte, Downing, Temane, & Hastings-Tolsma, 2017; Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, & Smith-MacDonald, 2017; Yoder, 2010).

Auprès des étudiantes. Curtis (2014) a procédé, à l'aide de la théorisation ancrée, à 19 entrevues auprès d'étudiantes britanniques afin d'explorer le processus de socialisation relié aux soins empreints de compassion. Les résultats ont montré que les étudiantes avaient la volonté de prodiguer ces soins humanistes, mais qu'elles hésitaient puisqu'elles désiraient *pondérer* ceux-ci à une « attitude professionnelle ». Cette même attitude était encouragée tant par les professeurs dans les milieux de formation que les infirmières lors des stages. Selon les étudiantes, il s'agissait de « garder ses distances pour se protéger » de la fatigue de compassion et ainsi établir une relation thérapeutique « saine ». Pourtant, les participants n'ont pas été capables de décrire et définir une telle relation. Selon Curtis (2014), il serait préférable de clarifier auprès des étudiantes la signification d'une relation thérapeutique saine pendant la formation universitaire afin d'éviter un désengagement relationnel prématuré. Par conséquent, les retombées de cette étude semblent plutôt émerger d'une crainte d'éprouver de la fatigue de compassion plutôt que d'un envahissement de la compassion en tant que tel. Dans une autre étude, à devis mixte, Michalec et al. (2013) se sont penchés sur la question de la fatigue de compassion et de l'épuisement professionnel chez des

étudiantes d'un baccalauréat aux États-Unis. Les données quantitatives ($n = 436$) ont été recueillies à l'aide d'outils validés (*Maslach Burnout Inventory* et *Professional Quality of Life*) et ont révélé un niveau d'épuisement professionnel plus élevé à la deuxième et troisième année de formation, un niveau moyennement élevé de fatigue de compassion, alors que les données qualitatives d'entrevues ($n = 20$) ont montré que les répondants prévoyaient vivre un épuisement professionnel dans leur carrière. Cependant, les résultats étaient contradictoires lorsque les chercheurs tentaient d'expliquer la source de la fatigue de compassion et de l'épuisement professionnel. Ces deux études semblent indiquer que les étudiantes s'éloignent prématurément de leurs patients sur le plan relationnel principalement pour se prémunir de la fatigue de compassion. Par contre, leurs résultats ne permettent pas d'affirmer hors de tout doute que la fatigue de compassion vécue par les étudiantes compromet leur développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Auprès des infirmières. Le méta-ethnographie de Nolte et al. (2017), la revue méta-narrative de Sinclair et al. (2017) ainsi que cinq recherches (Austin et al., 2009; Beagan & Ells, 2007; Hooper et al., 2010; Maytum et al., 2004; Yoder, 2010) visaient à documenter les répercussions de la fatigue de compassion sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'infirmières. Tout d'abord, Nolte et al. (2017) ont procédé à une méta-ethnographie d'études qualitatives ($n = 9$) conduites entre 1992 et 2016. La synthèse de ces écrits a permis de dégager quatre thèmes dont l'un a été intitulé « symptômes émotionnels ». Dans ce thème, les auteurs ont fait ressortir que les infirmières se protégeaient de la fatigue de compassion en s'éloignant émotionnellement de leurs patients et en évitant de s'engager envers ceux-ci. La revue méta-narrative de Sinclair et al. (2017) a été plus inclusive dans le nombre d'écrits retenus ($n = 90$) puisqu'elle concernait les sciences de la santé en général et qu'elle s'est penchée sur le sens de la fatigue de compassion, ses symptômes, sa mesure, sa prévalence et les interventions pour la prévenir. Dans leurs conclusions, les auteurs ont remis en question la validité de construit de la fatigue de compassion au sein des écrits retenus puisqu'elle était souvent confondue avec l'épuisement professionnel, la sympathie ou l'empathie. Ainsi, Sinclair et al. (2017) ont évoqué que les symptômes ressentis par les soignants, bien que réels, semblaient plus associés à des irritants environnementaux (p. ex. le surcharge de travail et le manque de matériel) qui limitent les soins empreints de compassion, plutôt qu'à la compassion elle-même.

Hooper et al. (2010) ont évalué quantitativement le niveau de fatigue de compassion en comparant les infirmières de l'unité de soins d'urgence ($n = 109$) aux infirmières de la néphrologie

($n = 16$), des soins intensifs ($n = 32$) et de l'oncologie ($n = 12$). Les infirmières, toutes unités confondues, évaluaient majoritairement (84,4 %) leur niveau de fatigue de compassion de « *moyen à élevé* », indiquant qu'elles éprouvaient de la détresse dans leur pratique et qu'elles étaient moins enclines à s'engager dans une relation avec leurs patients. Parallèlement, Yoder (2010) a conduit une étude mixte à l'aide d'un questionnaire ($n = 106$) et de récits narratifs ($n = 71$) d'infirmières américaines. L'analyse des résultats quantitatifs a mis en évidence que la fatigue de compassion que les infirmières éprouvaient était majoritairement (52 %) reliée au fait d'offrir des soins *caring* aux patients (*caring for patients*). D'ailleurs, les résultats qualitatifs ont fait ressortir que cette fatigue engendrait des mécanismes de *coping* qui étaient, pour certaines infirmières, déshumanisants pour les patients : la dépersonnalisation, le détachement et le désengagement.

Au Canada, Austin et al. (2009) ont conduit une étude de description interprétative (*interpretive description*) auprès de cinq infirmières qui se percevaient souffrantes de fatigue de compassion. Tout d'abord, les infirmières ont décrit la fatigue de compassion comme le fait de « fonctionner avec un réservoir vide » (*running on empty*), signifiant qu'elles « n'avaient rien d'émotionnel à offrir à leurs patients » [traduction libre] (Austin et al., 2009, p. 202). De plus, la fatigue de compassion les amenait à se protéger (*shielding myself*), entre autres en se distançant des patients, en limitant leur engagement authentique et les communications avec ceux-ci, en adoptant une pratique centrée sur la tâche et en ne prodiguant que le nécessaire (*providing just the basics*). Les auteurs ont suggéré que cette déshumanisation des soins était le fruit d'une transformation d'une pratique ayant des interactions pleines de sens à une production de tâches. Parallèlement, l'étude qualitative exploratoire de Beagan et Ells (2007) réalisée auprès de 20 infirmières canadiennes a évoqué un paradoxe quant aux valeurs chéries par les infirmières dans leur pratique professionnelle (p. ex. *caring*, compassion, altruisme) et leur besoin de se détacher de leurs patients dans le but de se protéger. À cet égard, « le détachement, quoiqu'il puisse être protecteur, devient une barrière à éprouver de la compassion, une valeur profondément adoptée [par les infirmières] » [traduction libre], ont reconnu Beagan et Ells (2007, p. 46). Dans leur étude qualitative descriptive, Maytum et al. (2004) ont invité 20 infirmières pédiatriques américaines à des entrevues pour identifier ce qui pouvait déclencher des symptômes associés à la fatigue de compassion. L'analyse des entrevues a révélé que la source de la fatigue de compassion de ces infirmières s'avérait principalement reliée à la souffrance des enfants ainsi qu'au désarroi des parents, mais aussi en raison de la surcharge de travail. En effet, les infirmières ont expliqué

qu'elles ressentaient de la fatigue de compassion parce qu'elles avaient l'impression de ne pas agir sur la souffrance des familles en raison de la surcharge de travail.

Synthèse critique. La méta-ethnographie, la revue méta-narrative des écrits ainsi que les sept recherches retenues, dont la moitié sont à devis qualitatifs, lèvent le voile sur le phénomène de fatigue de compassion et de ses retombées potentielles sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». La plus grande limite méthodologique constatée dans la méta-ethnographie de Nolte et al. (2017) réfère aux critères de sélection contraignants qui réduisent considérablement le nombre d'écrits retenus, malgré une couverture des publications de plus de 20 ans (1992 à 2016).

L'ensemble des écrits consultés attestent que bon nombre d'infirmières éprouvent de la détresse dans leur pratique et ceci peut se répercuter sur l'humanisation des soins. En revanche, il semble y avoir de la confusion entre la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel dans le corpus de connaissances et il importe d'en relever la différence pour le développement de la compétence « agir avec humanisme ». À cet égard, il appert que la source de fatigue de compassion ne soit pas systématiquement causée par l'envahissement de la compassion ressentie par les étudiantes ou les infirmières (Yoder, 2010). Au contraire, des écrits semblent indiquer que la surcharge de travail (Maytum et al., 2004; Yoder, 2010) et la perte de sens qui résulte de l'adoption d'une pratique centrée sur la tâche (Austin et al., 2009) peuvent déclencher ce que les chercheuses estiment être de la fatigue de compassion. Tout comme postulé par Sinclair et al. (2017), il est davantage plausible que les stressors de l'environnement de travail soient la cause de la détresse signalée dans ces études. Si la fatigue de compassion était réellement l'origine de la détresse dans tous les travaux publiés à ce sujet, les infirmières particulièrement compatissantes seraient les premières et les plus vulnérables à en souffrir, ont soulevé Sinclair et al. (2017). Les auteurs ont également ajouté que ceci aurait pour effet de créer une « pandémie de fatigue de compassion » peu probable au sein de la profession infirmière. L'émergence d'une telle « pandémie » aurait également pour effet de créer un contresens avec d'autres études (Finfgeld-Connett, 2008; Khademi et al., 2017; Peery, 2010) qui soulignent les bienfaits de l'humanisation des soins pour l'infirmière. Au sein de la discipline, ces bienfaits se rapportent au phénomène de satisfaction de compassion (*compassion satisfaction*), laquelle réfère généralement aux retombées positives et gratifiantes (p. ex. le plaisir et un sens d'accomplissement) pour la soignante qui résultent des soins

dispensés (Dunn & Rivas, 2014; Hunsaker, Chen, Maughan, & Heaston, 2015; Sacco & Copel, 2018).

La distinction soulevée dans le précédent paragraphe ne nie pas pour autant l'existence de la fatigue de compassion, mais elle illustre que le phénomène apparaît fréquemment confondu avec l'épuisement professionnel, ce dernier étant davantage causé par des stressors de l'environnement de travail. Cette distinction prend son importance pour la compétence « agir avec humanisme » puisque la cible des interventions visant à promouvoir son développement ne sont pas les mêmes, l'une se situant auprès de l'apprenant et l'autre sur le plan de la culture organisationnelle. Dans tous les cas, une meilleure compréhension du développement de la compétence « agir avec humanisme » permettrait d'apporter un éclairage sur la présence et les éventuelles retombées de la fatigue de compassion sur la progression des étudiantes et des infirmières.

Bilan des constats dégagés dans les sections 1, 2 et 3

Même si les écrits ne cessent de confirmer les retombées positives de l'humanisation des soins et les répercussions négatives de la déshumanisation pour les patients, que l'ensemble de la communauté encadrant l'exercice de la profession exige que les étudiantes et les infirmières apprennent à humaniser les soins, développer la compétence « agir avec humanisme » demeure encore aujourd'hui un défi. L'humanisme ne s'avère pas qu'être la chasse gardée des théoriciennes de la discipline infirmière, bien au contraire, les chercheurs, formateurs et décideurs de la formation initiale et continue redoublent d'efforts et d'ingéniosité afin de promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme » à l'aide d'un vaste éventail de stratégies pédagogiques. Or, il s'avère difficile de choisir judicieusement ces stratégies en correspondance avec la progression des étudiantes et des infirmières puisque très peu d'écrits décrivent les niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme ».

D'autres écrits consultés suggèrent également que la présence de modèles de rôle ainsi que l'humanisation des cultures organisationnelles peuvent conscientiser les étudiantes et les infirmières à l'humanisation des soins, facilitant ainsi son développement. Or, les cultures organisationnelles incohérentes avec la promotion de l'humanisation des soins, notamment qui imposent une surcharge de travail, semblent déclencher de l'épuisement professionnel et l'engouffrement des idéaux de pratique humaniste des étudiantes et les infirmières, freinant ainsi le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Néanmoins, les liens que ces leviers

et contraintes entretiennent avec la réalisation des apprentissages critiques de la compétence « agir avec humanisme » demeurent inexpliqués.

Ainsi, l'ensemble de ces constats appuient fortement la nécessité de documenter les apprentissages critiques de la compétence « agir avec humanisme » du début de la formation initiale des infirmières jusqu'à l'atteinte de l'expertise. Dans la prochaine section, la perspective conceptuelle élaborée pour cette étude doctorale est exposée.

Section 4 : perspective conceptuelle de l'étude

En recherche phénoménologique, laquelle est l'approche méthodologique qui a été empruntée dans cette étude doctorale et qui sera détaillée au chapitre suivant, il n'est pas rare que des chercheurs adoptent une naïveté conceptuelle ou théorique au regard du phénomène d'intérêt, et plus particulièrement pour les études s'inscrivant sous l'école de pensée d'Husserl (Sandelowski, 1993b). Par conséquent, il est plus usuel que ces études évoquent une toile de fond ou une perspective plutôt qu'un cadre de référence : ceci pourrait aider les auteurs à s'éloigner de conceptualisations a priori dans leur collecte et analyse des données. Cependant, Sandelowski (1993b) a fait remarquer que le processus d'élaboration d'une problématique, d'une recension des écrits et d'un choix méthodologique sont tous les trois implicitement guidés par une forme d'orientation : cette étude doctorale n'y a pas fait exception.

La perspective conceptuelle élaborée pour cette étude doctorale correspond à l'intégration d'auteurs des sciences infirmières (Cara et al., 2016) et des sciences de l'éducation (Tardif, 2006), soit une conception infirmière humaniste et une conception sur le développement des compétences. Rappelons que la conception de Tardif (2006) a été précédemment détaillée dans la section 2 du présent chapitre.

Tout d'abord, une description et analyse critique de la conception infirmière de Cara et al. (2016), basée sur la méthode de Chinn et Kramer (2018), est exposée dans l'article II de la thèse. Par la suite, des parallèles sont tracés entre les conceptions de Cara et al. (2016) et de Tardif (2006) afin de mettre en évidence la pertinence de les intégrer en une perspective conceptuelle originale.

Introduction à l'article II

L'article II de la thèse a été soumis pour publication à la revue *International Journal for Human Caring* le 29 août 2019 (voir Appendice A). Dans cet article, la méthode d'analyse théorique proposée par Chinn et Kramer (2018) est utilisée afin de décrire et de critiquer la

conception infirmière intégrée dans la perspective conceptuelle de cette étude doctorale, soit le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016). Ce travail d'ordre conceptuel a amené l'étudiant-chercheur à s'approprier le MHSI-UdeM, à en approfondir sa compréhension et à jeter un regard critique sur celui-ci de manière à consolider l'ancrage de cette étude doctorale à la discipline infirmière. En effet, un tel travail s'est avéré particulièrement avantageux puisque, rappelons-le, la perspective conceptuelle de cette étude doctorale correspond à l'intégration d'auteurs des sciences infirmières et de l'éducation. Dans l'article II, un bref historique au regard de la création du MHSI-UdeM est présenté, puis celui-ci est décrit en fonction de son but, ses concepts, ses relations, sa structure et ses suppositions. Tel que suggéré par Chinn et Kramer (2018), la critique qui suit cette description porte sur la clarté, la simplicité, la généralité, l'accessibilité et l'importance du MHSI-UdeM. L'ensemble de la démarche évaluative met en relief des limites de cette conception infirmière relativement récente et propose des pistes d'amélioration pour son développement éventuel. Somme toute, cet article traduit la philosophie humaniste, décrite dans la section 1 de ce chapitre, à un niveau d'abstraction (McEwen, 2019; Smith & Liehr, 2014) plus près de la pratique infirmière et clarifie le concept de compétence selon une perspective infirmière.

Apport de l'étudiant-chercheur à l'article II

L'idée d'analyser le MHSI-UdeM selon une méthode reconnue au sein de la discipline infirmière a été proposée par la codirectrice de l'étudiant-chercheur, laquelle est la principale auteure de cette conception infirmière. L'étudiant-chercheur a écrit toutes les versions de l'article alors que ses directrices ont régulièrement commenté chacune des versions, à partir des résultats de son étude doctorale. L'étudiant-chercheur a apporté les corrections et a soumis l'article pour publication.

Article II : Description and critical reflection of a humanistic model of nursing care

Abstract. Several literature reviews forewarned that theory evaluation and the use of nursing theories are unfortunately declining within the discipline. In this article, a French-Canadian conceptual model of nursing is described then critiqued based on Chinn and Kramer's method of theoretical evaluation. Five documents were iteratively read as a means to identify the purposes, concepts, definitions, relationships, structure, and assumptions of this conceptual model. Then, as suggested by Chinn and Kramer, its clarity, simplicity, generality, accessibility, and importance are discussed. The conclusion summarizes the main results and its implication for the future refinement of this conceptual model.

Keywords. Humanism; caring; conceptual model; theory evaluation; theory analysis; Humanistic Model of Nursing Care – UdeM.

Introduction. Following the impetus of the grand and middle-range theories' development eras, a considerable drop in theoretical analysis was noted in the discipline (Chinn, 2019; Im, 2015; Oermann & Jenerette, 2012; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 2012). As Im (2015) pointed out, the nursing theory evaluation movement that started between the years 1960 and 1970 seems to be slowed down. This is evidenced by a very small number of theoretical evaluations (Bohner, 2017; Valentine, 2014) identified in the nursing literature of the last decade. The declining use of nursing theories in research probably contributes to this phenomenon (Barrett, 2017; Jensen, 2019).

As asserted by Smith et Parker (2015b, p. 8), “the major reason for structuring and advancing nursing knowledge is for the sake of nursing practice”. A nursing theory is reputed useful to nurses if it provides clarification to the purposes, processes, and outcomes of their practice (Smith & Parker, 2015b). In education programs, nursing theories may develop students' professional identity and understanding of their contribution to patients' health (Pepin et al., 2017). Evaluating nursing theories appears thus relevant to the pursuit of these practical and educational matters.

The purpose of this article is to describe and critique a French-Canadian conceptual model of nursing, the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM (HMNC-UdeM; Cara et al., 2016), based on Chinn and Kramer's (2018) description and critical reflection of empirical theory. This method was chosen over others (Alligood, 2018; Fawcett, 2005; Meleis, 2012; Parse, 2005; Risjord, 2019) because it focuses “on asking questions to consider in relation to [the researchers'] purposes, rather than a standard that a theory is expected to meet” (Chinn & Kramer, 2018, p. 202). As some authors of this paper also contributed heavily to the development of the HMNC-UdeM, Chinn and Kramer's (2018) method appears more suitable as it can be an opportunity for further expansion and refinement of this conceptual model of nursing.

Background of the HMNC-UdeM. Before the HMNC-UdeM was developed, the Faculty of Nursing of the Université de Montréal (FN-UdeM) in Quebec, Canada espoused, in 1995, the concepts related to the caring school of thought as a disciplinary perspective for its undergraduate program (Cohen, Pepin, Lamontagne, & Duquette, 2002). Dr Chantal Cara, who completed her doctoral thesis under Dr Jean Watson's supervision (Cara, 1997), devoted her career to caring science and supported its integration at the FN-UdeM over the years. In late 2009, Dr Cara was

solicited by the former dean of the FN-UdeM, Dr Francine Girard, to develop a more pragmatic conceptual model of nursing grounded in caring (Girard & Cara, 2011). One of the purposes of this development was to help nursing students and graduate nurses grasp a better understanding of caring's humanistic underpinnings. It is worth saying that eight focus groups with professors, clinical nurse specialists, nursing directors, graduate students, and patient partners were held throughout the 2-year process of creation of the HMNC-UdeM that followed (Cara et al., 2016). When the HMNC-UdeM was created, it influenced the renewal of the nursing care plan utilized by students (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2012) and the actualization of the competencies framework (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015), both being capital in the FN-UdeM's undergraduate program. All these efforts sought to inspire nursing students' becoming humanistic and caring practitioners.

Method. Chinn and Kramer (2018) refer to the term “theory”, but the present authors rather used “conceptual model” in this article to remain consistent with the level of abstraction as well as the name of the HMNC-UdeM. When the term “theory” is used, it means “a creative and rigorous structuring of ideas [...] expressed by word symbols that form a conceptual structure” (Chinn & Kramer, 2018, p. 185). Thus, the use of “theory” does not refer to a specific level of abstraction (i.e. grand or middle-range theory) that could be incongruent with “conceptual model”.

Chinn and Kramer (2018) proposed 11 questions (see Table 1) for describing and critically reflecting upon a nursing theory. Rather than insisting on a specific method (i.e. literature review, focus groups or interviews), these meta-theorists suggested a sound analysis based on multiple and iterative readings of the conceptual model. In this perspective, Chinn and Kramer stated that “describing a [conceptual model] is a process of posing questions about the components of the [conceptual model] as suggested by our definition, then responding to the questions with your own reading” (Chinn & Kramer, 2018, p. 190). The authors of this current paper read iteratively and thoroughly each document that was included in this analysis, looking for content that would inform them about the conceptual model's purpose, concepts, definitions, relationships, structure, and assumptions (Chinn & Kramer, 2018). Following a similar work conducted by Bohner (2017), a word-processing software was used to extract and summarize data (sentences and paragraphs) as a means to “make the content of the [documents] accessible and comparable” (Bohner, 2017, p. E4). This conceptual model description formed the basis for answering the questions pertaining to the

critical reflection, but the reviewed documents were also used to enhance this reflexive process. These documents will be briefly presented in the next section.

Table 1

Chinn and Kramer's (2018, p. 201, 203) questions

No	Questions
Theory description	
1	What is the purpose of this theory?
2	What are the concepts of this theory?
3	How are the concepts defined within this theory?
4	What is the nature of the relationships within this theory?
5	What is the structure of the theory?
6	On what assumptions does the theory build?
Critical reflection	
7	How clear is this theory?
8	How simple is this theory?
9	How general is this theory?
10	How accessible is this theory?
11	How important is this theory?

Sample. Despite being formally developed in 2011, the HMNC-UdeM is still in its early stage of development. In the past 8 years, this conceptual model has been created (Girard & Cara, 2011), refined (Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015), published (Cara et al., 2016), and presented at several conferences. One of the conferences (Cara, 2017) was recorded and available online, hence it was included as well as four other documents for the purpose of this paper: 1) first official publication (Girard & Cara, 2011), 2) a poster (Cara & Girard, 2013), 3) a synopsis (Cara et al., 2015), and 4) an article (Cara et al., 2016). The next section is organized according to Chinn and Kramer's (2018) 11 questions and because of space limitation, elements of the discussion will be added to this section rather than being in a separate one.

Conceptual model description

Purpose of the conceptual model. The purpose represents the reasons why the conceptual model was developed as well as information that pertains to theoretical and clinical purposes (Chinn & Kramer, 2018). As stated earlier, one of the reasons why the HMNC-UdeM was

developed was to create a pragmatic conceptual model of nursing easily understandable for nursing students and graduate nurses (Cara et al., 2016). This is expanded to a wider mission statement, found in only two publications (Cara & Girard, 2013; Girard & Cara, 2011), wishing to consolidate the integration of a humanistic nursing practice in its different areas (i.e. education or administration) as a means to contribute to the discipline and the profession of nursing.

When it comes to purposes, earlier publications refer explicitly to a “vision” (Cara & Girard, 2013; Girard & Cara, 2011) whereas others to “goals”, “objectives” (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Girard & Cara, 2011) or “nurse’s role” (Cara et al., 2015). Generally speaking, the HMNC-UdeM’s most repeated purpose, despite being a vision, a goal and a nurse’s role at the same time, is the excellence of nursing care grounded in humanism and caring, based on a collaborative nurse-patient relationship and demonstrated by competency, commitment, and accountability (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011). There are some differences within the numerous objectives located in the first document (Girard & Cara, 2011). These objectives appear to be outside of the structure of this conceptual model and some of these are general rather than specific. For instance, the first objective is to conceive a nursing practice congruent with the definitions of the HMNC-UdeM’s concepts, a somewhat broad statement (Girard & Cara, 2011). Over the years, it seems that some of these objectives vanished and others were replaced by examples of attitudes and behaviours compatible with the values and the assumptions of the HMNC-UdeM.

There is an implicit clinical purpose within the structure of the HMNC-UdeM and it is implied in all 5 documents. In two definitions of the conceptual model’s concepts of the metaparadigm (health and nursing), it is said that nursing contributes to the patient’s health, more specifically in terms of well-being, more-being, and harmony (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011). This clinical purpose remained, for the most part, stable over time. Only slight variations in the vocabulary used were observed, for instance the absence of “more-being” in Cara and Girard (2013).

Concepts of the conceptual model. For concepts, Chinn and Kramer (2018) argued to sort them in terms of nature (empirical or conceptual) and organization (major or minor). In the HMNC-UdeM and among the 5 reviewed documents, the four concepts of the nursing metaparadigm (person, environment, health, and nursing) and the two core concepts, “caring” and “competency”, are explicitly presented. It appears clear that these six concepts are major within the HMNC-UdeM

because it is through and around them that this conceptual model is explicated. They also remain visually represented in an illustration (see Figure 1) in all documents except the article (Cara et al., 2016) in which it is absent. As for their level of abstraction, these six concepts are most likely abstract rather than concrete, which is not unusual for a conceptual model (McEwen, 2019).

HUMANISTIC MODEL OF NURSING CARE - UdeM

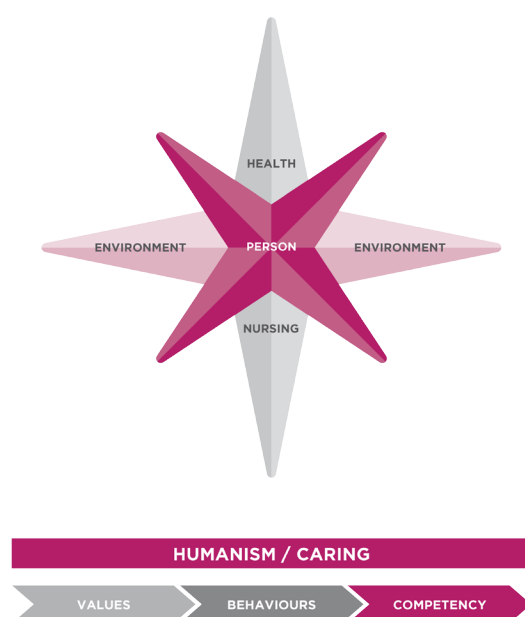


Figure 1. Humanistic Model of Nursing Care – UdeM (Cara & Girard, 2013).

There are a considerable number of minor sub-concepts that are identified in the documents reviewed in this paper (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011). In order to facilitate comprehension, all concepts, major and minor, are regrouped in Table 2. When a concept was referred or alluded to in documents, “presented” was indicated; “defined” was used when a definition was also provided or when it was possible to infer one implicitly from the text; “examples” was stated when they were offered by the model’s authors; “absent” means that the concept could not be found in the document. In this perspective, the present authors came across 23 minor concepts, outnumbering the six above-mentioned major concepts.

As shown in Table 2, there are some inconsistencies among the HMNC-UdeM’s minor concepts. For instance, “transition” was a concept originally presented in Girard and Cara (2011) as a type of lived experience by the person, but it remained non-existent in subsequent documents.

On the contrary, some concepts, such as “resources” and “strength”, only appeared in late documents (Cara et al., 2016; Cara et al., 2015). Several concepts seemed to be conceptual rather than empirical, such as “humanism”, “harmony” or “values”; others, for example “reflective practice”, “well-being”, “attitudes” or “behaviours”, are concepts having the potential for empirical assessment with further development. Other concepts such as “potential”, “power to act”, “resources”, and “strengths” seemed to share a similar idea, but because none of them were explicitly defined, it may be difficult for readers to grasp the different images they represent (Chinn & Kramer, 2018). A comparable pattern was also observed with “needs”, “priorities”, and “concerns”.

Table 2

Concepts in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM

Concepts	Girard and Cara (2011)	Cara and Girard (2013)	Cara et al. (2015)	Cara et al. (2016)	Cara (2017)
Major concepts					
1 Person	Defined	Defined	Defined	Defined	Defined
2 Environment	Defined	Defined	Defined	Defined	Defined
3 Health	Defined	Defined	Defined	Defined	Defined
4 Nursing	Defined	Defined	Defined	Defined	Defined
5 Caring	Defined	Defined	Defined	Defined	Defined
6 Competency	Defined	Defined	Defined	Defined	Defined
Minor concepts					
1 Humanism	Presented	Presented	Defined	Defined	Defined
2 Commitment	Presented	Presented	Presented	Presented	Presented
3 Accountability	Presented	Absent	Presented	Presented	Presented
4 Well-being	Presented	Presented	Presented	Defined	Presented
5 More-being	Presented	Absent	Presented	Defined	Presented
6 Harmony	Presented	Presented	Presented	Defined	Presented
7 Dimensions	Defined and examples	Examples	Defined and examples	Defined and examples	Defined and examples
8 Reciprocity	Presented	Presented	Presented	Presented	Presented
9 Reflective practice	Defined	Presented	Defined	Defined	Presented

10	Transition	Presented	Absent	Absent	Absent	Absent
11	Experience	Presented	Presented	Presented	Presented	Presented
12	Meaning	Presented	Presented	Defined	Defined	Presented
13	Potential	Presented	Presented	Presented	Presented	Presented
14	Power to act	Presented	Presented	Presented	Presented	Presented
15	Resources	Absent	Absent	Absent	Presented	Absent
16	Strengths	Absent	Absent	Absent	Presented	Absent
17	Values	Examples	Examples	Examples	Defined and examples	Examples
18	Attitudes	Examples	Examples	Examples	Defined and examples	Presented
19	Behaviours	Presented	Presented	Examples	Defined and examples	Presented
20	Relationship	Presented	Presented	Presented	Presented	Presented
21	Needs	Absent	Presented	Absent	Presented	Presented
22	Concerns	Absent	Absent	Presented	Presented	Absent
23	Priorities	Absent	Absent	Presented	Presented	Absent

Overall, the HMNC-UdeM focuses mostly on broad concepts (i.e. caring), meaning it can “be applicable to a very wide range of situations” (Chinn & Kramer, 2018, p. 193) as expected for a conceptual model of nursing.

Definitions of the conceptual model. According to Chinn and Kramer, “a definition is an explicit meaning that is conveyed for a concept” (2018, p. 194). As for the 6 major concepts of the HMNC-UdeM, all documents provided an explicit definition that remained generally coherent among them. In these documents, the concept of “Person” remains defined as an individual, a family, or a community that is in an interaction with his/her “environment”. “Health” is repeatedly conceptualized as unique to the perspective of the “Person” whereas “nursing” corresponds to a humane assistance. Coherence is also present in the concepts of “Caring” and “Competency”, which are respectively defined as: 1) a commitment to develop a reciprocal relationship with the “Person”, and 2) as the integration of a set of competencies that develop with the nurse’s knowledge and experience. As revealed in the previous section, several minor concepts are not defined, either explicitly or implicitly. On 23 minor concepts, 10 are defined and those definitions are mostly

located in the synopsis (Cara et al., 2015) and the article (Cara et al., 2016). These 10 defined concepts are as follows: “humanism”, “well-being”, “more-being”, “harmony”, “dimensions”, “reflective practice”, “meaning”, “values”, “attitudes”, and “behaviours”. Two minor concepts are implicitly defined in the text (“dimensions” and “meaning”) and other definitions are explicit. Because of space limitation, Table 3 only summarizes definitions of major concepts.

Table 3

Major concept definitions in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM

Concepts	Definitions
Major concepts	
Person	“The Person with a capital <i>P</i> can represent individuals, family members and relatives, the community or the population, continuously and dynamically interacting with its environment. It is composed of inseparable dimensions (i.e. biophysical, psychological, sociocultural, developmental, spiritual), from which concerns and priorities can emerge. The Person possesses credible and valid knowledge, potential, power to decide and act, leading him/her to give unique meaning to his/her health experiences.” (Cara et al., 2016, p. 23)
Environment	“The environment is everything that surrounds the Person, including the material, cultural, ecological, and socio-political aspects. The interaction between the Person and his/her environment is continuous, reciprocal, dynamic, and decisive to his/her health.” (Cara et al., 2016, p. 24)
Health	“Health, as a unique experience, is the ongoing optimization of well-being, more-being, and harmony as defined by the Person.” (Cara et al., 2016, p. 24)
Nursing	“Nursing is the assistance to the Person in a humane, relational and transformative way in order to contribute to his/her health by focusing on his/her potential, by strengthening his/her power to act and by co-creating an environment favorable to his/her health. Nursing starts with the recognition of the unique experience of the Person and the meaning he/she gives to his/her health experience, which evolves over time according to his/her rhythm. Nursing therefore invites the Person as a partner by valuing, incorporating, and recognizing the importance of the aforementioned meaning in the choice of relevant interventions. This assistance encourages the nurse to rely on the Person’s resources to assure his/her harmonious development. Therefore, the ultimate goal of nursing is to contribute to the Person’s well-being, more-being, and harmony while preserving his/her human dignity.” (Cara et al., 2016, p. 24)
Caring	“Caring is both an art and a science. Indeed, it corresponds to a conscious and renewed commitment to help and accompany the Person to be and to become what he/she is. It consists in developing links of reciprocity with

the Person in order to promote his/her health. Caring is based on humanistic values that influence attitudes, which guide the nurse's behaviours." (Cara et al., 2016, p. 25)

Competency "Professional Competency is developed based on both the knowledge and the experience (personal and professional) of the nurse. Competency, with a capital C, represents the integration of a set of competencies (i.e. clinical reasoning in nursing) that are expressed in the nurse's action. These competencies correspond to complex knowing to act that mobilize and combine a variety of resources, including knowledge." (Cara et al., 2016, p. 25)

Because minor concepts are mostly defined in only two documents (Cara et al., 2016; Cara et al., 2015), it reduces the odds of finding variations. However, a second definition of "humanism" was found in the synopsis (Cara et al., 2015). In this document, "humanism" was said to privilege values of respect, human dignity, recognition of the integrity and freedom of choice of the Person and belief in his/her potential (Cara et al., 2015). While this definition highlights humanistic values, the other one provided by Cara (2017, p. 11) focuses on "an approach centred on the Person, his/her experience, his/her meaning, and his/her relationships". Even if these two definitions do not convey the same idea, it is possible that they complement each other. A clarification of this issue would surely be beneficial to the HMNC-UdeM in future publications.

Chinn and Kramer (2018) suggested to assess how general or specific concept definitions are. A "specific" definition means that it can: 1) be associated to an empiric experience, 2) define what a phenomenon is, or 3) provide possibilities for empiric indicators that represent the phenomenon (Chinn & Kramer, 2018). Given the definitions in Table 3, the present authors believe those definitions represent general meanings. For example, "everything that surrounds the Person" (see "environment" in Table 3) is too broad to describe an empiric experience or to develop indicators. Concepts that convey general meanings are not necessarily inferior because they might be "preferred in [conceptual models] that are not likely to be empirically tested" (Chinn & Kramer, 2018, p. 195) such as the HMNC-UdeM. Two publications (Cara et al., 2016; Cara et al., 2015) enumerated examples of "humanistic attitudes" and "humanistic behaviours", for instance "wanting to be attentive to the Person with sincere listening, openness, and presence" (see "humanistic attitudes" in Table 4), it could be possible, with further work, to develop empiric indicators. These indicators would certainly be of use to build an assessment tool similar to the one created by Cossette, Cara, Ricard, and Pepin (2004) intended to assess caring interactions.

Table 4

Examples of humanistic attitudes and behaviours (Cara et al., 2016; Cara et al., 2015)

Attitudes	Behaviours
Wanting to be attentive to the Person with sincere listening, openness, and presence.	Accompany the Person to explore the meaning he/she gives to his/her health experience.
Wanting to be concerned about the Person's health experience by displaying availability and compassion.	Point out and emphasize the Person's efforts.
Wanting to assist the Person by commitment, proactivity, and creativity.	Encourage the Person to maintain his/her hope.
Be interested in getting to know and understand the Person by reciprocity and collaboration.	Avoid having an interest only in his/her health problems (or pathology).

Relationships in the conceptual model. According to Chinn and Kramer, “relationships are the linkages among and between concepts [and] the nature of the relationships in [conceptual model] may take several forms” (2018, p. 195). These meta-theorists added (p. 196) that the nature of these relationships may be descriptive (“projects what something is or the features of its character”), explanatory (“suggests how or why it is”) or predictive (“projects circumstances that create or alter a phenomenon”). The definitions of major (see Table 3) and minor concepts were used to identify those relationships as well as the 5 reviewed documents (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011) for other sentences that could convey said relationships. These relationships were then classified as “descriptive”, “explanatory”, or “predictive” based on the aforementioned explanations (Chinn & Kramer, 2018). First, 11 descriptive relationships were identified, for instance “The Person is composed of inseparable dimensions”. Second, the present authors recognized 10 explanatory relationships, such as “caring consists in developing links of reciprocity with the Person in order to promote his/her health”. Third, there were 8 predictive relationships that were noticed, for example “humanistic values influence attitudes, which guide the nurse's behaviours”. On these 29 relationships, only 13 that are necessary to understand the next sections in this article are presented in Table 5 and italic is added to highlight concepts in the statements.

Table 5

Nature of several relationships in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM

Descriptive	Explanatory	Predictive
-------------	-------------	------------

The <i>Person</i> is composed of inseparable <i>dimensions</i> .	The interaction between the <i>Person</i> and his/her <i>environment</i> is continuous, reciprocal and dynamic.	The interaction between the <i>Person</i> and his/her <i>environment</i> is decisive to his/her <i>health</i> .
<i>Caring</i> corresponds to a conscious and renewed <i>commitment</i> to help and accompany the <i>Person</i> to be and to become what he/she is.	<i>Health</i> , as a unique <i>experience</i> , is the ongoing optimization of <i>well-being</i> , <i>more-being</i> and <i>harmony</i> as defined by the <i>Person</i> .	<i>Nursing</i> contributes to the <i>Person's health</i> by focusing on his/her <i>potential</i> , by strengthening his/her <i>power to act</i> .
<i>Humanism</i> puts forward <i>values</i> of respect, human dignity, recognition of the integrity and freedom of choice of the <i>Person</i> and belief in his/her <i>potential</i> .	<i>Nursing</i> is the assistance to the <i>Person</i> in a humane, relational, and transformative way.	Humanistic <i>values</i> influence <i>attitudes</i> , which guide the nurse's <i>behaviours</i> .
	<i>Caring</i> consists in developing links of <i>reciprocity</i> with the <i>Person</i> in order to promote his/her <i>health</i> .	Professional <i>Competency</i> develops based on both the knowledge and the <i>experience</i> of the nurse.
	<i>Dimensions</i> are interrelated and inseparable: they constitute the <i>Person</i> as a whole.	
	<i>Reflective practice</i> is a process of individual and collective development that leads nurses to analyze, synthesize, integrate, and enrich <i>experience</i> and nursing knowledge.	

Structure of the conceptual model. The structure represents the form of the conceptual relationships from which it emerges within the conceptual model (Chinn & Kramer, 2018). Because the HMNC-UdeM has multiple concepts, hence several relationships, representing this conceptual model as a sole coherent pictorial structure appears unachievable without creating a maze of links. It also seems difficult to understand the relationships between the major concepts of the HMNC-UdeM as shown in Figure 1 (Cara & Girard, 2013). In this respect, it is possible to suppose that “caring” and “humanism” serve as foundations to the HMNC-UdeM because of their position at the bottom of the illustration, and that the “Person” is considered to be at the centre, which in turns can convey a “person-centred approach”. Likewise, the duplication of

“environment” (left and right) might have been done for aesthetic purposes or to reflect how it is surrounding the “Person” (see Figure 1). Not to mention that most of the relationships presented in the previous section are not demonstrated in this illustration. This interpretation of the HMNC-UdeM’s structure remains hypothetical because it is impossible to retrieve an explanation, in the reviewed documents, of the meaning of this compass rose shape nor the reasons why it was chosen to represent the four concepts of the metaparadigm and the two core concepts.

The last found illustration (see Figure 2) is the one from the synopsis of the HMNC-UdeM (Cara et al., 2015) where many aforesaid relationships between concepts are shown. To be more accurate, in this figure, 6 relationships out of 29 are properly represented (surrounded by blue dotted lines), and 7 relationships are partially portrayed (green dotted lines); some relationships cannot be illustrated because some minor concepts such as “potential”, “well-being”, “more-being”, are missing.

There are four elements that are going to be criticized regarding this network of relationships in Figure 2. First, the compass rose containing the four concepts of the metaparadigm has been retained in order to remain consistent with other documents even if this leads to a duplication of these concepts in the figure’s left side. Second, some double-sided arrows indicate a reciprocal relationship between two concepts that may not be adequate. For instance, “nursing contributes to health” seems correct, but “health contributes to nursing” might not be the best statement to represent how the patient’s health might influence nursing care. Third, “knowledge”, a concept that is not salient enough to be considered as a “minor concept” in this paper, is not only colored differently, but is also repeated twice. This repetition can be explained because there are slight differences in the meaning of this term in the French language that are harder to communicate in the English language. Fourth, the patterns of knowing on the upper right corner of the figure are not visually represented in a way that is coherent with the meta-theorists (Chinn & Kramer, 2018). Indeed, the emancipatory pattern of knowing could be more prominent given its vital relationship with the other patterns, and arrows between them could perhaps be added to reflect their connectedness and interinfluence (Chinn & Kramer, 2018).

Because there are several concepts in the HMNC-UdeM, it is most likely becoming a challenge when it comes to reconciling all existing relationships into a coherent structure. Yet, there is an implicit and coherent hierarchy revealed by shapes, sizes, and colors regarding the HMNC-UdeM’s major concepts. This figure has the merit of connecting the majority of the

concepts (minors included) into one network, but perhaps a more parsimonious diagram could convey the HMNC-UdeM's most important relationships and ideas.

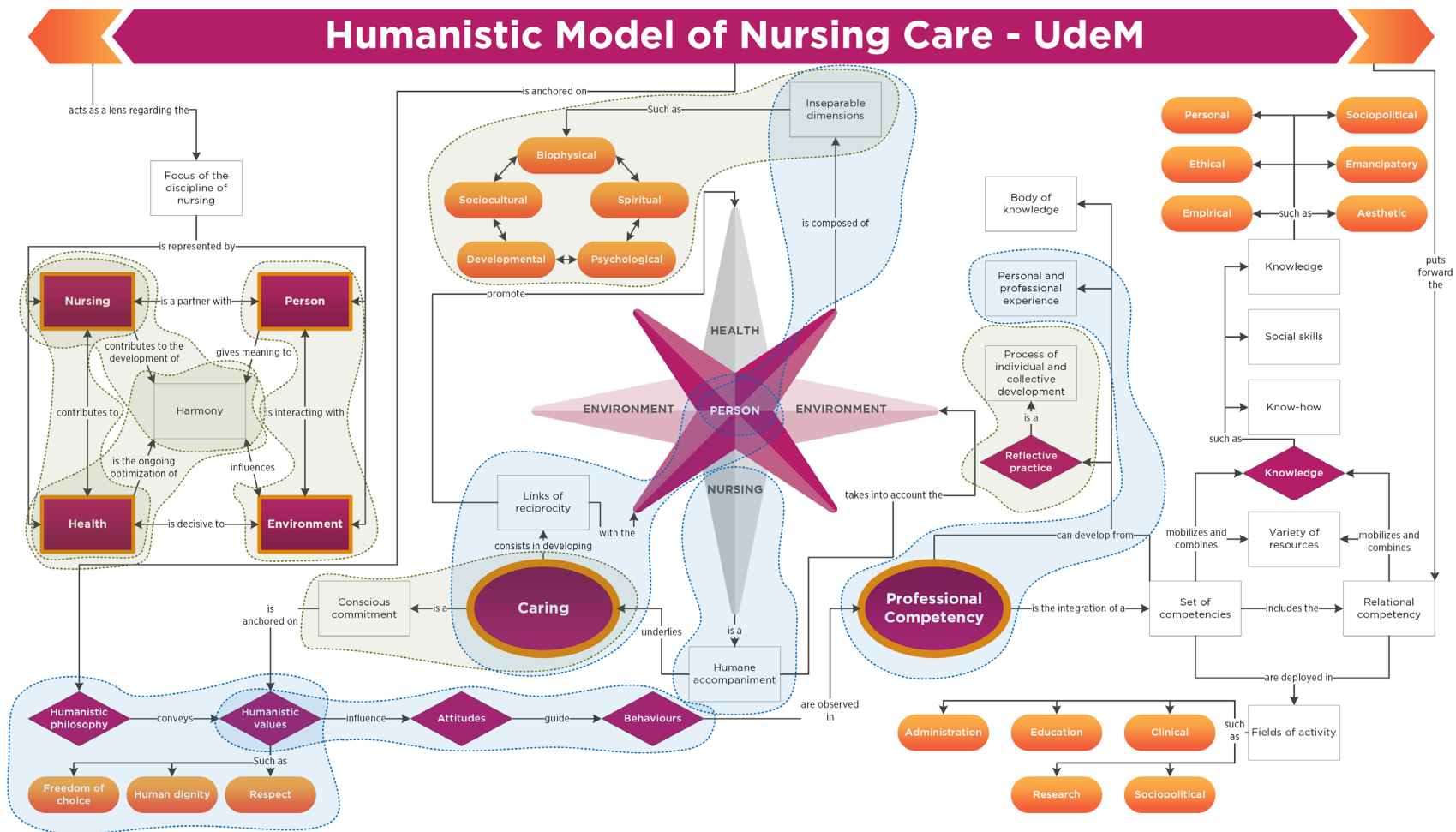


Figure 2. Network of relationships in the HMNC-UdeM, translated and adapted from the synopsis (Cara et al., 2015).t

Assumptions of the conceptual model. Assumptions are “those basic givens or accepted truths that are fundamental to theoretic reasoning” (Chinn & Kramer, 2018, p. 199). These two thinkers also pointed out that some assumptions may be confused with relationship statements, but they are believed to be separable. The present authors are convinced that some assumptions of the HMNC-UdeM remained embedded in several concept definitions and relationship statements. For instance, “the Person is composed of inseparable dimensions” is a descriptive statement linking the concepts of “Person” and “dimensions”, but it could be argued that it represents an accepted truth within the HMNC-UdeM as well. Considering that Chinn and Kramer (2018) insist on differentiating assumptions from other aspects of a conceptual model, and because of space limitation, explicit assumptions embedded in concept definitions and relationship statements were not retained in this paper.

Chinn and Kramer (2018) asserted that assumptions can be factual (potentially knowable through perceptual experience) or inherent to values (imply what is right, good or ought to be). Owing to the fact that the authors of the 5 reviewed documents (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011) did not declare explicitly the HMNC-UdeM’s assumptions, all components of this conceptual model (i.e. purposes, concepts, definitions, relationships and structure) had to be examined again in order to identify implicit assumptions: they are summarized in Table 6.

Table 6

Implicit assumptions in the Humanistic Model of Nursing Care – UdeM

Factual assumptions	Bedside assumptions
Caring is required to reach professional competency.	A nursing practice grounded in caring and humanism is good and desired.
Patients may want to be accompanied by the nurse to explore the meaning that they give to their health experience.	Exploring the meaning given by patients to their health experience is good and desired in nursing practice.
Patients may desire to establish links of reciprocity with the nurse.	Establishing links of reciprocity between patients and the nurse is good and desired in nursing practice.
Caring is required to reach professional competency.	A nursing practice grounded in caring and humanism is good and desired.

In the HMNC-UdeM, it is implied that a nurse cannot reach professional competency without being caring. In other words, an uncaring nurse could not possibly achieve professional

competency because this statement would become incoherent with the HMNC-UdeM's central purpose, the excellence of nursing care grounded in humanism and caring (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011). Perhaps it would be valuable to state this assumption clearly in the future. Otherwise, the HMNC-UdeM emphasizes the meaning given by patients to their health experience to the extent that it might be a desire from the perspective of patients as well as from a professional standpoint. This explanation also applies to the importance given to establishing links of reciprocity within the HMNC-UdeM: it is assumed that the nurse may seek those links with patients and that this is also sought-after in nursing practice.

In the next section, the HMNC-UdeM will now be examined through the critical reflection processes of Chinn and Kramer (2018).

Critical reflection

Clarity of the conceptual model. Generally speaking, the clarity of a conceptual model refers to how well its ideas are understood by readers and the extent to which those ideas are consistent (Chinn & Kramer, 2018). Additionally, the last authors divide clarity into four elements: semantic clarity, semantic consistency, structural clarity, and structural consistency.

Semantic clarity. Semantic clarity depends on the definitions of concepts, borrowed terms, coined or varying words for the same intended meaning and self-explanatory illustrations (Chinn & Kramer, 2018). As previously stated, only 10 out of 23 of the HMNC-UdeM's minor concepts are defined, which in turn obscures semantic clarity. It would certainly be profitable to define and use a different term other than "resources" in the context of "Person" or "competencies" because it seems that this concept shares a double meaning. First, it is implied that "resources" are aspects held by the "Person", which is the reason why it was identified as a minor concept. Second, "resources" are alluded to as components of "competencies": this might lead to confusion, hence interfere with semantic clarity. Moreover, semantic clarity would be improved if concepts such as "potential", "power to act", and "strengths" were defined because their subtle differences are left to the readers' interpretation. The same comment applies to the concepts of "needs", "priorities" and "concerns". A definition of the concept of "experience" would be valuable because it appears to be used in different ways: "lived experience", "health experience", "illness experience", "personal and professional experience", and "acquired experience". On that account, Chinn and Kramer (2018) caution that excessive verbiage reduces semantic clarity. When "caring" is said to

be both an art and a science (Cara et al., 2016), it appears that the meaning given to those two aspects remain unclear for the readers. It could be asked whether caring is displayed when a nurse crafts his or her practice in an artful way, or if it has a meaning close to what is intended by Chinn and Kramer (2018), with the aesthetic pattern of knowing. Besides, “caring” viewed as a science could refer to a body of knowledge (i.e. caring science) or it could indicate that knowledge pertaining to caring would be required in order to be caring with patients. Semantic clarity would most likely be strengthened if “art” and “science” were to be explicitly clarified in the context of “caring”, even if the authors (Cara et al., 2016) specified that they were drawn from the thoughts of Watson (1988/2007, 2012). The illustration shown previously (see Figure 2) could be seen as obstructive to semantic clarity because the number of concepts and relationships is moderately high, hence it could discourage comprehension, as put forth by Chinn and Kramer (2018).

Semantic clarity is heightened because most major concepts’ definitions provided in the article (Cara et al., 2016) are consistent with authors in the disciplines of nursing and education. For instance, the definition of “competencies” is based on and is coherent with an author in education (Tardif, 2006) that has been consistently used in several Canadian nursing studies (Blanchet Garneau & Pepin, 2015b; Boyer, Tardif, & Lefebvre, 2015; Goudreau et al., 2014; Goudreau et al., 2009).

Semantic consistency. Semantic consistency refers to the consistent use of the concepts with their given definition (Chinn & Kramer, 2018). As previously mentioned, the 6 major concepts of the HMNC-UdeM remained consistent, both in terms and in meaning, throughout the 5 reviewed documents, but some minor concepts appeared or disappeared over time. Those inconsistencies have already been outlined in the section “Concepts of the conceptual model”. The present authors also illustrated two complementary definitions of the concept of “humanism” in the section “Definitions of the conceptual model”. No inconsistencies were identified at the basic roots of the HMNC-UdeM, in other words, between purposes and assumptions as stipulated by Chinn and Kramer (2018).

Structural clarity. Structural clarity refers to the easiness to which relationships and structure are identifiable and apparent (Chinn & Kramer, 2018). As demonstrated in previous sections, only 13 out of 29 relationships were either fully (6) or partially (7) portrayed in Figure 2, thus creating an incongruence between what is implied in the text and what is visually illustrated.

Because this illustration is already dense in terms of links and concepts, it might be, however, difficult for the authors to add those missing relationships without impeding semantic clarity.

Structural consistency. The consistent use of the same structural form within a conceptual model supports structural consistency (Chinn & Kramer, 2018). Over time, the HMNC-UdeM remained consistent with the same core structure, the six major concepts and their respective relationships (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011). Because there were divergences in terms of minor concepts (appearing, disappearing, varying terms), structural consistency seems hindered. Even if Figure 1 and Figure 2 share the same compass rose shape, the second illustration is heavily more elaborate than the first one. This significant difference makes the comparison of the two figures challenging.

There are some possible avenues to enhance clarity for the HMNC-UdeM. For example, a definition could be given to the 13 undefined minor concepts and maybe some of them could be removed if the intended meaning among those is the same. A new illustration could refine and rearrange the most important relationships implied in the text in a parsimonious manner.

Simplicity of the conceptual model. Although Chinn and Kramer (2018) do not state a specific threshold of concepts and relationships in order to consider a conceptual model “simple”, the present authors could argue that the HMNC-UdeM is rather “complex” because of its given high number of concepts (6 major, 23 minor) and relationships (29).

Generality of the conceptual model. When a conceptual model can be applied to a broad array of situations, it is said to be “general” rather than “specific” (Chinn & Kramer, 2018). Because the HMNC-UdeM was created as a conceptual model of nursing, it is thus intended to have a wide breadth of scope. In this respect, the HMNC-UdeM does not seem peculiar to a specialty of nursing nor does it limit its use to a precise population. As Chinn et Kramer (2018, p. 209) pointed out, “nursing theories that address broad concepts (e.g., individuals, society, health, environment) have a high degree of generality”. Following this, the present authors believe that the HMNC-UdeM can be considered “general”.

Accessibility of the conceptual model. Accessibility is strengthened when empiric indicators can be identified from concepts and when the purposes of the conceptual model can be reached (Chinn & Kramer, 2018). As mentioned earlier, very few concepts are defined in a way that could permit an empirical assessment, but that also is not the main purpose of a conceptual model of nursing (Chinn & Kramer, 2018). It was previously asserted in this paper that an

assessment tool could be created from the humanistic attitudes and behaviours enumerated in the synopsis (Cara et al., 2015) and the article (Cara et al., 2016). As for the HMNC-UdeM's purposes (Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara & Girard, 2013; Cara et al., 2015; Girard & Cara, 2011), it is, to this day, uncertain if this conceptual model of nursing is considered pragmatic for students and nurses. It appears difficult to evaluate if graduates anchor their nursing practice in humanism and caring; nor is it more possible to assess if they demonstrate competency, commitment, and accountability. These uncertainties take place because no studies were conducted to assess its understanding or its use in clinical settings. Even if these findings might be expected for a relatively young conceptual model, they certainly are a possible path for the HMNC-UdeM's further development.

Importance of the conceptual model. The practical value or the clinical significance of a conceptual model is somewhat dependant “on the professional and personal values of the person who is addressing the question” (Chinn & Kramer, 2018, p. 211). A person who does not have a high opinion about the importance of humanizing nursing care might think that the HMNC-UdeM is unimportant to nursing. A theory might appear more important to a person if its given definitions and relationships are matching with his or her beliefs (Chinn & Kramer, 2018). Because some of the present authors contributed to the HMNC-UdeM's development, it would seem unusual to be judging it otherwise but important. Not to mention that evidence shows with very little doubt that patients and their families wish for caring and humanistic nursing care (Delmas et al., 2016; Dewar & Nolan, 2013; Finfgeld-Connett, 2013; Griffiths et al., 2012; Haugan et al., 2013; Merrill et al., 2012; Wiechula et al., 2016).

Strength and limitations. Chinn and Kramer emphasized that no published descriptions and analyses are more accurate or authoritative than the others and that “conclusions should be trusted to be an accurate understanding of the [conceptual model]” (p. 202). Some of the present authors (CC and DL) are nonetheless conscious that they have a dual role as both the HMNC-UdeM's developers and reviewers. However rigorous this work has been done, this fact might remain a bias for some scholars, but it is hoped that readers will notice how close this description/reflection is to Chinn and Kramer's (2018) method and that the authors strove to bring up all issues they noticed through this evaluation. The present authors also acknowledge that, despite best efforts, it is possible that some issues could not be discovered because of the authors' inner understanding of this conceptual model of nursing. Perhaps a description and critical

reflection conducted from outsiders (i.e. who did not author the HMNC-UdeM) could offer a complementary perspective to this work.

Conclusion. Using Chinn and Kramer's (2018) method, the HMNC-UdeM was described and critically reflected on. The description revealed that some purposes had been replaced or deleted over time, that a considerable number of minor concepts (13 out of 23) were not defined and that nearly half of the relationships (13 on 29) were partially or fully shown in a coherent structured network. The critical reflection showed that the HMNC-UdeM could be clearer by adding missing definitions to minor concepts and by reorganising the most recent illustration according to the relationships that will eventually be retained. Moreover, the high quantity of concepts and relationships brings this conceptual model on the "complex" side rather than the simple one, and on the "general" pole rather than "specific" given its broad conceptual spectrum. In addition, the HMNC-UdeM was found to lack accessibility, mainly because there are few opportunities for empirical assessment and that current evidence could not yet support the achievement of its purposes. Based on the values of the authors of this current paper, the HMNC-UdeM was considered important to the discipline and the profession of nursing, more specifically for its potential in humanizing nursing care. This conceptual model of nursing is still in its early stages of development and this paper raised some opportunities for its refinement and improvement.

Conflict of interests and acknowledgement. To the knowledge of the authors, there are no conflicts of interest. They thank all participants for their involvement in this doctoral research. The first author (DL) received doctoral scholarships from the Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) in Quebec; the Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQ-SC); the Faculty of Nursing of the Université de Montréal; the Department of Nursing of the Jewish General Hospital, in Montreal; the Équipe FUTUR, funded by the FRQ-SC; and the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies of the Université de Montréal.

Perspective conceptuelle intégratrice

La conception infirmière de Cara et al. (2016) a été retenue dans la perspective conceptuelle de l'étude doctorale puisqu'elle permettait de mieux cerner la déclinaison de la philosophie humaniste, élaborée dans la section 1 de ce chapitre, dans le savoir-agir de l'infirmière. À cet égard, Cara et al. (2016) ont fourni des repères conceptuels plus concrets que ceux que pouvait apporter la philosophie humaniste, permettant ainsi de mieux cerner la compétence « agir avec

humanisme ». Non seulement la conception de Cara et al. (2016) a contribué à ancrer les connaissances développées dans cette étude doctorale à la discipline infirmière, mais elle a également été une pierre angulaire à la compréhension de la compétence « agir avec humanisme ». De plus, l'un des concepts clés de cette conception infirmière correspondait à la Compétence professionnelle. Une partie de la définition de ce concept faisant références aux compétences⁹ (au pluriel et sans la majuscule) était notamment inspirée par les idées de Tardif (2006). En ce sens, le savoir-agir, la mobilisation et la combinaison de ressources ainsi que le caractère développemental correspondaient à trois points de convergence conceptuels pour les deux auteurs (Cara et al., 2016; Tardif, 2006). Ceci concourait donc à solidifier leur cohérence conceptuelle au regard du concept de compétence, lequel était de première importance dans cette étude doctorale (Cara et al., 2016; Tardif, 2006). Bien que Cara et al. (2016) fournissaient une perspective infirmière pour l'étude d'une compétence, Tardif (2006) la complétait en y ajoutant les notions de MCA, d'apprentissages critiques et d'indicateurs de développement.

En effet, la conception sur le développement des compétences (Tardif, 2006) a été retenue dans la perspective conceptuelle de l'étude doctorale puisqu'elle fournissait un regard plus précis sur la progression d'une compétence. En ce sens, les cinq caractères d'une compétence étaient détaillés et mettaient en exergue sa complexité qui grandissait au fil des niveaux de développement (Tardif, 2006). Comparativement à d'autres penseurs consultés en sciences de l'éducation, Tardif (2006) a poursuivi la pensée du National Research Council (2001) qui concevait ce développement dans un parcours d'apprentissage s'étendant jusqu'à la pratique professionnelle plutôt que de se limiter qu'à la formation initiale. Cette manière plus inclusive d'aborder le développement des compétences s'avérait indiquée pour étudier le développement d'une compétence telle la compétence « agir avec humanisme ». Qui plus est, la conception de Tardif (2006) était l'une des rares à présenter de la cohérence avec les travaux réalisés sur l'acquisition de l'expertise professionnelle en sciences infirmières (Benner, 1991, 1984/2001, 2004; Benner, Tanner, & Chesla, 1992, 2009). Toutefois, Tardif (2006) semblait limité quant à l'étude de la compétence « agir avec humanisme » et c'est l'une des raisons qui ont motivé le choix d'intégrer une

⁹ Dans le MHSI-UdeM, la compétence « agir avec humanisme » a été appelée « compétence relationnelle » (Cara et al., 2015) afin d'englober les différentes manières d'y faire référence.

conception infirmière fondée sur la philosophie humaniste (Cara et al., 2016) à la perspective conceptuelle de l'étude doctorale.

Somme toute, Cara et al. (2016) et Tardif (2006) ont été préférés dans la construction de la perspective conceptuelle intégratrice puisqu'ils montraient de la cohérence et de la complémentarité. Leurs concepts étaient intimement reliés au but de l'étude en traduisant, dans un premier temps, la philosophie humaniste dans la pratique infirmière et, dans un second temps, en clarifiant le développement des compétences. De plus, ces deux auteurs servaient d'appui à l'ensemble du programme de formation du milieu dans lequel les participants étaient recrutés et leur adoption contribuait ainsi à limiter les incohérences conceptuelles.

Chapitre 3 : approche méthodologique

Dans ce chapitre, les aspects méthodologiques qui ont été empruntés dans cette étude doctorale sont décrits. Les principes de la phénoménologie de Benner (1994) sont d'abord abordés, notamment quant à ses référents philosophiques et à son application en recherche. Ensuite, le déroulement de l'étude est présenté, à savoir les milieux de l'étude, le recrutement des participantes, la collecte et l'analyse des données. Enfin, les critères de qualité en recherche phénoménologique ainsi que les considérations éthiques sont discutés.

Devis de recherche

Une méthode phénoménologique interprétative (Benner, 1994) a été privilégiée pour cette étude doctorale. Cette méthode a été utilisée de nombreuses fois pour comprendre des phénomènes reliés à la discipline (Bécherraz, 2002; Benner, 1985, 1991; Carnevale & Gaudreault, 2013; Crist & Tanner, 2003; Gill, 2014; McNiesh, Benner, & Chesla, 2011; Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993), notamment l'acquisition de l'expertise professionnelle chez les infirmières (Benner, Tanner, & Chesla, 1991; Benner, Tanner, et al., 2009). Ce phénomène et celui du développement de la compétence « agir avec humanisme », bien que différents, semblent partager des ressemblances, notamment au regard de la progression par niveaux. Cette similitude a orienté le choix de la méthode vers la phénoménologie interprétative de Benner (1994).

La phénoménologie est à la fois 1) une philosophie (Spiegelberg & Schuhmann, 1994; van Manen, 2017) principalement enracinée dans les travaux d'Husserl (1913/1950) et d'Heidegger (1927/2008) et 2) une méthode de recherche qualitative (de Chesnay, 2015; Munhall, 2012; Paley, 2017; Spiegelberg & Schuhmann, 1994). Ayant évoqué les travaux d'Heidegger dans plusieurs ouvrages (Benner, 1985, 1991, 1994, 1984/2001; Benner et al., 1992; Benner & Wrubel, 1989) à titre de bases philosophiques, Benner (1994) a inscrit sa méthode phénoménologique dans la tradition heideggérienne. Cette phénoménologie accorde de l'importance à l'interprétation de la signification de l'existence humaine ou du phénomène d'être (*Being*), lesquels correspondent à l'équivalent francisé du terme allemand *Dasein* (Heidegger, 1927/2008). Dans son ouvrage le plus volumineux (Benner, 1994), cette chercheuse a décrit son approche méthodologique par l'étude des pratiques infirmières auprès de familles vivant des expériences de santé alors que ses écrits ultérieurs visaient plutôt le développement de l'expertise professionnelle.

Benner (1994) a suggéré que la phénoménologie pouvait être une approche méthodologique pertinente à la découverte du « pris-pour-acquis » (*taken-for-granted*) de la pratique infirmière.

Elle a d'ailleurs évoqué que la phénoménologie pouvait permettre d'interpréter le mode d'engagement « à-portée-de-la-main » (*ready-to-hand/Zuhanden*) où « les activités de la pratique fonctionnaient sans heurt et de manière transparente » [traduction libre] (Benner, 1994, p. 73). Dans ses travaux, cette interprétation visait à mettre en évidence les savoirs imbriqués (*embedded knowledge*) de l'expertise clinique dans sa quotidienneté (Benner, 1984/2001).

Référents philosophiques

Les référents philosophiques qui ont orienté cette recherche phénoménologique sont détaillés dans les prochains paragraphes. En 2012, Munhall a réitéré l'importance de comprendre les référents philosophiques situés à la base de la phénoménologie. En effet, elle présupposait que la lecture et la compréhension de ces référents permettaient de penser (*thinking*) et d'être (*being*) phénoménologiques, lesquels s'avéraient tous deux prérequis à leur application en recherche (Munhall, 2012). De plus, certains écrits (Norlyk & Harder, 2010; Paley, 1997, 1998, 2014) ont critiqué l'interprétation que des infirmières chercheuses se font des concepts clés en phénoménologie, particulièrement ceux à teneur philosophique.

Qui plus est, les référents philosophiques influencent la pratique de la recherche, et tel que proposé par Creswell (2014), il serait judicieux de les expliciter. Comme démontré par Crotty (1998), ces référents, plus particulièrement au regard de l'épistémologie et de l'ontologie, sont liés à la méthodologie et la méthode. À cet égard, Benner (1994) a évoqué, en plus des travaux d'Heidegger (1927/2008), ceux de Taylor (1985, 1989, 1991), de Dreyfus (1984, 1991) et de Gadamer (1989/2004). Ce sont ces philosophes qui orientent les considérations ontologiques et épistémologiques détaillées dans les prochains paragraphes.

Considérations ontologiques. Heidegger (1927/2008) était intéressé par des questions ontologiques telles que la signification de l'existence ou du phénomène d'être, lesquels sont, à titre de rappel, les équivalents francisés les plus près du sens du terme allemand *Dasein*. Dans un de ses ouvrages classiques, *Being and Time*, il a postulé que « le *Dasein* se comprenait toujours lui-même en termes de son existence—en termes de possibilité de lui-même » [traduction libre] (Heidegger, 1927/2008, p. 33). En ce sens, le *Dasein* ne peut être compris que « dans-le-monde » (*in-the-world*), donnant naissance au néologisme « Être-dans-le-monde » (*Being-in-the-world*). Ceci veut donc dire que les significations de l'existence s'avèrent attachées et constitutives du monde plutôt que détachées de l'un de l'autre (Heidegger, 1927/2008).

Dans une perspective heideggérienne, il appert que la nature de ce monde correspond à une ontologie constituée d'une tension de points de vue en équilibre (Stepanich, 1991). En effet, des débats ont eu lieu à l'effet qu'Heidegger (1927/2008) pouvait partager des points de vue provenant de deux positions ontologiquement opposées, soit le réalisme (Crotty, 1998; Paley, 1998) et l'idéalisme (Blattner, 1994; Cerbone, 1995). D'une part, Heidegger (1927/2008) reconnaissait que des entités du monde « naturel » (*natural world*) étaient indépendantes de l'expérience par laquelle elles étaient dévoilées et découvertes, un postulat relativement en accord avec le réalisme. D'autre part, l'existence (*Being*) de ces entités ne pouvait s'inscrire en dehors de la compréhension humaine (Heidegger, 1927/2008), mettant en exergue un lien de dépendance qui se rapproche de l'idéalisme. En d'autres termes, lorsque le *Dasein* n'est plus, il apparaît impossible d'appuyer ou de réfuter l'existence des entités du monde « naturel » puisque le simple fait de les rendre intelligibles dépend de la compréhension humaine (Heidegger, 1927/2008). Or, ces entités s'avèrent pourtant antérieures et distinctes de leur rencontre avec le *Dasein*. C'est cette dualité ontologique paradoxale qui semble correspondre le plus fidèlement à la pensée d'Heidegger (1927/2008).

Dans cet ordre d'idées, Benner (1985) est demeurée assez cohérente avec ce paradoxe ontologique, postulant « qu'il ne s'agissait pas d'une perspective subjectiviste ou complètement relativiste » [traduction libre] (p. 6). En d'autres termes, elle a reconnu l'existence d'entités du monde qui pouvaient être indépendantes de la compréhension humaine, notamment la pathologie du diabète (Benner, 1985). En revanche, elle a réfuté que les expériences humaines, entre autres les expériences de santé associées au diabète, pouvaient être interprétées à partir d'une posture réaliste absolue (Benner, 1985). En effet, Benner (1994) s'est appuyée sur les concepts heideggériens (1927/2008) de temporalité, « d'historialité » (*historicality* ou *historicity*) et de spatialité. Elle a stipulé que les expériences humaines quotidiennes « étaient historiques ainsi que temporelles et qu'elles reposaient sur la participation à des pratiques linguistiques et culturelles » [traduction libre] (p. 74). Ce postulat faisait référence au concept de *background* partagé (*shared*), composé de pratiques et de familiarités (Taylor, 1991), qui était teinté par le temps, l'histoire, le langage et la culture (Benner, 1985, 1994). Heidegger (1927/2008) était convaincu que ce *background* partagé ne pouvait être complètement expliqué ou articulé tant il était tacite et « pris-pour-acquis » dans la quotidienneté du *Dasein*. Selon Benner (1994), c'est ce *background* qui renfermait une compréhension partagée du monde et qui délimitait sans doute ce qui pouvait être

interprété de celui-ci. Sans la familiarité située à l'intérieur de ce *background* partagé, « tout deviendrait sans signification et serait rendu inintelligible » [traduction libre] (Benner, 1994, p. 72). Ainsi, Benner (1985) a postulé qu'un individu n'était pas un arbitre radical de significations puisque ces dernières se trouvaient circonscrites par le *background* partagé.

Somme toute, il appert que la représentation de la réalité faite par un individu soit rendue possible, mais aussi délimitée, par ce *background* aux dimensions temporelle, historique, linguistique et culturelle (Benner, 1985, 1994). Il est ainsi plausible que la représentation de la réalité soit changeante, partagée et, dans une certaine mesure, gouvernée par les dimensions du *background* précédemment citées.

Considérations épistémologiques. Heidegger (1927/2008, p. 191) a précisé que l'interprétation était fondée : 1) « dans *quelque chose que nous avions d'avance*—dans un *pré-acquis (fore-having)* », 2) « dans *quelque chose que nous voyions d'avance*—dans une *pré-vision (fore-sight)* », et 3) « dans *quelque chose que nous saisissions d'avance*—dans une *pré-conception (fore-conception)* »¹⁰ [traduction libre]. Ces trois derniers constituent une préstructure (*fore-structure*) sur laquelle est fondée l'interprétation (Benner, 1994), lesquels sont aussi représentés par la « situation herméneutique » (*hermeneutical situation*) dans la terminologie d'Heidegger (1927/2008). En d'autres termes, « une interprétation n'est jamais l'acte d'appréhender quelque chose qui nous est présenté sans présupposition » [traduction libre] (Heidegger, 1927/2008, p. 191-192). En se basant sur la pensée de ce philosophe et de celle de Dreyfus (1991), Benner (1994) a affirmé que la compréhension précédait toujours les individus dans le *background* partagé et que le chercheur et les participants étaient déjà situés dans un cercle herméneutique de compréhension. Même si Heidegger (1927/2008) a insisté sur la compréhension en tant que manière d'être (ontologique) plutôt qu'une manière de connaître (épistémologique), la relation que cette compréhension entretient avec les dimensions du *background* partagé (c.-à-d. le temps, l'histoire, le langage et la culture) semble mettre en évidence un relativisme épistémologique. Dans ce même ordre d'idées, Benner (1985) a souligné le caractère indissoluble et coconstitutif de « l'Être-dans-le-monde » en relation avec les significations, c'est-à-dire « que la signification ne résidait pas exclusivement à l'intérieur de l'individu ou de la situation, mais qu'elle était une transaction entre

¹⁰ L'italique se retrouve dans le passage original de l'auteur cité.

les deux de manière à ce que l'individu constitue et soit constitué par la situation » [traduction libre] (p. 7).

Par ailleurs, Benner (1985) a précisé la dimension herméneutique de sa phénoménologie en tant que stratégie circulaire visant à donner de la visibilité aux caractéristiques invisibles du *Dasein* dans le mode d'engagement « à-portée-de-la-main ». Cette dimension herméneutique est mise en évidence de deux manières : 1) le cercle herméneutique *philosophique* qui désigne l'interaction entre la préstructure du chercheur-dans-le-monde, celle du participant-dans-le-monde et l'interprétation du *Dasein*, cette interaction étant aussi connue sous l'expression métaphorique de « fusion des horizons » (Gadamer, 1976/2008), et 2) le cercle herméneutique *méthodologique* dans le processus d'interprétation, c'est-à-dire le mouvement circulaire passant du particulier à la globalité dans un récit (Gadamer, 1989/2004). Sur le plan épistémologique, ceci implique que l'interprétation découle de manière dialogique et transactionnelle entre le chercheur-dans-le-monde et le participant-dans-le-monde (Benner, 1994).

En somme, l'étudiant-chercheur s'est inspiré des considérations philosophiques exposées ci-haut afin de circonscrire sa propre posture dans cette étude doctorale. Sur le plan ontologique, l'étudiant-chercheur a reconnu que la représentation de la réalité des participantes et de lui-même pouvait être guidée par un contexte temporel, historique, linguistique et culturel en mouvement. En revanche, l'étudiant-chercheur a concédé qu'il y avait certainement des entités non découvertes de la réalité qui pouvaient subsister en dehors de la compréhension humaine et que, dans une perspective heideggerienne, ces entités en question ne pouvaient être qualifiées « d'existantes ».

Sur le plan épistémologique, l'étudiant-chercheur concevait que l'interprétation des significations des expériences vécues correspondait à un dialogue et une transaction qu'il contribuait à entretenir avec les participantes-dans-le-monde. L'expérience vécue était, quant à elle, liée et constitutive de son contexte, même si l'interprétation ne pouvait mettre en évidence entièrement ce lien ontologique entre l'expérience et le contexte. Cette interprétation était influencée par des présuppositions, tant de l'étudiant-chercheur que des participantes, et était en mouvement selon le contexte dans lequel elle avait lieu. La connaissance qui était ainsi produite par cette interprétation pouvait différer en fonction des points suivants tout en demeurant valide : le moment où l'interprétation a été réalisée, l'individu qui a interprété, le moment où l'expérience a été vécue et racontée et l'interprétation qui en a été faite par la participante (Benner, 1985, 1994; Gadamer, 1976/2008; Heidegger, 1927/2008).

Il est donc entendu que le MCA qui a été élaboré dans cette étude doctorale est une représentation du développement de la compétence « agir avec humanisme » et qu'il est dépendant de l'interaction entre l'étudiant-chercheur et les participantes, de leurs présuppositions et des significations accordées aux expériences racontées, lesquelles étaient imbriquées et constitutives de leur contexte singulier. Dans la prochaine section, le déroulement de l'étude est détaillé.

Déroulement de l'étude

Milieus de l'étude

Le premier milieu où l'étude s'est déroulée était une université québécoise où le programme de baccalauréat en sciences infirmières était basé sur une APC depuis 2004 (Goudreau & Boyer, 2017; Goudreau et al., 2009; Pepin et al., 2008). La faculté des sciences infirmières de cette université était considérée comme la plus grande de la francophonie en raison du nombre élevé ($n \sim 1800$) d'étudiantes qu'elle accueillait annuellement (Goudreau & Boyer, 2017). Les mêmes auteures ont précisé que la durée de ce programme était de six trimestres pour les titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en sciences de la nature (formation initiale) et de quatre trimestres pour celles ayant obtenu un diplôme en soins infirmiers (formation intégrée collège-université, aussi connue sous l'appellation « DEC-BAC »). À leur troisième trimestre, les étudiantes de la formation intégrée collège-université rejoignent celles de la formation initiale, lesquelles commencent leur quatrième trimestre, afin de former une seule cohorte. Ainsi, les premiers diplômes de ce programme ont été décernés en 2006 pour les étudiantes de la formation intégrée collège-université et en 2007 pour celles de la formation initiale. En 2015, la vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue avait estimé le nombre d'étudiantes à 280 en première année de programme, à 200 en deuxième et à 180 en troisième (communication personnelle, 10 juin 2015). De plus, ce programme visait le développement de la compétence étudiée dans cette étude doctorale, étant initialement intitulée « agir avec humanisme et créativité » en 2004, laquelle a été reformulée à « agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé » en 2010, puis à « agir avec humanisme selon une perspective disciplinaire » en 2015 (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2003, 2010, 2015)¹¹. En s'appuyant sur une APC, ce programme

¹¹ Dans cette étude doctorale, il s'avère peu probable que les reformulations de la compétence « agir avec humanisme » aient pu influencer les résultats chez les étudiantes puisque la majorité de celles-ci ont été recrutées après ces

comportait une séquence de cours interdépendants dans lesquels les compétences, entre autres la compétence « agir avec humanisme », étaient déclinées de manière transversale (Goudreau & Boyer, 2017). À cet égard, des contenus reliés à cette compétence étaient répartis dans plusieurs cours et faisaient appel à des stratégies pédagogiques variées : stages, rencontres post-stage, discussions en plénière, mises en situation, simulation haute-fidélité, laboratoires et ateliers visant l'apprentissage d'habiletés de communication.

Un centre hospitalier montréalais affilié à cette université a accepté de participer à l'étude (deuxième milieu). Lorsque le recrutement a eu lieu, ce centre hospitalier comportait plusieurs sites géographiques dans Montréal. Ce milieu était également en plein processus de fusion de ses sites afin que ces derniers soient abrités sous le même toit. Selon la direction des ressources humaines de ce centre hospitalier (communication personnelle, 9 juin 2015), environ 515 infirmières qui y travaillaient en 2015 étaient diplômées du premier milieu de l'étude exposé précédemment. En revanche, les données ne permettaient pas de spécifier si ces infirmières étaient toutes détentrices d'un baccalauréat basé sur une APC, c'est-à-dire qu'elles avaient obtenu leur diplôme à partir de 2006.

Les prochains paragraphes précisent le recrutement des participantes au regard des critères d'inclusion.

Recrutement des participantes

Pour élaborer le MCA, deux catégories de participantes, des étudiantes et des infirmières, ont été recrutées à six moments de leur parcours respectif. Cette idée de recruter des participantes à différents moments d'un parcours provient, d'une part, des travaux de Benner et al. (1992) dans l'étude de l'expertise professionnelle et, d'autre part, de la conception sur le développement des compétences (Tardif, 2006) exposée au chapitre précédent. À titre de rappel, Tardif (2006) a postulé qu'une compétence se développait sur une longue durée et à partir d'apprentissages dans la formation initiale, la pratique clinique et la formation continue. Comme les niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » n'étaient pas connus, le recrutement de

changements. Pour les infirmières, il est possible que les infirmières exercées et expérimentées aient réalisé leurs études lorsque la compétence « agir avec humanisme » portait un nom différent. En revanche, le niveau de compétence « agir avec humanisme » tel qu'exprimé dans leurs récits incluait les apprentissages réalisés après ces études, c'est-à-dire à travers leur pratique clinique.

participantes à différents moments a permis de documenter un segment large du parcours de développement de la compétence, de la formation initiale jusqu'à la pratique clinique.

Critères d'inclusion. Pour être éligibles à cette étude, toutes les participantes devaient parler et comprendre le français et être désireuses de partager leurs expériences d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme ».

Les étudiantes devaient étudier dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une APC dont le référentiel comportait une compétence « agir avec humanisme ». Ces étudiantes ont été recrutées dans trois groupes : 1) des étudiantes ayant terminé avec succès (ou étaient en voie de l'être) leur première année de baccalauréat, 2) des étudiantes ayant terminé avec succès (ou étaient en voie de l'être) leur deuxième année de baccalauréat, et enfin, 3) des étudiantes qui complétaient le dernier trimestre de leur baccalauréat.

Les infirmières participantes devaient être diplômées du baccalauréat en sciences infirmières basé sur une APC dont le référentiel comportait une compétence « agir avec humanisme ». Ceci signifie qu'elles devaient avoir obtenu leur diplôme à partir de 2006 (formation intégrée collège-université) ou 2007 (formation initiale). Ces infirmières ont été recrutées dans trois groupes : 1) des nouvelles diplômées¹² ayant de six à 18 mois d'expérience clinique, 2) des infirmières exercées (de niveau intermédiaire) ayant entre deux à quatre années d'expérience clinique, et enfin, 3) des infirmières expérimentées ayant au moins cinq années d'expérience clinique et qui devaient rapporter d'elles-mêmes être perçues comme *expertes* par des pairs ou des patients quant à leur déploiement de la compétence « agir avec humanisme ». Cette reconnaissance par un pair se voulait cohérente avec un postulat de Benner (1984/2001) à l'effet que les années d'expériences cliniques étaient nécessaires, mais insuffisantes à l'expertise. En ce sens, ce postulat sous-entendait que ce n'était pas toutes les infirmières expérimentées qui réalisaient les apprentissages critiques nécessaires à l'atteinte du niveau expert de la compétence (Tardif, 2006). D'ailleurs, bon nombre de recherches (Aitken, 2000; Aitken, Marshall, Elliot, & McKinley, 2008; Buhner & Mitchell, 1996; Pepin et al., 2011; Underwood, 2013) ont identifié leurs infirmières expérimentées selon le postulat de Benner (1984/2001), soit en exigeant cinq années d'expérience

¹² Les termes « infirmière nouvellement diplômée », « infirmière exercée » et « infirmière expérimentée » correspondent respectivement à « infirmière novice », « infirmière compétente » et « infirmière experte » dans les appendices.

clinique dans le domaine d'expertise et une reconnaissance de cette expertise par un pair ou par le participant lui-même. Dans cette étude doctorale, cette reconnaissance de l'expertise par un pair a été opérationnalisée en s'inspirant de la méthode d'identification utilisée dans l'étude de Graber et Mitcham (2004), laquelle avait pour but d'étudier l'humanisation des soins de soignantes expertes. Ainsi, les infirmières expérimentées participantes à cette étude doctorale ont rapporté d'elles-mêmes qu'elles avaient reçu des éloges, soit de leurs pairs ou de leurs patients, au regard de leur déploiement de la compétence « agir avec humanisme ».

Nombre de participantes. Au départ, le nombre de participantes souhaité était fondé sur la notion de redondance de Benner (1994) ainsi que sur une recherche au but et devis similaire (Pepin et al., 2011). Dans un premier temps, Benner (1994) a suggéré de poursuivre le recrutement tant que le chercheur n'atteignait pas la redondance dans l'analyse des données. Selon Crist et Tanner (2003), il y a redondance lorsque : 1) les interprétations dégagées des récits sont claires et visibles, 2) l'ajout de participants n'apporte plus de nouvelles données et 3) les significations des récits précédents deviennent redondantes.

Dans un deuxième temps, le nombre de participantes envisagé était basé sur une recherche comparable à cette étude doctorale (Pepin et al., 2011). Dans cette étude, les chercheurs avaient conduit des entrevues auprès de 53 participants afin d'élaborer un MCA du leadership clinique infirmier. Ces participants avaient été regroupées dans trois groupes selon leur progression universitaire et dans deux groupes selon leur expérience clinique.

Ainsi, il était souhaité de recruter entre 5 à 10 participantes par groupe, ce qui aurait correspondu entre 30 à 60 participantes pour l'ensemble des six groupes. Or, en raison de difficultés reliées au recrutement qui sont détaillées plus bas, un total de 18 étudiantes et huit infirmières (voir Tableau 3) ont participé à l'étude.

Tableau 3

Nombre de participantes selon les groupes

Groupes	Nombre de participantes recrutées ($n = 26$)
	Étudiantes ($n = 18$)
Première année	3
Deuxième année	9
Troisième année	6

Groupes	Nombre de participantes recrutées ($n = 26$)
	Infirmières ($n = 8$)
Nouvellement diplômée	1
Exercée	3
Expérimentée	4

Stratégies de recrutement. Deux stratégies ont été utilisées afin de recruter les participantes, la première étant l'échantillonnage de convenance et la deuxième de réseau, aussi appelée « boule de neige » (Gray, Grove, & Sutherland, 2017). Dans un premier temps, l'échantillon a été principalement construit à partir de participantes disponibles au moment du recrutement et qui respectaient les critères d'inclusion spécifiés précédemment. Dans un deuxième temps, l'étudiant-chercheur a fait appel à l'échantillonnage de réseau, notamment en sollicitant directement les infirmières-chefs afin qu'elles fournissent les coordonnées de personnes dont l'expérience était pertinente à l'étude doctorale et qui respectaient les critères d'inclusion énoncés plus haut (Gray et al., 2017).

Recrutement. Le recrutement a commencé au mois de septembre 2015, quelques semaines après que l'approbation éthique de l'étude doctorale ait été obtenue, soit le 26 août 2015. En dépit des nombreuses stratégies et interventions de l'étudiant-chercheur qui sont détaillées dans les paragraphes suivants, 17 mois ont été nécessaires à la constitution de l'échantillon, le recrutement ayant pris fin en février 2017. Une synthèse des stratégies et des interventions de recrutement sont exposées au Tableau 4.

Tableau 4

Stratégies et interventions de recrutement

Étudiantes	Infirmières
Compensation de 25 \$ par une carte-cadeau dans une librairie (17 mars 2016)	Présentation à des infirmières-chefs d'un des trois sites du centre hospitalier (15 octobre 2015)
Invitation par le biais de l'adresse courriel universitaire (14 avril 2016)	Présentation à des infirmières ayant cinq ans et moins d'expérience clinique lors d'une conférence (15 octobre 2015)
Présentation dans des cours magistraux avec coupon-réponse (3 au 12 octobre 2016)	Rappels mensuels aux infirmières-chefs par la personne-ressource (octobre 2015 à juin 2016)

Étudiantes	Infirmières
	Publicité sur la page Facebook d'un comité de formation relevant de la direction des soins infirmiers (15 octobre 2015)
	Publicité sur les babillards et l'intranet du centre hospitalier (20 novembre 2015)
	Ouverture du recrutement aux trois sites du centre hospitalier (13 décembre 2015)
	Compensation par le tirage de deux cartes de crédit prépayées de 150 \$ chacune et rémunération si l'entrevue a lieu sur les heures de travail (17 mars 2016)
	Rencontre d'une infirmière-chef et recrutement sur l'unité de soins (22 avril 2016)
	Invitation par le biais de l'adresse courriel universitaire d'infirmières diplômées au mois de décembre 2015 (26 septembre 2016)

Recrutement des étudiantes. Au départ, il était souhaité de recruter des étudiantes en voie de terminer leur année universitaire plutôt que d'attendre la réussite des cours. C'est pour cette raison que le recrutement d'étudiantes a commencé au milieu de l'hiver 2016 plutôt qu'à l'automne 2015. Tout d'abord, une technicienne en gestion des dossiers étudiants a envoyé une lettre d'invitation à trois cohortes d'étudiantes par le biais de leur adresse courriel universitaire le 14 avril 2016 (voir Appendice B). Les étudiantes pouvaient rejoindre l'étudiant-chercheur à partir des coordonnées inscrites à l'intérieur de cette lettre. Il importe de préciser que l'étude doctorale avait déjà obtenu deux amendements au comité d'éthique de la recherche qui permettaient d'offrir une compensation à toutes les étudiantes, soit une carte-cadeau d'une valeur de 25 \$ dans une librairie. Les cohortes concernées par cette invitation se situaient aux trimestres suivants : deuxième (étudiantes de première année), quatrième (étudiantes de deuxième année) et sixième (étudiantes de troisième année). Cette première stratégie a permis de recruter quatre étudiantes de deuxième année et six de troisième année.

Puisqu'aucune étudiante de première année n'avait été recrutée et que le nombre de participantes en deuxième année s'avérait insuffisant, une seconde stratégie de recrutement a été ajoutée, soit la présentation de l'étude doctorale dans des cours magistraux. Or, il a fallu patienter jusqu'au trimestre d'automne 2016 avant de pouvoir poursuivre le recrutement en raison de la saison estivale. Ainsi, une assistante de recherche a été engagée et elle a présenté l'étude doctorale

dans des cours magistraux de deux cohortes d'étudiantes, du 3 au 12 octobre 2016. L'assistante de recherche avait été préalablement rencontrée par l'étudiant-chercheur afin qu'elle puisse comprendre suffisamment l'étude doctorale et être ainsi apte à la présenter. Pour y arriver, l'assistante de recherche a distribué et recueilli un coupon-réponse (voir Appendice C) rempli par les étudiantes immédiatement après chaque présentation dans les cours magistraux. Les étudiantes pouvaient décider d'inscrire leur adresse courriel afin d'être contactées ultérieurement par l'étudiant-chercheur. En comparaison avec la stratégie de recrutement précédente, les étudiantes de ces cohortes avaient complété avec succès leur première ou deuxième année plutôt que d'être en voie de l'être. Bien que ce choix méthodologique puisse être perçu comme une limite à l'étude doctorale, il a été fait dans le but d'éviter de retarder davantage le recrutement. En effet, il aurait fallu attendre l'hiver 2017 afin de recruter des étudiantes à la fin de leur année universitaire. Ainsi, les cohortes concernées par la présentation dans les cours magistraux se situaient aux trimestres suivants : troisième (étudiantes de première année) et cinquième (étudiantes de deuxième année). Sur l'ensemble des coupons-réponse recueillis, 45 étudiantes avaient manifesté leur intérêt à participer, lesquelles ont par la suite reçu un courriel envoyé par l'étudiant-chercheur. Sur ce nombre, trois étudiantes ayant complété leur première année et cinq qui avaient terminé leur deuxième année ont accepté de participer à l'étude doctorale. Il s'avère difficile d'expliquer ce faible taux de succès outre par le fait que le courriel ait été envoyé quelques mois¹³ après le recueil des coupons-réponse. Par conséquent, les étudiantes ont possiblement changé d'avis entre les deux moments.

Recrutement des infirmières. Après l'approbation éthique, le centre hospitalier a identifié une personne-ressource de la direction des soins infirmiers (DSI) afin de faciliter le processus de recrutement. Au départ, le recrutement devait avoir lieu dans un des trois sites de ce centre hospitalier afin de tenir compte de la sollicitation des infirmières dans d'autres projets de recherche déjà en cours.

Le 15 octobre 2015, la personne-ressource a invité l'étudiant-chercheur à présenter l'étude aux infirmières-chefs du site ouvert au recrutement. Lors de cette présentation, une quinzaine d'infirmières-chefs ont reçu une fiche synthèse (voir Appendice D) ainsi que quelques copies d'une lettre d'invitation (voir Appendice B) destinée aux infirmières. Les infirmières pouvaient contacter

¹³ Des circonstances organisationnelles ont empêché d'envoyer le courriel plus rapidement.

l'étudiant-chercheur à partir des coordonnées inscrites dans la lettre. Dans la même journée, l'étudiant-chercheur a présenté l'étude à deux groupes d'infirmières (environ une dizaine) ayant cinq ans et moins d'expérience clinique pendant qu'elles assistaient à une conférence donnée par un comité de formation relevant de la DSI. Ce même comité a également publicisé l'invitation à participer à l'étude sur sa page Facebook. De plus, la présidente de ce comité a interpellé personnellement son infirmière-chef afin que celle-ci en parle avec ses pairs et puisse faciliter le recrutement. Toutefois, aucune infirmière n'avait été recrutée un mois après ces rencontres et ces publicités. La personne-ressource a alors fait un rappel auprès des infirmières-chefs et a élargi la publicité sur les babillards et l'intranet du centre hospitalier le 20 novembre 2015 (voir Appendice E). Une première participante a été recrutée le 24 novembre 2015.

Le recrutement s'avérant difficile, le comité d'éthique a autorisé l'accès aux deux autres sites du centre hospitalier ainsi que certaines modifications aux annonces sur les babillards et de l'intranet (voir Appendice E), à partir du 13 décembre 2015. Une deuxième participante a alors été recrutée.

Le 17 mars 2016, le comité d'éthique a accepté d'ajouter une compensation et de rémunérer les infirmières si l'entrevue avait lieu sur leurs heures de travail. La compensation correspondait à un tirage de deux cartes de crédit prépayées de 150 \$ chacune pour l'ensemble des infirmières participantes. Ce deuxième amendement du comité d'éthique visait la modification de la fiche synthèse (voir Appendice D), de la lettre d'invitation destinée aux infirmières (voir Appendice B), des annonces sur les babillards et de l'intranet (voir Appendice E) en fonction de la compensation ajoutée.

Malgré ces efforts, auxquels s'est ajoutée une invitation sur une unité de soins par une infirmière-chef n'ayant pas abouti, au mois de mai 2016, huit infirmières avaient été recrutées. Malgré d'autres rappels faits par la personne-ressource en juin 2016, aucune autre participante n'a acceptée de participer pendant la saison estivale. Puisqu'il n'y avait qu'une seule IND parmi ces participantes, un courriel a été envoyé le 26 septembre 2016 à une cohorte d'IND ayant reçu leur diplôme en décembre 2015, sans succès. Devant cette impasse, les directrices de l'étudiant-chercheur et lui-même ont pris la décision de mettre fin au recrutement des infirmières. En somme, un total de 18 étudiantes et huit infirmières ont accepté de participer à l'étude.

Collecte des données

Trois outils et méthodes de collecte de données ont été utilisés dans cette étude, soit le questionnaire sociodémographique, l'entrevue individuelle et le journal réflexif.

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire sociodémographique autoadministré (voir Appendice F), développé par l'étudiant-chercheur et ses directrices, a été distribué aux participantes avant le début des entrevues. Ces questionnaires ont permis de dresser un portrait des participantes et de discuter des résultats en fonction des particularités sociodémographiques. Les deux questionnaires (étudiantes et infirmières) ont permis de documenter l'âge, le genre, le lieu de naissance, l'état civil, le nombre d'enfants, le cheminement en sciences infirmières (formation initiale ou intégrée collège-université), les études antérieures et les expériences antérieures relatives aux soins de santé. Plus spécifiquement, le questionnaire destiné aux étudiantes a permis de préciser leur année de scolarité au sein du baccalauréat et leur statut étudiant (temps plein, temps partiel ou études terminées) alors que celui destiné aux infirmières a permis de documenter leur expérience clinique (six à 18 mois, deux à quatre années ou cinq années et plus).

Entrevue individuelle. Traditionnellement, l'entrevue est la méthode de collecte de données préconisée en recherche phénoménologique (Munhall, 2007, 2012). Bien que Benner (1994) reconnaisse les avantages d'une deuxième entrevue auprès du même participant, elle ne la rend pas obligatoire dans sa méthode. Dans cette étude, une entrevue individuelle semi-dirigée avec chaque participante ($n = 26$) a été conduite par l'étudiant-chercheur. D'une durée variant de 40 à 119 minutes (moyenne de 63 minutes), elles ont été enregistrées sur bande audionumérique, puis transcrites textuellement en verbatim par une tierce personne à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. L'heure des entrevues était à la convenance des participantes, mais en dehors des heures de classe ou de travail (sinon avec l'accord de leur supérieur). Le lieu des entrevues était dans une salle de la FSI-UdeM pour toutes les étudiantes et dans une salle à l'intérieur ou à l'extérieur du centre hospitalier pour la majorité des infirmières, selon leur convenance. Un guide d'entrevue (voir Appendice G) a servi à orienter ces entrevues.

Ce guide d'entrevue a été conçu à partir de la perspective conceptuelle de cette étude doctorale présentée au chapitre précédent (Cara et al., 2016; Tardif, 2006). Ce guide a été préalablement validé par les directrices de l'étudiant-chercheur, lesquelles possèdent une expertise en phénoménologie (approche méthodologique), en formation infirmière et en philosophie

humaniste (phénomène à l'étude). Le guide contenait des questions ouvertes qui portaient, notamment, sur les expériences relatives à la pratique de la compétence « agir avec humanisme » et sur les expériences d'apprentissage marquantes dans la formation ou dans la pratique clinique (Benner, 1994; Hesse-Biber & Leavy, 2011). Ces questions avaient pour but d'aider l'étudiant-chercheur à comprendre, dans un premier temps, comment la compétence « agir avec humanisme » se développait selon l'expérience de pratique des participantes, et, dans un second temps, à identifier les expériences d'apprentissage qui agissaient comme leviers ou comme contraintes dans son développement. Dans l'ensemble, le guide a été suivi fidèlement tout en faisant preuve d'ouverture en adaptant les questions aux expériences racontées par les participantes (Benner, 1994; Crist & Tanner, 2003; Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Avant le début de chaque entrevue, l'étudiant-chercheur a pris le temps d'échanger avec les participantes pendant une dizaine de minutes afin de les mettre plus à l'aise. Bien qu'aucun de ces échanges n'aient été enregistrés, il est arrivé à quelques reprises que les propos partagés par les participantes s'avéraient pertinents à l'étude doctorale. Dans ces rares circonstances, l'étudiant-chercheur a pris des notes dans son journal réflexif après les entrevues. Lorsque cette période d'échanges arrivait à sa fin, l'étudiant-chercheur remettait le formulaire d'information et de consentement aux participantes et leur laissait tout le temps dont elles avaient besoin afin de le lire et de le comprendre. Lors de cette lecture, l'étudiant-chercheur mentionnait aux participantes de l'interpeller s'il y avait des ambiguïtés ou des incompréhensions. De plus, l'étudiant-chercheur a validé auprès des participantes qu'elles étaient à l'aise avec l'enregistrement de l'entrevue et il a insisté sur la possibilité de l'arrêter sans que des justifications ou des motifs soient demandés. Lorsque le formulaire d'information et de consentement était signé, l'étudiant-chercheur remettait le questionnaire sociodémographique aux participantes. Dès qu'elles le lui remettaient, l'étudiant-chercheur activait les enregistreuses et lisait la courte introduction figurant dans le guide d'entrevue. Par la suite, les participantes étaient invitées à raconter le récit de leur expérience dans laquelle elles estimaient avoir fait preuve d'humanisme auprès de patients. Elles étaient ensuite encouragées à décrire leurs motivations, pensées et sentiments dans cette expérience, de même que ce qui les avait aidées ou limitées à humaniser les soins auprès des patients. Par la suite, les participantes étaient conviées à élaborer sur les expériences marquantes qu'elles considéraient comme étant facilitatrices ou limitatives dans le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Il leur était également demandé de faire le récit d'expériences antérieures à la

formation qu'elles percevaient contributives au développement de la compétence « agir avec humanisme ». En guise de conclusion, les participantes avaient l'opportunité d'exprimer leurs recommandations pour l'optimisation du développement de cette compétence.

Journal réflexif. Un journal réflexif a été tenu de manière systématique tout au long de la collecte et de l'analyse des données. La tenue de ce journal avait pour but d'amorcer et de documenter le processus d'analyse des données (Crist & Tanner, 2003). L'étudiant-chercheur y consignait ses observations au regard de l'intonation de la voix, des expressions ou gestes physiques des participantes, lesquels pouvaient influencer l'interprétation qu'il se faisait des expériences racontées (Crist & Tanner, 2003). Des notes, des observations et des réflexions ont été ajoutées à ce journal : 1) après chaque entrevue, sauf les deux premières où les notes ont été prises pendant l'entretien, 2) dès que l'étudiant-chercheur a commencé l'analyse des données afin de réfléchir et d'y inscrire ses présuppositions au regard du phénomène à l'étude, 3) après que chaque transcription de verbatim ait été lue et analysée par l'étudiant-chercheur et 4) lorsque l'analyse interparticipante a commencé pour chaque groupe. Des extraits du journal réflexif sont présentés à l'Appendice H pour ces quatre catégories de réflexions. D'autres notes ponctuelles ont été ajoutées à travers ce processus, notamment lors des rencontres entre l'étudiant-chercheur et ses directrices au regard de l'analyse des données, lorsqu'il était temps d'interpréter les expériences facilitatrices, limitatives, et antérieures à la formation universitaire, ainsi que pendant l'élaboration du MCA de la compétence « agir avec humanisme ». D'une part, certaines réflexions manuscrites ont aidé l'étudiant-chercheur à poser un regard critique sur les entrevues qu'il avait conduites, notamment au regard de certaines questions qui pouvaient être plus directives qu'il ne l'avait imaginé. Ceci lui a donné l'opportunité de se réajuster et de s'améliorer en cours de collecte des données. D'autre part, l'ensemble des notes manuscrites dans ce journal réflexif ont alimenté et bonifié l'analyse des données (Benner, 1994; Crist & Tanner, 2003).

Analyse des données

Une validation de la transcription a été effectuée par l'étudiant-chercheur et les verbatim ont été ensuite importés dans le logiciel de soutien à l'analyse qualitative ATLAS.ti, version 8.

L'analyse a été réalisée à partir de la perspective interprétative de Benner (1994) et elle a été conduite de manière concomitante à la collecte des données. Brykczynski et Benner (2010) ont précisé que cette perspective interprétative était constituée de principes typiques d'analyse plutôt que d'être une « formule » spécifique. Or, Crist et Tanner (2003) ont opérationnalisé les principes

de l'analyse interprétative de Benner (1994) en cinq phases. Ces phases ne se suivent pas nécessairement dans l'ordre compte tenu du mouvement entre le particulier et la globalité des récits, c'est-à-dire le cercle herméneutique méthodologique. Pour cette étude doctorale, certains ajustements ont été apportés à cette démarche. Les prochains paragraphes exposent les détails des cinq phases de l'analyse des données, lesquelles sont représentées à la Figure 1.

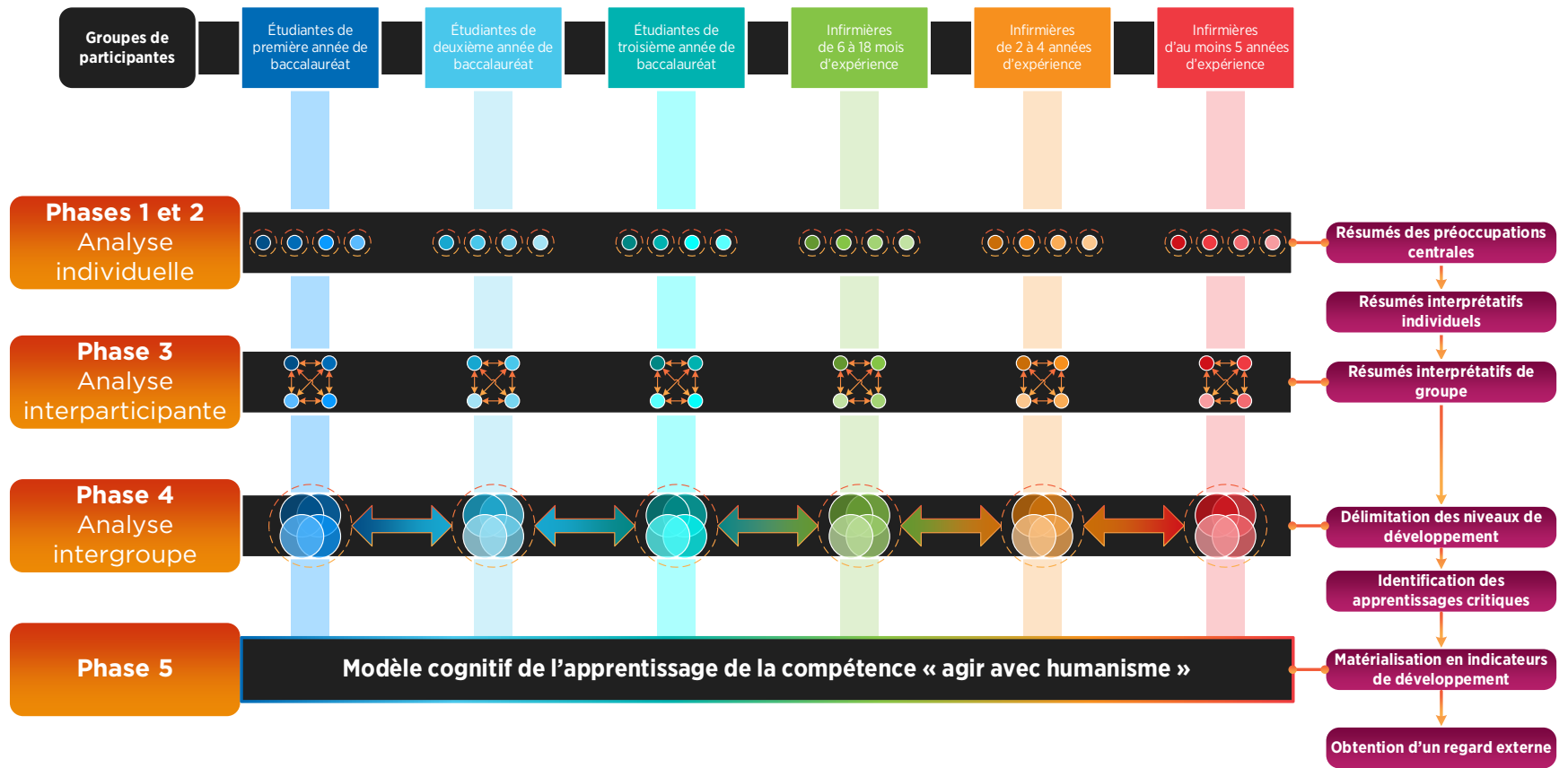


Figure 1. Représentation de l'analyse des données.

Phase 1 : lignes directrices de recherche. Cette première phase a servi à identifier les lignes directrices de recherche (*lines of inquiry*) afin d'améliorer la tenue des entrevues ultérieures (Benner, 1984/2001; Crist & Tanner, 2003). Ainsi, lors de la validation des transcriptions, l'étudiant-chercheur a posé un regard critique sur la manière dont il avait mené les entrevues. Ce regard critique a été noté dans le journal réflexif et a amené l'étudiant-chercheur à se réajuster dans la manière de conduire les entrevues. Ainsi, l'étudiant-chercheur a cessé de prendre des notes dans son journal réflexif pendant les entrevues puisqu'il avait l'impression que ceci avait entravé le dialogue avec les deux premières participantes. Il a donc commencé à les prendre immédiatement après la fin des entrevues.

Dans d'autres entrevues, l'étudiant-chercheur a constaté qu'il n'amenait pas suffisamment les participantes à décrire le contexte de leurs expériences, une dimension pourtant importante dans la phénoménologie interprétative de Benner (1994). Les rencontres entre l'étudiant-chercheur et ses directrices l'ont aussi amené à modifier la formulation de certaines questions de clarification qui s'avéraient trop suggestives, pouvant influencer les propos racontés par les participantes. En ce qui concerne le guide d'entrevue, l'étudiant-chercheur n'a pas eu à réorienter les questions d'entrevues, mais a apporté quelques changements de vocabulaire au fil des entrevues afin de faciliter le partage des récits chez les participantes. En somme, la visée principale de cette phase était d'enrichir et d'approfondir la compréhension du phénomène étudié par une amélioration des entrevues subséquentes (Crist & Tanner, 2003).

Phase 2 : nomination, préoccupations centrales, exemplaires, cas paradigmatiques et résumés interprétatifs individuels. Pendant cette phase, les analyses individuelles ont été réalisées en prenant appui sur la nomination (*naming*), l'identification de préoccupations centrales (*central concerns*) et d'exemplaires (*exemplars*) dans les récits recueillis aux six moments (Benner, 1994; Crist & Tanner, 2003).

Nomination. Benner, Tanner, et al. (2009) ont insisté sur la notion de nomination plutôt que de codification d'un récit, habituellement effectuée dans une analyse thématique. Selon elles, le processus de nomination d'un récit vise à capturer des exemples de *patterns* de signification au regard du phénomène à l'étude. Contrairement à la codification qui recherche parfois une fidélité inter-juge (*interrater reliability*), la nomination s'en éloigne puisqu'elle souhaite un certain degré d'engagement de l'individu qui interprète les récits des participants de même qu'une familiarité

avec le phénomène étudié (Benner, Tanner, et al., 2009). Qui plus est, rechercher une fidélité inter-juge s'avérerait incohérent avec les référents philosophiques de la phénoménologie interprétative de Benner (1994). À titre de rappel, l'interprétation est influencée par des présuppositions de l'étudiant-chercheur et de ses directrices et elle est en mouvement selon le contexte dans lequel elle a lieu, ceci s'inscrivant peu dans une logique de fidélité inter-juge.

Dans ce contexte, l'étudiant-chercheur a procédé à la nomination des récits à l'aide du logiciel de soutien à l'analyse qualitative ATLAS.ti. Afin de faciliter la phase 3 de l'analyse, la nomination a été faite, un récit à la fois, de participantes dans le même groupe lorsque le recrutement le permettait (p. ex. toutes les étudiantes de première année). L'étudiant-chercheur a attribué un nom aux segments porteurs de significations qui étaient étroitement en lien avec les questions de recherche. Les noms attribués aux segments étaient notamment teintés par la perspective conceptuelle de l'étude doctorale (Cara et al., 2016; Tardif, 2006).

La nomination des deux premiers récits a été révisée par la codirectrice de l'étudiant-chercheur. Soulignons à nouveau que cette codirectrice possède une expertise avec la phénoménologie. Cette révision ne visait pas à établir une fidélité inter-juge quant aux noms attribués, mais plutôt à offrir une rétroaction sur le processus en tant que tel. Cette rétroaction a notamment mis en évidence des irrégularités dans la forme que prenaient les noms attribués aux segments, variant de quelques mots (p. ex. *caring*) à des phrases plus élaborées (p. ex. apaiser la colère de la Personne). C'est d'ailleurs à partir de ce moment que l'étudiant-chercheur et ses directrices ont pris la décision d'adopter systématiquement une forme verbale (plutôt que nominale) dans le processus de nomination puisque ceci correspondait davantage à la formulation généralement employée pour des indicateurs de développement d'une compétence (Tardif, 2006). Par conséquent, la forme verbale avait le potentiel de faciliter la formulation des indicateurs de développement qui allaient être identifiés à la phase 5 de l'analyse (p. ex. « Soigne la Personne comme un être humain »).

Dans l'ensemble, le processus de nomination a fait appel à 1983 noms différents pour les segments identifiés. En moyenne, un nom a été attribué à 214 segments par récit, totalisant 5575 passages pour les 26 participantes. Bien qu'il fût souhaité de fournir un exemple du processus de nomination, les fonctionnalités d'ATLAS.ti 8 au mois d'octobre 2019 ne permettaient pas d'extraire le récit avec les noms attribués aux segments dans la marge. Toutefois, voici un exemple de nom attribué (« Explorer les préoccupations/la priorité de la Personne ») à un extrait de

l'entrevue réalisée avec Mihaela¹⁴, une infirmière expérimentée : « C'est d'aller chercher vraiment qu'est-ce qu'il a besoin, qu'est-ce qui est prioritaire pour lui ».

Préoccupation centrale. À travers et à la suite du processus de nomination, la lecture du récit des participantes a permis d'identifier leurs préoccupations centrales, lesquelles se rapportent aux « façons dont la personne est orientée de manière significative [*meaningfully*] dans la situation » [traduction libre] (Benner, Tanner, et al., 2009, p. 372). En d'autres termes, cela correspond à « ce qui est saillant et important pour la personne » [traduction libre] (Benner, 1994, p. 105). Dans cette analyse, les préoccupations centrales ont été regroupées en fonction du guide d'entrevue : le sens de la compétence « agir avec humanisme » ; son déploiement dans les expériences des participantes ; les expériences perçues comme facilitatrices, limitatives et antérieures à la formation universitaire ; les recommandations pour les milieux de formation et cliniques.

Ces préoccupations centrales ont été résumées dans un document à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Ceci représentait un exercice d'écriture et de réécriture qui a permis d'approfondir l'interprétation du phénomène étudié (Crist & Tanner, 2003). Un document d'environ 10 pages a été réalisé pour chaque participante, sauf pour certaines infirmières expérimentées aux récits plus approfondis. Ces documents comprennent des extraits saillants sous forme de verbatim afin d'appuyer les interprétations. Les deux premiers résumés des préoccupations centrales ont été révisés par la codirectrice de l'étudiant-chercheur, encore une fois afin de jeter un regard externe sur son processus d'interprétation. Certaines rétroactions ont notamment amené l'étudiant-chercheur à clarifier ses interprétations qui pouvaient être ambiguës pour le lecteur. Dans l'ensemble, ces résumés ont servi de véhicule pour discuter de l'interprétation de l'étudiant-chercheur avec ses directrices afin d'en raffiner leur contenu. La lecture des transcriptions intégrales devenait nécessaire seulement « si elle avait le potentiel de clarifier l'interprétation émergente » [traduction libre] (Crist & Tanner, 2003, p. 204). Les résumés des participantes subséquentes étaient ainsi construits à partir de l'interprétation qui s'était dégagée des entrevues précédentes.

¹⁴ Prendre note que les noms des participantes sont fictifs et qu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs d'une culture.

Exemplaire. Certains extraits qui ont été ajoutés dans le résumé des préoccupations centrales pouvaient se démarquer ou se retrouver dans celui d'autres participantes. Dans le vocabulaire de Benner (1994), ces extraits correspondaient à des exemplaires. En effet, les exemplaires représentent « des extraits saillants [qui se démarquent et] qui caractérisent des thèmes communs spécifiques ou des significations à travecompérés les participants » [traduction libre] (Crist & Tanner, 2003, p. 204). Dans cette analyse, l'étudiant-chercheur a donné le titre d'exemplaire à 31 extraits particulièrement révélateurs au regard de dimensions entourant l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme ».

Cas paradigmatique. L'identification de cas paradigmatiques (*paradigm cases*) est une stratégie interprétative typiquement utilisée dans la méthode de Benner (1994), mais, avec l'accord des directrices de l'étudiant-chercheur, elle n'a pas été employée dans cette analyse. Les cas paradigmatiques sont « des instances saillantes de préoccupations ou de manière d'être-dans-le-monde [ou] d'effectuer sa pratique » [traduction libre] (Benner, 1994, p. 113). Sur le plan opérationnel, un résumé de préoccupations centrales peut correspondre à un cas paradigmatique lorsque les chercheurs y reviennent souvent en raison de son caractère particulièrement saillant et convaincant (Crist & Tanner, 2003). Dans l'étude doctorale, le fait d'avoir six groupes de nombre inégal de participantes contraignait l'identification de cas paradigmatiques. En revanche, il aurait été possible d'identifier un ou des cas paradigmatiques parmi l'ensemble des résumés des préoccupations centrales, mais ceux-ci auraient pour la plupart provenu du groupe des infirmières expérimentées. Ces cas paradigmatiques auraient ainsi été peu représentatifs des autres niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Résumé interprétatif individuel. Le résumé des préoccupations centrales, qui était en réécriture continue, a été relu et interprété à nouveau dans un résumé interprétatif individuel (*interpretive summary*). Ce résumé, plus court que le résumé des préoccupations centrales (en moyenne cinq pages), s'éloignait de la transcription initiale pour s'avérer de plus en plus raffiné dans le processus d'interprétation. Il était d'ailleurs conçu peu après la réécriture finale de chaque résumé des préoccupations centrales. À nouveau, les deux premiers résumés interprétatifs individuels ont été révisés par la codirectrice de l'étudiant-chercheur quant à son processus d'interprétation. Ces résumés, avec les exemplaires, ont été discutés avec les directrices afin de commencer à identifier des similarités et divergences à l'intérieur des groupes, cette identification s'étant concrétisée à la phase 3 de l'analyse. Il importe de réitérer que ce processus d'interprétation

demeurait concomitant avec les entrevues et les discussions entretenues avec les directrices. Un exemple de résumé des préoccupations centrales d'une infirmière expérimentée, incluant des exemplaires et son résumé interprétatif individuel correspondant, est présenté à l'Appendice I.

Phase 3 : significations communes. Au fur et à mesure que les préoccupations centrales se clarifiaient par le processus de va-et-vient et que l'identification des similarités et divergences se raffinait, l'étudiant-chercheur a constaté des significations communes (*shared meanings*) entre les résumés dans chaque groupe de participantes (Crist & Tanner, 2003) en s'appuyant sur une analyse interparticipante. Cette opération avait notamment pour but de raffiner son interprétation et de décrire chaque groupe afin de caractériser l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » aux différents moments de son parcours de développement. Ainsi, les significations communes ont été rassemblées dans un résumé interprétatif de groupe, pour chacun des six groupes, et ils ont été révisés par les directrices qui ont offert de la rétroaction quant au processus d'interprétation. Soulignons que les significations communes de l'infirmière nouvellement diplômée ont été constatées par la même opération utilisée pour les cinq autres groupes de participantes, c'est-à-dire à partir de son résumé des préoccupations centrales et de son résumé interprétatif individuel. Un exemple de résumé interprétatif de groupe d'étudiantes de deuxième année est présenté à l'Appendice J.

Phase 4 : interprétations finales. L'interprétation des préoccupations centrales et des significations communes s'est poursuivie en concomitance jusqu'aux dernières entrevues (Benner, 1994). En d'autres termes, l'exercice d'écriture et de réécriture clarifiait les interprétations émergentes. C'est surtout à cette quatrième phase que l'étudiant-chercheur a commencé à constater de la redondance dans le processus d'interprétation (Benner, 1994), notamment au regard du sens de la compétence « agir avec humanisme », des expériences facilitatrices, limitatives, antérieures à la formation universitaire et des recommandations. En revanche, il n'a pas été possible d'atteindre la redondance à l'intérieur de chaque groupe de participantes en raison des limites de l'échantillon explicitées précédemment.

Lorsque les entrevues ont pris fin, une analyse intergroupe a été réalisée à partir des résumés interprétatifs de chaque groupe. Cette analyse a permis de dégager les divergences entre les groupes et de délimiter ainsi les niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » en plus d'identifier les apprentissages critiques qui les composent. Par exemple, l'énoncé « s'engage

dans la relation infirmière-Personne lorsque le temps le permet » est découlé de l'extrait suivant provenant du résumé interprétatif du groupe d'étudiantes de première année :

Pour toutes les étudiantes du groupe « première année », la compétence « agir avec humanisme » se transpose dans la coconstruction d'une relation de confiance avec la Personne. À cet égard, cette relation peut se développer à partir du temps considérable que prennent les participantes à écouter, rassurer et échanger avec la personne soignée.

L'énoncé « considère l'humanisation des soins comme un devoir professionnel de l'infirmière clinicienne » est un second exemple qui a été formulé à partir de l'extrait suivant provenant du résumé interprétatif du groupe d'infirmières exercées :

Selon ces infirmières, agir avec humanisme n'est pas un luxe, mais une nécessité pour la santé et la sécurité des patients, un impératif moral (des infirmières disent se sentir mal si elles agissent autrement) et un devoir professionnel de l'infirmière.

Un retour aux résumés des préoccupations centrales a été nécessaire afin d'illustrer les apprentissages critiques par des extraits de verbatim et des exemplaires. Lors de la délimitation des niveaux, il s'est avéré requis de considérer le troisième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » inclusif des étudiantes de troisième année et de l'infirmière nouvellement diplômée. Ceci a été fait puisque la différence de développement entre les participantes de ces deux groupes s'avérait trop subtile pour en faire deux niveaux distinctifs. Une version préliminaire du MCA de la compétence « agir avec humanisme » a émergé de cette quatrième phase d'analyse et a été révisée par les directrices de l'étudiant-chercheur.

Phase 5 : dissémination de l'interprétation. Cette dernière phase a amené la construction du MCA et la matérialisation des apprentissages critiques identifiés à la phase précédente en indicateurs de développement. Cette matérialisation a nécessité plusieurs analyses itératives entre les apprentissages critiques, les résumés interprétatifs de groupe et individuels. Le fait que le même indicateur de développement puisse opérationnaliser plus d'un apprentissage critique a complexifié cette phase de l'analyse (Tardif, 2006).

Dans cette dernière phase, le MCA a été raffiné à travers un processus itératif d'interprétation et de discussions avec les directrices de l'étudiant-chercheur. Dans un premier temps, la formulation des apprentissages critiques identifiés dans le MCA préliminaire (quatrième phase) a été revue avec la codirectrice de l'étudiant-chercheur afin d'en améliorer la clarté. Par la suite, la directrice, qui détenait une expertise en MCA, a revu cette reformulation et a invité l'étudiant-chercheur à nommer chaque niveau de développement de la compétence « agir avec

humanisme » en plus d'élaborer un descriptif synthèse de chaque niveau. Dans un deuxième temps, un tri a été fait dans les apprentissages critiques de cette nouvelle version du MCA puisque certains de ceux-ci représentaient davantage des indicateurs de développement. Cette nouvelle version a été révisée à nouveau par les directrices de l'étudiant-chercheur. Dans un troisième temps, de nombreux ajustements ont été fait sur le MCA en tenant compte des rétroactions reçues. Ces ajustements concernaient notamment l'appellation des niveaux, le descriptif synthèse de ces derniers, les apprentissages critiques et les indicateurs de développement. De surcroît, des extraits de verbatim, dont certains étaient des exemplaires, ont été ajoutés à travers les descriptifs synthèses afin de concrétiser les résultats de l'interprétation en apprentissages critiques et indicateurs de développement. Cette nouvelle version du MCA a été révisée, encore une fois, par la codirectrice de l'étudiant-chercheur. Dans un quatrième temps, de nouveaux ajustements ont été apportés au MCA et une illustration a été développée afin de représenter visuellement les niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » avec ses particularités. Les modifications et l'illustration ont été révisés par les directrices de l'étudiant-chercheur et des changements mineurs de vocabulaire ont été apportés au MCA.

L'étudiant-chercheur a envoyé un document qui renfermait cette version du MCA par courriel à trois personnes dans le but d'obtenir un regard externe sur celui-ci (voir Appendice N). Ce document contenait également des verbatim qui appuyaient l'interprétation des données illustrée dans les apprentissages critiques du MCA ainsi que dans les indicateurs de développement. Les trois personnes expertes avaient été préalablement sélectionnées par l'étudiant-chercheur et ses directrices parce qu'elles détenaient une expertise en développement de MCA. Dans le courriel, les personnes étaient invitées à répondre aux quatre questions suivantes, lesquelles étaient inspirées de la recherche de Boyer (2013) :

1. Globalement, que pensez-vous du MCA proposé ?
2. Que pensez-vous de la *progression* du développement de la compétence « agir avec humanisme » dans le MCA proposé ?
3. Que pensez-vous de la *clarté* et de la *précision* des énoncés pour les apprentissages critiques et pour les indicateurs de développement ?
4. Que pensez-vous des indicateurs de développement ? Expriment-ils *clairement*, et d'une manière suffisamment différenciée, les apprentissages critiques ?

L'étudiant-chercheur a examiné chaque commentaire provenant des trois personnes en tenant compte de l'analyse phénoménologique réalisée aux phases précédentes. Ceci avait pour but de prévenir des modifications au MCA qui pouvaient diverger des expériences racontées par les participantes.

Le regard externe des trois personnes a mené à des modifications du MCA au regard de l'appellation des niveaux, du descriptif synthèse de ces derniers, des apprentissages critiques et des indicateurs de développement. Ces modifications ne visaient pas le sens même des énoncés, mais plutôt leur clarté et leur nombre. Par exemple, l'apprentissage critique « expansion et classification du répertoire de situations prototypiques » a été reformulé pour « création de raccourcis cognitifs entre le répertoire vaste et ordonné de situations cliniques prototypiques et les interventions visant à humaniser les soins » (cinquième niveau de développement) puisqu'il manquait de clarté. Plusieurs autres commentaires d'une des trois personnes relevaient de la formulation « processuelle » des apprentissages critiques, lesquels doivent correspondre davantage à des « points d'arrivée » lorsqu'ils sont atteints par les apprenants (Tardif, 2006). À titre d'exemple, l'apprentissage critique « apprentissage de l'écoute active » a été reformulé pour « maîtrise suffisante de l'écoute active » (premier niveau de développement), une formulation se rapprochant d'un « point d'arrivée ». Par ailleurs, l'un des commentaires qui s'avérait consensuel à travers les trois personnes correspondait au nombre élevé d'apprentissages critiques et d'indicateurs de développement. Toutes ces personnes recommandaient un exercice de synthèse afin de représenter le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'une manière plus parcimonieuse. Ainsi, certains apprentissages critiques et indicateurs de développement ont été combinés ou simplement retirés, en préservant ce qui s'avérait le plus saillant à chaque niveau de développement.

Ces nouvelles versions du MCA ont été révisées par les directrices de l'étudiant-chercheur et de nouveaux changements apportés ont produit la version finale de celui-ci. Cette version du MCA de la compétence « agir avec humanisme » est présentée au chapitre 4.

Dans les paragraphes qui suivent, les critères de qualité ayant été employés dans cette étude doctorale sont décrits.

Critères de qualité

La qualité de cette étude est basée sur quatre critères interreliés, soit l'authenticité, la crédibilité, l'attitude critique (*criticality*) et l'intégrité, lesquels sont privilégiés par certains auteurs

pour les recherches phénoménologiques (Brousseau, 2006; Cara, 1997; Cara & Brousseau, 2010; O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2014; Sandelowski, 1993a; St-Germain, 2007; Whittemore, Chase, & Mandle, 2001).

Authenticité. L'authenticité (*authenticity*), aussi appelée confirmabilité (*confirmability*) par Sandelowski (1993a), concerne le degré auquel l'analyse et l'interprétation reflètent, de manière authentique, l'expérience racontée par les participants (Cara, 1997; O'Reilly & Cara, 2014; Whittemore et al., 2001). Bien que cette étude ait utilisé une approche méthodologique interprétative, le processus était quant à lui systématiquement itératif. En effet, plusieurs interprétations itératives dans les cinq phases d'analyse ont été nécessaires avant d'élaborer le MCA de la compétence « agir avec humanisme ». De plus, le processus d'interprétation a été révisé systématiquement par les directrices de l'étudiant-chercheur aux cinq phases d'analyse. À cet égard, il importe de réitérer que la codirectrice de l'étudiant-chercheur possède une expertise avec la phénoménologie.

Crédibilité. Les résultats s'avèrent crédibles lorsqu'ils reflètent fidèlement l'expérience des participants telle qu'ils la perçoivent (Cara, 1997; Cara & Brousseau, 2010; Sandelowski, 1986; Whittemore et al., 2001). Plus les personnes ayant vécu une expérience similaire la reconnaissent dans les résultats d'une recherche, plus ces derniers ont tendance à être crédibles. Dans cette étude doctorale, les résultats ont émergé d'un processus interprétatif qui était influencé par les présuppositions de l'étudiant-chercheur et celles de ses directrices. Bien que l'étudiant-chercheur ait réfléchi et noté ses présuppositions dans le journal réflexif, il est fort probable que ces dernières, ainsi que celles de ses directrices, aient influencé le processus d'interprétation et qu'ils représentent, selon Sandelowski (1986), une menace à la crédibilité. En revanche, certains résultats présentés lors de conférences ont été reconnus par des personnes qui étaient en contact avec des étudiantes et des infirmières, laissant présager de la crédibilité (Sandelowski, 1986). Dans ce même ordre d'idées, une des personnes ayant porté un regard externe sur le MCA développé a soutenu que ce dernier reflétait fidèlement ses propres expériences et ses observations d'infirmières.

Attitude critique. Ce critère implique que l'étudiant-chercheur maintienne une attitude critique tout au long de son processus d'interprétation (Cara, 1997; O'Reilly, 2007; Whittemore et al., 2001). À cet effet, le processus d'interprétation a été décrit dans le journal réflexif de l'étudiant-chercheur de manière systématique et régulière, et ce, dès la première entrevue jusqu'aux dernières versions du MCA. Ces réflexions itératives ont conduit l'étudiant-chercheur à explorer des

alternatives à ses interprétations et à porter attention aux divergences atypiques ou ambiguës qu'il percevait dans les expériences racontées. Dans ce même ordre d'idées, l'étudiant-chercheur a fait preuve d'ouverture lorsqu'il a discuté de ses interprétations avec ses directrices durant les cinq phases d'analyse. Dans l'ensemble, les réflexions consignées dans le journal réflexif et l'ouverture de l'étudiant-chercheur lors des discussions avec ses directrices ont concouru à appuyer le critère d'attitude critique (Whittemore et al., 2001).

Intégrité. Bien que ce critère reconnaisse qu'un chercheur puisse interpréter le phénomène étudié de manière singulière, il importe que celle-ci se préoccupe d'ancrer ses interprétations dans les données recueillies (Cara & Brousseau, 2010; Whittemore et al., 2001). Le processus interprétatif employé dans cette étude doctorale correspondait à de nombreuses itérations entre le particulier et la globalité des récits, ce qui pouvait rapprocher les données de l'interprétation. D'ailleurs, l'intégrité a été rehaussée par la documentation rigoureuse du processus d'interprétation ayant mené à l'élaboration du MCA (Whittemore et al., 2001). En effet, une trace détaillée des décisions qui ont été prises au regard du processus d'interprétation a été notée au journal réflexif de l'étudiant-chercheur.

Considérations éthiques

Le protocole de cette étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier dans lequel le recrutement des infirmières a eu lieu (voir Appendice K). Les deux amendements, lesquels concernaient l'ouverture du recrutement aux deux autres sites du centre hospitalier et l'ajout d'une compensation pour les participantes, ont également été approuvés par le même comité (voir Appendice K). Le comité d'éthique de l'université où les étudiantes étaient recrutées a reconnu l'approbation éthique du centre hospitalier (voir Appendice L). Par ailleurs, l'étudiant-chercheur s'était engagé à ne pas dispenser de cours dans cette université pendant le recrutement afin de ne pas influencer, par la relation de pouvoir à titre de formateur, le choix des étudiantes éligibles.

Pour assurer la confidentialité des participantes, les données ont été codifiées en leur attribuant un pseudonyme. Ainsi, aucun nom n'apparaît dans les transcriptions ou le journal réflexif. Seul l'étudiant-chercheur possède la liste de correspondance permettant d'identifier les participantes et elle est située dans son ordinateur dont l'accès est protégé par un mot de passe. Toutes les données recueillies dans cette étude doctorale demeureront gardées par l'étudiant-

chercheur sous clés pour une durée de sept ans, puis elles seront détruites tel que l'exige le comité éthique.

Deux formulaires d'information et de consentement (voir Appendice M) ont permis d'expliquer le but de l'étude, les implications demandées aux participantes, le temps nécessaire à l'entrevue, la compensation pour la participation à l'étude (cartes-cadeaux pour les étudiantes et tirage de deux cartes de crédits prépayées pour les infirmières) et l'absence de conséquence universitaire ou clinique dans le cas d'un refus de participation. L'étudiant-chercheur a remis ces formulaires aux participantes et leur a laissé tout le temps nécessaire afin de le lire et de le comprendre. De surcroît, il est demeuré disponible pour répondre à leurs questions.

L'étudiant-chercheur a mentionné à toutes les participantes qu'elles pouvaient se retirer de l'étude si elles ne désiraient plus y participer, sans préjudice, et que leurs professeurs ou leurs supérieurs ne pouvaient avoir la liste des participantes à l'étude (Creswell, 2014). Les formulaires ont été signés par toutes les participantes avant de commencer les entrevues afin d'assurer que leur consentement était libre et éclairé.

À de rares occasions, l'étudiant-chercheur a temporairement cessé l'enregistrement, de sa propre initiative, puisque les participantes étaient attristées par le souvenir des expériences qu'elles racontaient. Il a réitéré la possibilité d'arrêter l'entrevue sans préjudice, mais toutes ces participantes ont décidé de poursuivre. L'étudiant-chercheur s'est assuré de valider leur état en fin d'entrevue afin d'évaluer si elles ressentaient le besoin de parler à une personne qualifiée.

Chapitre 4 : résultats

Ce quatrième chapitre présente les résultats qui répondent au but de cette étude doctorale. Rappelons que le but était d'élaborer un modèle cognitif de l'apprentissage (MCA) de la compétence « agir avec humanisme », à partir de l'expérience vécue d'apprentissage d'étudiantes infirmières et de diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences (APC), et d'identifier les indicateurs de développement s'y rattachant. Ce chapitre comporte trois sections reliées entre elles dans lesquelles s'intègrent les deux derniers articles de la thèse. La première section présente l'article III qui comporte les réponses aux deux principales questions de cette étude doctorale. En d'autres termes, le MCA de la compétence « agir avec humanisme » en cinq niveaux de développement, les 28 apprentissages critiques identifiés et leur concrétisation en 56 indicateurs de développement sont exposés dans cet article. Une illustration y est présentée qui met en relation les particularités du développement de la compétence « agir avec humanisme » relevées dans l'étude. Dans l'ensemble, les résultats relatés dans cette première section montrent la trajectoire développementale de la compétence « agir avec humanisme » des participantes à cette étude doctorale, du début de la formation initiale jusqu'à l'atteinte de l'expertise professionnelle.

La deuxième section expose l'article IV, lequel correspond aux résultats phénoménologiques qui répondent aux deux sous-questions de l'étude, à savoir documenter les leviers et les contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme ». Ainsi, les résultats rapportés dans cette deuxième section explicitent l'influence du contexte dans lequel la compétence « agir avec humanisme » se développe.

Les résultats décrits dans la troisième section du chapitre sont intimement liés au but de l'étude, mais n'ont pas été présentés dans les deux articles. Ils émanent de l'analyse des données et concernent deux thèmes. Le premier met en lumière des dispositions naturelles à agir avec humanisme et un développement de la compétence « agir avec humanisme » avant les études en sciences infirmières. Le deuxième thème présenté porte sur un ensemble de recommandations mentionnées par les participantes afin de promouvoir davantage le développement de la compétence « agir avec humanisme » dans les institutions d'enseignement et les établissements de santé.

Section 1 : modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »

Introduction à l'article III

L'article III de la thèse a été accepté pour publication dans la revue *Scandinavian Journal of Caring Sciences* le 30 décembre 2019 (voir Appendice A). Cet article correspond à l'aboutissement de l'analyse des données et son écriture a donc eu lieu lors de la finalisation du MCA. L'article présente le MCA développé dans cette étude doctorale, lequel est décliné en cinq niveaux de développement : 1) conscientisation à l'humanisation des soins, 2) appropriation d'habiletés de communication investies dans une approche humaniste, 3) conciliation d'un idéal de pratique humaniste aux responsabilités de l'infirmière clinicienne, 4) intégration d'une approche humaniste dans l'ensemble des soins et 5) maîtrise d'une approche humaniste dans l'environnement de travail. De surcroît, l'article met en évidence des liens entre le développement de la compétence « agir avec humanisme » et d'autres compétences infirmières, à savoir « agir avec professionnalisme », « exercer un raisonnement clinique infirmier » et « exercer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière » (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015). L'article fait également état des liens étroits entre le développement de la compétence « agir avec humanisme », l'idéal de pratique humaniste, le sens et la satisfaction au travail ainsi que l'identité professionnelle. Une figure propose une conceptualisation métaphorique des différents éléments du MCA. Une version du MCA de la compétence « agir avec humanisme » en français, incluant ladite figure, est présentée à l'Appendice O.

Apport de l'étudiant-chercheur à l'article III

L'étudiant-chercheur a écrit toutes les versions de l'article alors que ses directrices ont régulièrement commenté chacune des versions, à partir des résultats de son étude doctorale.

Article III : Humanistic caring, a nursing competency: Modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses

Abstract. Background: Most nursing regulatory bodies expect nurses to learn to be humanistic and caring. However, the learning process and the developmental stages of this competency remain poorly documented in the nursing literature. Methods: The study used interpretive phenomenology and 26 participants (students and nurses) were individually interviewed. Benner's (1994) method was adapted and concretized into a five-phase

phenomenological analysis to assist with intergroup comparisons. Results: Critical milestones and developmental indicators were identified for each of the five stages of the “humanistic caring” competency. Satisfaction and meaning at work seemed closely connected to the development of “humanistic caring”. Links emerged between the development of “humanistic caring” and three other competencies. Conclusions: Nurse educators might insist on the fact that “humanistic caring” goes beyond nurse-patient communication and that it is integrated in nursing care. The findings highlight that nurses’ working conditions should be improved in order to uphold humanistic caring after graduation.

Keywords. Humanism; caring; competency; development; phenomenology.

Introduction and background. In the nursing literature, humanistic caring has been extensively studied under a myriad of perspectives, for instance theoretically (Létourneau, Cara, & Goudreau, 2017; Watson, 2012) and about experiences that support or hinder its development (Chen, Chan, et al., 2017; Christiansen et al., 2015; Curtis et al., 2017; Enns & Sawatzky, 2016; Hunter et al., 2018b, 2018c; Logan, 2017; Wiechula et al., 2016). On the theoretical level, several North American theorists renewed humanistic underpinnings in the context of caring (Létourneau et al., 2017). One of humanism’s tenets that remained in these caring theories is the belief in human growth (Létourneau et al., 2017). Thus, caring is conceptualized as an approach, grounded in humanism, that shapes nursing care (Cara et al., 2016). As an approach, humanistic caring can be observed in subtle behaviours and it is a way of being in relationships (Cara et al., 2016). However, humanistic caring has rarely been conceptualized as a competency that develops in successive stages.

In 2001, the National Research Council (NRC) gave priority to “the development of cognitive models of learning” and urged the scientific community to increase “research on how students learn in actual educational settings” (p. 299). The NRC asserted that such models, grounded in research results, would enhance the validity and fairness of students’ assessment. It is presumed that these models play a pivotal role in competency-based education as they support educators in bringing their curriculum’s learning targets closer to the actual developmental stage of their learners (Boyer, 2013; Tardif, 2006).

Competency development and cognitive learning model. Tardif (2006, p. 22) postulated that a competency is a “complex know-act based on the effective mobilization and combination of knowledge, skills, attitudes, and external resources [that are] adequately applied in a specific family

of situations.” [free translation] He also defined a cognitive learning model (CLM) as a representation of a competency’s critical milestones (also known as key learnings) that learners need to achieve in order to move on from one developmental stage to another. A critical milestone is qualitative in nature, mutually exclusive at each developmental stage, and corresponds to a cognitive transformation or reorganization that may generate new practices in learners (Tardif, 2006). Critical milestones may be materialized into one or several developmental indicators, which represent concrete changes in learners’ practice (Tardif, 2006). Tardif (2006) specified that a developmental indicator is unique at each developmental stage in order to avoid ambiguity in the evaluation process of competencies, and that it may determine one or more critical milestones.

To the knowledge of the authors, humanistic caring has not been investigated through the lens of a competency that develops during nursing education and clinical practice. Three studies (Haag-Heitman, 1999; Norman et al., 2008; Paragas, 2019) aimed to identify developmental stages of caring for nurses. In these studies, the development of caring was divided into five (Haag-Heitman, 1999; Paragas, 2019) or three (Norman et al., 2008) stages. In Paragas’ study (2019), caring evolved from being outcome-oriented (first stage) to an achievement of a transcendent level of self-fulfilment (fifth stage). An atypical progression of caring was found out in another study (Norman et al., 2008) in which intermediate nurses (second stage) expressed a lower amount of *caritas* processes in their narratives as compared to novice nurses (first stage). The last study (Haag-Heitman, 1999) revealed the changing perspective of caring along the continuum: from responding to comfort needs (first stage) to demonstrating a deep understanding of the meaning of health and illness for patients (fifth stage). Although these three studies explored the development of caring, they only documented it after graduation and proved to lack explicitness about the critical milestones to be achieved from one stage to another.

Given these findings, a phenomenological study was conducted to develop a CLM of the “humanistic caring” competency from the lived experiences of nursing students and graduates of a competency-based program, and to identify related developmental indicators. The CLM is presented in this paper, but other phenomenological results of this study are reported elsewhere (Létourneau, Goudreau, & Cara, 2019).

Method. Benner’s (1994) interpretive phenomenology was used to assist in interpreting the meanings of “developing humanistic caring” as lived experiences, from the perspectives of nursing students and graduates of a competency-based program.

Ethical Considerations. The study was approved by the ethical review board of the hospital where the recruitment of nurses took place (certificate No. FUM-8038). The university’s ethical review board recognized this certificate. Before their involvement in the study, nursing students and nurses provided written consent.

Setting. A French-Canadian university was the setting where nursing students were recruited. This 3-year undergraduate nursing education program leads to registration as a nurse. This program has been grounded in a competency-based approach (CBA) since 2004 (Goudreau & Boyer, 2017) and was oriented by a framework comprising eight competencies to develop, one of them being “humanistic caring” (Faculté des sciences infirmières de l’Université de Montréal, 2015). An affiliated French-speaking university hospital was the setting where graduates from the same university were recruited.

Recruitment of Participants. This study used convenience and snowball sampling methods to recruit participants (Gray et al., 2017). In terms of inclusion criteria (there were no exclusion criteria), all participants ($n = 26$) had to speak and understand French and be interested in sharing their experiences pertaining to learning the “humanistic caring” competency. Also, all participants had to be a student or graduate from the same CBA program comprising a “humanistic caring” competency. As shown in Table 1, students were recruited in three groups depending on their progression in the education program, and nurses in three other groups according to their clinical experience. Accomplished nurses self-reported that they received eulogies from patients or their colleagues about being exemplary humanistic and caring individuals (Graber & Mitcham, 2004).

Table 1

Sociodemographic characteristics of participants (n = 26)

Characteristics	Students ($n = 18$)	Nurses ($n = 8$)
Progression in program		
First year of education program completed (or in the process of)	3	-
Second year of education program completed (or in the process of)	9	-
Reached the end of the third year	6	-

Clinical Experience

6-18 months (newly graduated nurse)	-	1
2-4 years (experienced nurses)	-	3
5+ years (accomplished nurses)	-	4

Gender

Identified as female	17	7
Identified as male	1	1

Age

Mean age (years)	24	30
20-29 years old	16	2
30-39 years old	2	6

Data Collection. From September 2015 to February 2017, the PI collected data through a semi-structured individual interview with each participant ($n = 26$), supported by an interviewing guide (Munhall, 2012). Participants were asked questions such as: “What is the meaning of caring for a person with humanism?”; and “Tell me of an experience where you believe you have been humanistic with a person, a family, or a community”. Interviews lasted between 40 and 119 minutes (average: 63 minutes). They were recorded, transcribed by an experienced typist and reread by the PI to ensure accuracy. Data collection and analysis were conducted concurrently.

Data Analysis. The verbatim were imported into ATLAS.ti 8, a software supporting qualitative data analysis. In Table 2, Benner’s (1994) phenomenological method, adapted for data analysis to reach intergroup comparisons, was conceptualized in five iterative phases (Crist & Tanner, 2003). As data analysis started, the PI thought about and wrote down his pre-understanding (i.e. preconceptions and assumptions) regarding the studied phenomena. Among the 15 reflective statements that were written down, the PI posited that humanistic caring was relational in nature, that it could develop before and after graduation, and that it would most likely not be described in terms of reciprocity, mutuality, and belief in the growth potential of patients. Many aspects of this pre-understanding were reinforced while analysing the data, but others were challenged and evolved as well. For instance, the assumption that the conception of humanistic caring would be devoid of reciprocal relationships changed as it was rather salient for few participants. Other than these pre-understanding entries, the PI wrote down reflective notes after each interview; after rereading and analysing each transcribed verbatim; before analysing each group of participants.

Table 2

Concretization of Benner's phenomenological data analysis in five phases

Phases	Concrete data analysis
Phases 1 and 2: Lines of inquiry, central concerns, and exemplars	<ul style="list-style-type: none"> • Individual analysis • Naming meaning units in ATLAS.ti • Understanding participants' central concerns embedded in their experiences • Summarization of central concerns in a document in which exemplars are added (exemplars are salient verbatim representing a similar or divergent dimension about participants' experience) • Creation of individual interpretive summaries
Phase 3: Shared meanings	<ul style="list-style-type: none"> • Interparticipant analysis • Uncovering shared meanings one group at a time • Refinement of shared meanings in interpretative group summaries
Phase 4: Final interpretations	<ul style="list-style-type: none"> • Intergroup analysis • Comparison of the six interpretive group summaries • Delimitation of the "humanistic caring" competency's developmental stages • Identification of critical milestones • Creation of a preliminary version of a cognitive learning model (CLM) of the competency
Phase 5: Dissemination of the interpretation	<ul style="list-style-type: none"> • Refinement of the CLM through numerous iterations • Removal, modification, and combination of critical milestones • Concretization of critical milestones into developmental indicators

- Feedback obtained from three independent experts regarding the 13th version of the CLM (i.e. competency's progression, clarity and precision of both critical milestones and developmental indicators)
- Adjustment of the CLM according to experts' feedback

Study's Rigor. The study's rigor was based on four criteria: authenticity, credibility, criticality, and integrity (Whittemore et al., 2001). To ensure *authenticity* (Whittemore et al., 2001), several interpretative iterations were performed through the five stages of data analysis as well as following Benner's method (1994). In addition, the interpretation process was systematically reviewed by two researchers (JG and CC) in the five stages of analysis. It is worth mentioning that one of them (CC) was an experimented phenomenologist, having conducted several phenomenological studies. Although the PI has reflected and noted his pre-understanding in the reflective journal, it is very likely that this, as well as the other two researchers' pre-understanding, influenced the process of interpretation and that they represent, according to Sandelowski (1986), a threat to *credibility*. However, several findings of this study presented at conferences have been recognized by people who were in contact with students and nurses, suggesting credibility (Sandelowski, 1986). The reflections written down in the reflective journal and the openness of the PI during discussions with the two researchers supported *criticality* (Whittemore et al., 2001). For instance, these iterative reflections led the PI to explore alternatives to his interpretations and to pay attention to atypical or ambiguous divergences that he perceived in participants' experiences. As for *integrity* (Whittemore et al., 2001), the interpretative process used in this study corresponded to numerous iterations between the parts and the whole of the narratives, which could bring the interpretation closer to the data collected. Integrity was further enhanced by the rigorous recording of the decisions that were made about the interpretation process in the PI's reflective journal (Whittemore et al., 2001).

Findings. The findings are presented in accordance to the five identified developmental stages of the "humanistic caring" competency. Each stage comprises a table (Table 3 to 7) that presents its critical milestones and developmental indicators that are grouped together to highlight logical links between the two. At the end, a metaphoric representation of the CLM (Figure 1) is

exposed. In the following paragraphs, the capitalization of the *Person* means that it can represent individuals, family members and relatives, the community or the population (Cara et al., 2016).

Stage 1: Conscientization to Humanization of Care¹⁵

Table 3

Critical milestones and developmental indicators of stage 1

Critical milestones	Developmental indicators
Conceptualization of the Person as a human being	Cares for the Person as a human being Is concerned to respect the Person's human
Realization of potential benefits of humanization of care for both the Person and the nurse	dignity Considers, in the organization of care and procedures, the Person's existence and preferences Chooses interventions by putting self in the Person's shoes Identifies benefits for both the Person and self resulting from humanization of care Notices dehumanization of care in clinical practice Questions the links between work overload and dehumanization of care
Sufficient mastery of active listening	Actively listens to what is verbally shared
Understanding of the nursing code of ethics regarding the relationship with the Person	by the Person Inquires about the state of the Person Seizes opportunities to develop a relationship with a Person by

¹⁵ Les titres des cinq niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » correspondent à ce qui est le plus saillant dans les récits des participantes.

Understanding of the influence of factors on the development of a relationship with the Person	demonstrating authenticity and respecting the nursing code of ethics Is attentive to his/her own and the Person's verbal and nonverbal communication
--	---

The first developmental stage of the “humanistic caring” competency takes place during the first year of the education program and is mainly characterized by a conscientization to humanization of care. There are five critical milestones that are concretized into 11 developmental indicators. The foremost critical milestone at the basis of the competency’s development corresponds to the conceptualization of the Person as a human being. It appears that humanization of care may not take place without conceptualizing patients as human beings rather than “things” or “objects”. Furthermore, it is during the first year of the education program that students are initially exposed to learning nursing care procedures. In this study, most first-year students appeared focused on and concerned about learning these procedures. One of the developmental indicators of this stage is to consider the existence of the individual when conducting a procedure, rather than being focused solely on its technical aspect. Yet, it appeared to be a challenge for first-year students as highlighted in the following excerpt:

[...] When you just have your procedure in mind, you can't be humanistic at the same time. It's really hard to insert a Foley catheter and then be like ‘it's going to hurt,’ you just think about ‘how you can't spill [urine] in the bed.’” (Justine, a first-year student)

A second critical milestone, which stems from students’ observations and practice in clinical placements, is the realization of the potential benefits of humanization of care for the Person and the nurse. A third critical milestone is the sufficient mastery of active listening that the students experience in their clinical placements in order to establish a relationship with the Person. This milestone is concretized when first-year students seize the opportunities to develop said relationship with the Person. Few other indicators embody this milestone, for instance when students actively listen to what is verbally shared by the Person. A fourth critical milestone, which is closely linked to the previous one, is an understanding of the influence of factors on the development of the relationship with the Person. Again, first-year students attempt to pay attention to their verbal and nonverbal communication, avoiding undermining the relationship they are trying to develop with the Person.

Stage 2: Assimilation of Communication Skills Integrated in a Humanistic Approach

Table 4

Critical milestones and developmental indicators of stage 2

Critical milestones	Developmental indicators
Reconciliation of the importance given to the learning of communication skills with that of procedures and assessment of biophysical health	Takes time to communicate with the Person by asking open and systemic questions
Understanding of the main impacts of a health experience for the Person and his/her family	Manifests sensibility and empathy toward the health experience lived by the Person and his/her family
Openness to understand the impacts of dehumanization of care for the Person	Explains impacts of dehumanization of care for the Person
Foundation of professional identity and ideal of practice on humanization of care	Describes the ideal nursing practice in relation to the one he/she manages to put into action
Realization of the virtuous circle between humanization of care and its potential benefits	Identifies issues surrounding humanization of care for his/her future practice as well as the circumstances that contribute to his/her satisfaction and meaning at work
Theoretical understanding of humanism and caring	Explains humanism and caring on the theoretical level
Realization that a humanistic approach must be integrated into nursing care	Gets to know the Person beyond his/her health problem
Reconceptualization of the relationship between the nurse and the Person regarding relational proximity	Takes the time to explain his/her interventions to the Person
	Demonstrates flexibility in the organization of care in order to move closer to a partnership with the Person
	Recognizes the existence of the Person's family
	Distinguishes a relational proximity from a breach to the nursing code of ethics regarding the relationship with the Person

The second developmental stage of the “humanistic caring” competency takes place during the second year of the education program and is characterized by primacy given to assimilating communication skills integrated in a humanistic approach. There are eight critical milestones that are concretized into 11 developmental indicators. It is common for second-year students to subordinate communication to other types of care, including care procedures and biophysical health

assessment. This subordination seemed to arise from the students' understanding of which nursing care was considered "important" in their clinical placements, and this could be validated or not by their nurse preceptors. The excerpt of this second-year student underscores this subordination:

"I was providing care and when I had about fifteen minutes [available], I talked to my patient. I wasn't taking the time at the beginning of my shift to be 'super caring' [...] But it is true that there are clinical placements, depending on your nurse preceptor and the environment, which do not allow you to [talk] as much as you want." (Dencia, a second-year student)

Therefore, a critical milestone that ensures the development of the competency is the reconciliation of the importance given to the learning of communication skills with that of procedures and assessment of biophysical health. Second-year students practice several communication skills, including reflecting, closed and systemic questions, in addition to active listening. Despite this emphasis on communication skills, a second critical milestone of this developmental stage is the realization that a humanistic approach must be integrated into nursing care without being limited to communicating with the Person. Different developmental indicators materialize this critical milestone, especially when second-year students take time to explain their interventions and get to know the individual beyond his/her health problem.

A third critical milestone corresponds to a theoretical understanding of humanism and caring. However, second-year students are unable to bridge this theoretical understanding to their clinical practice. In this study, second-year students could explain humanism and caring quite extensively on the theoretical level, but when speaking about their practice, the scope to which it was applied remained rather narrow. In addition, students develop a relationship that brings them closer to the Person, but they remain concerned about respecting the nursing code of ethics regarding nurse-patient relationships. In order to ensure the development of the competency, a fourth critical milestone corresponds to a reconceptualization of the relationship between the nurse and the Person regarding relational proximity.

Moreover, three other critical milestones to be accomplished involve humanization and dehumanization of care. The first one is an openness to the understanding of the impacts of dehumanization of care for the Person (especially the individual). The second milestone is a foundation of professional identity and ideal of practice on humanization of care. This is materialized when second-year students describe the ideal nursing practice in comparison to the one that they manage to implement. In the present study, second-year students started constructing

the image of who they aspired to become as professionals, based on their observations of nurses in their clinical placements. In the third critical milestone, from the realization of the virtuous circle between humanization of care and its potential benefits, second-year students realize that these benefits and the gratitude expressed by the Person both constitute positive reinforcements that encourage them to continue their competency development.

Stage 3: Reconciliation of an Ideal of Humanistic Practice with the Responsibilities of a Nurse

Table 5

Critical milestones and developmental indicators of stage 3

Critical milestones	Developmental indicators
Integration of the reality of clinical practice into an ideal of humanistic practice	Explains his/her professional role from an ideal of humanistic practice Identifies opportunities for humanization of care with a full workload of a nurse
Integration of the relational dimension of nursing into the conception of humanism and caring	Highlights the Person's growth potential Manages to establish a relationship with the Person
Understanding of the potential benefits of the nurse's authentic presence for the Person and his/her family	Considers exploring the meaning given by the Person to his/her health experience while choosing interventions Reassures the Person and his/her family when they manifest this priority Attempts to respond to the Person's choices and wishes when they are verbalized

The third developmental stage of the "humanistic caring" competency extends from the third year of the education program to the first 18 months after graduation. There are three critical milestones that are concretized into seven developmental indicators. This third stage is characterized by a reconciliation of an ideal of humanistic practice with the responsibilities of a nurse. In this context, there appears to be a slowdown in the competency's development during the student-to-nurse transition, particularly because of a duality between the third-year students' ideal of humanistic practice and what the newly graduated nurse manages to put into action. In this study, this slowdown is observed in the newly graduated nurse by a reduction in developmental indicators that were more present in third-year participants. In connection with the duality discussed above,

several third-year students voiced their concerns related to the maintenance of their ideal of humanistic practice after their graduation. The following newly graduated nurse points out the subordination of humanization of care and she expresses her dismay facing a duality with her desires to provide such care:

“It's true that when you have time and you're done with your care, well, this is when we [nurses] will go talk to the family, I think it's secondary [...] But it's true, you have to be done with your care [...] But it's not because we don't want to, we don't have time, honestly, it's unfortunate, I'd like to have more time to talk with the family but, yes, it's often secondary.” (Emeley, a newly graduated nurse)

Thus, a first critical milestone of this developmental stage is the integration of the reality of clinical practice into an ideal of humanistic practice, otherwise newly graduated nurses may experience a serious disenchantment resulting from the impossibility of practicing according to said ideal. In this regard, it is imperative that newly graduated nurses realize, on a practical level, that the adoption of a humanistic approach does not necessarily depend on the temporal factor. For instance, that the quality of their presence, even if it is brief, can humanize care. In other words, the understanding of the potential benefits of the nurse's authentic presence for the Person and his/her family is a second critical milestone. These two milestones are concretized when students explain their professional role from an ideal of humanistic practice and identify opportunities for humanization of care with a full nurses' workload. However, to grasp these opportunities, the conception of humanism and caring of students and nurses must integrate the relational dimension of nursing (third critical milestone). Indeed, students' and nurses' conception of humanization of care must expand beyond communication skills.

Stage 4: Integration of a Humanistic Approach in Nursing Care

Table 6

Critical milestones and developmental indicators of stage 4

Critical milestones	Developmental indicators
Conceptualization of humanization of care as the nurse's professional duty	Recognizes the humanization of care of his/her peers Opens a dialogue with his/her peers about dehumanizing practices Tap into the meaning and satisfaction at work in order to humanize care

<p>Prioritization of the “little details” that humanize care</p> <p>Integration of the transitory feature of moments of reciprocity in the conception of the relationship with the Person</p>	<p>Seeks to achieve the “little details” that make a difference in the Person’s health experience</p> <p>Offers availability to the Person by an authentic presence despite work overload</p> <p>Promotes the establishment of the relationship with the Person by adjusting his/her humanistic approach, by modulating his/her attitude, and by dealing with environmental barriers</p> <p>Demonstrates compassion through the appropriate use of therapeutic touch with the Person</p>
<p>Integration of humanization of care in the process of clinical reasoning in nursing</p> <p>Understanding of the contribution of humanization of care to the Person’s safety</p>	<p>Prioritizes and interprets the collected data in light of the Person’s concerns and priorities</p> <p>Designs the care according to the Person’s concerns and priorities</p> <p>Ensures the Person’s safety by sustaining a relationship with him/her</p>

The fourth developmental stage of the “humanistic caring” competency, between two and four years after graduation, is mainly characterized by the integration of a humanistic approach in nursing care. There are five critical milestones that are concretized into ten developmental indicators. At this stage, experienced nurses reconnect with their ideal of humanistic practice to the extent of conceptualizing humanization of care as the nurse’s professional duty, which corresponds to a first critical milestone. Indeed, the importance that experienced nurses place on humanization of care grows to the point of initiating an expression of clinical nursing leadership to their peers so that they humanize care in return. This is operationalized into two developmental indicators, including recognizing the humanization of care of the nurse’s peers and opening a dialogue with them about dehumanizing practices.

Faced with work overload, the experienced nurse learns to tap into the meaning and satisfaction at work, which emerges from the gratitude expressed by the Person, in order to persevere and humanize care. This developmental indicator is highlighted in the following excerpt:

“The ‘thank you’s’ are what matters to me, because sometime in a chaotic day, to receive ‘one’ smile, to see ‘one’ patient ambulating, ‘one’ patient who says ‘thank you’, it makes you feel good. You know, you’re tired, you’re depleted at the end of the day, but you come back the next day, and not reluctantly.” (Kim, an experienced nurse)

In addition, experienced nurses realize that they humanize care by focusing on the “little details” that have a valuable meaning for the Person and that make a difference in his/her health experience, and this corresponds to a second critical milestone. Also, nurses promote the establishment of a relationship with the Person by adjusting their attitudes, particularly in terms of nonverbal communication, which displays that they are available and that they can “be with” said Person, even when time seems limited. The nurses’ conception of the relationship with the Person integrates the transient feature of moments they share together (i.e. reciprocity), which corresponds to the third critical milestone underlying the two above-stated developmental indicators.

At this stage, a fourth critical milestone is related to nurses’ demonstration of clinical reasoning in nursing, particularly as they take more the Person's concerns and priorities into account, which also modifies the resulting interventions. A fifth critical milestone is an understanding of the contribution of humanization of care to the Person’s safety. In this regard, experienced nurses realize that the Person is more likely to open up and share data that could help them ensure his/her safety.

Stage 5: Mastery of a Humanistic Approach in the Work Environment

Table 7

Critical milestones and developmental indicators of stage 5

Critical milestones	Developmental indicators
Transformation of an ideal of humanistic practice into an imperative Deployment of clinical nursing leadership to promote humanization of care in the work environment	Maintains his/her humanistic approach by coping with the various barriers that are opposed to it Embodies a humanistic approach in his/her relationships with his/her peers in order to inspire them to humanize care Seeks help from various actors in the workplace and is creative in choosing interventions to address the Person’s concerns and priorities
Creation of cognitive shortcuts between the vast and orderly repertoire of prototypical clinical situations and interventions to humanize care Mastery of the mobilization of affective resources such as receptivity, sensibility, empathy, and attitudes	Intervenes proactively by anticipating and validating the concerns and priorities of the Person living a prototypical clinical situation Perceives and interprets, with accuracy and ease, the furtive signs in the Person’s verbal and nonverbal communication

	<p>Modulates his/her attitude and interventions, spontaneously in the present moment, according to the concerns, priorities, and his/her interpretation of the Person's furtive signs</p> <p>Establishes easily a relationship with the Person and his/her family by getting to know them in a friendly way rather than mechanically</p> <p>Accompanies each member of the same family simultaneously according to their respective concerns and priorities</p>
Achievement of a maturity in relation to the existence and death of the human being	<p>Finds the appropriate words to reply to delicate matters verbalized by the Person and his/her family</p> <p>Manifests ease in exploring the Person's wishes in an end-of-life situation</p> <p>Is an advocate of the Person's wishes even if his/her own values are disturbed</p> <p>Accompanies the Person in finding meaning to his/her health experience</p> <p>Seizes and engages in moments of reciprocity with the Person</p>
Conceptualization of the exploration of the Person's concerns and priorities as a time-saving strategy	<p>Prioritizes his/her assistance to the Person whose concerns and priorities are most urgent</p> <p>Begins the care by exploring the Person's concerns and priorities</p>
Realization of the necessary equilibrium between caring for oneself and others in order to prevent burnout	<p>Pays attention to his/her feelings</p> <p>Reserves moments outside of his/her professional life to practice activities that contribute to his/her well-being</p>

The fifth and last developmental stage of the "humanistic caring" competency appears about five years after graduation and is mainly characterized by the mastery of a humanistic approach in the work environment. Seven critical milestones are concretized into 17 developmental indicators. It is during this stage that there is a transformation of accomplished nurses' ideal of humanistic practice into an imperative, which corresponds to a first critical milestone. This transformation is manifested in the form of accomplished nurses' "obligation" to maintain their

humanistic approach by coping with the various barriers that are opposed to it, specifically the work overload that they still recognize its existence in the clinical settings.

Aiming at promoting humanization of care in their work environment, accomplished nurses further deploy their clinical nursing leadership, a second critical milestone. This deployment is manifested when accomplished nurses embody a humanistic approach in their relationships with their peers in order to inspire them to humanize care. A third critical milestone is the creation of cognitive shortcuts between the vast and orderly repertoire of prototypical clinical situations and interventions to humanize care. When clinical expertise is reached, the matrix of clinical situations encountered by nurses over the course of their career is henceforth structured in a complex, yet organized, repertoire. Concretely, this allows accomplished nurses to intervene proactively by anticipating and validating the Person's concerns and priorities, acting ahead of them in order to ensure comfort and well-being.

A fourth critical milestone is the achievement of a maturity in relation to the existence and death of human beings. This milestone is reflected in the accomplished nurse's ability to find the appropriate words to reply to delicate matters verbalized by the Person and his/her family. The following excerpt, which is also an exemplar, reveals this developmental indicator:

“So, we [patient’s mother and the nurse] went out [of the room] and she said: ‘Mihaela, I can’t, I can’t tell him [dying son] that he can leave.’ And then for me it was like ‘she really needs to talk’, and I asked her: ‘Do you think that’s what he [the son] needs to hear?’ And she said: ‘Yes, because he told me, when he was well, that I was going to feel too saddened if he left, but I want to remove that burden from him, and let him know that it’s okay.’ But the mother said: ‘I’m not ready, I’m not capable.’ I just replied: ‘Why don’t you just tell him that?’ And she asked: ‘Do you think it’s okay to do that?’, and I answered, ‘Why wouldn’t it be?’ [...] And that is what she did in the end.” (Mihaela, an accomplished nurse)

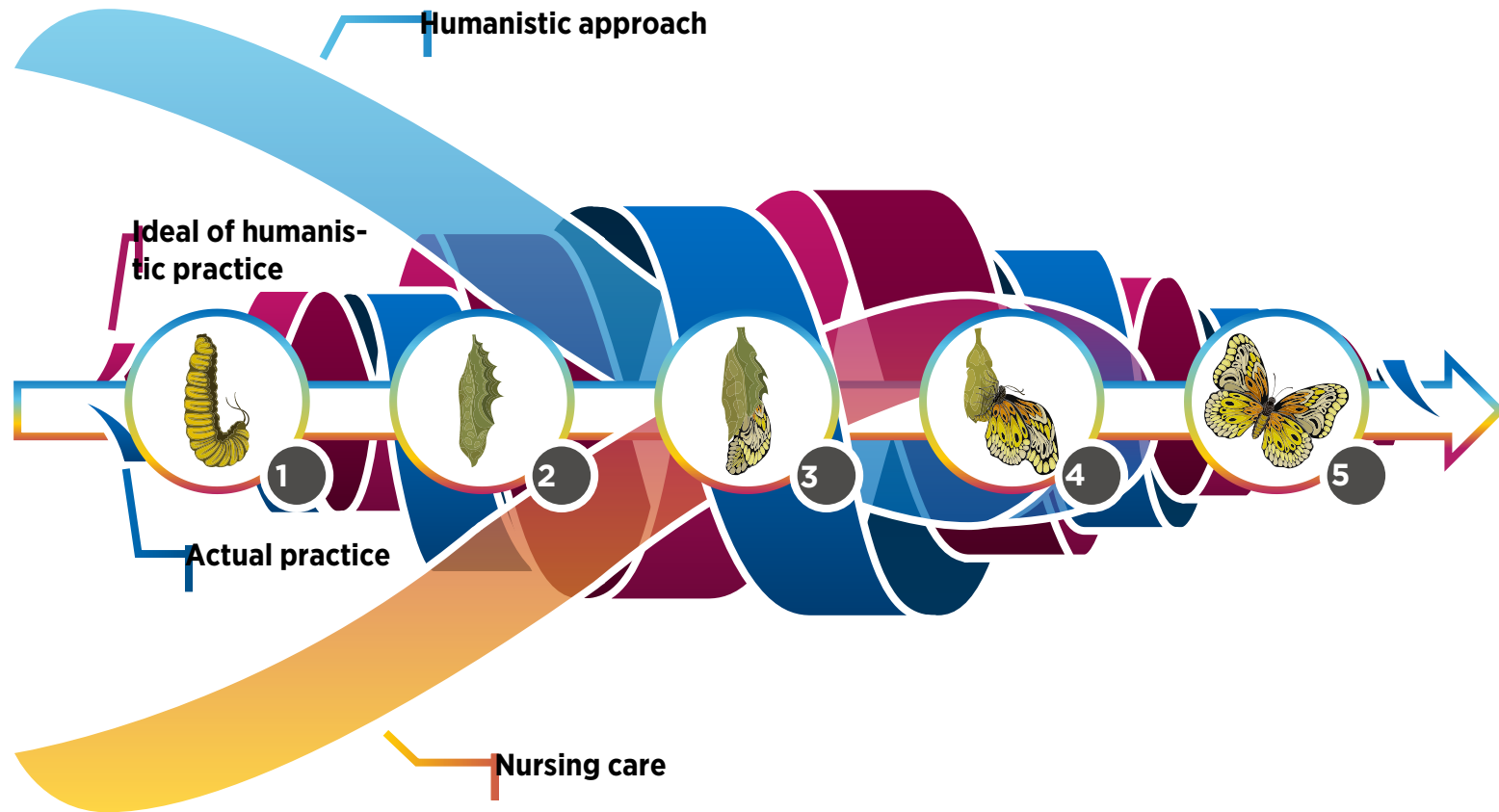


Figure 1. Illustration of a cognitive learning model of the “humanistic caring” competency.

Discussion. In Figure 1, the metamorphosis of a caterpillar into a butterfly symbolizes the cognitive transformations (critical milestones) that ensured the development of the “humanistic caring” competency in five stages. This developmental trajectory is illustrated by an arrow that wraps itself around the loop and the two twisted ribbons. This highlights the close ties that remained between the competency’s development and the ideal of humanistic practice, as well as its integration into nursing care, which will be further explained in the following paragraphs.

Overall, communication skills played a significant role in the development of the competency mostly because of their link with the students’ conception of humanistic caring. In Figure 1, the two ends of the lace forming a loop indicate the humanistic approach and nursing care. Initially, these two extremities are distant from each other in order to illustrate the gap noted in this study in relation to the conception of the “humanistic caring” competency with nursing care. This conception echoes with the results of an exploratory-descriptive study (Hunter, McCallum, & Howes, 2018a) in which Scottish nursing students perceived a clear relationship between compassionate care and communication with patients. In the present study, students learned humanism and caring theoretically at the second stage and started transferring this theoretical understanding into practice at the third stage. Rather than being conceptualized as isolated from other nursing activities and focused primarily on communication, the approach that results from the “humanistic caring” competency was integrated into nursing care at the fourth stage (the two ends of the lace in Figure 1 progressively moving closer until forming a loop).

In addition, the entire developmental trajectory was interspersed with critical milestones and developmental indicators related to several realizations, for instance the potential benefits of humanization of care for the Person and for the nurse (stage 1), the meaning and satisfaction at work, and the gratitude that is expressed to him/her. These findings contrast with the nursing literature where the sense of fulfillment at work was connected to the caring competency only in the last developmental stage, this fulfillment being described as the “ultimate achievement of the nurse” by Paragas (2019, p. 7). Even if second-year students (stage 2) could understand the virtuous cycle between humanization of care and its potential benefits, it is only the experienced nurses (stage 4) that could operationalize this cycle by tapping into meaning and satisfaction to humanize care. This finding is akin to the results of a grounded theory study (Khademi et al., 2017) in which Iranian nurses’ energy to humanize care was renewed as the consequence of receiving the reward of such care (i.e. appreciation and recognition).

During the competency's development, the ideal of humanistic practice that awakened mainly at the second stage evolved and distanced itself from the reality of clinical practice of the newly graduated nurse at the third stage. In Figure 1, this is illustrated by the two twirling ribbons, one being the ideal of humanistic practice and the second the actual practice, gradually moving away from each other to reach their paroxysm at the third developmental stage. Even third-year students had fears of losing touch with their ideal of humanistic practice after graduation, a finding that corroborates the results of an interpretive study conducted with British students (Pearcey & Draper, 2008). In the present study, the distancing emerged from a tension between newly graduated nurse's desire to embrace humanistic caring with what they managed to practice. The newly graduated nurse seemed to struggle with a full nurse's workload, and this ordeal led him/her to subordinate humanistic caring because he/she perceived it as time-consuming. In this respect, the subordination of humanistic caring that was observed in this study at the second and third stages was also revealed by British nurses in a grounded theory study (Pearcey, 2010). Indeed, these participants described caring as the "extra mile" that they no longer had time for, a perception that resonates with the findings of the present study. The duality that was observed at the third stage resolved at the fourth (the two ribbons of Figure 1 meeting together), and it is at the fifth that an ideal of humanistic practice was transformed into an imperative.

Other features of the development include relations between humanistic caring and the "act in a professional manner" competency at the first two stages. Indeed, the "humanistic caring" competency's development appeared intertwined with the understanding of the nursing code of ethics regarding the nurse-patient relationship. More specifically, several first-year students feared to cross the "professional boundaries" as a result of being "too close" to their patients. Australian nursing students shared the same concern in a grounded theory study (Curtis, 2014) in which they were uncertain about professional boundaries and the degree of emotional involvement with patients required for a compassionate practice.

At the fourth stage, relations arose between humanistic caring and the "clinical reasoning in nursing" competency with respect to the Person's concerns and priorities, as well as his/her safety. In their collaborative research, Boyer et al. (2015) pointed out that the third and last developmental stage of students' nursing clinical judgment involved fostering a collaborative nurse-patient relationship. The same authors argued that this relationship resulted in actively soliciting the patients' views, which reciprocally modified the students' clinical judgment. This

evolution was outlined in the findings of the current study, suggesting that patients' concerns and priorities became more important in the clinical reasoning of experienced nurses. The results also emphasized that developing relationships with patients through humanization of care was indirectly aimed at ensuring their safety.

Other relations are also present at the fourth stage with the "clinical reasoning leadership" competency, but the last is really deployed at the fifth stage with the accomplished nurses' embodiment of a humanistic approach with their peers. In parallel with this finding, the CLM of clinical leadership that Pepin et al. (2011) developed in their phenomenologically inspired study outlined that active leadership with the nurse's team emerged mainly in expert nurses (stage 4). One of the distinctive features of clinical leadership in the present study was that accomplished nurses mobilized their colleagues through their humanistic approach, and this was specifically intended to humanize care.

In terms of practice implications, the CLM of the "humanistic caring" competency highlights the importance of harmonizing the entry into practice after training. Humanizing care in current healthcare settings seems to be a challenge for most nurses, but this challenge appears even more difficult for new graduates. Having to assimilate the role and responsibilities of a nurse, fairly quickly, leaves little room for integrating humanization of care into their practice. As mentioned earlier, the development of the "humanistic caring" competency can be easily compromised by its devaluation coming from nurses who accompany new graduates, whose ideal of humanistic practice remains vulnerable at this stage. It is also important that the feedback offered to new graduates by these nurses avoid focusing only on the biophysical and procedural dimensions of nursing. Otherwise, newly graduated nurses may mistakenly assume that humanization of care is not concretized in clinical practice, that it is not encouraged, or that it is of no value in the workplace. In our view, providing such feedback does not require more time, but requires nurses to be more attentive to this dimension of nursing care when accompanying new graduates.

Study Limitations. A first limitation stems from the cross-sectional design that was chosen to understand the development of the "humanistic caring" competency. Because of time constraints in a doctoral program, it was not possible to conduct a longitudinal study and interview the same participants over the years of their academic and clinical training, which would have been most likely ideal to capture their progression in terms of humanistic caring. However, it is possible that

a longitudinal design would have jeopardized the recruitment of participants because of their increased involvement in the study.

A second limitation emerges from the moderately instrumental use of phenomenology in this study. As opposed to a “pure” phenomenological design, this work primarily aimed at understanding the lived experiences in its broader meaning and focused less on the description of how these experiences gave themselves to the consciousness of the participants (van Manen, 2017). This could be seen as a methodological limitation because it attributes a secondary nature to the experience, losing the original sense of phenomenology (van Manen, 2017). In order to attenuate this limitation, the PI strived to understand and respect the philosophical underpinnings of interpretive phenomenology (Heidegger, 1927/2008; Munhall, 2012) and he was supervised by a researcher (CC) who had extensive academic experience with phenomenological studies.

Conclusion. The findings of the study revealed that humanistic caring is developed in stages through nursing education and clinical practice. Certainly, this is the first CLM to reveal relationships between the development of the “humanistic caring” competency and other nursing competencies such as “act in a professional manner”, “clinical reasoning in nursing”, and “clinical nursing leadership”. This finding illustrates how nursing students and nurses develop their competencies synergistically and in an integrated manner instead of compartmentalizing each of them separately. Nonetheless, students and the newly graduated nurse made a clear distinction between humanistic caring and other nursing care, and the connection between the two only sprung forth late in their career. The lack of integration of humanistic caring into nursing care appeared to worsen the newly graduated nurse’s disenchantment with his/her practice, feeling that time constraints prevented humanization of care. This belief was further amplified due to humanistic caring being highly synonymous with nurse-patient communication. Despite this conception, there were chaotic work environments described by participants that appeared significantly detrimental to humanistic caring. However, as suggested by Pearcey (2010), humanistic caring might require “extra efforts”, but not necessarily “extra time”. Consequently, the present authors invite educators, of both academic and clinical settings, to insist on the fact that humanistic caring is an approach, hence its omnipresence in nursing care, rather than being solely an intervention purely based on communication.

However, this clarification alone will most likely not resolve the slowdown observed in the competency’s development for the newly graduated nurse. If humanistic caring is to be a

professional requirement as argued by most nursing regulatory bodies and professional associations, and based on the findings reported in this study, the present authors strongly invite the members of the discipline to improve the nurses' working conditions. Assuredly, the study's findings demonstrate that preparing nursing students to face these conditions alone may not be sufficient to sustain humanistic caring after graduation.

Section 2 : leviers et contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme »

Introduction à l'article IV

L'article IV de la thèse a été soumis pour publication à la revue *International Journal of Nursing Education Scholarship* le 28 mars 2019 (voir Appendice A). Cet article répond aux deux sous-questions de l'étude, c'est-à-dire les expériences vécues d'apprentissage qui agissent comme leviers (sous-question 1) et comme contraintes (sous-question 2) dans le développement de la compétence « agir avec humanisme ». L'écriture de l'article IV a eu lieu lorsque les phases 3 et 4 de l'analyse des données étaient suffisamment avancées. À titre de rappel, la phase 3 de l'analyse s'est concrétisée par une analyse interparticipante et la suivante par une analyse intergroupe. Ainsi, les résumés des préoccupations centrales, les résumés interprétatifs individuels et de groupe ont servi à organiser les résultats dans l'article IV. Sur le plan phénoménologique, l'article rapporte les trois expériences les plus saillantes dans les récits partagés par les participantes, soit le fait d'apprendre : 1) en présence de modèles de rôle humanistes ou de contre-exemples déshumanisants, 2) dans des environnements qui promeuvent ou dévalorisent la déshumanisation des soins, et 3) des cours axés sur la communication infirmière-patient et par la narration par les patients. De surcroît, l'évolution de la perception associée à la surcharge de travail est discutée en fonction de la trajectoire développementale de la compétence « agir avec humanisme ». À cet égard, la surcharge de travail s'est révélée être un *facteur* (plutôt qu'une *expérience*) marquant au développement de la compétence « agir avec humanisme » dans cette étude doctorale. En somme, cet article précise le rôle déterminant joué par les formateurs dans le développement de la compétence « agir avec humanisme », qu'ils soient des modèles de rôle humanistes ou des contre-exemples déshumanisants. Les résultats montrent qu'il est également souhaitable que les milieux d'enseignement responsables de l'apprentissage des étudiantes incarnent une approche humaniste envers ces dernières.

Apport de l'étudiant-chercheur à l'article IV

L'étudiant-chercheur a écrit toutes les versions de l'article alors que ses directrices ont régulièrement commenté chacune des versions, à partir des résultats de son étude doctorale. L'étudiant-chercheur a apporté les corrections et a soumis l'article pour publication.

Article IV : Facilitating and hindering experiences to the development of humanistic caring in the academic and clinical settings: An interpretive phenomenological study with nursing students and nurses

Abstract. Historically, humanism and caring have been foundational to the nursing profession. In the literature, patients from several care settings have been expressing how humanism and caring were valuable to them. However, a large body of evidence demonstrates that numerous challenges and barriers to the humanization of nursing care remain. This paper reports on nursing students' and nurses' lived experiences mediating their development of humanistic caring. Using interpretive phenomenology, 26 participants were individually interviewed. A five-stage phenomenological analysis based on Benner's (1994) method occurred simultaneously. The analysis highlighted that the development of humanistic caring is affected by role models and counterexamples, environments in which humanistic caring is exalted or trivialized, communication-related courses, patient storytelling, and work overload. It might be valuable to raise the awareness of nurse educators about their opportunity in shaping the development of students' humanistic caring.

Keywords. Humanism; caring; competency; phenomenology; facilitating and hindering experiences.

Introduction. A glimpse into the multitude of international nursing practice standards reveals that nurses are expected to be caring practitioners (American Nurses Association, 2015). Several studies conducted in various care settings also suggest that patients look for and value this vital dimension of nursing (Delmas et al., 2016; Dewar & Nolan, 2013; Haugan et al., 2013; Wiechula et al., 2016). Nursing research repeatedly demonstrated over the past 20 years that the more humanistic the nurses are, the more patients are likely to be satisfied about nursing care (Dingman et al., 1999; Larson, 2004; McClelland, Gabriel, & DePuccio, 2018; Palese et al., 2011). Moreover, caring results in positive outcomes on patients' physical and mental well-being such as improved mental health (Tektaş & Çam, 2017), enhanced well-being and resiliency (O'Reilly et

al., 2011), feeling of security (St-Germain, Blais, & Cara, 2008), and increased motivation (van der Cingel, 2011).

Embodying humanism in contemporary nursing practice may, however, be a challenge (Létourneau, Cara, & Goudreau, 2016). The nursing literature documents dehumanizing breakdowns such as scarce interactions between patients and nurses (Karlsson et al., 2004), objectification, and care disconnected from patients' priorities and concerns (Avoine, 2012; Wolf, 2012). Several studies depicted the consequences of these practices on patients: discouragement (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996), feeling of being of little or no importance (Karlsson et al., 2004), suffering (Berglund et al., 2012), feeling alienated (Svanström et al., 2013), distrust (Halldórsdóttir, 2008), feeling humiliated (Eliasson et al., 2008), or slowing down patients' rehabilitation process (Avoine, 2012).

Even though these dehumanizing practices may be deliberated at times (Avoine, 2012), nursing students are generally encouraged to encompass humanism and caring postulates in their curricula (Adam & Taylor, 2014). Yet, some evidence indicates a decline or an erosion of students' caring practices while they study nursing (Ma et al., 2013; Wolf et al., 2018) and after their graduation (Pearcey, 2010). Though these papers offer some answers explaining this phenomenon, rare are the studies exploring the experiences that facilitate and hinder the development of humanistic caring.

The aim of this paper is to report on nursing students' and nurses' lived experiences that facilitate and hinder the development of humanistic caring. These phenomenological results are part of a study whose purpose was to develop a cognitive learning model (Goudreau et al., 2014; Tardif, 2006) of the "humanistic caring" competency, which is reported in another publication (Létourneau, Goudreau, & Cara, sous presse).

Background. On one of the highest levels of abstraction (Smith & Liehr, 2014), *humanism* is regarded as a philosophy rooted in the intellectual movements of the Renaissance and the Enlightenment (Copson & Grayling, 2015; Davies, 2008; Mazzocco, 2006). Generally speaking, it has been actualized in various perspectives that believed in the potential and dignity of human beings, honouring their freedom and capacity to shape their own destiny from the choices they make throughout their life (Lamont, 1997). These tenets were then reintroduced in the rise of humanistic psychology (Rogers, 1961, 1995/2012a) and the relational thoughts of philosophers such as Mayeroff (1971/1990) and Buber (1970/1996). In nursing, several North American

theorists were inspired by at least one of the last three thinkers, renewing these humanistic underpinnings in the context of caring (Létourneau et al., 2017). In this paper, *caring* is considered an approach grounded in humanism that shapes nursing care (Cara et al., 2016). The term “approach” wishes to reflect how humanistic caring is a way of being in relationships that can be witnessed in subtle attitudes (Cara et al., 2016). Originating from the nurse’s consciousness, humanistic caring requires an authentic commitment to establish links of reciprocity with patients in order to heighten their human potential, promote their health and healing while preserving their human dignity (Létourneau et al., 2017). It is presumed that both the nurse’s and the patient’s human growth may mutually blossom as a result of humanistic caring (Cara et al., 2016; Létourneau et al., 2017).

Even if a recent meta-synthesis (Logan, 2017) highlighted the paucity of research about caring in nursing education between the years 2000-2015, there are some experiences that might enhance students’ development of humanistic caring. For instance, several studies discovered that the positive relationships between educators and students could inspire them to become caring practitioners (Adam & Taylor, 2014; Bray et al., 2014; Mikkonen et al., 2015). Conversely, humanistic or caring frameworks (Hills & Watson, 2011), used in curriculum or work environments, were found to foster humanistic caring for nursing students (Cara, 2001; Krol, 2010; Lee-Hsieh et al., 2007; Raines, 2007) and nurses (Boykin et al., 2003; Dewar & Cook, 2014).

The most documented hindering experience to the development of humanistic caring, both for students and nurses, appear to be related to the culture of the clinical field itself (Cornwell, Donaldson, & Smith, 2014). The studies of Maben et al. (2007), Brown et al. (2008), as well as Curtis et al. (2012) outlined that students felt disenchanted by incongruent paradigms such as pathologically or productivity-centred. Nurses who participated in a phenomenological study (Rytterstöm et al., 2009) voiced that a routine-oriented culture of care distanced them from being caring practitioners. Finally, some nurses and physicians themselves discouraged or “policed” other nurses when they felt they were “chatting” too much with patients, undermining, and devaluing relational nursing care (Beagan & Ells, 2007; Gray, 2009).

Method. Interpretive phenomenology (Benner, 1994) was the methodological approach chosen in this study. Phenomenology is both 1) a philosophy (Spiegelberg & Schuhmann, 1994) mainly rooted in the writings of Husserl (1913/1950) and Heidegger (1927/2008) and, 2) a qualitative research method (Munhall, 2012). For instance, Benner (1994) stems from the

Heideggerian school of thought (Heidegger, 1927/2008), hence it gives paramount importance to the understanding and interpretation of human existence, the *Dasein*. Benner (1994) brought forward that phenomenology could be a relevant methodological approach to uncover the taken-for-granted of nursing practice and to interpret the “ready-to-hand” mode of involvement (Heidegger, 1927/2008) where “practical activities function smoothly and transparently” (Benner, 1994, p. 73). In her research, it represented the embedded knowledge of clinical expertise in its everydayness (Benner, 1984/2001).

Ethical Considerations. The ethical review board of the hospital where nurses were recruited approved this study (certificate No. FUM-8038). This certificate was recognized by the ethical review board of the university. All participants (nursing students and nurses) provided written consent before their interview. To ensure confidentiality, a code and a fictitious name were firstly attached to each participant (real names are absent from sociodemographic questionnaires, transcripts, and primary investigator’s [PI] journal).

Setting. The study was conducted in a French-Canadian university where its 3-year undergraduate nursing education program (2-year with an associate degree in nursing) leads to registration as a nurse. Graduates from this university were recruited from an affiliated French-speaking university hospital located on three geographical sites.

Sample. A convenience sample of nursing students ($n = 18$) and nurses ($n = 8$) were recruited (Gray et al., 2017). For sampling criteria, all participants had to speak and understand French, and be interested in sharing their experiences pertaining to their own development of humanistic caring. Nursing students had to be studying in a specific competency-based approach program comprising a “humanistic caring” competency. They were enrolled according to their progression in the program: 1) first year completed, 2) second year completed, and 3) reached the end of the third year. Nurses had to hold a bachelor’s degree from the same competency-based approach program comprising a “humanistic caring” competency. Nurses were recruited according to their expertise using some of Benner’s (1984/2001) categories: 1) newly graduated (6-18 months of clinical practice), 2) experienced (2-4 years of clinical practice), and 3) accomplished (at least 5 years of clinical practice and be recognized as an “expert” by one peer). In order to facilitate the identification of this expertise, these accomplished nurses had to be “exemplary individuals ... who [were] really caring and [humanistic] in their interactions with patients” (Graber & Mitcham, 2004, p. 88) or received eulogies from peers or patients for their humanistic nursing care. In this study,

all accomplished nurses self-reported that they either received these eulogies directly from patients or their colleagues.

An invitation letter was sent to all eligible students via their academic email address. Also, the PI and a research assistant presented the study in few courses as a recruitment strategy. More recruitment strategies were deployed for nurses because it took longer than expected to achieve a reasonable sample (~17 months). Sociodemographic characteristics of nursing students and nurses are summarized in Table 1.

Table 1

Sociodemographic characteristics of participants (n = 26)

Characteristics	Students (n = 18)	Nurses (n = 8)
Advancement in program		
First year of baccalaureate completed	3	-
Second year of baccalaureate completed	9	-
Reached the end of the third year	6	-
Clinical Experience		
6-18 months (newly graduated nurse)	-	1
2-4 years (experienced nurses)	-	3
5+ years (accomplished nurses)	-	4
Gender		
Identified as female	17	7
Identified as male	1	1
Age		
Mean age (years)	24	30
20-29 years old	16	2
30-39 years old	2	6
Ethnic background		
Arabic or Middle Eastern	1	-
Asian	1	-
Black or African American	1	1
Eastern European	1	-

White	14	7
Type of educational path in nursing		
Associate degree in nursing to baccalaureate (2-year program)	2	4
Baccalaureate in nursing (3-year program)	16	4

Data Collection. Data was collected through a semi-structured individual interview with each participant ($n = 26$) from September 2015 to February 2017 (Munhall, 2012). The PI used an interviewing guide that had been elaborated through the lens of this study's disciplinary perspective (Cara et al., 2016) and previously validated by both his supervisors (JG and CC). Participants were asked questions such as: "What is the meaning of caring for a person with humanism?"; and "Tell me of an experience where you believe you have been humanistic with a person, a family, or a community". All interviews were recorded, lasting between 40 and 119 minutes (average: 63 minutes). They were transcribed by an experienced typist and reread by the PI to ensure accuracy.

Data Analysis. The verbatim were imported into the qualitative data analysis software ATLAS.ti 8. The analysis was adapted from Benner's (1994) phenomenological method, conceptualized in five iterative stages: 1) lines of inquiry, 2) central concerns and exemplars, 3) shared meanings, 4) final interpretations, and 5) dissemination of the interpretation (Crist & Tanner, 2003). Individual analysis was mostly undergone throughout the first two stages, interparticipant analysis in the third stage, and intergroup analysis in the fourth stage. For the individual analysis (stages 1 and 2), the PI attempted, by naming meaning units, to understand participants' central concerns within their experiences. These central concerns were summarized in a document in which *exemplars* were added and served as a basis to create a more interpretative summary. Exemplars are salient verbatim representing a similar or divergent dimension about participants' development (Benner, 1994). The first two individual analysis and interpretative summaries were revised by one of the researchers (CC), who is an expert in phenomenology, before the PI went further. Then, the PI proceeded to interparticipant analysis, one group at a time, and uncovered shared meanings (stage 3) that were summarized in interpretative group summaries (Benner, 1994). All six summaries (one per group) were revised by two researchers (JG and CC) and interpretations were discussed and challenged.

Findings. Findings are presented within four dimensions: 1) role models and counterexamples, 2) exultation and trivialization of humanistic caring, 3) communication-related

courses and patient storytelling, as well as 4) work overload. Because interviews were in French, all quotes in this paper were translated to English.

Learning From Humanistic and Caring Role Models or Dehumanizing Counterexamples. The participants' experiences highlighted approaches of educators, nurse preceptors, and faculty members that were either coherent or incoherent with humanism and caring: this will be clarified after explaining experiences related to coherent approaches. When these approaches were coherent, the development of humanistic caring appeared facilitated by role modelling, but incoherent approaches seemed to be either facilitating or hindering. Several participants were inspired by the way they were accompanied by their educators, identifying them as role models for their future nursing practice. These educators offered availability (i.e. to answer questions or listen to concerns), appeared to be authentically committed to their success, development, and in some cases, their well-being. The following statement, from a second-year student, is an exemplar:

“I admit I was highly influenced by the teacher who taught us a course. From my perspective, she was an example of caring. The way she behaved with us, her way of being as a person, it was as if she was caring [...]. Then she embodied it, when she spoke about humanism, the examples she had from her clinical practice or everything she had read about caring, it was as if she demonstrated it herself, in her attitude, and in what she said throughout the course.” (*Yunan, a second-year student*)

Students felt inspired witnessing their nurse preceptors' acts of humanistic caring. A third-year student remembered her nurse preceptor showing interpersonal dexterity and ease in her commitment. This nurse preceptor was particularly good at putting patients at ease despite not knowing them extensively, in addition to finding “the right things” to say in delicate end-of-life situations, as illustrated by the following exemplar:

“Oh, I don't know, she was just really humane, I think. But she was detached from the situations a little bit, but at the same time, she had a lot of compassion you know. She was very good at being ‘detached but attached’ [...]. She was like comfortable with patients, even though she didn't know them, [...] and she always knew what to say, “the right words”, and I kind of admired her for that. [...] And I was like, maybe I too will become a good nurse one day.” (*Felicia, a third-year student*)

However, several participants recognized that not all their nurse preceptors were role models. Nevertheless, in some instances, these dehumanizing counterexamples also engendered development, because it seemed to upset nursing students about a practice that they did not want to reproduce. An accomplished nurse divulged how one of her nurse preceptors did not encourage humanistic caring and that she promised herself not to become like this:

“I had a nurse preceptor who criticized me, and I have to say it shocked me. She told me I needed to be fast, to be faster and she even stated: ‘Okay, it’s all nice to ask him how he’s doing, but we know it alright? Now you’re going to do your things’. [...] I was not even delaying anything, I was doing my dressing and talking [to the patient] at the same time, without making any mistakes. [...] I promised myself I would never become a nurse like this.” (*Mihaela, an accomplished nurse*)

Yet, several nursing students considered that their development had been impeded by their nurse preceptors. Numerous nursing students felt that there was little room for establishing a relationship with their patients and that it was more important to learn how to improve their dexterity and rapidity with technical procedures. Few nurse preceptors also gave nursing students the impression that they did not value humanistic caring. Additionally, in the academic setting, several nurse educators’ ways of interacting with students were incoherent with the nursing school’s humanistic framework: some sounded haughty and hierarchical; others allegedly failed to display concern and empathy; while few appeared uninterested in their students. Few participants felt there was an incongruence between these counterexamples and what was promoted in their curricula, as if what they observed and experienced did not match what they were encouraged to become. The following excerpt highlights this incongruence:

“The students’ stress level was ‘+++’. I saw many students crying, I even cried myself at home because of the pressure [...]. When a student explained that our grades [...] didn’t represent the workload and the effort put into our work, we were answered: ‘I’m not here to assess the effort you put into your work’. It’s true [...] it’s not the effort and all that, but there’s a way [to say it], it was completely devoid of empathy. And then after we were taught to ‘care for the person with humanism’, and we are like: ‘Yeah, well nobody is listening to us’.” (*Hallay, a second-year student*)

Learning in Environments in Which Humanistic Caring Is Exalted or Trivialized.

Development was supported in environments that gave importance to humanistic caring and was hindered when it was devalued. Several nursing students pinpointed that the omnipresence and the iteration of humanistic caring throughout their curriculum contributed to their development because it “was everywhere”: the program’s disciplinary perspective, the courses’ contents, their assignments, as well as the assessment criteria. This following exemplar illustrates how this facilitated the development of humanistic caring:

“Well honestly, I would say it is the concept of caring that we keep on pointing out since we started [the baccalaureate]. [...] For us I think that the concept of caring is a central aspect of everything we learn, everything we do, internships, even the theoretical parts, even when we learn in [problem-based learning], it’s there. So just wagering on that from the beginning, I think it helped us to better predict what to expect

in our internships and what patients should live in our presence.” (*Dencia, a second-year student*)

However, several nurses confessed that they dwelled in environments where they either received disheartening comments by their colleagues about humanistic caring, or were compelled to reduce the amount of time given to their patients. For instance, an accomplished nurse remembered that, as a newly graduated nurse, she used to be reprimanded by senior nurses not appreciating how devoted she was to her patients. Another accomplished nurse experienced a similar pattern with her colleagues and her head nurse where she felt pressurized to decrease the intensity of interactions with her patients.

Learning From Communication-Related Courses and Patient Storytelling. Most student participants associated nurse-patient communication to humanistic caring and it is probably the reason why courses focusing on this dimension were perceived as contributive to their development. According to the participants, such courses were specific to mental health, palliative care, family systems approach, and communication workshops. For instance, Shélanie witnessed the therapeutic added value of care-related communication skills to the family in a course:

“For me, the course that has struck me the most [...] is the [one related to family systems approach]. Well, I was doing interventions without realizing that it was really a therapeutic intervention, nor did I realize that by asking a specific question, it would allow me to explore [the family’s] strengths. I became more aware of communication skills, circular questioning, and I adopted a more systemic vision in front of a group of people, with family members.” (*Shélanie, a third-year student*)

Several nursing students stated learning from patients who were invited to tell their stories in the classroom while few others recommended increasing the amount of patient storytelling in the curriculum. Participants agreed that this pedagogical strategy contributed to their development because it made them realize that they could “make a difference” for patients in terms of transforming the ways in which health experiences are lived, as stated by the following first-year student:

“She [the patient] said how she used to be around nurses, and just being there and listening was what really changed her experience for her. So, even if for us [nursing students] we say that it is insignificant [...] to hear it from the perspective of a patient [...], it allowed me to realize, ‘yeah, even a seemingly trivial gesture such as listening to the person can change their experience or how they live the situation.’” (*Laurence, a first-year student*)

Learning to Cope With Work Overload. Work overload was a salient hindering aspect acknowledged by at least one participant in each group. Several students mentioned that they were

able to embrace humanistic caring because of their lighter workload as students or nursing externs. Some of them, mostly third-year students, feared that they would not be able to sustain such a practice after their graduation. A newly graduated nurse repeatedly mentioned that she felt torn between her humanistic and caring ideals and what she was able to put into practice, explicitly because of work overload. Most experienced and accomplished nurses conceded that there were instances where it was a serious issue. In the following exemplar, an accomplished nurse explains how care safety was compromised in a nursing home where she practiced:

“You know, every minute was counted, but like, you were there for your technical skills. It’s okay, you know, I’m comfortable with that [technical skills], but that evening, administering medication was like working on an assembly line factory. I could not fulfil everything, even when I was giving medication, I was asking myself: ‘I think I need to assess the apical pulse, do I have time to do it?’ It was bad to the point that I was ‘prioritizing my priorities’. And that evening, I did not offer humanistic care.” (*Pavlina, an accomplished nurse*)

However, the importance given to work overload tended to fade over time as nurses gained clinical experience. Experienced and accomplished nurses highlighted that their acquired expertise allowed them to be more efficient with time management, which in turn gave them the feeling of having “more time” as compared to when they were newly graduated nurses.

Discussion. The findings drew attention to the pivotal role played by all nurse educators including the clinical nurse preceptors in contact with nursing students while developing humanistic caring. Research participants expressed that the nurse educators’ approach could promote, or limit, their development. As obvious as it might appear, the development was fostered when educators and nurse preceptors were acting in coherent ways with what they encouraged students to be with their patients; in other words, to represent humanistic and caring role models that students could identify with. This finding appears congruous with the results of numerous studies published in the past 20 years (Beck, 2001; Bray et al., 2014; Jack et al., 2017; Kosowski, 1995). However, what stands out as innovative in the present study is that this finding (nurse educators as role models) was emphasized longitudinally in each group of participants.

On the contrary, participants who observed an incongruence between humanistic caring and the educators’ or preceptors’ approach felt that their development was inhibited. The only instance in which a dehumanizing and an uncaring approach remained conducive to the development of students’ humanistic caring concerned the observation of interactions between preceptors and patients. This specific way of learning was labelled as “reversing” in the critical phenomenological

study of Kosowski (1995). Indeed, nursing students positively “reversed” the dehumanizing and uncaring observed behaviours of their nurse preceptors and made “a ‘firm commitment’ never to behave in the same ‘uncaring’ manner toward patients in the future” (Kosowski, 1995, p. 238). However, it was not the case for every participant in the present study. This divergence was also obtained in the qualitative descriptive study conducted by Ma et al. (2014) in China. In fact, Ma et al. (2014) acknowledged that it was often uncaring encounters with nursing preceptors that would shock students the most and generate a reflection about caring (hence their development), but that an unbearable number of these encounters could be unfavourable by causing apathy and moral distress. All too often, students act with passivity when witnessing poor practice because of their “low status” in the “healthcare hierarchy”, as also outlined in the survey of Rees et al. (2015). The findings of this current study showed that several students practiced incongruently with their humanistic and caring ideals in their internships because they feared academic failure. This emphasizes the persuasiveness of nurse preceptors regarding the development of humanistic caring.

The omnipresence of humanistic caring repeatedly emphasized over the course of a baccalaureate program was perceived as having positive impacts on students’ development. These findings are akin to the literature (Drumm & Chase, 2010; Krol, 2010), which underlined that the continuous exposure to caring in various pedagogical activities, for instance assignments in both academic and clinical settings, helped students become aware that it was intended for their future practice. Thereby, it seems that the development of students’ humanistic caring was not only driven by its omnipresence in the curriculum, but also because it was expected and assessed. It is perhaps the first time that a study highlights specifically the link between the development of humanistic caring and its assessment in a curriculum.

In connection with the curriculum, there was a diversity of experiences involving courses or pedagogical activities that were specifically beneficial to the development of students’ humanistic caring. When taken from a broader perspective, most of these experiences featured nurse-patient communication. Even if communication alone might not grasp the wide-ranging meanings of humanistic caring, it might, however, be an expression of its embodiment given the appropriate attitudes (Cara et al., 2016). However, to the knowledge of the present authors, no studies were found in the literature about nurse-patient communication training in the context of developing students’ humanistic caring.

Otherwise, patient storytelling seemed to bring a distinct awareness about the importance and benefits of humanistic caring. On that account, this finding is in agreement with the results of the meta-narrative review of Rose et al. (2016), who asserted that patient storytelling could cultivate humanism in healthcare because of its perceived authenticity (i.e. “real”) and its sense-making potential. Again, this is congruous with the participants’ experiences as they explicitly referred to the awareness that was raised by patient storytelling. Participants were more aware of the potential benefits of humanistic caring for patients and the added value of “the little things” that hold significance to them.

As for hindering environments involving colleagues and managers that either pressurized participants or trivialized humanistic caring, the results are comparable to previous studies involving nurses (Cara, 1999; Christiansen et al., 2015; Jones et al., 2016). For instance, the qualitative exploratory study of Jones et al. (2016) revealed that nurses working in the intensive care unit perceived that their compassion was inhibited by “difficult work associates” and the lack of acknowledgement related to compassionate care (not seen as “real work”).

Lastly, work overload and the lack of time that resulted were perceived as a restraining aspect against humanization of care and this is mirrored in previous research (Chen, Chan, et al., 2017; Christiansen et al., 2015; Hunter et al., 2018b). For instance, British nursing students who were interviewed by Curtis et al. (2012, p. 792) “expressed that having time to communicate with patients was central to emphasizing and therefore compassionate practice”. In the present study, several nursing students feared losing touch with humanistic caring after their graduation because of work overload and this is reminiscent of a former grounded theory study (Pearcey & Draper, 2008). Indeed, several of these first-year students expressed their concerns about the possibility of remaining caring practitioners despite the number of technical procedures to be completed and the speed at which they are supposed to be performed. In the present study, however, the perceptions associated with work overload tended to evolve through the acquisition of clinical expertise: the more experience nurses acquired, the less hindered by the work overload they appeared. This finding was certainly made possible because of the longitudinal documentation of humanistic caring. It is also supported by the results of a qualitative study (Åström, Norberg, & Hallberg, 1995) in which skilled and experienced Swedish nurses proclaimed that they needed from 1 to 3 years of practice before they could recede from routines and technical procedures, and therefore lean toward caring. In the current study, the experienced and accomplished nurses perceived that

the clinical experience they had acquired allowed them to manage time more efficiently, which seemed to soften the role played by the work overload on their development of humanistic caring.

Limitations. It is important to point out some limitations. A first limitation stems from the fact that there were more students ($n = 18$) who participated in the study as compared to nurses ($n = 8$), in addition to gathering the experience of only one newly graduated nurse. It would have been valuable to integrate the perceptions of a greater number of nurses to ensure redundancy (Benner, 1994) in each group. However, it was not possible despite our multiplication of recruitment strategies and incentives. A second limitation arises because of the rather specific sampling criteria that were used, which could impair the transferability of the findings (Lincoln & Guba, 1985). Indeed, the findings reflect the development of participants who studied in a setting where humanistic caring is at the cornerstone of its baccalaureate program (Cara et al., 2016). It is plausible that some dimensions pertaining to the development of humanistic caring, its omnipresence in a curriculum among other things, might have been overemphasized because of the above-stated reason.

Conclusion. The findings of this study emphasized that the work overload is particularly frightening for nursing students who are close to graduation, and that it is disheartening and challenging for newly graduated nurses to keep humanism and caring in their practice. It might be appropriate to engage in a dialogue with nursing students about the “reality” of contemporary nursing practice and the paradoxical gap with their ideals. This dialogue could raise their awareness about the upcoming challenges of the clinical settings as well as the strategies to overcome them, potentially alleviating the disenchantment caused by the aforementioned gap. Moreover, it is imperative to prepare students becoming change agents so that they can, one day, successfully challenge the status quo in the clinical settings. However, the authors are confident that an equilibrium must reside between this preparation and the ideals of practice conveyed by nursing education: the higher the expectations are, the better prepared students must be. The authors also recognize that newly graduated nurses have a personal responsibility for keeping their ideals in nursing despite the clinical difficulties. As a way to soften the fairly considerable gap between the workload of a third-year nursing student and the one of a newly graduated nurse (only couple months apart), the present authors encourage educators to *gradually* bring students to take responsibility for an almost full assignment. Clinical settings are also invited to give a more progressive workload to newly graduated nurses. In doing so, nursing students will most likely be

better prepared to cope with the challenges of the clinical settings and be less disenchanting with their inability to practice in harmony with their humanistic and caring ideals.

Moreover, the findings revealed that it is helpful but insufficient to iterate and focus on humanistic caring through undergraduate education. Indeed, its development can be, to a certain degree, reversed by dehumanizing educators, nurse preceptors, and managers, which reinforces the idea that positive role models and relationships are desirable in order to become a humanistic and caring practitioner. The present authors wish to raise awareness among all educators about the opportunity and the persuasiveness they possess in promoting nursing students' and nurses' humanistic caring. Educators are encouraged to display a collaborative and a close-to-egalitarian attitude with nursing students (Hills & Watson, 2011), genuinely. As asserted by a former humanist (Rogers & Lyon, 2014, p. 188), "if you care for [your students] as persons, they will return that caring. If you can understand their feelings, it will expand and blossom and bloom."

Conflicts of Interest and Acknowledgments. The authors disclose the absence of conflicts of interest. They thank all participants for their involvement in this doctoral research. The first author received doctoral scholarships from the Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) in Quebec; the Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQ-SC); the Faculty of Nursing of the Université de Montréal; the Department of Nursing of the Jewish General Hospital, in Montreal; the Équipe FUTUR, funded by the FRQ-SC; and the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies of the Université de Montréal.

Section 3 : autres résultats

Cette troisième section vise à présenter des résultats qui n'apparaissent pas dans les deux articles présentés précédemment (voir articles III et IV), mais qui sont directement reliés au but de l'étude. Il s'agit de deux thèmes qui sont demeurés saillants au long de la collecte et de l'analyse des données. D'abord, les participantes ont fréquemment mentionné l'idée de dispositions naturelles à agir avec humanisme ainsi que celle de l'influence des expériences antérieures à la formation en sciences infirmières, qui contribuent au développement de la compétence « agir avec humanisme ». Ensuite, au cours des entrevues, les participantes ont émis une série de recommandations qui visaient à promouvoir ce développement de compétence dans les milieux de formation et clinique.

Dispositions naturelles à agir avec humanisme

Dans les six groupes de participantes, la majorité a fait référence à des dispositions naturelles à agir avec humanisme. En d'autres termes, ces participantes avaient l'impression que la compétence « agir avec humanisme » pouvait être innée chez certaines personnes ou que ces dernières possédaient des dispositions naturelles qui favorisaient l'exercice de cette compétence. Ce thème saillant est mis en évidence dans les verbatim suivants :

Je pense que c'est quelque chose que tu as aussi comme personne puis que tu développes. (Justine, une étudiante de première année)

Ben en fait c'est difficile à dire, je trouve, ça vient un petit peu, je sais pas, c'est comme naturel on dirait pour moi [...] C'est une compétence qu'on développe, mais je pense que d'une certaine, déjà en toi t'es quelqu'un, je pense que c'est un trait de caractère aussi. C'est bizarre à dire, mais tu peux le développer, mais je pense que c'est un petit quelque chose que c'est en toi, que tu l'as en toi. (Emeley, une infirmière nouvellement diplômée)

Par ailleurs, quelques participantes (majoritairement des étudiantes) avaient l'impression qu'il était difficile, voire impossible, de développer la compétence « agir avec humanisme » à partir de la formation infirmière, comme le montrent les deux extraits qui suivent :

Le *caring* tu l'as ou tu l'as pas. Tu peux le mettre en évidence, oui c'est sûr des fois ça va être moins mis en évidence, mais c'est pas quelque chose qu'on peut t'enseigner. On peut te donner des outils, on peut te donner des moyens de communication pour mieux exprimer ce que tu veux dire au patient ou à la famille, mais on peut pas t'enseigner à être *caring* je pense, pour vrai. (Dencia, une étudiante de deuxième année)

[...] Comment être *caring*, ça on dirait comme je trouve que c'est un peu une manière d'être, c'est comme un profil que la personne en soins a la plupart du temps. Je trouve que justement juste d'arriver, de se présenter t'sais c'est comme une façon d'être, pis je trouve qu'il y a beaucoup, ça, ça peut aider mettons les gens qui l'ont peut-être moins à mettre des mots. Moi je trouve que ça aide vraiment à mettre des mots, mais à comment être dans la chambre avec un patient, ça s'apprend plus ou moins, ça peut s'apprendre peut-être en simulation t'sais quand on a de la rétroaction, mais je trouve que ça s'apprend plus ou moins t'sais il y a une façon d'être pis tout le monde est d'une certaine façon, mais je trouve que ça, ça doit être dur à développer [...] mais je trouve que ça, ça doit être dur justement à apprendre pis à augmenter les capacités aussi [...]

(Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

Il importe de préciser que, malgré cette position de certaines participantes que la compétence « agir avec humanisme » ne s'apprend pas, ces mêmes participantes ont identifié des leviers au développement de la compétence comme certaines stratégies d'apprentissage au sein des programmes de formation. Dans l'ensemble, les résultats présentés ci-haut suggèrent que des infirmières et des étudiantes en sciences infirmières croient que certaines personnes possèdent des

dispositions naturelles à agir avec humanisme. Ces dispositions constituent une base, plus ou moins étoffée selon l'individu, sur laquelle la compétence « agir avec humanisme » peut se développer. Dans les paragraphes suivants, on constate qu'aux dispositions naturelles s'ajoutent des expériences antérieures à la formation en sciences infirmières.

Expériences antérieures à la formation en sciences infirmières

Toutes les participantes sans exception (26) ont pu identifier au moins une expérience qu'elles avaient vécue avant leur formation en sciences infirmières et qu'elles percevaient comme contributive au développement de la compétence « agir avec humanisme ». Bien que chaque expérience et les apprentissages retirés soient uniques, certaines similarités ont été dégagées. Ces résultats sont illustrés à la Figure 2 dans laquelle les expériences sont énoncées et appuyées de verbatim. Ces résultats sont détaillés dans les paragraphes qui suivent l'illustration et les constats dégagés de ceux-ci sont par la suite exposés.

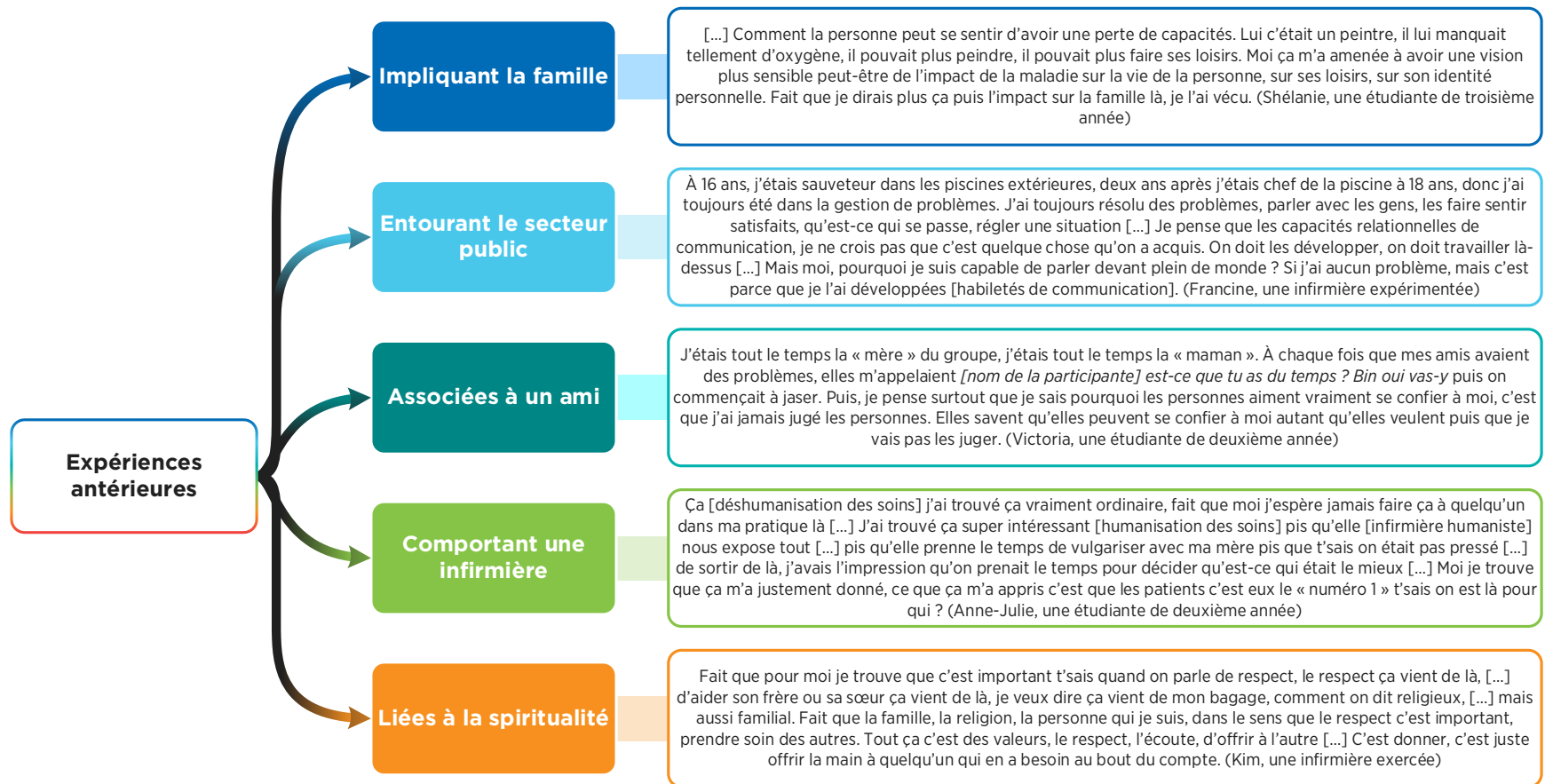


Figure 2. Expériences antérieures à la formation.

Dans l'ensemble, les expériences impliquant la famille des participantes se sont avérées les plus racontées et les seules ayant été rapportées dans tous les groupes de participantes. Les expériences de santé vécues au sein de la famille consistaient à prendre soin d'un proche (notamment à titre de proche aidant) et à vivre le décès d'un de ceux-ci. Les participantes ont évoqué que ces expériences avaient développé leur maturité, les avait sensibilisées aux impacts potentiels d'une expérience de santé pour la Personne et les avait amenées à porter davantage attention à l'accompagnement de la famille et à leur savoir-être. Par ailleurs, quelques participantes ont soutenu qu'elles s'étaient développées sur le plan de la compétence « agir avec humanisme » à partir de leur éducation parentale ou de leur contexte familial.

Plusieurs participantes, tant des étudiantes que des infirmières, étaient d'avis que des expériences dans le secteur public, par exemple un emploi ou un projet d'aide humanitaire, pouvaient amener une personne à être mieux outillée sur le plan de la communication et des relations. Par exemple, il a été question d'agir à titre de technicien de laboratoire en pharmacie ou à titre de sauveteur dans une piscine municipale. D'autres expériences consistaient à être témoin de l'intimidation, à participer à des activités visant à réduire la stigmatisation ou à être musicien dans un orchestre symphonique. La participante ayant pris part aux activités visant la réduction de la stigmatisation se disait plus sensibilisée à la réalité des personnes vivant avec la marginalité et l'itinérance, en plus de se sentir plus à l'aise d'interagir avec cette clientèle. La participante qui a été musicienne dans un orchestre symphonique a souligné qu'elle avait appris l'écoute d'autrui par cette expérience. De plus, le fait de pratiquer un instrument, en harmonie avec d'autres musiciens, semble avoir aidé cette participante à s'harmoniser avec autrui.

Des participantes, surtout des étudiantes, ont raconté des expériences vécues auprès de leurs amis qui avaient été favorables au développement de la compétence « agir avec humanisme ». Les exemples de ce type d'expériences étaient passablement hétérogènes : certains ont été des confidents, d'autres ont ouvert un dialogue à propos d'une expérience de santé, d'autres ont parlé d'avoir dû s'adapter à différents groupes. Les apprentissages que les participantes ont retirés de ces expériences correspondaient à prendre conscience de leur écoute attentive ou d'apprendre à adapter leur approche auprès de divers groupes hétérogènes d'amis.

Quelques participantes estimaient que l'exposition à des infirmières, à titre de personne soignée ou par l'accompagnement de proches, pouvait les inspirer à agir avec humanisme. Les participantes ayant été soignées ont raconté avoir été marquées par la réassurance et

l'accompagnement des infirmières. Une participante avait même été motivée à choisir les sciences infirmières en raison de cette dimension relationnelle des soins infirmiers. En accompagnant leurs proches, des participantes côtoyant des infirmières s'avéraient inspirées par celles agissant à titre de modèles de rôle humanistes. Dans le cas contraire, les participantes pouvaient être incitées à s'éloigner des contre-exemples déshumanisants observés.

Des participantes ont évoqué des liens entre leur spiritualité et le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Deux d'entre elles ont fait référence à une croyance envers une « loi du retour » (ou le « bon karma ») qui les incitait à « faire le bien » pour les patients. Une seule participante a souligné les bénéfices de sa religion (christianisme) au profit de la compétence « agir avec humanisme », notamment au regard des valeurs véhiculées qu'elle percevait cohérentes avec cette compétence. Il semble que cette participante était incitée à s'engager auprès des patients par une forme d'altruisme prenant racine dans sa religion.

Constats dégagés des expériences antérieures. Le premier constat dégagé de ces résultats se rapporte au fait qu'il semble être possible de développer la compétence « agir avec humanisme », avant la formation en sciences infirmières, par l'entremise d'expériences qui diffèrent considérablement d'une personne à l'autre. Bien que certaines similarités aient été dégagées en termes d'apprentissages, il apparaît que le même « type » d'expérience (p. ex. accompagner un proche dans une expérience de santé) ne garantit pas et n'engendre pas le même apprentissage pour toutes les participantes à cette étude.

Ce faisant, les étudiantes et les infirmières développent la compétence « agir avec humanisme » à partir d'un bagage d'expériences uniques, ce qui pourrait expliquer les différences de niveau de la compétence ayant été observée dans certains groupes. De manière générale, quelques participantes se sont démarquées en exprimant certaines dimensions de la compétence « agir avec humanisme » qui ont aussi été exprimés dans un des groupes plus avancés de notre étude. L'extrait suivant du résumé interprétatif individuel de Shélanie, une étudiante de troisième année, révèle un lien entre les expériences antérieures et les différences invoquées précédemment :

Il s'agit d'une participante ayant un niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » apparaissant comme le plus avancé comparativement aux autres participantes de ce groupe. Sa conception de la compétence est riche et les exemples fournis dans les expériences racontées sont, pour la plupart, cohérents avec ladite conception, et concrétisent son niveau de développement. Il s'avère pertinent de souligner que cette participante a une vision particulièrement sociale de la santé et du

rôle de l'infirmière et il est fort probable que ceci soit le résultat de l'éducation familiale (sa mère étant travailleuse sociale et engagée dans un organisme communautaire).

Le deuxième constat qui ressort des résultats se rapporte à la prédominance de relations entre les participantes et d'autres individus. Outre la spiritualité, les participantes ont dit s'être développées à partir d'expériences qui comportaient un membre de leur famille, un ami, une infirmière, un patient ou un client (emploi), un habitant d'un pays étranger ou un collègue musicien. Ceci suggère fortement que la compétence « agir avec humanisme » peut se développer à partir d'une grande diversité de rencontres avec des êtres humains, et ce, dans plusieurs contextes. Ces expériences doivent être suffisamment marquantes et, dans une certaine mesure, porteuses d'un sens pour la personne qui la vit afin de contribuer au développement de la compétence, sachant que ce qui est marquant ou significatif pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre.

Somme toute, les résultats de ces deux premières sous-sections laissent présager des acquis antérieurs à la formation en sciences infirmières étant en lien avec l'humanisation des soins. Dans la Figure 1 de l'article III, ces acquis sont représentés par la flèche qui est située avant le premier niveau de manière à symboliser qu'un développement survient avant les études en sciences infirmières. Dans les paragraphes suivants, les recommandations des participantes en vue de promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme » sont présentées.

Recommandations des participantes

Les participantes ont émis des recommandations à l'intention des institutions d'enseignement et des établissements de santé dans le but de favoriser davantage le développement de la compétence « agir avec humanisme » des étudiantes et des infirmières. Les similarités dégagées de ces résultats sont présentées à la Figure 3 dans laquelle les recommandations des participantes sont énoncées et appuyées de verbatim. Ces résultats sont détaillés dans les paragraphes qui suivent l'illustration et les constats dégagés de ceux-ci sont par la suite exposés. Lorsque possible, les recommandations à l'intention des milieux de formation sont présentées en premier suivies de celles destinées aux milieux cliniques.



Figure 3. Recommandations des participantes.

Près de la moitié des recommandations émanant des participantes comportait des ajouts ou des modifications de stratégies pédagogiques dans les programmes de formation initiale. Dans l'ensemble, ces recommandations impliquaient notamment les témoignages par des patients et des infirmières, le laboratoire de communication et les cours de la première année. À cet effet, les témoignages par les patients et les infirmières en salle de classe se sont révélés la stratégie la plus recommandée, notamment en raison de son pouvoir persuasif et convaincant. Selon les participantes, il semble que la fréquence à laquelle des patients étaient invités à partager leur récit n'était pas suffisante durant le programme de formation. Certaines participantes étaient aussi d'avis qu'il était préférable d'utiliser cette stratégie pédagogique dès la première année de formation et dans différents contextes de soins. Une participante abondait aussi dans ce même ordre d'idées, mais elle était plus intéressée d'entendre les moyens pris par une infirmière afin d'humaniser les soins. Cette participante avait pour perception que les propos d'une infirmière pouvaient être aidants afin de mieux comprendre la pratique de l'humanisation des soins dans la pratique clinique.

De plus, une proportion importante de recommandations concernait les laboratoires, notamment ceux destinés à développer les habiletés de communication chez les étudiantes. Certaines participantes ont recommandé de maintenir les laboratoires de communication dans le programme de formation, alors que d'autres ont suggéré des modifications. Ces modifications visaient à rendre le laboratoire plus authentique, entre autres en s'assurant que les acteurs occupant le rôle de patient étaient suffisamment crédibles. Par exemple, une participante estimait que le mannequin utilisé dans les activités pédagogiques (p. ex. le laboratoire et la simulation haute-fidélité) ne permettait pas d'instaurer une réciprocité relationnelle avec ce dernier, ce qui pouvait par conséquent limiter l'engagement des étudiantes dans l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme ». Cette participante a donc recommandé d'utiliser des examens cliniques objectifs structurés (ÉCOS) avec des acteurs (et non des étudiantes) pour les mêmes raisons susmentionnées.

Dans un autre ordre d'idées, certaines recommandations concernaient des modifications dans la première année de formation. Une participante avait pour perception que le premier cours de son baccalauréat, axé sur la compréhension de l'être humain sur les plans de la biologie, de la physiologie et des théories psychosociales du développement, pouvait être revu autrement. À son avis, ce cours mettait peu en évidence la Personne, mais plutôt les organes de l'être humain. Une deuxième participante a proposé de déplacer un cours axé sur la systémique familiale au deuxième

trimestre puisqu'il permettait de consolider la confiance qu'avaient les étudiantes en leur compétence « agir avec humanisme », notamment sur le plan de la communication. Une troisième participante souhaitait que les étudiantes soient exposées à la vulnérabilité sociale dès la première année. À partir des observations de ses stages, la participante était d'avis qu'il existait trop de stigmatisation, de marginalisation, d'approche paternaliste et d'absence de croyance au potentiel des personnes vivant avec la marginalité, ce qui déshumanisait les soins.

Les participantes ont aussi offert d'autres exemples d'activités d'apprentissage qui leur apparaissaient prometteuses pour le développement de la compétence « agir avec humanisme ». À titre d'exemples, elles ont mentionné une utilisation plus importante et plus flexible de la pratique réflexive ; elles ont aussi proposé d'ouvrir des discussions sur les pratiques déshumanisantes ou provenant d'erreurs personnelles afin de mettre en lumière l'instauration sournoise de ces pratiques et de légitimer le droit à l'erreur ; elles ont également suggéré d'aborder des questions d'ordre existentiel telles que le sens à la vie, à la mort et la perte d'un être significatif, afin d'amener les étudiantes à s'exercer sur le plan de la communication et de l'écoute ; elles ont demandé des exemples d'une communication empreinte d'humanisme afin de soutenir le transfert des aspects théoriques en pratique.

Quant aux recommandations à l'intention des établissements de santé, toutes les participantes ont suggéré une forme d'activité de pratique réflexive individuelle ou en groupe. Parmi les conditions jugées optimales, ces activités pouvaient être une formation continue accréditée et de type « conférence-midi » afin de maximiser la participation des infirmières. Les participantes ont donné plusieurs exemples de contenu pour ces activités : réfléchir aux stratégies qui permettraient d'humaniser les soins davantage ; discuter à propos des retombées positives de l'humanisation des soins ; partager des expériences où l'humanisation des soins s'est réalisée. Il semble que les participantes désiraient surtout éveiller un désir d'humaniser les soins chez les infirmières.

Par ailleurs, tant les étudiantes que les infirmières ont suggéré de concrétiser, conscientiser ou valoriser l'humanisation des soins dans les institutions d'enseignement et les établissements de santé. Toutefois, les participantes ont été moins claires quant aux moyens à privilégier afin d'y parvenir. Certaines participantes ont mentionné que leurs expériences d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » avaient été très conceptuelles et ancrées dans une seule conception infirmière. De plus, l'enseignement leur avait peu permis de progresser au cours du

programme de formation initiale. Ils ont aussi partagé que l'apprentissage d'une conception infirmière nécessiterait d'être transversal dans le programme.

Dans un autre ordre d'idées, des participantes ont suggéré de conscientiser les étudiantes et les infirmières à l'humanisation des soins. Chez les étudiantes, il a été recommandé de leur exposer des écrits scientifiques qui documentent les effets bénéfiques découlant de l'humanisation des soins. Cette recommandation a également été énoncée à l'intention des établissements de santé. Toutefois, la valorisation de l'humanisation des soins était davantage verbalisée. En effet, des étudiantes ont suggéré de souligner et d'encourager les infirmières lorsqu'elles humanisaient les soins afin de contrer le discrédit et la dévalorisation qu'elles avaient aperçus dans les milieux cliniques. Des participantes considéraient d'ailleurs qu'il fallait reconnaître davantage l'humanisation des soins chez les infirmières de manière à l'entretenir.

Les trois groupes d'étudiantes ainsi qu'une infirmière expérimentée ont souhaité des changements chez les formateurs. D'ailleurs, les recommandations de ce paragraphe font écho à l'un des leviers présentés dans l'article IV, c'est-à-dire que le développement de la compétence « agir avec humanisme » est favorisé par la présence de modèles de rôle humanistes dans le programme de formation. En effet, dans la grande majorité des cas, il s'agissait de mieux former (ou de mieux choisir) les infirmières préceptrices au regard de leur accompagnement humain avec les étudiantes. D'autres participantes qui avaient été accompagnées par des formateurs perçus comme peu humanistes ont, quant à eux, exhorté les institutions d'enseignement à incarner davantage l'humanisme dans leurs relations avec les étudiantes. Il importe de nuancer que plusieurs participantes ont raconté des expériences où les formateurs avaient agi à titre de modèles de rôle humanistes (voir l'article IV).

Presque tous les groupes de participantes ont recommandé, de manière consensuelle, de réduire la surcharge de travail des infirmières afin de promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme » dans les établissements de santé. Implicitement, la plupart des participants estimait que la pratique de la compétence « agir avec humanisme » exigeait plus de temps que celui disponible actuellement dans le travail des infirmières. C'est sans doute pour cette raison qu'elles jugeaient bon de libérer du temps par la réduction de la surcharge de travail.

Des participantes ont recommandé aux milieux de formation d'imposer du bénévolat, de considérer ces expériences lors de l'admission en sciences infirmières, d'encourager les étudiantes à travailler en tant que préposées aux bénéficiaires ou de rendre obligatoire l'externat en soins

infirmiers. Selon une participante, imposer du bénévolat permettrait aux étudiantes de se consacrer à l'apprentissage du « contact humain ». Une participante jugeait bon de considérer, lors de l'admission en sciences infirmières, les expériences professionnelles dans le secteur public afin de mettre en évidence que les milieux de formation tenaient à la dimension relationnelle inhérente à la compétence « agir avec humanisme ». Pour une autre participante, rendre l'externat obligatoire et encourager fortement les étudiantes à travailler en tant que préposées aux bénéficiaires pouvaient augmenter les chances d'interactions avec les patients, et par extension, de s'exercer sur le plan de la communication. Enfin, deux participantes ont recommandé aux milieux de formation d'enseigner l'humanisation des soins en tenant compte de la réalité de la pratique clinique moderne. Ces deux participantes désiraient réduire l'écart entre la théorie enseignée à l'université et ce qui est pratiqué dans les milieux cliniques.

Constats dégagés des recommandations des participantes. Le principal constat qui se dégage de ces recommandations correspond à la cohérence marquée qu'elles partagent avec les résultats présentés dans l'article IV, c'est-à-dire les expériences qui agissent comme leviers et contraintes au développement de la compétence « agir avec humanisme ». Comme précédemment soulevé, le développement de cette compétence se voyait favorisé par des témoignages de patients et c'est fort probablement pour cette raison que des participantes l'ont recommandée à nouveau en précisant qu'elles souhaitaient en augmenter la fréquence dans le programme de formation.

De plus, les recommandations entourant l'humanisation des soins et impliquant un formateur sont fortement liées à l'un des principaux résultats présentés dans l'article IV, c'est-à-dire de se développer dans des environnements qui promeuvent l'humanisation des soins et en présence de modèles de rôle humanistes. Plusieurs autres recommandations en lien avec les stratégies pédagogiques ou les contenus visaient à valoriser la compétence « agir avec humanisme », que ce soit dans les activités d'évaluation dans les cours ou par l'entremise des infirmières préceptrices en stage, cela étant également cohérent avec les mêmes leviers précédemment discutés.

Sur le plan des stratégies pédagogiques, les participantes ont principalement prôné des activités de pratique réflexive afin de développer la compétence « agir avec humanisme » des infirmières. La dimension réflexive apparaissait appropriée pour les participantes puisqu'elles y voyaient davantage un besoin de re-conscientisation plutôt que d'information chez les infirmières. Pour ces participantes, c'est comme si les infirmières avaient « oublié » l'importance et la valeur

d'humaniser les soins pour la Personne, d'où la pertinence d'éveiller leur désir de s'y attarder davantage à travers des activités de pratique réflexive. Il est fort probable que le type d'infirmières ayant été observées par les participantes ne se soit pas retrouvé dans cette étude, autrement la trajectoire développementale du MCA aurait possiblement différée.

Quant aux recommandations concernant la surcharge de travail et la réalité de la pratique clinique, il semble y avoir des liens avec la difficulté rencontrée par les infirmières nouvellement diplômées à prodiguer des soins selon leurs idéaux de pratique humaniste, engendrant la disharmonie au troisième niveau développemental de la compétence « agir avec humanisme » (voir l'article III). Les conclusions des articles III et IV ont également abondé dans le même sens que ces recommandations, c'est-à-dire qu'il serait avantageux d'œuvrer à améliorer les conditions de travail des infirmières (articles III) et d'ouvrir un dialogue avec les étudiantes à propos de la réalité de la pratique clinique afin de réduire l'écart qu'elles risquent d'observer graduellement d'ici leur diplomation (article IV).

Par ailleurs, les recommandations impliquant le bénévolat ou l'externat partagent des liens avec l'accent mis sur la communication infirmière-patient dans la conception de la compétence « agir avec humanisme ». Comme évoqué dans l'article III, l'intégration de l'approche humaniste dans l'ensemble des soins s'est réalisée au quatrième niveau développemental. Il apparaît donc normal que les participantes des groupes précédents estiment pertinent de développer les habiletés de communication à travers le bénévolat ou l'externat. Les propos d'un infirmier expérimenté ayant fait la même recommandation semblaient dépasser la communication et se rapprochaient davantage de la relation infirmière-patient. En d'autres termes, il s'agissait d'entrer en relation avec autrui par l'entremise d'une expérience à titre de préposé aux bénéficiaires ou d'externe en soins infirmiers. Ce lien avec la dimension relationnelle fait donc preuve d'un degré de cohérence avec ce cinquième niveau développemental de la compétence « agir avec humanisme ». Somme toute, les recommandations émises par les participantes corroborent considérablement les résultats présentés dans les sections 1 et 2 de ce présent chapitre, c'est-à-dire les leviers, les contraintes et les particularités du développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Chapitre 5 : discussion

Ce cinquième chapitre discute des résultats obtenus dans le cadre de cette étude doctorale. À titre de rappel, le but de l'étude était d'élaborer un modèle cognitif de l'apprentissage (MCA) de la compétence « agir avec humanisme » à partir de l'expérience vécue d'apprentissage d'étudiantes infirmières et de diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences (APC). De surcroît, les indicateurs de développement rattachés au MCA développé ont été identifiés. Rappelons également qu'une méthode phénoménologique interprétative (Benner, 1994) a été privilégiée pour l'analyse des données.

À titre de précision, la discussion présentée dans ce chapitre est complémentaire aux discussions spécifiques exposées dans chacun des quatre articles de la thèse. Le chapitre commence par mettre en évidence l'apport empirique¹⁶ de l'étude aux connaissances sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » (article III) par l'élaboration d'un MCA et en documentant des leviers et des contraintes au développement de cette compétence (article IV). Cette première section du chapitre propose une discussion qui aborde différentes particularités du développement de la compétence « agir avec humanisme », entre autres les prédispositions humanistes, l'idéal de pratique, l'art infirmier et la satisfaction au travail.

Le chapitre se poursuit par une discussion de l'apport philosophique et conceptuel de l'étude au regard de la philosophie humaniste (article I) et du Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM (MHSI-UdeM ; article II). L'apport méthodologique est abordé dans la troisième section, notamment en ce qui a trait aux défis de la concrétisation de la phénoménologie interprétative dans cette étude. Ensuite, les limites et forces sont exposées. Enfin, les retombées de l'étude doctorale pour les cinq champs d'activité de la discipline sont présentées (Pepin et al., 2017). La thèse se termine par une conclusion.

Apport empirique

À notre connaissance, cette étude est la première à documenter empiriquement le développement de la compétence « agir avec humanisme » à partir de la formation initiale des infirmières jusqu'à l'atteinte de l'expertise. L'identification de cinq niveaux de développement, ainsi que de 28 apprentissages critiques et de 56 indicateurs de développement permet de

¹⁶ Le sens d'*empirique* est inclusif des méthodes de développement de connaissances n'étant pas situées à l'intérieur des méthodologies traditionnellement empiriques, par exemple la phénoménologie (White, 1995).

concrétiser cette progression. À notre connaissance, il n'existe pas de « règles » formelles quant au nombre requis d'apprentissages et d'indicateurs dans l'élaboration d'un MCA. De plus, il y a peu de points de comparaison en ce qui concerne spécifiquement les MCA de compétences infirmières et autres disciplines (Faucher, 2009; Gouin & Hamel, 2017). En revanche, Tardif (2006) a mis en garde contre le fait de formuler une liste trop exhaustive d'apprentissages et d'indicateurs. Le seul MCA en sciences infirmières dont les apprentissages critiques ont été concrétisés en indicateurs de développement est celui de Boyer (2013) sur le jugement clinique infirmier. Le MCA de la compétence « agir avec humanisme », présenté dans cette thèse, propose un nombre relativement comparable au MCA sur le jugement clinique.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats de cette étude montrent que le développement de la compétence « agir avec humanisme » commence bien avant la formation en sciences infirmières, prenant appui sur les dispositions naturelles d'un individu à « agir avec humanisme » ainsi que sur des acquis expérientiels antérieurs. De plus, la construction du MCA a mis en évidence des liens avec trois autres compétences infirmières (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015; Goudreau et al., 2014; Pepin et al., 2011) ainsi que l'importance de la communication infirmière-patient dans le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Les résultats révèlent aussi un idéal de pratique humaniste émergeant dès le début de cette trajectoire développementale, idéal qui se transforme en impératif au moment de l'atteinte de l'expertise. Une réflexion s'impose donc devant une tension qui émerge entre cet idéal et la réalité de la pratique clinique. Les résultats ont également décrit la notion d'art infirmier chez les infirmières expérimentées (cinquième niveau du MCA), ce qui constitue un apport empirique certain pour la discipline. Par ailleurs, l'étude met en relief que l'optimisation du développement de la compétence « agir avec humanisme » ne peut s'opérationnaliser sans la présence des modèles de rôle humanistes et des environnements qui valorisent l'humanisation des soins. À notre connaissance, aucune autre étude n'a explicité cette trajectoire développementale de la compétence « agir avec humanisme » avec autant de spécificité.

La discussion de l'apport empirique de l'étude est donc présentée dans les sous-sections suivantes : prédispositions humanistes et développements antérieurs à la formation ; évolution de l'idéal de pratique pendant le développement de la compétence « agir avec humanisme » ; émergence d'un désillusionnement en présence d'un écart idéal-réalité ; liens entre le développement de la compétence « agir avec humanisme » et d'autres compétences ; manifestation

de l'art infirmier chez les infirmières expérimentées ; modèles de rôle et environnements humanistes pour développer la compétence « agir avec humanisme » ; contribution de la compétence « agir avec humanisme » à la satisfaction et au sens au travail.

Prédispositions humanistes et développements antérieurs à la formation

Les résultats de l'étude ont mis en évidence que les personnes diffèrent quant à leur prédisposition pour agir avec humanisme. Dans ce sens, des dispositions naturelles à « agir avec humanisme » ont déjà été évoquées dans certains écrits (Bray et al., 2014; Drumm & Chase, 2010; Morse, Solberg, Neander, Bottorf, & Johnson, 1990; Noddings, 2013; Sinclair, Torres, et al., 2016; Swanson, 2013). Dans leur analyse théorique, Morse et al. (1990) avaient proposé que le *caring* pouvait correspondre à un trait de la nature humaine dont la présence variait chez les individus. De surcroît, tant des étudiantes en sciences infirmières (Drumm & Chase, 2010), des professionnels de la santé (Bray et al., 2014) que des patients (Sinclair, Torres, et al., 2016) ont évoqué l'existence d'une dimension innée au *caring* et à la compassion sur laquelle la formation professionnelle s'appuyait. Toutefois, des travaux en psychologie (Gross et al., 2015; Knafo, Zahn-Waxler, Hulle, Robinson, & Rhee, 2008; Martin & Olson, 2015; Nichols, Svetlova, & Brownell, 2009; Warneken & Tomasello, 2009) ont montré que l'existence de ces dispositions chez les enfants en bas âge demeurait un phénomène débattu par des chercheurs. Certains de ces chercheurs psychologues estiment que ces dispositions sont innées alors que d'autres considèrent qu'elles sont acquises. À tout le moins, les résultats de l'étude doctorale ont corroboré la perception que de telles dispositions existent.

Dans le même ordre d'idée, à savoir qu'il y a préexistence de la compétence « agir avec humanisme » avant les études en sciences infirmières, plusieurs participantes ont témoigné d'expériences interpersonnelles variées y ayant contribué. D'autres chercheurs ont obtenu le même type de résultats auprès d'étudiantes (Ain, 2016; Fanjoy, 2018) et d'infirmières (Allen, 2013; Cara, 2001). Dans son étude de cas, Ain (2016) a postulé que les étudiantes commençaient leurs études en sciences infirmières avec une compréhension du *caring* qui avait été apprise pendant leur enfance, dans leur famille ou leurs groupes d'amis ou auprès de leurs enseignants. Les résultats phénoménologiques de Fanjoy (2018) abondent dans ce sens. Somme toute, les connaissances développées dans cette étude doctorale permettent de penser qu'un développement de la compétence « agir avec humanisme » commence avant les études en sciences infirmières et qu'il est différent d'une étudiante à l'autre.

Évolution de l'idéal de pratique pendant le développement de la compétence « agir avec humanisme »

Quant à la trajectoire développementale de la compétence « agir avec humanisme » exprimée dans le MCA, les résultats de notre étude apportent un éclairage substantiel à ce phénomène peu exploré en sciences infirmières. Tout d'abord, les niveaux identifiés dans notre étude contrastent avec ceux des trois études publiées sur le sujet (Haag-Heitman, 1999; Norman et al., 2008; Paragas, 2019). À titre de rappel, ces trois études avaient identifié de trois à cinq niveaux de développement du *caring* pour les infirmières seulement alors que les résultats de la présente étude ont permis d'identifier cinq niveaux de développement s'étalant du début des études en sciences infirmières jusqu'à l'atteinte de l'expertise clinique. À notre connaissance, aucune étude n'a considéré le développement des étudiantes et des infirmières ensemble dans un continuum. Lorsque les énoncés des niveaux de ces études sont comparés aux trois derniers niveaux du MCA de la compétence « agir avec humanisme » (niveaux qui concernent les infirmières), il y a plus de divergences que de similarités. Par exemple, l'un des énoncés de l'étude d'Haag-Heitman (1999) pour l'infirmière novice correspond à « commence à composer avec la réalité de leur propre pratique », un thème qui est aussi présent dans le premier apprentissage critique du troisième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme ». En revanche, le changement (apprentissage) à ce niveau du MCA de la compétence « agir avec humanisme » concerne davantage l'idéal de pratique humaniste, lequel doit intégrer la réalité de la pratique clinique de l'infirmière. En comparant la description des niveaux de l'étude de Paragas (2019) avec le MCA de la compétence « agir avec humanisme », le sens et la satisfaction au travail associés à l'humanisation des soins se sont seulement retrouvés au cinquième niveau. Ceci contraste avec les résultats de notre étude, car déjà au deuxième niveau les étudiantes de deuxième année pouvaient identifier des bienfaits personnels résultant de l'humanisation des soins, notamment en lien avec leur satisfaction au travail.

Dans les premiers niveaux du MCA, nos résultats ont attiré l'attention sur la conception que les étudiantes et l'infirmière nouvellement diplômée avaient au regard de la compétence « agir avec humanisme ». Ainsi, cette conception « première » s'est avérée fortement associée à la communication infirmière-patient au point de considérer qu'il s'agissait de la principale avenue possible pour l'humanisation des soins. De surcroît, les participantes ont réitéré qu'il s'agissait d'une communication qui devait nécessairement « prendre du temps » (p. ex., s'asseoir au chevet

du patient), laissant entendre que les dialogues plus brefs pouvaient difficilement être teintés d'humanisme. Ce fusionnement de la compétence « agir avec humanisme » avec la communication et le facteur temporel est un résultat corroborant certains écrits de la discipline (Hunter et al., 2018a; Schofield, 2001; Waterman, 2007). En effet, les participants à ces trois études estimaient que du temps s'avérait nécessaire à la communication et que cette dernière était fortement associée à la compassion ou au *caring*.

Plus spécifiquement, nos résultats ont permis de mettre en évidence des relations entre ce fusionnement (agir avec humanisme c'est prendre du temps pour communiquer) et le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Ainsi, ce fusionnement semble cooccurrent avec l'apparition de l'humanisation des soins en tant qu'idéal de pratique. Ces deux phénomènes (fusionnement et cooccurrence) semblent contribuer aux craintes des étudiantes de troisième année ainsi qu'au désenchantement de l'infirmière nouvellement diplômée au troisième niveau de développement. D'une part, avec plusieurs stages à leur actif, les étudiantes de troisième année avaient observé une réalité de la pratique clinique en porte-à-faux avec leurs idéaux humanistes. En désirant « agir avec humanisme », surtout par l'entremise de la communication infirmière-patient, elles anticipaient ne pas pouvoir pratiquer à l'image de leurs idéaux parce que la surcharge de travail, dont elles avaient été témoins, limitait la disponibilité du temps nécessaire. D'autre part, l'infirmière nouvellement diplômée qui tentait d'approprier le rôle et les responsabilités de l'infirmière clinicienne a exprimé son désenchantement face à ses idéaux de pratique humaniste. Désirant pratiquer les soins infirmiers de la même manière qu'elle l'avait fait lorsqu'elle était stagiaire, l'infirmière nouvellement diplômée sentait que sa pratique se distançait de ses idéaux humanistes en raison de la surcharge de travail, amenant le désenchantement évoqué plus tôt.

En sciences infirmières, ce n'est pas la première fois que la surcharge de travail est pointée du doigt en tant que contrainte majeure à l'humanisation des soins (Chen, Chan, et al., 2017; Christiansen et al., 2015; Hunter et al., 2018b; Roch et al., 2014). Dans notre étude, cette contrainte de la réalité de la pratique clinique semble avoir limité l'atteinte de l'idéal humaniste de nos participantes. Rappelons qu'il appert que cette dualité idéal-pratique ait généré du désenchantement chez les étudiantes de troisième année et de l'infirmière nouvellement diplômée. Ce désenchantement a été relevé dans plusieurs études (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2009; Brown et al., 2008; Curtis et al., 2012; Maben et al., 2007), mais ses impacts sur le développement

de la compétence « agir avec humanisme » demeurent, à notre connaissance, peu expliqués. Nos résultats portent à penser que l'écart entre l'idéal humaniste et la réalité de la pratique clinique ont causé un ralentissement dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » au troisième niveau du MCA (étudiantes de troisième année et infirmière nouvellement diplômée). Dans notre étude, ce ralentissement s'est manifesté par une diminution du nombre d'indicateurs de développement chez l'infirmière nouvellement diplômée en comparaison avec les étudiantes de troisième année. De plus, il semble que ce ralentissement se soit aussi manifesté par des indicateurs de développement d'envergure moindre en termes d'humanisation des soins chez l'infirmière nouvellement diplômée. Néanmoins, il est possible que ce ralentissement ait été surreprésenté dans le récit de la seule infirmière nouvellement diplômée qui a été recrutée.

Outre l'écart précédemment discuté, la surcharge de travail semble avoir également amené des étudiantes et des infirmières de ce troisième niveau à subordonner l'humanisation des soins aux dimensions biophysiques et procédurales des soins infirmiers (voir l'article III), et ce, malgré la présence d'un idéal de pratique humaniste. Dans cet ordre d'idées, une ethnographie ciblée (Charette, Goudreau, & Bourbonnais, 2019) a souligné que les attentes envers les infirmières nouvellement diplômées en termes de charge de travail ne prenaient pas en considération une certaine courbe d'apprentissage minimale. Selon les participants à l'étude de Charette et al. (2019), cette surcharge de travail avait pour effet d'amener les infirmières nouvellement diplômées à se concentrer sur des tâches, en plus d'entraver sérieusement leur capacité à agir de manière holistique auprès des patients. Nos résultats concordent avec ce constat et mettent en relief la fragilité de l'idéal de pratique humaniste dans le contexte de la surcharge de travail en particulier au troisième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Au quatrième niveau du MCA de la compétence « agir avec humanisme », l'idéal humaniste s'est aligné à la pratique des infirmières exercées, au moment où ces dernières sont parvenues à intégrer une approche humaniste dans l'ensemble des soins. Cette intégration à ce moment dans la carrière d'une infirmière semble être une connaissance nouvelle au sein de la discipline puisqu'elle n'a pas été retrouvée dans les écrits. Néanmoins, des infirmières exercées et expérimentées, qui se sont remémoré leurs débuts en tant que nouvelles diplômées, ont jugé qu'il fallait jusqu'à trois années d'expérience clinique afin de pouvoir tendre vers le *caring* (Åström et al., 1995). Ces infirmières ont précisé que les débuts de leur pratique étaient centrés sur l'apprentissage des routines et des protocoles dans un contexte de surcharge de travail.

Implicitement, ce constat sous-entend que l'intégration d'une approche humaniste dans l'ensemble des soins survient après quelques années de pratique, ce que notre étude corrobore.

Au cinquième niveau développemental de la compétence « agir avec humanisme », les infirmières expérimentées ont mis en évidence une transformation qui a rappelé la notion « d'idéal moral » avancée par Watson (2012, 2018). Pour cette théoricienne, le *caring* est « considéré comme l'idéal moral des soins infirmiers, où il y a le plus grand souci pour la dignité humaine et la préservation de l'humanité » [traduction libre] (Watson, 2012, p. 75). Dans notre étude, il semble que l'idéal de pratique humaniste présent depuis le premier niveau de développement se soit transformé en impératif chez les infirmières expérimentées. Nos résultats ont dévoilé que cette transformation soutenait fortement les infirmières expérimentées à humaniser les soins, notamment parce qu'elles ne pouvaient offrir les « meilleurs » soins possibles que par l'humanisation des soins. C'est tout comme si cet impératif avait influencé leur conscience professionnelle au point de défléchir les contraintes s'opposant à l'humanisation des soins. Bien que cette transformation semble être un résultat novateur de notre étude, Benner, Tanner, et al. (2009) avaient souligné qu'une préoccupation morale à soigner les patients comme des êtres humains et d'une manière qui respecte leur dignité humaine se retrouvait au cœur d'une pratique infirmière experte.

Émergence d'un désillusionnement en présence d'un écart idéal-réalité

Les participantes à notre étude ont affirmé qu'il était impérieux d'aborder l'humanisation des soins en tenant compte du contexte moderne de la pratique infirmière. Comme Maben et al. (2007) ont suggéré, encourager un idéal humaniste trop difficile à atteindre risque d'empirer le cynisme des étudiantes en plus de décourager les infirmières. Des écrits ont aussi mis en évidence cette tension entre les idéaux et la réalité de la pratique des étudiantes et des infirmières (Curtis et al., 2012; Tishelman et al., 2004). D'autres publications, certaines moins récentes, ont expliqué les répercussions que cette tension pouvait engendrer chez les infirmières, notamment la dissonance cognitive (Meyer & Xu, 2005) et le désillusionnement (Oberle & Davies, 1993) qui risquent de mettre en péril leur satisfaction et le sens qu'elles accordent au travail (Smith-MacDonald et al., 2019). Nos résultats ont souligné que ces retentissements pernicieux émergeaient dès la deuxième année de formation et qu'ils atteignaient leur apogée à l'entrée dans la profession. En effet, les étudiantes ont progressivement constaté au fil des stages que la réalité de la pratique clinique différait des idéaux encouragés par leurs enseignants, et pour l'infirmière nouvellement diplômée, ce « choc » s'est avéré être encore plus prononcé. Bien que ce « choc de la réalité » soit un

phénomène documenté depuis près de 50 ans dans la discipline (Chernomas, Care, McKenzie, Guse, & Currie, 2010; Dyess & Sherman, 2009; Flinkman & Salanterä, 2015; Kramer, 1974; Laschinger et al., 2016; Takase, Nakayoshi, & Teraoka, 2012; Valdez, 2008), nos résultats suggèrent que le travail d'harmonisation lors de la transition vers la pratique clinique constitue un défi de taille.

Liens entre le développement de la compétence « agir avec humanisme » et d'autres compétences

Nos résultats montrent que des liens existent entre le développement de la compétence « agir avec humanisme » et trois compétences infirmières, soit « agir avec professionnalisme », « exercer un raisonnement clinique infirmier » et « exercer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière » (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015). Premièrement, aux deux premiers niveaux de développement, les étudiantes sont apparues préoccupées par le respect des aspects entourant la relation infirmière-patient tels qu'énoncés dans le code de déontologie de la profession. Un examen des publications récentes sur le sujet montre que la plupart des auteurs soutiennent l'importance de « maintenir une barrière professionnelle » et de « garder des distances » avec les patients (Griffith, 2013; Griffith & Tengnah, 2013; Manfrin-Ledet, Porche, & Eymard, 2015; Mendes, 2017). Cette même approche se retrouve dans des écrits portant sur l'enseignement et l'apprentissage des aspects légaux et déontologiques dans les programmes de formation (Ashton, 2016; Cannaerts, Gastmans, & Dierckx de Casterlé, 2014; Jacobson, 2002; Numminen, Leino-Kilpi, van der Arend, & Katajisto, 2011; Numminen, van der Arend, & Leino-Kilpi, 2009; Numminen, Leino-Kilpi, van der Arend, & Katajisto, 2009, 2010). En revanche, ces travaux se penchent peu sur les stratégies pour aider les étudiantes à saisir la « juste mesure » entre demeurer dans les limites de la « barrière professionnelle » et s'engager auprès de leurs patients. Nos résultats montrent qu'il est essentiel que les étudiantes comprennent cette « juste mesure » au deuxième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme ». En effet, les participantes ont dit être préoccupées par les représailles déontologiques au point de restreindre leur engagement auprès de leurs patients. En plus de corroborer les préoccupations identifiées dans d'autres écrits (Curtis, 2014; Truchon, 2014), notre étude en précise les répercussions potentielles sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Deuxièmement, au quatrième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme », nos résultats ont mis en évidence des changements dans le raisonnement clinique infirmier (RCI), notamment au regard de la collecte et de l'analyse des données. Sur ce point, les infirmières exercées avaient l'impression que la Personne était plus susceptible de s'ouvrir et de partager des données qui pouvaient leur permettre d'assurer sa sécurité à partir de l'humanisation des soins. Par exemple, selon elles, les patients avaient tendance à partager davantage s'ils avaient l'impression que l'infirmière était disponible et qu'elle entretenait une relation suffisamment développée avec eux. Dans ce sens, quelques rares écrits (Conroy, Feo, Boucaut, Alderman, & Kitson, 2017; Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008; St-Germain et al., 2008) ont souligné un lien entre la sécurité des patients et la relation qu'ils entretiennent avec les professionnels de la santé. Dans leur étude phénoménologique, St-Germain et al. (2008) ont indiqué qu'une approche de *caring* pouvait contribuer à la sécurité des patients, entre autres en les mettant à l'abri de comportements portant préjudice à leur réadaptation. En comparaison avec cette étude, nos résultats illustrent que les infirmières humanisent les soins dans l'objectif de collecter des données supplémentaires qui leur permettraient d'assurer la sécurité de la Personne. Pourtant, le RCI¹⁷ est une compétence qui est généralement reconnue comme essentielle à la sécurité des patients (American Association of Colleges of Nursing, 2008; Purling & King, 2012; Task Force on the Essential Patient Safety Competencies for Professional Nursing Care, 2006; Thompson, Aitken, Doran, & Dowding, 2013). Or, il appert qu'aucun résultat probant n'a mis en évidence le lien spécifique que nous avons observé entre le RCI, la sécurité de la Personne et l'humanisation des soins, d'où l'aspect novateur de la présente recherche.

Plus spécifiquement, les infirmières exercées ont mentionné que les préoccupations et les priorités de la Personne étaient devenues pour elles des données prioritaires à collecter. En effet, les infirmières ont non seulement évoqué qu'elles s'enquéraient spécifiquement de ces priorités et de ces préoccupations, mais qu'elles considéraient davantage ces données dans leur analyse. Ce changement dans le RCI avait pour retombée d'amener les infirmières exercées à orienter les soins selon lesdites priorités et préoccupations de la Personne. Sur le plan conceptuel, cette manière d'orienter les soins s'avère cohérente avec le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016). Comme souligné au

¹⁷ Afin d'alléger le texte, nous regroupons d'autres concepts connexes au raisonnement clinique infirmier tels que le jugement clinique infirmier et les habiletés de pensée critique.

paragraphe précédent, les écrits faisant des liens entre l'humanisation des soins et le RCI demeurent rares dans le corpus de connaissances en sciences infirmières. Deux études quantitatives (Chen, Chang, & Pai, 2017; Pai, Eng, & Ko, 2013) ont montré que des étudiantes ayant rapporté davantage de comportements *caring* avaient également plus d'habiletés de pensée critique. Selon les auteurs de ces deux publications, l'ouverture et la réceptivité d'une infirmière aux propos partagés par autrui ainsi qu'un désir d'en tenir compte, forment une base sur laquelle s'appuient les habiletés de pensée critique. Le MCA du jugement clinique de Boyer et al. (2015) a mis en évidence un changement similaire chez une population étudiante, dévoilant que des étudiantes sollicitaient davantage la perspective des patients dans leur collecte de données et que ceci influençait récursivement leur jugement clinique. Ceci contraste avec notre étude puisque ce changement n'est apparu qu'au quatrième niveau de développement, chez des infirmières de deux à quatre années d'expérience clinique. Il est possible que ce changement ait réellement eu lieu avant le quatrième niveau et qu'il n'ait pas été possible de le déceler avant en raison du but de l'étude. En effet, les participantes n'ont pas été amenées à partager leurs expériences d'apprentissage en lien avec le RCI, mais bien avec la compétence « agir avec humanisme ».

Troisièmement, les deux derniers niveaux de notre MCA de la compétence « agir avec humanisme » ont montré des liens avec le leadership clinique infirmier. Ce sont surtout les infirmières expérimentées (cinquième niveau) qui ont manifesté un déploiement de leur leadership dans le but de promouvoir l'humanisation des soins dans leur environnement de travail. Afin d'y parvenir, ces infirmières expérimentées incarnaient une approche humaniste dans leur relation avec leurs pairs et les soutenaient à partir de leurs préoccupations professionnelles. De plus, elles ouvraient un dialogue avec leurs collègues à propos de pratiques déshumanisantes observées chez ces derniers. Sur le plan organisationnel, elles sont les seules participantes à avoir exprimé une connaissance des acteurs concernés dans leur environnement de travail, par exemple un président-directeur général et le responsable d'une fondation d'un hôpital. Ainsi, ces infirmières expérimentées sollicitaient ces acteurs afin de répondre aux priorités et préoccupations de leurs patients. Dans cet ordre d'idées, Pepin et al. (2011) qui ont développé un MCA du leadership clinique infirmier, ont aussi observé que les infirmières expérimentées exerçaient de l'influence auprès de leurs collègues (niveau 4) et au plan organisationnel (niveau 5). Quant à l'humanisme, des études (Cook, 2001; Stanley, 2006a, 2006b, 2014) ont avancé que d'être *caring* et empathique s'avéraient des attributs d'infirmières leaders cliniques. En comparaison avec ces publications, nos

résultats ont dévoilé que les infirmières expérimentées exerçaient de l'influence envers leurs collègues à partir d'une approche humaniste et que les changements visés pointaient vers l'humanisation des soins.

Dans l'ensemble, nos résultats montrent que le développement de la compétence « agir avec humanisme » s'opérationnalise de manière synergique et intégrée avec trois autres compétences, soit le professionnalisme, le RCI et le leadership clinique infirmier (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015). Cette synergie intégratrice dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » est sans doute un apport empirique novateur aux sciences infirmières. À cet égard, cette même synergie se retrouve dans le référentiel de compétences de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2015). En effet, des aspects humanistes sont intégrés dans les trois compétences discutées plus haut ainsi que dans les compétences « assurer la continuité des soins » et « favoriser une population en santé ». L'aspect humaniste qui est intégré dans la compétence de leadership clinique infirmier se rapproche de nos résultats dans cet indicateurs de développement pour l'étudiante de troisième année : « partage et communique clairement, avec les membres des équipes intra et interprofessionnelle, une vision humaniste des soins, les valeurs de la Personne partenaire et un but commun pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services » (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015, p. 34). Cet indicateur semble se diriger dans la même direction que ceux identifiés pour les infirmières exercées (quatrième niveau) et expérimentées (cinquième niveau) au regard du leadership clinique infirmier. Il y a divergence quant aux deux autres compétences du même référentiel puisque les aspects humanistes intégrés concernent des valeurs de la profession infirmière (professionnalisme) et la planification d'interventions humanistes (RCI).

En comparant le MCA de la compétence « agir avec humanisme » avec les indicateurs du référentiel du CHU Sainte-Justine (2014), des liens synergiques entre les compétences sont aussi relevés. Dans la compétence « exercer un jugement clinique infirmier », l'indicateurs de développement pour l'infirmière débutante¹⁸ (premier niveau) « est attentive au patient/famille lors

¹⁸ Dans le référentiel du CHU Sainte-Justine (2014), une infirmière atteint le niveau « débutante » approximativement lors de la période de probation. Ce niveau est donc similaire au niveau de l'infirmière nouvellement diplômée dans la présente thèse. Cependant, ce même référentiel ajoute qu'il est difficile de préciser le temps requis pour atteindre les

de l'exécution des procédures de soins et pas seulement à l'aspect technique de l'intervention » semble se lier à la compétence « agir avec humanisme » (CHU Sainte-Justine, 2014, p. 6). Nos résultats ont plutôt montré que, déjà au premier niveau de développement, des étudiantes de première année pouvaient tenir compte de l'existence de la Personne lors des procédures de soins. Dans la compétence « exercer un leadership clinique dans sa pratique professionnelle infirmière » du référentiel du CHU Sainte-Justine (2014, p. 14), l'indicateur de développement pour l'infirmière personne-ressource (troisième niveau) « agit comme modèle de rôle en exerçant un leadership positif » s'avère similaire à un indicateur que nous avons identifié pour l'infirmière expérimentée (cinquième niveau). Cette même notion d'influence à titre de modèle de rôle se retrouve en effet dans l'indicateur « incarne une approche humaniste dans ses relations avec ses pairs dans le but de les inspirer à humaniser les soins ».

Par ailleurs, Boyer (2013) a souligné que des paramètres du jugement clinique infirmier entretenaient des liens avec d'autres compétences. Cette chercheuse a mis en évidence que ces liens soulevaient la difficulté d'évaluer les compétences en silo, car elles s'influencent mutuellement lorsque mises en œuvre dans la pratique. Nos résultats permettent d'abonder dans ce sens et renforcent l'importance d'utiliser des stratégies d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation des compétences qui tiennent compte de cette synergie intégratrice.

Manifestations de l'art infirmier chez les infirmières expérimentées

Deux indicateurs de développement qui seront détaillés dans ce paragraphe résonnent avec les notions de « mode d'utilisation du savoir esthétique » et « d'art infirmier » auxquels ont fait référence Chinn et Kramer (2018). Ces théoriciennes ont postulé que l'utilisation du savoir esthétique correspondait à une appréciation personnelle de l'infirmière, survenant dans le moment présent, au regard d'une situation clinique. Ces théoriciennes ont ajouté que, dans cette situation clinique, l'infirmière perçoit des éléments furtifs qui lui apparaissent comme saillants et significatifs. Lorsque l'infirmière est attentive à ces différents éléments furtifs, elle peut leur attribuer un sens et, par son savoir-être ou par ses interventions, engendrer une transformation, qui se veut positive dans l'expérience de santé de la Personne (Chinn & Kramer, 2018; Pepin et al., 2017). Un des apprentissages critiques du cinquième niveau de développement de la compétence

niveaux ultérieurs à l'infirmière débutante : la comparaison avec les niveaux du MCA de la compétence « agir avec humanisme » s'avère donc plus difficile pour cette raison.

« agir avec humanisme » correspond à la « maîtrise de la mobilisation de ressources affectives telles que la réceptivité, la sensibilité, l'empathie et le savoir-être » (voir l'article III). Dans leurs récits, les infirmières expérimentées semblaient être dotées d'un degré de réceptivité et de sensibilité hors du commun qui leur permettait de percevoir, avec aisance, des éléments furtifs dans chaque situation clinique rencontrée. Houtepen et Hendriks (2003) ont décrit ce même phénomène pour des infirmières de soins palliatifs en postulant qu'elles possédaient des « antennes ajustées » (*finetuned antenna*) qui leur permettaient de distinguer ce qui était remarquable de ce qui était ordinaire. Dans notre étude, les infirmières expérimentées pouvaient également percevoir et interpréter, avec justesse et aisance, ces signes furtifs dans la communication verbale et non verbale de la Personne (premier indicateur). Ceci les amenait à moduler leur savoir-être et leurs interventions, dans le moment présent et de manière spontanée, notamment en fonction de leur interprétation des signes furtifs identifiés (deuxième indicateur). Les éléments furtifs relatés par les infirmières expérimentées référaient au faciès de leurs patients, à un changement subtil dans leur ton de voix ou dans leurs habitudes, ainsi qu'à certains propos particuliers qu'ils partageaient. L'appréciation que les infirmières expérimentées faisaient de ces signes les amenait à mobiliser, dans le moment présent, les ressources affectives les plus appropriées et d'intervenir en conséquence. Ces interventions, qui visaient à « faire une différence » pour la Personne (transformation), correspondaient à l'expression du mode de savoir esthétique dans la pratique, aussi appelé « l'art l'infirmier » dans la discipline (Chinn & Kramer, 2018; Gramling, 1999; Kostovich & Clementi, 2014; Pearson, 2013; Peplau, 1988). Dans sa revue des écrits portant sur l'art infirmier, Henry (2018) a recommandé aux chercheurs de la discipline de faire de la recherche sur ce phénomène dont les connaissances empiriques demeurent peu développées. Nous sommes d'avis que les résultats de notre étude répondent à cette recommandation en apportant un éclairage aux notions de savoir esthétique et d'art infirmier.

Modèles de rôle et environnements humanistes pour développer la compétence « agir avec humanisme »

Les résultats présentés dans l'article IV (leviers et contraintes) et dans la section « autres résultats » (recommandations des participantes) montrent que les étudiantes et les infirmières de tous les groupes accordaient beaucoup d'importance à l'approche de leurs formateurs ainsi qu'aux environnements dans lesquels elles se développaient sur le plan de l'humanisme. La présence ou l'absence de formateurs humanistes a été identifiée comme un levier (modèle de rôle), ou une

contrainte (contre-exemple) et a fait l'objet de recommandations spécifiques (incarner l'approche humaniste). Les participantes ont suggéré que les formateurs soient aptes à traduire le sens de l'humanisation des soins, autant qu'à la mettre en application dans leurs relations avec les apprenants. Nos résultats vont dans le même sens que plusieurs publications ayant fait le même constat (Beck, 2001; Bray et al., 2014; Jack et al., 2017; Kosowski, 1995; World Health Organisation, 2016). Dans son référentiel de compétences pour l'infirmière formatrice, le World Health Organisation (2016) a souligné l'importance de démontrer du *caring* et de porter attention aux relations de pouvoir avec les apprenants. Les résultats de notre étude appuient cette recommandation spécifiquement pour le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

De plus, nos résultats précisent que l'incohérence perçue entre ce qui pouvait être encouragé (humanisation des soins) et mis de l'avant dans les institutions d'enseignement semblait donner lieu à du cynisme chez les participantes. En effet, ces participantes manifestaient une attitude légèrement cynique puisqu'elles remettaient en question la possibilité d'humaniser les soins, un peu comme si atteindre cet idéal tant encouragé par leur institution d'enseignement perdait de son sens. Cette remise en question semblait être nourrie par le fait que les participantes se voyaient encouragées à humaniser les soins par certaines personnes qui étaient, à leur sens, déshumanisantes avec elles. Comme proposé dans l'article IV, il y a toutefois quelques circonstances où des participantes avaient appris à partir du choc et de la réflexion engendrés par les contre-exemples déshumanisants. Dans les sciences infirmières, le fait d'apprendre à partir de l'observation de la déshumanisation pour développer la compétence « agir avec humanisme » est un phénomène qui a été documenté dans deux études qualitatives (Kosowski, 1995; Ma et al., 2014). Or, nos résultats suggèrent qu'il est préférable que les étudiantes se développent en présence de modèles de rôle humanistes étant donné que leurs idéaux de pratique demeurent vulnérables jusqu'aux niveaux 4 et 5 de développement de la compétence « agir avec humanisme ».

En effet, nos résultats ont montré que l'humanisation des soins était possible dans le contexte actuel de pratique, mais qu'elle était couramment menacée et sous-estimée. Si les étudiantes observent majoritairement des pratiques déshumanisantes dans leurs stages et qu'elles peinent à observer la présence de l'humanisme dans les institutions d'enseignement, nos résultats indiquent qu'elles peuvent être tentées d'approfondir d'autres dimensions (p. ex., biophysique et procédurale) des soins infirmiers telles qu'encouragées par certaines infirmières dans les

établissements de santé. Dans son ensemble, la trajectoire développementale de la compétence « agir avec humanisme » demeure une compétence « fragilisée » par des contraintes qui se logent à la fois dans les institutions d'enseignement et dans les établissements de santé (voir l'article IV). Cependant, les résultats suggèrent que les milieux cliniques semblent posséder une influence supérieure à celle des milieux d'enseignement. Comme certaines participantes ont évoqué, les établissements de santé semblent correspondre à la « réalité » professionnelle des infirmières et les étudiantes étaient plus susceptibles d'adopter les pratiques qu'elles y observaient. C'est dans ce contexte que des participantes ont recommandé de valoriser l'humanisation des soins dans les établissements de santé afin de faire la démonstration qu'il s'agissait d'une dimension essentielle et attendue du rôle des infirmières.

Contribution de la compétence « agir avec humanisme » à la satisfaction et au sens au travail

L'étude montre aussi que, dès le deuxième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme », l'humanisation des soins est associée au sens et à la satisfaction au travail. D'une part, les participantes ont exprimé que le sens même d'être infirmière émergeait des expériences d'humanisation des soins, c'est-à-dire de parvenir à « faire une différence » pour la Personne. D'autre part, le fait de recevoir des marques de gratitude de la part de la Personne ou de constater les retombées positives de l'humanisation des soins constituaient la clé de voûte à la satisfaction au travail dans les six groupes de participantes. Paragas (2019) a aussi relevé cette même clé de voûte chez une population d'infirmières. Dans notre étude, les étudiantes de deuxième année ont réalisé que ces retombées positives ainsi que la gratitude exprimée par la Personne constituaient autant de renforcements positifs qui les incitaient à poursuivre leur développement de la compétence « agir avec humanisme ». Au quatrième niveau de développement, les infirmières exercées ont dit qu'elles puisaient dans cette satisfaction et ce sens au travail afin de persévérer à humaniser les soins, un cercle vertueux qui a aussi été relevé dans la théorisation ancrée de Khademi et al. (2017).

En somme, les connaissances développées dans cette étude ont détaillé les particularités du développement de la compétence « agir avec humanisme » avant, pendant et après les études en sciences infirmières. Le MCA élaboré en cinq niveaux a mis en évidence l'importance de la communication infirmière-patient dans le développement de cette compétence ainsi que des liens avec le professionnalisme, le RCI et le leadership clinique infirmier. Dans ce développement, nous avons soulevé l'émergence d'un idéal de pratique humaniste et sa transformation en impératif à

l'atteinte de l'expertise. Toutefois, d'autres constats plus sombres soulèvent un questionnement quant au rapprochement entre les idéaux humanistes et la réalité de la pratique clinique actuelle. Au cinquième niveau de développement, nous sommes parvenus à mettre en lumière l'art infirmier chez des infirmières expérimentées, un phénomène qui était alors plus discuté sur le plan conceptuel qu'empirique dans la discipline. Nos résultats ont aussi illustré l'importance de modèles de rôle humanistes et d'environnement qui mettent en valeur l'humanisation des soins afin d'optimiser le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Apport philosophique et conceptuel

L'apport philosophique et conceptuel de cette thèse a été exposé dans les articles I et II, au chapitre 2. La discussion de cette section débute par la philosophie humaniste (article I) et est suivie du MHSI-UdeM (article II).

L'article I propose une synthèse de l'essentiel historique (la Renaissance et les Lumières) et étymologique de l'humanisme en faisant des parallèles avec des auteurs de la philosophie humanistes considérés comme influents en sciences infirmières. Par la suite, la pensée de ces philosophes est exposée pour procéder à une analyse des conceptions infirmières principalement situées au sein de l'école de pensée du *caring* (Pepin et al., 2017). Une attention particulière a été portée aux liens entre l'histoire de l'humanisme, les idées des philosophes humanistes et les théoriciennes de la discipline. Afin de mettre en évidence l'inspiration des théoriciennes provenant des philosophes humanistes, une matrice de concepts a été élaborée. Cette figure a permis d'illustrer l'éventail des concepts utilisés par les théoriciennes de la discipline pour expliquer les soins infirmiers dans une perspective humaniste. Sans faire une analyse de ces différents concepts humanistes, cet exercice a mis en évidence des liens entre l'humanisme, le *caring*, la compassion et l'empathie. À notre connaissance, un tel travail d'analyse, partant des origines historiques et étymologiques de l'humanisme jusqu'aux conceptions infirmières, n'avait jamais été réalisé. Fagermoen (2006) avait accompli une analyse en se penchant plus spécifiquement sur les écrits de Watson (2012) alors que celle de cette thèse a aussi intégré les travaux de Paterson et Zderad (1976, 1976/1988), de Roach (1984, 2002, 2013), de Boykin et Schoenhofer (1993, 1993/2001), de Cara et al. (2015) et de Cara et al. (2016). Un des constats de notre analyse, la croyance au potentiel des personnes en tant qu'incontournable à la philosophie humaniste, ne s'est pas avéré aussi central dans les récits des participantes de l'étude. En effet, la croyance au potentiel de la Personne n'a été explicitement énoncée que chez les étudiantes de troisième année, et ce, en dépit du fait que la

conception infirmière de leur institution d'enseignement y réfère spécifiquement dès le début du programme de formation. Tant le sens accordé par les participantes à l'humanisme que leurs expériences faisaient abstraction du potentiel de croissance de la Personne. Ceci laisse penser que les étudiantes et les infirmières concevaient la compétence « agir avec humanisme » en tant que dimension relationnelle des soins infirmiers. Il est possible que la nature abstraite de cette valeur humaniste ait compromis son intégration dans la pratique des participantes ou que ces dernières ne l'aient tout simplement pas associée à la compétence « agir avec humanisme ». Les résultats obtenus dans la présente étude ne permettent pas d'expliquer la quasi-inexistence de cette valeur dans toute la trajectoire développementale.

Dans l'article II, la conception infirmière constituant la perspective disciplinaire à l'étude doctorale, le MHSI-UdeM, a été analysée selon la méthode de Chinn et Kramer (2018). Bien qu'il existe des analyses théoriques du même type dans la discipline infirmière, par exemple l'ouvrage de Bohner (2017), des auteurs (Bond et al., 2011; Chinn, 2019; Yarcheski et al., 2012) ont noté que l'utilisation des théories de la discipline infirmière déclinait de plus en plus. L'article II répond à cette préoccupation disciplinaire en réfléchissant le MHSI-UdeM à la lumière de critères d'évaluation théorique.

Le plus grand apport de cette réflexion à la thèse est d'en solidifier l'ancrage à la discipline infirmière. En effet, il importe de rappeler que l'étude a été orientée par une perspective conceptuelle intégrant sciences infirmières et sciences de l'éducation (Cara et al., 2016; Tardif, 2006). À notre sens, ce travail conceptuel a permis de rapprocher l'analyse des données d'une perspective infirmière, notamment en reconnaissant des phénomènes de la discipline dans les récits des participantes, par exemple l'art infirmier et l'idéal moral des soins infirmiers. Néanmoins, des auteurs recommandent d'adopter une naïveté conceptuelle (Sandelowski, 1993b) ou d'éviter d'introduire des cadres (Finlay, 2009; Munhall, 1994) lors d'une recherche phénoménologique. Ce principe, plus présent dans la tradition husserlienne, vise surtout à éviter d'influencer ou de confondre les présuppositions du chercheur avec la compréhension du phénomène à l'étude (Finlay, 2009). Ceci s'avère vrai autant pour le MHSI-UdeM que pour la conception sur le développement des compétences. Or, le simple fait de circonscrire un problème et de procéder à une recension d'écrits sur celui-ci amorce une orientation conceptuelle sur le phénomène (Sandelowski, 1993b). Pour Benner (1994), il importe qu'un phénoménologue ait plutôt des habiletés réflexives (*reflexivity*) afin qu'il puisse reconnaître et être conscient de l'influence de ses

présuppositions (préstructure) dans la compréhension d'un phénomène. Rappelons que le chapitre 3 a mis en évidence plusieurs éléments qui se rapportent aux habiletés réflexives de l'étudiant-chercheur, notamment en ce qui concerne la tenue systématique et rigoureuse de son journal réflexif.

En ce qui concerne l'intégration des sciences infirmières aux sciences de l'éducation dans la perspective conceptuelle de l'étude, un élément divergent mérite d'être discuté en ajout de ce qui a déjà été avancé au chapitre 2. Le MHSI-UdeM a pour concept clé la Compétence professionnelle (majuscule) qui intègre un ensemble de compétences (minuscule) exprimées dans l'action de l'infirmière (Cara et al., 2016). Cette conception d'une « macro-compétence » intégratrice diverge des idées de Tardif (2006) pour qui aucune compétence ne gouverne ou intègre d'autres compétences. Bien que la Compétence professionnelle soit au cœur du MHSI-UdeM (Cara et al., 2016), elle a été mise en retrait afin de faire place aux idées de Tardif (2006) au regard de la compétence, produisant ainsi la perspective conceptuelle de l'étude.

Somme toute, la thèse a contribué à clarifier la philosophie humaniste dans les sciences infirmières, et par le fait même, de nombreux concepts humanistes qui y sont souvent associés dans les écrits de la discipline (article I). Nous sommes également d'avis que le travail réalisé dans l'article II concourt à développer l'épistémologie de la discipline infirmière telle que conçue par Schultz et Meleis (1988). Si cette épistémologie intègre la syntaxe et la substance de la discipline (Donaldson & Crowley, 1978; Rodgers, 2005), l'article II contribue sans doute à enrichir l'une des nombreuses conceptualisations des sciences infirmières, c'est-à-dire la substance.

Apport méthodologique

Dans cette section, les principaux défis associés à la concrétisation de la phénoménologie interprétative de Benner (1994) afin d'élaborer un MCA seront abordés.

Le premier défi a été de procéder à l'instrumentalisation de la phénoménologie pour répondre au but de l'étude, c'est-à-dire d'élaborer un MCA de la compétence « agir avec humanisme ». Comprendre l'expérience vécue d'apprentissage de cette compétence apparaissait donc comme un point de départ plutôt que d'une fin en soi, comme c'est le cas dans la plupart des études phénoménologiques (Munhall, 2012). Cependant, la collecte et l'analyse des données ont respecté de manière rigoureuse les référents philosophiques de la phénoménologie empruntée, ce qui a notamment permis de générer des connaissances « phénoménologiques » présentées dans

l'article IV. Le but de l'étude n'étant pas de témoigner de l'expérience vécue d'apprentissage à proprement parler, il est apparu nécessaire de changer l'angle de l'analyse des données lors de l'élaboration du MCA. Cet angle, qui s'avérait plus « phénoménologique » au départ, a pris une tangente « pédagogique » vers la fin de l'analyse des données. Ceci a permis de réfléchir les données en termes de niveaux de développement, d'apprentissages critiques et d'indicateurs de développement. Aux yeux de certains puristes en phénoménologie, cette instrumentalisation peut s'avérer être une limite méthodologique (Finlay, 2009). Elle sera plus longuement discutée dans la prochaine section destinée à cet effet.

Le deuxième défi rencontré a été de traduire les récits des participantes en termes d'apprentissages critiques et d'indicateurs de développement. En effet, les résumés interprétatifs de groupe mentionnaient peu de détails qui auraient facilité l'identification des apprentissages critiques ou leur concrétisation en indicateurs de développement. Plusieurs itérations entre les différentes phases de l'analyse, jusqu'aux résumés des préoccupations centrales et aux verbatim, ont eu lieu même aux phases plus avancées de l'analyse.

Le troisième défi a résidé dans la différenciation des apprentissages critiques par rapport aux indicateurs de développement à partir de l'analyse des données. La plupart du temps, la formulation des apprentissages a découlé des expériences telles que racontées par les participantes d'un groupe. Parfois, cette différenciation a exigé l'identification des difficultés d'apprentissage qui surgissaient en aval du niveau sous analyse (p. ex. comparer les étudiantes de deuxième année à celles de troisième année). Par ailleurs, certains apprentissages critiques qui avaient été formulés au départ se sont avérés des indicateurs de développement plus tard dans l'analyse. Ce sont les multiples réflexions et discussions avec les directrices qui ont contribué à dénouer ce défi d'analyse.

Le quatrième défi de l'analyse des données concernait la quantité de données brutes. Il va sans dire que le MCA développé dans l'étude ne pouvait mettre en lien la totalité des particularités relevées à chaque niveau de développement. En approfondissant l'interprétation des données au fil des phases de l'analyse, l'étudiant-chercheur et ses directrices ont eu à faire des choix sur la description de chaque niveau de développement de même qu'aux apprentissages et indicateurs correspondants. Afin de surmonter cette difficulté, un regard externe a été effectué par trois experts en modèles cognitifs d'apprentissage. Leur rétroaction a permis de faciliter la différenciation des niveaux et de relever ce qui s'avérait le plus saillant dans la compétence « agir avec humanisme ».

Ainsi, il est évident que le MCA élaboré dans cette étude correspond à une représentation du développement de la compétence « agir avec humanisme ». Cette représentation aurait certainement pu différer à certains égards si elle avait été conduite par d'autres chercheurs et auprès de participantes différentes. Cependant, une telle perspective sur le résultat de notre analyse se veut cohérente avec les référents philosophiques de la phénoménologie ayant été exposés au chapitre 3.

En somme, les principaux défis reliés à la concrétisation des différentes phases de la phénoménologie interprétative de Benner (1994) dans cette étude sont reliés aux multiples niveaux d'analyse nécessaires pour élaborer le MCA avec les apprentissages critiques et les indicateurs. Ces défis ont été résolus en visant la parcimonie, par la contribution des directrices et d'un panel d'experts en MCA.

Limites et forces de l'étude

L'étude présente des limites dont la plupart ont déjà été soulignées dans les articles III et IV. À cet égard, il y avait plus du double d'étudiantes en comparaison avec les infirmières et une seule infirmière nouvellement diplômée avait été recrutée, et ce, malgré les stratégies et interventions qui avaient été instaurées pour le recrutement. Il est évident que la redondance (Benner, 1994) n'a pas été atteinte dans certains groupes. Bien que les expériences racontées par la seule infirmière nouvellement diplômée soient valides, elles ne représentent peut-être pas le niveau de développement de la majorité des infirmières de ce niveau. L'absence de redondance dans ce groupe de participantes invite donc à la prudence face aux résultats qui concernent ce niveau de développement spécifique. Puisque l'APC avait été mise en place en 2004 dans le programme de formation du milieu à l'étude (Goudreau & Boyer, 2017; Goudreau et al., 2009; Pepin et al., 2008), les infirmières qui avaient obtenu leur diplôme avant 2006 n'ont pas pu être recrutées. D'autres infirmières ont été exclues puisqu'elles avaient un baccalauréat par cumul de certificats, un cheminement qui n'était pas basé sur une APC. Il importe aussi de mentionner que le centre hospitalier traversait une période de grands bouleversements organisationnels reliés à un déménagement vers un autre immeuble au moment où les infirmières ont été recrutées. Avec le recul, nous sommes d'avis que cet élément contextuel et les critères d'inclusion discutés plus haut ont contribué à rendre le recrutement ardu et plus long (17 mois), et ce, malgré les nombreuses stratégies et interventions ayant été mises en place (voir Tableau 4). Même si nous avions prévu de 5 à 10 participantes dans chacun des groupes afin d'atteindre la redondance recherchée, l'interprétation des expériences des 26 participantes a montré l'ampleur du travail, du temps et des

réflexions récursives nécessaires à l'analyse (Munhall, 2012; van Manen, 2017). En rétrospective, il appert qu'il aurait été inconcevable d'analyser, dans les mêmes délais et avec la même rigueur, les témoignages du double de participantes afin d'atteindre la redondance dans tous les groupes. En effet, il est raisonnable de présumer que le processus d'interprétation phénoménologique aurait été prolongé et complexifié en présence d'un nombre plus élevé de participantes.

Une autre limite réside dans le fait d'avoir recruté plusieurs groupes de participantes interrogées dans une même période (approche transversale) plutôt qu'un seul groupe de participantes interrogées plusieurs fois sur plusieurs années (approche longitudinale). En d'autres termes, il est possible de croire qu'il aurait été plus facile de cerner le changement à travers les différents niveaux de la trajectoire développementale de la compétence « agir avec humanisme » si nous avions suivi une étudiante de première année jusqu'à sa diplomation, puis dans sa carrière professionnelle. Gray et al. (2017) ont également affirmé que ce sont habituellement les devis de recherche longitudinaux qui sont adoptés dans le but de capturer des changements à travers le temps. Ces mêmes auteurs ont ajouté que ces mêmes devis amenaient toutefois des risques d'attrition de participants. Bien que nous ayons élaboré un MCA à partir d'un devis de recherche transversal, il s'avérait impossible d'opter pour un devis de recherche longitudinal en raison des contraintes de temps imposées dans la réalisation d'un doctorat. L'adoption d'une approche transversale a facilité la réalisation de cette étude, mais elle a peut-être introduit des écarts (*gaps*) plus marqués dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » lors de la comparaison des différents groupes de participantes.

Une forte contextualisation des résultats découle du recrutement d'étudiantes et de diplômées du même programme de formation, ce qui peut s'avérer être une troisième limite. En contrepartie, ce choix méthodologique nous a permis d'assurer une certaine cohérence au sein de l'étude et de constater la progression d'étudiantes ayant reçu une formation comparable. Le recrutement de participantes de différents programmes de formation aurait sans doute allégé cette limite, mais ceci aurait probablement amené un haut niveau de variabilité à l'intérieur de chacun des six groupes de participantes. Cette variabilité potentielle aurait amené des difficultés d'interprétation phénoménologique qui auraient complexifié la délimitation des niveaux de développement et l'identification des apprentissages critiques. À notre avis, il aurait été difficile de réconcilier les particularités développementales de chacun de ces programmes en un seul MCA de la compétence « agir avec humanisme ». Bien que notre MCA représente le développement de

la compétence « agir avec humanisme » d'un contexte spécifique, il demeure possible de le faire progresser ou de l'adapter en fonction d'autres programmes de formation.

Paradoxalement, la plus grande limite est, à notre sens, l'instrumentalisation de la phénoménologie afin de répondre au but de l'étude. Ceci apparaît paradoxal puisque l'étudiant-chercheur s'est attardé à comprendre les référents philosophiques de cette approche méthodologique et s'est appliqué à les respecter, tout en sachant que l'étude ne correspondait probablement pas à la phénoménologie « pure ». En effet, nous avons tenté de comprendre l'expérience vécue d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » en considérant la notion d'expérience dans son sens plus élargi. Ainsi, nous avons porté moins attention aux descriptions de ces expériences et à la manière dont elles se présentaient à la conscience des participantes (van Manen, 2017). Nous avons plutôt tenté de comprendre les perceptions des participantes quant à leur développement de la compétence « agir avec humanisme » en menant des entrevues semi-structurées teintées par les référents philosophiques à la base de la phénoménologie interprétative (Heidegger, 1927/2008; Munhall, 2012). Néanmoins, la codirectrice de l'étudiant-chercheur, étant une phénoménologue expérimentée, a supervisé de près et de manière continue le processus d'interprétation des données afin d'aider l'étudiant-chercheur à respecter les référents phénoménologiques auxquels cette étude adhérait.

Quant aux forces de l'étude, il appert que cette recherche est la première à développer un MCA de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et de diplômées d'un même programme de formation en sciences infirmières basé sur une APC. Rappelons qu'il y avait six groupes de participantes et que les deux cheminements (formation initiale et intégrée collège-université) menant à l'obtention du baccalauréat ont été inclus. Ainsi, cette diversité de participantes a sans doute concouru à tirer des conclusions plus susceptibles d'être reconnues par des personnes ayant vécu des expériences similaires. Autrement, nous aurions été à risque de présenter des résultats basés sur des expériences provenant d'un groupe trop homogène, limitant ainsi le critère scientifique de crédibilité (Cara, 1997; Cara & Brousseau, 2010; O'Reilly & Cara, 2014; Sandelowski, 1986; Whittemore et al., 2001). Sur le plan de la transférabilité des résultats, le chapitre 2 a mis en évidence que la pratique infirmière moderne devrait intégrer l'humanisation des soins et que de nombreuses stratégies pédagogiques étaient mises à l'essai afin d'y arriver. Par conséquent, il semble raisonnable de supposer que la plupart des programmes de formation pourrait s'inspirer du MCA de la compétence « agir avec humanisme » dans l'élaboration de cibles

d'apprentissage (apprentissages critiques), dans le choix des stratégies pédagogiques ou dans l'évaluation de cette compétence (indicateurs de développement).

Une seconde force de l'étude renvoie à la rigueur qui a été appliquée tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Comme exposé dans le chapitre 3, nous avons œuvré à respecter les principes directeurs de la phénoménologie de Benner (1994), tant sur le plan de ses référents philosophiques que de sa méthode d'analyse. Le journal réflexif de l'étudiant-chercheur a été tenu systématiquement à de nombreux moments clés durant la collecte et l'analyse des données. Des rencontres réflexives avec les directrices de l'étudiant-chercheur ont aussi eu lieu de manière itérative tout au long du processus d'interprétation. Les nombreux détails fournis dans la section de l'analyse des données ainsi que les extraits tirés du journal réflexif de l'étudiant-chercheur contribuent à mettre en évidence la rigueur méthodologique de l'étude. Dans ce même ordre d'idées, la section des critères de scientificité a exposé les mesures qui ont été prises afin d'assurer l'authenticité, la crédibilité, l'attitude critique et l'intégrité dans cette étude phénoménologique (Cara, 1997; O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2014; Whitemore et al., 2001).

L'originalité de l'étude, par son sujet, son devis de recherche qui a été emprunté afin de répondre au but ainsi que par sa perspective conceptuelle intégratrice, constitue une troisième force. Comme les constats dégagés dans le chapitre 2 l'ont fait remarquer, concevoir la compétence « agir avec humanisme » en tant que compétence, qui peut se développer au même titre que le RCI ou le leadership clinique infirmier, s'avérait relativement avant-gardiste. En effet, seulement trois recherches (Haag-Heitman, 1999; Norman et al., 2008; Paragas, 2019) dans la discipline avaient tenté d'identifier des différences à travers les niveaux de développement du *caring* chez des infirmières. Dans l'ensemble des autres écrits consultés, ce développement en niveaux successifs était la plupart du temps absent. En concevant la compétence « agir avec humanisme » ainsi, basée sur la conception de Tardif (2006) sur le développement des compétences, il importait de mettre au point un devis de recherche qualitatif qui pouvait permettre de faire émerger les apprentissages à réaliser à chaque niveau. En ce sens, notre étude phénoménologique semble être la première à documenter l'expérience de développement de la compétence « agir avec humanisme » à partir d'une comparaison de récits de groupes d'étudiantes et de diplômées d'un même programme de formation, et ce, à six moments de leur parcours respectif. De surcroît, cette recherche phénoménologique a été orientée par une perspective conceptuelle ayant intégré des auteurs des sciences infirmières (Cara et al., 2016) aux sciences de l'éducation (Tardif, 2006), soit une

conception infirmière humaniste et une conception sur le développement des compétences. En comparaison avec les recherches ayant étudié le développement de compétences infirmières (Blanchet Garneau & Pepin, 2015a; Boyer et al., 2015; Goudreau et al., 2014; Pepin et al., 2011), notre MCA est le seul qui ait été élaboré par l'entremise d'une perspective alliant des idées cohérentes et complémentaires d'auteurs provenant de deux disciplines différentes.

Somme toute, il s'agit d'une recherche ayant fait preuve de rigueur, d'originalité et d'une diversité de participantes dans le développement d'un MCA de la compétence « agir avec humanisme ». Cette étude ne se montre cependant pas comme une recherche phénoménologique « pure » et il aurait également été souhaitable d'équilibrer davantage le nombre de participantes dans certains groupes afin d'atteindre la notion de redondance (Benner, 1994).

Retombées de l'étude

La discussion de cette section commence par l'élaboration des retombées de l'étude pour la pratique, la recherche, la gestion, la formation et le politique (Pepin et al., 2017).

Pour la pratique

Certaines retombées pour la pratique découlent du MCA de la compétence « agir avec humanisme » développé dans cette étude doctorale. Le MCA met clairement en évidence l'importance d'harmoniser l'entrée dans la profession infirmière après la formation. Pratiquer les soins infirmiers selon une approche humaniste dans les établissements de santé tels qu'ils le sont actuellement semble comporter un défi pour la plupart des infirmières, mais ce défi apparaît encore plus difficile pour les nouvelles diplômées. Le fait de devoir apprivoiser le rôle et les responsabilités d'une infirmière clinicienne assez rapidement laisse peu de place à l'intégration de l'humanisation des soins dans leur pratique, exigeant notamment la référence à des modèles de rôle humanistes dans l'environnement de travail, par exemple lors de la période d'orientation. Comme mentionné précédemment, le développement de la compétence « agir avec humanisme » peut être aisément compromis par sa dévalorisation venant d'infirmières qui accompagnent les nouvelles diplômées dont l'idéal de pratique humaniste demeure vulnérable à ce niveau de développement. Il importe également que la rétroaction offerte aux nouvelles diplômées par ces infirmières évite d'être centrée uniquement sur les dimensions biophysiques et procédurales des soins infirmiers. Autrement, les infirmières nouvellement diplômées peuvent présumer à tort que l'humanisation des soins n'est pas concrétisée dans sa pratique, qu'elle n'est pas encouragée ou qu'elle n'a pas de

valeur dans son milieu de travail. À notre avis, offrir une telle rétroaction ne requiert pas plus de temps, mais nécessite que les infirmières soient plus attentives à cette dimension des soins infirmiers lorsqu'elles accompagnent des nouvelles diplômées. Comme certaines participantes l'ont fait remarquer, la « marche est haute » en ce qui a trait à la charge de travail d'une stagiaire en comparaison avec une infirmière nouvellement diplômée. L'étendue des apprentissages nécessaires aux infirmières nouvellement diplômées au cours de cette transition (Al Awaisi, Cooke, & Pryjmachuk, 2015; Chachula, Myrick, & Yonge, 2015) exige qu'on repense autrement leur période d'orientation. À notre sens, il y aurait lieu de réfléchir à la progression de la charge attribuée aux stagiaires au fil d'un programme. De plus, il serait tout indiqué que les infirmières nouvellement diplômées puissent bénéficier d'une charge de travail qui augmente graduellement afin qu'elles puissent s'adapter à leur milieu et consolider les apprentissages réalisés pendant leur formation. Notre étude montre qu'un ralentissement dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » survient chez les infirmières nouvellement diplômées et qu'elles ressentent du désenchantement face à leurs difficultés de pratiquer selon leurs idéaux humanistes. Une meilleure intégration de la compétence « agir avec humanisme » dans leur pratique, facilitée par une meilleure préparation lors des études et d'une charge de travail progressive après la diplomation, contribuerait sans doute à diminuer ce désenchantement.

Les indicateurs de développement élaborés pour les trois derniers niveaux de développement, c'est-à-dire ceux qui concernent les infirmières, offrent un éclairage nouveau quant aux attentes en matière d'humanisme. Comme avancé par le National Research Council (2001), les modélisations du développement de compétences peuvent servir à élaborer des standards de pratique des professionnels de la santé. Il appert que nos indicateurs, bien qu'ils aient été conçus à partir d'une représentation du développement de la compétence « agir avec humanisme », pourraient orienter les attentes telles qu'énoncées dans des profils de sortie transversaux pour les infirmières nouvellement diplômées. Dans les établissements de santé, ces indicateurs pourraient servir de repères dans l'évaluation de la compétence « agir avec humanisme » des infirmières nouvellement diplômées, exercées et expérimentées. Le référentiel de compétences du CHU Sainte-Justine (2014), qui propose des indicateurs de développement de la compétence « agir avec humanisme » de l'infirmière débutante jusqu'à l'infirmière experte clinique, pourrait sans doute être bonifié en intégrant des résultats de notre étude.

Pour la recherche

Les connaissances développées dans cette étude ouvrent de nouvelles avenues pour la recherche infirmière. D'abord, il pourrait être pertinent d'observer directement la pratique d'étudiantes en stage et d'infirmières dans leur quotidien. Comme stipulé par Creswell et Creswell (2018), les observations qualitatives ont l'avantage de permettre aux chercheurs de cerner des particularités de la pratique des participants. Ainsi, d'autres approches méthodologiques (p. ex. ethnographie, recherche participative) pourraient enrichir les connaissances sur le développement de cette compétence à partir d'une triangulation de données (p. ex. observations et entrevues).

Dans le milieu à l'étude, le programme de baccalauréat était basé sur une APC dont l'une des compétences à développer correspondait à la compétence « agir avec humanisme ». De plus, ce même programme était ancré dans une conception infirmière humaniste qui conviait les étudiantes à humaniser les soins. Bien que cette étude doctorale n'avait pas pour but d'évaluer les retombées de ce programme pour la compétence « agir avec humanisme », les résultats ont tout de même illustré que le développement de cette compétence s'avérait soutenu par l'omniprésence de l'humanisation des soins au cours du programme. Dans ce contexte, il serait indiqué de comparer les retombées de programmes basés sur une APC comprenant une compétence « agir avec humanisme » avec ceux qui n'adoptent pas cette approche pédagogique (p. ex., approche par objectifs). De telles connaissances pourraient également soutenir les acteurs des institutions d'enseignement adoptant une APC à obtenir les ressources humaines et financières que ces programmes requièrent afin d'accompagner convenablement les apprenants dans leur développement (Goudreau & Boyer, 2017). Pensons notamment aux stratégies pédagogiques actives qui mobilisent des tuteurs en petits groupes d'étudiantes ou à la multiplication des activités d'évaluation formative qui requièrent des ressources afin d'offrir de la rétroaction individuelle pertinente (Goudreau & Boyer, 2017).

Le MCA de la compétence « agir avec humanisme » développé dans le cadre de cette étude a été inclusif des deux cheminements en sciences infirmières, soit la formation initiale et la formation intégrée collège-université. Ce MCA représente aussi le développement de participantes qui présentaient un intérêt marqué pour l'humanisation des soins, ce qui n'est sans doute pas le cas de toutes les étudiantes et toutes les infirmières. Ainsi, il apparaît que notre MCA ne tient pas compte des trajectoires individuelles (Tardif, 2006) et différenciées de développement d'étudiantes de la formation initiale et du cheminement intégré collège-université. Il nous apparaît fallacieux de

présumer l'absence de différences dans le niveau de développement d'étudiantes en fin de première année (formation initiale) d'infirmières possédant un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et arrivant en sciences infirmières (formation intégrée collège-université). Ainsi, il s'avérerait opportun d'explorer les différences de ces deux groupes spécifiques quant à leur développement de la compétence « agir avec humanisme ». Une étude par théorisation ancrée (Corbin & Strauss, 2008) pourrait permettre de faire émerger cette différenciation développementale en recueillant les perceptions d'étudiantes de la formation initiale à la fin de leur première année et celles d'infirmières de la formation intégrée lors de leur entrée au programme. À titre de précision, il s'agit de deux moments où les deux cohortes sont considérées en début de deuxième année dans le programme de formation. Non seulement une telle étude permettrait davantage de différencier les trajectoires de développement de ces deux cheminements, mais elle contribuerait à mieux harmoniser l'intégration des deux niveaux de formation.

Le désenchantement qui a été relevé chez l'infirmière nouvellement diplômée ainsi que ses retentissements sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » attestent du besoin d'étudier à nouveau les retombées des programmes d'orientation visant à faciliter l'entrée à la profession. Plusieurs écrits en sciences infirmières (Abiodun, Daniels, Pimmer, & Chipps, 2019; Ke, Kuo, & Hung, 2017; Lindfors, Meretoja, Kaunonen, & Paavilainen, 2018; Pasila, Elo, & Kääriäinen, 2017) ont synthétisé et précisé les besoins des infirmière nouvellement diplômées en matière de programmes d'orientation ainsi que leurs retombées. En s'inspirant de ces connaissances, il serait possible de proposer un programme d'orientation tenant compte des besoins d'apprentissage des infirmière nouvellement diplômées puis d'évaluer les retombées de ce programme sur différents paramètres, par exemple la satisfaction au travail et le développement de la compétence « agir avec humanisme » en utilisant les indicateurs de développement élaborés dans la présente étude. Nous émettons l'hypothèse que ces programmes pourraient concourir à solidifier le développement de la compétence « agir avec humanisme » ayant lieu après la diplomation des étudiantes.

Pour la gestion

Nos résultats montrent que la direction des institutions d'enseignement en sciences infirmières aurait sans doute avantage à s'assurer que leurs professeurs aient un intérêt à accompagner les étudiantes en s'appuyant sur la compétence « agir avec humanisme ». Nous avons aussi constaté qu'il s'avérait souhaitable que cet accompagnement soit cohérent avec

l'humanisation des soins telle qu'encouragée par les milieux d'enseignement. Autrement, les étudiantes pourraient développer une attitude cynique devant cette incohérence. Il s'avère donc pertinent de conscientiser tout formateur à l'influence, positive comme négative, qu'ils peuvent avoir sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Au-delà de la conscientisation, une gestion inspirée de l'humanisme qui offre aux formateurs un contexte favorable à cette cohérence est sans doute nécessaire (Curtis, 2013).

Les résultats de notre étude indiquent que les gestionnaires en soins infirmiers peuvent aussi contribuer à promouvoir l'humanisation des soins. À cet égard, nous invitons les gestionnaires à sélectionner judicieusement des infirmières préceptrices qui désirent être jumelées avec des étudiantes et qui ont une pratique professionnelle inspirante pour ces dernières. Nos résultats ont mis en évidence que le développement de la compétence « agir avec humanisme » se voyait contraint par des infirmières préceptrices qui peinaient à humaniser les soins auprès des patients et pour qui l'humanisation des soins s'avérait secondaire. À notre sens, il incombe que l'humanisation des soins prônée dans les institutions d'enseignement s'actualise et soit cohérente avec ce que les étudiantes observent et expérimentent pendant leurs stages dans les établissements de santé.

En lien avec l'intégration des infirmières nouvellement diplômées à la pratique professionnelle, nous convions les gestionnaires en soins infirmiers à demeurer sensibles aux défis de cette période charnière (Laschinger et al., 2016). S'il s'avère irréaliste de prolonger la période d'orientation en raison de contraintes budgétaires hors du contrôle des gestionnaires, elles peuvent en revanche inciter les infirmières à agir à titre de ressources pour les infirmières nouvellement diplômées. Nous sommes convaincus que le fait d'offrir de la disponibilité à ces infirmières nouvellement diplômées, de les accueillir, de répondre à leurs questions, de participer à leurs réflexions ou de les épauler lorsqu'elles se disent débordées peut les amener à mieux composer avec cette transition. Les gestionnaires pourraient aussi contribuer à mettre sur pied des groupes de codéveloppement professionnel (Aita, Lampron, Héon, Dupuis, & Le May, 2013) dans lesquels des infirmières nouvellement diplômées et plus expérimentées pourraient se développer, tisser des liens avec des collègues et discuter de leurs préoccupations.

Quant à la direction des soins infirmiers (DSI), nos résultats soulignent qu'il serait profitable d'éviter de canaliser les intentions pédagogiques de l'orientation vers l'apprentissage de l'organisation des soins et des protocoles de l'environnement de travail. Si les DSI souhaitent actualiser l'humanisation des soins dans la pratique des infirmières, il importe que ce type de

pratique se répercute dans les critères d'évaluation des nouvelles diplômées pour leur orientation et leur période de probation. De surcroît, les participantes à notre étude ont mentionné qu'il n'était pas suffisant pour un établissement de santé de s'autoproclamer « humaniste » : des actions concrètes étaient souhaitées afin de réellement valoriser l'humanisation des soins. En ce sens, des critères d'évaluation spécifiques à l'humanisation constituent une avenue potentielle. Par ailleurs, il appert fondamental que les relations entre les gestionnaires, les infirmières et les étudiantes soient teintées d'humanisme afin d'éviter une incohérence entre ce qui est prôné et actualisé. Dans notre étude, cette incohérence avait pour effet de générer du cynisme contraignant chez les étudiantes et nous supposons qu'il pourrait en être de même pour les infirmières. C'est dans ce même contexte que nous invitons les gestionnaires à accompagner avec humanisme les infirmières insatisfaites au travail ou qui ont une pratique clinique dépourvue de sens. Les participantes à notre étude ont majoritairement proposé d'inciter une réflexion chez les infirmières à propos de la valeur ajoutée de l'humanisation des soins et de son importance pour la Personne.

Pour la formation

Les constats dégagés de notre étude ouvrent la voie à plusieurs retombées pour la formation infirmière. Tout d'abord, les étudiantes et les infirmières ont mentionné qu'elles avaient été contraintes par le manque de concrétisation de l'humanisation des soins. En effet, les participantes avaient l'impression que les formateurs avaient de la difficulté à rendre ces notions moins abstraites. Ce constat suggère qu'il importe de choisir judicieusement le formateur qui enseigne les notions plus philosophiques sous-jacentes à l'humanisation des soins. En nous basant sur les résultats de notre étude, nous ne sommes pas d'avis que cette responsabilité puisse être attribuée de manière aléatoire. Au contraire, il importe que le formateur concerné ait une connaissance et une maîtrise suffisamment approfondies desdites notions afin d'assurer la compréhension de l'humanisation des soins.

D'ailleurs, il apparaît que des étudiantes étaient restées avec la perception erronée que la compétence « agir avec humanisme » s'actualisait principalement dans la pratique de longs échanges avec la Personne. Bien qu'il soit tout à fait possible de faire transparaître l'humanisme dans la communication infirmière-patient, il est impérieux que les étudiantes puissent intégrer plus rapidement l'approche humaniste dans l'ensemble de leurs soins. Les étudiantes de troisième année avaient une conception théorique de la compétence « agir avec humanisme » suffisamment développée, mais le transfert dans la pratique ne semblait pas s'opérationnaliser avant quelques

années de pratique clinique. Ainsi, nous considérons qu'il serait bénéfique d'ouvrir un dialogue avec les étudiantes à propos des nombreuses opportunités d'humanisation des soins dans la pratique clinique qui s'opèrent en dehors des longs échanges verbaux habituellement associés à la communication infirmière-patient. Nos résultats n'ont pas permis d'identifier précisément ce qui avait amené les participantes à s'arrêter à cette perception. Bien qu'Åström et al. (1995) ont estimé qu'il fallait d'une à trois années avant de tendre vers le *caring*, nous jugeons que le manque de modèles de rôle humanistes dans les institutions d'enseignement et les établissements de santé, qui auraient pu soutenir les étudiantes dans l'actualisation de l'approche humaniste, pourrait contribuer à expliquer ce transfert tardif.

Dans ce même ordre d'idées, nos résultats illustrent qu'il serait avantageux d'inviter des infirmières, des nouvelles diplômées comme des expérimentées, à raconter leurs expériences d'humanisation des soins lors d'activités durant la formation. Les étudiantes de notre étude ont affirmé qu'elles auraient souhaité entendre des infirmières à propos de l'actualisation de l'humanisme dans leur pratique ainsi que des stratégies qu'elles utilisaient pour y parvenir. Ceci corrobore les résultats obtenus par Adamski et al. (2009) dans leur étude à devis pré-post où les étudiantes ont majoritairement souhaité une augmentation des témoignages de patients dans l'ensemble du programme de formation. Les étudiantes, dans le cadre de la présente étude, ont notamment mentionné le pouvoir persuasif de cette stratégie pédagogique, ce qui nous incite à abonder dans le même sens. Une revue méta-narrative (Rose et al., 2016) a d'ailleurs appuyé l'usage de cette stratégie afin de développer la compétence « agir avec humanisme ».

Nos résultats s'avèrent par ailleurs préoccupants quant à l'accompagnement offert aux étudiantes dans leurs apprentissages du code de déontologie des infirmières. Ces résultats suggèrent qu'il serait avantageux de clarifier la « juste mesure » entre le respect de la « barrière professionnelle » et le développement de relations empreintes d'humanisme avec la Personne et sa famille. Sans cette nuance essentielle, la présentation des recours contre l'infirmière dans le cas d'une infraction au code de déontologie semble enfreindre le développement de la compétence « agir avec humanisme ». À titre de proposition, les formateurs pourraient s'inspirer des exemples de mises en situation dans le guide d'autoapprentissage élaboré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Leprohon, Truchon, & Roger, 2002). Même si ce guide a été publié il y a plus de 15 ans, il s'avère relativement simple d'apporter certaines modifications afin de moderniser les mises en situation à la lumière de la pratique infirmière contemporaine.

En ce qui concerne les stages, nous invitons les institutions d'enseignement à mieux préparer les infirmières préceptrices à soutenir le transfert des notions théoriques de la compétence « agir avec humanisme » en pratique. Compte tenu du rôle influent de ces infirmières dans le développement de la compétence « agir avec humanisme », il incombe qu'elles soient conscientisées à l'humanisation des soins et qu'elles y accordent de l'importance dans l'évaluation de leurs stagiaires. Comme certaines étudiantes ont fait remarquer, des infirmières préceptrices étaient parfois avares de commentaires lors de l'évaluation de la compétence « agir avec humanisme » et passaient rapidement aux autres compétences. D'autres étudiantes ont évoqué que des infirmières préceptrices dévalorisaient l'humanisation des soins dans le travail de l'infirmière. Ces constats suggèrent donc que les milieux d'enseignement auraient avantage à outiller les infirmières préceptrices afin de consolider les apprentissages réalisés par les étudiantes en matière d'humanisme.

La dualité notée dans notre étude entre l'idéal humaniste et la réalité de la pratique clinique amène à notre dernière retombée pour la formation infirmière. De nombreuses participantes auraient souhaité que les institutions d'enseignement ouvrent un dialogue à propos de la réalité de la pratique clinique dans le contexte de l'humanisation des soins. Le fait que certaines étudiantes associaient la compétence « agir avec humanisme » à la communication infirmière-patient semble avoir exacerbé le désenchantement observé au sommet de la dualité, soit chez les infirmières nouvellement diplômées. Ainsi, nous incitons les institutions d'enseignement à aborder la réalité de la pratique clinique avec les étudiantes lorsqu'il est question d'humanisation des soins. Nos résultats indiquent qu'il importe de mieux préparer les étudiantes à faire face aux contraintes qui s'opposent à l'humanisation des soins dans les établissements de santé afin de les soutenir à maintenir leurs idéaux humanistes après la diplomation. Autrement, nos résultats soulignent qu'une tension peut émerger entre ces idéaux et la pratique des infirmières nouvellement diplômées, concourant ainsi à décimer graduellement leur satisfaction et le sens qu'elles accordent à leur travail (Smith-MacDonald et al., 2019).

Le MCA de la compétence « agir avec humanisme » développé dans cette étude ouvre à des retombées pour le référentiel de compétences de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2015). Il y aurait sans doute lieu d'enrichir ce référentiel, particulièrement la compétence « agir avec humanisme », en s'inspirant des indicateurs identifiés dans la présente étude. Par exemple, un des indicateurs de l'étudiante de première année est d'inclure (à sa collecte

de données) la signification qu'accorde la Personne à son expérience de santé, lequel peut s'avérer ambitieux en tenant compte de nos résultats. En effet, les indicateurs qui concernent la signification se sont seulement retrouvés dans les niveaux plus avancés de la compétence, particulièrement l'infirmière nouvellement diplômée et l'infirmière expérimentée.

Pour le politique

Dans l'ensemble, nos résultats pointent vers la même action politique visant à promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme » : influencer les politiques en place afin de réduire la surcharge de travail des infirmières. Même si nos résultats ont décelé une progression de la compétence « agir avec humanisme » après la diplomation, la majorité des étudiantes et des infirmières ont insisté sur la surcharge de travail en tant que contrainte majeure à l'humanisation des soins. En effet, cette contrainte semble avoir préoccupé les étudiantes tout au long de leurs études et, une fois diplômées, limitait fortement l'infirmière nouvellement diplômée à « agir avec humanisme ». Même les infirmières expérimentées pouvaient se remémorer des environnements de travail chaotiques au rythme effréné qui compromettaient l'humanisation des soins. Au Québec, les enjeux entourant la surcharge de travail des infirmières relèvent des instances syndicales (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018a). Nos résultats suggèrent qu'il serait profitable de solliciter la participation de chercheurs de la discipline, résultats probants à l'appui, aux discussions qui visent à régir la charge de travail des infirmières. À notre sens, il convient d'allier les forces conjointes de la recherche et de l'action syndicale pour que les infirmières puissent exercer et développer leurs compétences avec une charge de travail qui permet une telle ascension.

En somme, les retombées de cette étude visent principalement la période de la transition de la fin des études vers l'entrée à la profession en raison du ralentissement, sinon de l'arrêt, du développement de la compétence « agir avec humanisme » lors de cette période charnière. À cet égard, nous avons proposé une charge de travail progressive pour les infirmières nouvellement diplômées et avons invité leurs collègues à les soutenir par des actions concrètes. Pour ce faire, nous avons sollicité l'appui des gestionnaires en soins infirmiers et des DSI, en plus de faire reconnaître l'humanisation des soins dans le travail des infirmières. En ce qui concerne les institutions d'enseignement, nous les avons exhortées à inviter des modèles de rôle humanistes ainsi que des patients à témoigner de leurs expériences aux étudiantes. Il nous est apparu important d'ouvrir un dialogue avec les étudiantes à propos de la réalité de la pratique clinique ainsi que de

la communication infirmière-patient. Autrement, nous avons invité les acteurs des institutions d'enseignement et des établissements de santé à être attentifs aux relations développées avec les apprenants, notamment par un choix plus judicieux des infirmières préceptrices, en plus de les soutenir plus spécifiquement quant à l'importance accordée à la compétence « agir avec humanisme ». Puis, nous avons identifié la surcharge de travail comme cible d'une action politique, par une alliance de professeurs avec les instances syndicales, afin de promouvoir le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Conclusion

Cette étude originale s'est penchée sur le développement de la compétence « agir avec humanisme » d'étudiantes et de diplômées d'un même programme basé sur une APC. Or, le phénomène d'humanisation des soins n'est pas nouveau, ayant franchi de multiples transformations dans la pratique des infirmières au fil de l'histoire de la discipline (Brown, 2011; Pepin et al., 2017; Straughair, 2012a, 2012b).

À travers ces mutations historiques, plusieurs théoriciennes ont recréé la pratique des infirmières en misant sur la dimension relationnelle des soins infirmiers (Alligood, 2018; Pepin et al., 2017). Depuis, le corpus de connaissances de la discipline n'a cessé de croître et d'accumuler des évidences quant à la nécessité d'humaniser les soins pour le confort, le bien-être et la santé de la Personne (Cantrell & Matula, 2009; Haugan et al., 2013; O'Reilly et al., 2011; Radwin & Alster, 1999; Tektaş & Çam, 2017; van der Cingel, 2011). Ainsi, l'état des connaissances mettait en lumière des raisons pertinentes de s'intéresser au développement de la compétence « agir avec humanisme » chez les étudiantes et les infirmières. Considérant les racines humanistes de la discipline, il s'avérait paradoxal de constater autant d'écrits publiés sur le sujet de la déshumanisation des soins (Attree, 2001; Avoine, 2012; Francis, 2013; Halldórsdóttir, 1991, 2008; Halldórsdóttir & Hamrin, 1997; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Karlsson et al., 2004; Mackintosh, 2006; Murphy et al., 2009; O'Reilly et al., 2011; Pearcey, 2010; Reader & Gillespie, 2013; Söderman et al., 2018; Wiman & Wikblad, 2004; Wolf, 2012). Une étude phénoménologique basée sur la méthode de Benner (1994) a donc été conduite auprès de six groupes d'étudiantes et d'infirmières, totalisant 26 participantes.

Au terme de l'analyse phénoménologique, nous avons élaboré un MCA de la compétence « agir avec humanisme ». Cinq niveaux de développement ont été délimités dans lesquels 28

apprentissages critiques ont été identifiés, ces derniers qui ont été concrétisés en 56 indicateurs de développement. Cette trajectoire développementale a été conceptualisée dans une illustration métaphorique où une chenille se transforme graduellement en papillon afin d'illustrer les changements cognitifs opérés d'un niveau à l'autre. Dans ce développement, des liens entre la compétence « agir avec humanisme » et l'idéal de pratique, l'art infirmier, le sens et la satisfaction au travail ont été mis en évidence.

Nous avons appris qu'un développement antérieur à la formation infirmière semblait préexister sur le plan de l'humanisme. Peu importe les contextes, il apparaît qu'il est possible d'apprendre d'une myriade de rencontres avec des êtres humains. Plus encore, nos résultats ont suggéré que certaines personnes pouvaient posséder des dispositions naturelles à agir avec humanisme. En ce qui concerne le développement de la compétence « agir avec humanisme » pendant les études des sciences infirmières, nous avons constaté que les étudiantes accordaient beaucoup d'importance à la communication infirmière-patient jusqu'à la faire correspondre à la principale avenue pour l'humanisation des soins. Au même moment, les étudiantes ont commencé à concevoir l'humanisation des soins en tant qu'idéal de pratique, lequel a été mis à l'épreuve lors de leur diplomation. Une tension demeurait entre cet idéal et la réalité de la pratique clinique des infirmières nouvellement diplômées. Il semble que l'entrée dans la profession exigeait beaucoup des infirmières nouvellement diplômées, lesquelles estimaient la surcharge de travail comme principale contrainte à l'humanisation des soins.

Plus tard dans leur carrière, les infirmières exercées sont parvenues à intégrer l'approche humaniste dans l'ensemble des soins en dépassant la communication infirmière-patient. Les infirmières expérimentées, quant à elle, ont manifesté l'usage du mode de savoir esthétique et ont permis de mettre en évidence l'art infirmier dans leur pratique (Chinn & Kramer, 2018; Gramling, 1999; Kostovich & Clementi, 2014; Pearson, 2013; Peplau, 1988). Or, elles ont aussi décrié les effets de la surcharge de travail sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ».

Pour les participantes à notre étude, le sens et la satisfaction au travail se voyaient renforcés par l'humanisation des soins, et ce, dès le deuxième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme ». Ceci signifie qu'une pratique dépourvue d'humanisme semblait porter préjudice à la satisfaction et au sens que les étudiantes et les infirmières retiraient des soins dispensés. Or, nos résultats ont aussi dévoilé qu'un écart substantiel demeurait entre l'idéal humaniste et la réalité de la pratique pendant la période de transition (fin des études vers l'entrée à

la profession). Il semble que les institutions d'enseignement ont préparé les étudiantes à atteindre un idéal de pratique humaniste en porte-à-faux avec la réalité des contextes de pratique contemporains. Par conséquent, des étudiantes finissantes ont verbalisé des craintes, des infirmières nouvellement diplômées ont vécu du désillusionnement devant l'impossibilité à pratiquer selon leurs idéaux de pratique humaniste et nous avons donc constaté un ralentissement du développement de la compétence « agir avec humanisme » au troisième niveau.

Pour conclure, les répercussions de l'écart idéal-pratique relatées dans le précédent paragraphe soulèvent une question épineuse quant au rôle fondamental d'une institution d'enseignement : n'est-elle pas responsable d'enseigner à ses apprenants la pratique telle qu'elle devrait l'être idéalement ? Nos résultats indiquent qu'il est possible d'inspirer les étudiantes à humaniser les soins par l'entremise d'un idéal humaniste à atteindre. Or, nos résultats suggèrent tout aussi fortement qu'il est probable de créer un obstacle au développement de la compétence « agir avec humanisme » lorsque l'écart entre l'idéal humaniste et la réalité de la pratique s'avèrent trop grand. Nous avons espoir que cette question suscite des réflexions au regard de l'équilibre à atteindre entre cette dialectique afin d'atténuer le désillusionnement et la dissonance lors de la transition de la position d'étudiant à la position de professionnel. Il appert qu'une telle réflexion menée par la concertation de chercheurs, formateurs, cliniciens, gestionnaires et politiciens pourrait favoriser l'émergence de pistes de solutions concrètes à cette problématique qui se perpétue depuis trop longtemps en sciences infirmières.

Références

- Abiodun, R. O., Daniels, F., Pimmer, C., & Chipps, J. (2019). Nurse graduates' experiences and support needs: A qualitative systematic review of South Africa's community service programme. *Curationis*, 42(1), 1-12. doi: 10.4102/curationis.v42i1.1906
- Adam, D., & Taylor, R. (2014). Compassionate care: Empowering students through nurse education. *Nurse Education Today*, 34, 1242-1245. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.011
- Adamski, M., Parsons, V., & Hooper, C. (2009). Internalizing the concept of caring: An examination of student perceptions when nurses share their stories. *Nursing Education Perspectives*, 30, 358-361. Repéré à <http://journals.lww.com/neponline/pages/default.aspx>
- Adamson, E., & Dewar, B. (2015). Compassionate care: Student nurses' learning through reflection and the use of story. *Nurse Education in Practice*, 15. doi: 10.1016/j.nepr.2014.08.002
- Ain, D. A. (2016). *An examination of caring in one associate degree nursing program* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 10240347)
- Aita, M., Lampron, A., Héon, M., Dupuis, F., & Le May, S. (2013). Les groupes de codéveloppement professionnel. *Perspective infirmière*, 10(4), 31-34. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/09_organisation.pdf
- Aitken, L. M. (2000). Expert critical care nurses' use of pulmonary artery pressure monitoring. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 209-220. doi: 10.1054/icnn.2000.1498
- Aitken, L. M., Marshall, A. P., Elliot, R., & McKinley, S. (2008). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 36-45. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02318.x
- Al Awaisi, H., Cooke, H., & Pryjmachuk, S. (2015). The experience of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman - A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1723-1734. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.009
- Allen, S. R. (2013). *An ethnonursing study of the cultural meanings and practices of clinical nurse council leaders in shared governance* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 3611393)
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8^e éd.). Saint-Louis, MO: Mosby/Elsevier.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9^e éd.). Saint-Louis, MO: Elsevier.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Repéré à <https://www.aacnursing.org/Portals/42/Publications/BaccEssentials08.pdf>
- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and standards of practice* (3^e éd.). Silver Spring, MD: Auteur.

- Anderson, R., & Cissna, K. N. (1997). *The Martin Buber - Carl Rogers dialogue: A new transcript with commentary*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice, 10*, 248-256. doi: 10.1111/j.1440-172X.2004.00491.x
- Ashton, K. S. (2016). Teaching nursing students about terminating professional relationships, boundaries, and social media. *Nurse Education Today, 37*, 170-172. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.007
- Åström, G., Norberg, A., & Hallberg, I. R. (1995). Skilled nurses' experiences of caring. *Journal of Professional Nursing, 11*, 110-118. doi: 10.1016/S8755-7223(05)80026-2
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 456-466. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x
- Audi, R. (dir.). (1999). *The Cambridge dictionary of philosophy* (2^e éd.). New York, NY: Cambridge University Press.
- Austin, W., Goble, E., Leier, B., & Byrne, P. (2009). Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare, 3*, 195-214. doi: 10.1080/17496530902951988
- Australian Nursing & Midwifery Council. (2002). *National competency standards for the enrolled nurse*. Repéré à <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD10%2f1349&dbid=AP&chksum=aljeSkQ0D2Yzm4jBCcBhtg%3d%3d>
- Avoine, M.-P. (2012). *La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation* (Mémoire de maîtrise). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. MR96229)
- Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 17*, E45-E-51. doi: 10.1188/13.CJON.E45-E51
- Baldacchino, D. R. (2008). Teaching on the spiritual dimension in care: The perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurse Education Today, 28*, 501-512. doi: 10.1016/j.nedt.2007.09.002
- Baldick, C. (dir.). (2008). *The Oxford dictionary of literary terms* (3^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Barrett, E. A. M. (2017). Again, what is nursing science? *Nursing Science Quarterly, 30*, 129-133. doi: 10.1177/0894318417693313

- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., & Romero-Sánchez, J. M. (2017). Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, *59*, 59-65. doi: 10.1016/j.nedt.2017.08.012
- Beagan, B., & Ells, C. (2007). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *Canadian Journal of Nursing Research*, *39*(4), 36-57. Repéré à <http://www.ingentaconnect.com/>
- Bécherraz, M. (2002, juin). De l'intérêt de la phénoménologie pour la mise en évidence de l'expertise infirmière et le développement de connaissances en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, *69*, 88-99. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/69/88.pdf>
- Beck, C. T. (2001). Caring within nursing education: A metasynthesis. *Journal of Nursing Education*, *40*, 101-109. doi: 10.3928/0148-4834-20010301-04
- Benner, P. (1985). Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*, *8*(1), 1-14. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, *14*(2), 1-21. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>
- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. (Travail original publié en 1984)
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science Technology & Society*, *24*, 188-199. doi: 10.1177/0270467604265061
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2009). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1991). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, *14*(3), 13-28. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.

- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care—Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, 1-9. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18688
- Betcher, D. K. (2010). Elephant in the Room project: Improving caring efficacy through effective and compassionate communication with palliative care patients. *MEDSURG Nursing*, 19, 101-105. Repéré à <http://www.medsurnursing.net/cgi-bin/WebObjects/MSNJournal.woa>
- Birk, L. K. (2007). The magnetism of theory: Resonance to radiance. *Journal of Nursing Administration*, 37, 144-149. doi: 10.1097/NNA.0000262735.06499.4f
- Birx, E., Wagstaff, M., & Patten, S. R. V. (2008). Cultivating caring through caring group and ropes course experiences. *Nurse Educator*, 33, 67-70. Repéré à <http://journals.lww.com/nurseeducatoronline/pages/default.aspx>
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (1985). *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationships*. Tuscaloosa, AL: The University of Alabama Press.
- Blackburn, S. (dir.). (2008). *The Oxford dictionary of philosophy* (2^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Blackham, H. J. (1968). *Humanism*. Harmondsworth, Royaume-Uni: Penguin.
- Blanchet Garneau, A. (2013). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10354/Blanchet_Garneau_Amelie_these.pdf
- Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2015a). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*, 35, 1062-1068. doi: 10.1016/j.nedt.2015.05.019
- Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2015b). Cultural competence: A constructivist definition. *Journal of Transcultural Nursing*, 26, 9-15. doi: 10.1177/1043659614541294
- Blattner, W. D. (1994). Is Heidegger a Kantian idealist? *Inquiry*, 37, 185-201. doi: 10.1080/00201749408602348
- Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 137-155. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009

- Blum, C. A., Hickman, C., Parcels, D. A., & Locsin, R. (2010). Teaching caring nursing to RN-BSN students using simulation technology. *International Journal for Human Caring, 14*, 41-50. doi: 10.20467/1091-5710.14.2.40
- Bohner, K. (2017). Theory description, critical reflection, and theory evaluation of the Transitions Theory of Meleis et al according to Chinn and Kramer (2011). *Advances in Nursing Science, 40*, E1-E19. doi: 10.1097/ANS.0000000000000152
- Bond, A. E., Eshah, N. F., Bani-Khaled, M., Hamad, A. O., Habashneh, S., Kataua', H., . . . Maabreh, R. (2011). Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*, 404-409. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00835.x
- Boulet, A., Savoie-Zajc, L., & Chevrier, J. (1996). *Les stratégies d'apprentissage à l'université*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bourbonnais, A. (2015, mars). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers, 120*, 23-34. doi: 10.3917/rsi.120.0023
- Boyer, L. (2013). *Coconstruction d'un modèle cognitif de l'apprentissage d'une compétence en vue d'assurer la validité et l'équité de son évaluation : le cas de la compétence « Exercer un jugement clinique infirmier »* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. NR94425)
- Boyer, L., Dürrenberger, Y., & Goudreau, J. (2009, juin). *L'évaluation des compétences: aspects conceptuels*. Communication présentée au 4^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Marrakech, Maroc.
- Boyer, L., Tardif, J., & Lefebvre, H. (2015). From a medical problem to a health experience: How nursing students think in clinical situations. *Journal of Nursing Education, 54*, 625-632. doi: 10.3928/01484834-20151016-03
- Boykin, A. (1994). *Living a caring-based program*. New York, NY: National League for Nursing.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York, NY: National League for Nursing.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers & National League for Nursing. (Travail original publié en 1993)
- Boykin, A., Schoenhofer, S. O., & Aleman, D. (2003). Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nursing Administration Quarterly, 27*, 223-230. Repéré à <http://journals.lww.com/naqjournal/pages/default.aspx>

- Boykin, A., Schoenhofer, S. O., & Linden, D. (2010). Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's nursing as caring theory. Dans M. E. Parker & M. C. Smith (dir.), *Nursing theories & nursing practice* (3^e éd., p. 370-385). Philadelphie, PA: F. A. Davis Company.
- Brahimi, C. (2011). *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_approchecompetences.pdf
- Bray, L., O'Brien, M. R., Kirton, J., Zubairu, K., & Christiansen, A. (2014). The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registrations students. *Nurse Education Today*, 34, 480-486. doi: 10.1016/j.nedt.2013.06.017
- Brewer, B. B., & Watson, J. (2015). Evaluation of authentic human caring professional practices. *Journal of Nursing Administration*, 45, 622-627. doi: 10.1097/NNA.0000000000000275
- Bridges, J., Nicholson, C., Maben, J., Pope, C., Flatley, M., Wilkinson, C., . . . Tziggili, M. (2013). Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 760-772. doi: 10.1111/jan.12050 Repéré à <http://www.ajan.com.au/>
- Brien, L.-A., Legault, A., & Tremblay, N. (2008). Affective learning in end-of-life care education: The experience of nurse educators and students. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 310-614. Repéré à <http://www.ijpn.co.uk/>
- Brousseau, S. (2006). *La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers oeuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/2333/Sylvain%20Brousseau%20M%20C3%89MOIRE%20MA%20C3%89TRISE%2018%20f%20C3%A9v%202007.pdf>
- Brown, J., Nolan, M., & Davies, S. (2008). Bringing caring and competence into focus in gerontological nursing: A longitudinal, multi-method study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 654-667. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.004
- Brown, K. M., & Bright, L. M. (2017). Teaching caring and competence: Student transformation during an older adult focused service-learning course. *Nurse Education in Practice*, 27, 29-35. doi: 10.1016/j.nepr.2017.08.013
- Brown, L. P. (2011). Revisiting our roots: Caring in nursing curriculum design. *Nurse Education in Practice*, 11, 360-364. doi: 10.1016/j.nepr.2011.03.007
- Brykczynski, K. A., & Benner, P. (2010). The living tradition of interpretive phenomenology. Dans G. Chan, K. Brykczynski, R. Malone & P. Benner (dir.), *Interpretive phenomenology in health care research* (p. 113-141). Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Buber, M. (1996). *I and thou. A new translation, with a prologue and notes by Walter Kaufmann* (W. Kaufmann, Trad.). New York, NY: Touchstone. (Travail original publié en 1970)

- Buhrer, R., & Mitchell, P. (1996). Peer-identified expert nurses' approaches to risk assessment for pressure ulcers. *Advances in Wound Care*, 9(1), 41-46. Repéré à <http://ebSCOhost.com>
- Campbell-Yeo, M., Latimer, M., & Johnston, C. (2008). The empathetic response in nurses who treat pain: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 6-13. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04562.x
- Canadian Association of Schools of Nursing. (2015). *National nursing education framework*. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/Framwork-FINAL-SB-Nov-30-20151.pdf>
- Cannaerts, N., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2014). Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: Educators' and students' perceptions. *Nursing Ethics*, 21, 861-878. doi: 10.1177/0969733014523166
- Cantrell, M. A., & Matula, C. (2009). The meaning of comfort for pediatric patients with cancer [Matériel supplémentaire]. *Oncology Nursing Forum*, 36, E303-E309. doi: 10.1188/09.ONF.E303-E309
- Cara, C. (1997). *Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 9728055)
- Cara, C. (1999). A relational caring inquiry: Nurses' perspective on how management can promote a caring practice. *International Journal for Human Caring*, 3(1), 22-30. doi: 10.20467/1091-5710.3.1.22
- Cara, C. (2001). The apprenticeship of caring. *International Journal for Human Caring*, 5(2), 33-41. doi: 10.20467/1091-5710.5.2.33
- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61. doi: 10.20467/1091-5710.7.3.51
- Cara, C. (2004, juin). *Le caring en 2004 : le vivre dans sa pratique au quotidien*. Communication présentée au 26^e International Association for Human Caring Conference, Montréal, Québec.
- Cara, C. (2010). Explorer les fondements théoriques du *caring* dans la pratique infirmière. Dans P. A. Potter & A. G. Perry (dir.), *Soins infirmiers - Fondements généraux* (C. Dallaire, S. Le May & Y. Brassard, Trad., 3^e éd., Vol. 1, p. 84-99). Montréal, Québec: Chenelière Éducation. (Travail original publié en 2009)
- Cara, C. (2012, juillet). *An example of a humanistic caring program*. Conférence donnée dans le cadre du Watson's Inaugural Caring Science Summer Institute & World Caring Conference, Boulder, CO.

- Cara, C. (2014). *Atelier de formation #1: « pratique clinique, démarche et Modèle humaniste des soins UdeM »*. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Cara, C. (2017, février). *Le modèle humaniste UdeM : quelques travaux entourant son évolution*. Conférence donnée dans le cadre des Grandes conférences du Vice-décanat à la recherche et au développement international, Montréal, Québec.
- Cara, C., & Brousseau, S. (2010, janvier). *Démystifier la méthode phénoménologique*. Conférence donnée dans le cadre du cours SOI 6103 - Recherche en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Cara, C., & Gagnon, L. (2014). *Atelier de formation #2: « le Modèle humaniste des soins UdeM en pratique »*. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016, juin). Le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020
- Cara, C., & Girard, F. (2013, mai). *The humanist model of nursing care: A driving force for nursing education*. Affiche présentée au 34^e International Association for Human Caring Conference, Lake Buena Vista, FL.
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M., . . . Robinette, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Carnevale, F. A., & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: a phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19-27. Repéré à <http://www.caccn.ca/en/publications/dynamics/>
- Castell, F. (2008). Professionalism in nursing practice. *Nursing Journal*, 12, 13-17. Repéré à <http://www.northland.ac.nz>
- Cerbone, D. R. (1995). World, world-entry, and realism in early Heidegger. *Inquiry*, 38, 401-421. doi: 10.1080/00201749508602397
- Chachula, K. M., Myrick, F., & Yonge, O. (2015). Letting go: How newly graduated nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today*, 35, 912-918. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.024
- Charette, M., Goudreau, J., & Alderson, M. (2014, mars). Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en soins infirmiers*, 116, 28-39. doi: 10.3917/rsi.116.0028

- Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. (2019). Factors influencing the practice of new graduate nurses: A focused ethnography of acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3618-3631. doi: 10.1111/jocn.14959
- Chen, C. S., Chan, S. W.-C., Chan, M. F., Yap, S. F., Wang, W., & Kowitlawakul, Y. (2017). Nurses' perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: A qualitative study. *The Journal of Nursing Research*, 25(6), 411-418. doi: 10.1097/jnr.0000000000000185
- Chen, H.-C., Chu, C.-I., Wang, Y.-H., & Lin, L.-C. (2008). Turnover factors revisited: A longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 277-285. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.010
- Chen, S.-Y., Chang, H.-C., & Pai, H.-C. (2017). Caring behaviours directly and indirectly affect nursing students' critical thinking. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 197-203. doi: 10.1111/scs.12447
- Chernomas, W. M., Care, W. D., McKenzie, J.-A. L., Guse, L., & Currie, J. (2010, mars). "Hit the ground running": Perspectives of new nurses and nurse managers on role transition and integration of new graduates. *Nursing Leadership*, 22(4), 70-86. doi: 10.12927/cjnl.2010.21598
- Chinn, P. L. (1991). *Anthology on caring*. New York, NY: National League for Nursing.
- Chinn, P. L. (2019). *The discipline of nursing: Moving forward boldly*. Repéré à <https://nursologycom.files.wordpress.com/2019/03/2019-03-21-case-keynote-7.pdf>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (10^e éd.). Saint-Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Christiansen, A. (2011). Storytelling and professional learning: A phenomenographic study of students' experience of patient digital stories in nurse education. *Nurse Education Today*, 31, 289-293. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.006
- Christiansen, A., O'Brien, M. R., Kirton, J. A., Zubairu, K., & Bray, L. (2015). Delivering compassionate care: The enablers and barriers. *British Journal of Nursing*, 24, 833-837. doi: 10.12968/bjon.2015.24.16.833
- CHU Sainte-Justine. (2014). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitaliers québécois de l'enfant à l'adulte*. Repéré à https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI_Referentiel_Comptence_Hospitalier_190125_HR.pdf
- Clark, L. (2014). A humanizing gaze for transcultural nursing research will tell the story of health disparities. *Journal of Transcultural Nursing*, 25, 122-128. doi: 10.1177/1043659613515172
- Clarke, A., Hanson, E. J., & Ross, H. (2013). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 697-706. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x

- Clarke, A., & Ross, H. (2006). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: Perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. *International Journal of Older People Nursing, 1*, 34-43. doi: 10.1111/j.1748-3743.2006.00006.x
- Clarke, P. N., Watson, J., & Brewer, B. B. (2009). From theory to practice: Caring science according to Watson and Brewer. *Nursing Science Quarterly, 22*, 339-345. doi: 10.1177/0894318409344769
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences, 12*, 235-243. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Coffey, A., Saab, M. M., Landers, M., Cornally, N., Hegarty, J., Drennan, J., . . . Savage, E. (2019). The impact of compassionate care education on nurses: A mixed-method systematic review. Publication en ligne avancée. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.14088
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., & Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières: genèse d'une discipline*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- College & Association of Registered Nurses of Alberta. (2013). *Entry-to-practice competencies for the registered nurses profession*. Repéré à http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Standards/RN_EntryPracticeCompetencies_May2013.pdf
- College of Nurses of Ontario. (2018). *Entry-to-practice competencies for registered nurses*. Repéré à <http://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037-entry-to-practice-competencies-2020.pdf>
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2015). *Competencies in the context of entry level registered nurse practice in British Columbia*. Repéré à https://www.bccnp.ca/becoming_a_nurse/Documents/RN_entry_level_competencies_375.pdf
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2017). *Standards of practice for registered nurses*. Repéré à <https://crnns.ca/wp-content/uploads/2015/02/RNStandards.pdf>
- Conroy, T., Feo, R., Boucaut, R., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Role of effective nurse-patient relationships in enhancing patient safety. *Nursing Standard, 31*(49), 53-63. doi: 10.7748/ns.2017.e10801
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Cook, M. J. (2001). The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard, 15*(35), 33-36. doi: 10.7748/ns2001.05.15.35.38.c3027 Repéré à <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk>

- Coomber, B., & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review. *International Journal of Nursing Studies*, *44*, 297-314. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004
- Copson, A., & Grayling, A. C. (2015). *The Wiley Blackwell handbook of humanism*. Chichester, Royaume-Uni: Wiley Blackwell.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Cornwell, J., Donaldson, J., & Smith, P. (2014). Nurse Education Today: Special issue on compassionate care. *Nurse Education Today*, *34*, 1188-1189. doi: 10.1016/j.nedt.2014.06.001
- Cossette, R., McClish, S., & Ostiguy, K. (2004). *L'apprentissage par problèmes en soins infirmiers. Adaptation en clinique et évaluation des effets*. Repéré à http://www.cdc.qc.ca/parea/Rapport_PAREA_Cossette_McClish_Ostiguy_2004.pdf
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2004). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*, *42*, 673-686. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.10.004
- Cossette, S., Pepin, J., & Fontaine, G. (2019). Caring Nurse-Patient Interactions scale. Dans K. Sitzman & J. Watson (dir.), *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences: Watson's Caring Science guide* (3^e éd., p. 251-270). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2007). Competence in nursing practice: a controversial concept - a focused review of literature. *Accident and Emergency Nursing*, *15*, 20-26. doi: 10.1016/j.aen.2006.11.002
- Cox, C. L. (2012). Caring: A patient's perspective. *Gastrointestinal Nursing*, *10*(2), 5. Repéré à <http://www.gastrointestinalnursing.co.uk/>
- Craig, E. (dir.). (1998). *Routledge encyclopedia of philosophy*. New York, NY: Routledge.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Crick, P., Perkinson, L., & Davies, F. (2014, 29 janvier). Why do student nurses want to be nurses? *Nursing Times*, *110*(5), 12-15. Repéré à <http://www.nursingtimes.net/>

- Crist, J. D., & Tanner, C. A. (2003). Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. *Nursing Research*, 52, 202-205. Repéré à <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/default.aspx>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., . . . Warren, J. (2009). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122-131. doi: 10.1016/j.outlook.2007.02.006
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. Londre, Royaume- Uni: SAGE.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016-2025. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x
- Curtis, K. (2013). 21st Century challenges faced by nursing faculty in educating for compassionate practice: Embodied interpretation of phenomenological data. *Nurse Education Today*, 33, 746-750. doi: 10.1016/j.nedt.2013.05.007
- Curtis, K. (2014). Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. *Nursing Ethics*, 21, 210-223. doi: 10.1177/0969733013478307
- Curtis, K., Gallagher, A., Ramage, C., Montgomery, J., Martin, C., Leng, J., . . . Wrigley, M. (2017). Using appreciative inquiry to develop, implement and evaluate a multi-organisation 'Cultivating Compassion' programme for health professionals and support staff. *Journal of Research in Nursing*, 22, 150-165. doi: 10.1177/1744987116681376
- Curtis, K., Horton, K., & Smith, P. (2012). Student nurse socialisation in compassionate practice: A grounded theory study. *Nurse Education Today*, 32, 790-795. doi: 10.1016/j.nedt.2012.04.012
- Curtis, M. J., & Jensen, A. (2010). A descriptive study of learning through confluent education: An opportunity to enhance nursing students' caring, empathy, and presence with clients from different cultures. *International Journal for Human Caring*, 14, 49-53. doi: 10.20467/1091-5710.14.3.48
- Davies, T. (2008). *Humanism* (2^e éd.). New York, NY: Routledge.
- de Chesnay, M. (2015). *Nursing research using phenomenology: Qualitative designs and methods in nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Delmas, P., O'Reilly, L., Iglesias, K., Cara, C., & Burnier, M. (2016). Feasibility, acceptability, and preliminary effects of educational intervention to strengthen humanistic practice among hemodialysis nurses in the Canton of Vaud, Switzerland: A pilot study. *International Journal for Human Caring*, 20, 31-43. doi: 10.20467/1091-5710-20.1.31
- Dewar, B. (2013). A critical analysis of Compassion in Practice. *Nursing Standard*, 28(10), 46-50. Repéré à <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk>

- Dewar, B., & Cook, F. (2014). Developing compassion through a relationship centred appreciative leadership programme. *Nurse Education Today*, 34, 1258-1264. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.012
- Dewar, B., & Nolan, M. (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people case setting. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1247-1258. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008
- Dewar, B. J. (2011). *Caring about caring: An appreciative inquiry about compassionate relationship-centred care* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. U587578)
- Dingman, S. K., Williams, M., Fosbinder, D., & Warnick, M. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 29, 30-37. Repéré à <http://journals.lww.com/jonajournal/Pages/default.aspx>
- Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2013). *Profil des compétences cliniques*. Montréal, Québec: Auteur.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26, 113-120. Repéré à <http://www.nursingoutlook.org/>
- Dreyfus, H. L. (1984). Beyond hermeneutics: Interpretation in late Heidegger and recent Foucault. Dans G. Shapiro & A. Sica (dir.), *Hermeneutics: Questions and prospects* (p. 66-83). Amherst, MA: University of Massachusetts Press.
- Dreyfus, H. L. (1991). *Being-in-the-world: A commentary on Heidegger's Being and time, Division I*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Drumm, J., & Chase, S. K. (2010). Learning caring: The student's experience. *International Journal for Human Caring*, 14(4), 31-37. doi: 10.20467/1091-5710.14.4.31
- Dunn, D. J., & Rivas, D. (2014). Transforming compassion satisfaction. *International Journal for Human Caring*, 18(1), 45-50. doi: 10.20467/1091-5710.18.1.45
- Durkin, M., Gurbutt, R., & Carson, J. (2018). Qualities, teaching, and measurement of compassion in nursing: A systematic review. *Nurse Education Today*, 63, 50-58. doi: 10.1016/j.nedt.2018.01.025
- Dury, C., Collin, J., & Duchêne, B. (2012). *Référentiel de compétences de la bachelière et du bachelier en soins infirmiers*. Repéré à <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/149083/1/RCi-BSI.pdf>
- Dyess, S. M., & Sherman, R. O. (2009). The first year of practice: New graduate nurses' transition and learning needs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 403-410. doi: 10.3928/00220124-20090824-03

- Eliasson, M., Kainz, G., & von Post, I. (2008). Uncaring midwives. *Nursing Ethics, 14*, 500-511. doi: 10.1177/0969733008090521
- Enns, C., & Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: Expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing, 58*, 339-347. doi: 10.1046/j.1365-2648.2007.04237.x
- Enns, C. L., & Sawatzky, J.-A. V. (2016). Emergency nurses' perspectives: Factors affecting caring. *Journal of Emergency Nursing, 42*, 240-245. doi: 10.1016/j.jen.2015.12.003
- Everson, N., Levett-Jones, T., Lapkin, S., Pitt, V., van der Riet, P., Rossiter, R., . . . Courtney-Pratt, H. (2015). Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale. *Journal of Clinical Nursing, 24*, 2849–2858. doi: 10.1111/jocn.12893
- Everson, N., Levett-Jones, T., Pitt, V., Lapkin, S., van der Riet, P., Rossiter, R., . . . Pratt, H. C. (2018). Analysis of the Empathic Concern Subscale of the Emotional Response Questionnaire in a study evaluating the impact of a 3D cultural simulation. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 15*(1), 1-14. doi: 10.1515/ijnes-2017-0003
- Eymard, A. S., Crawford, B. D., & Keller, T. M. (2010). “Take a walk in my shoes”: Nursing students take a walk in older adults' shoes to increase knowledge and empathy. *Geriatric Nursing, 31*, 137-141. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.02.008
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2003). *Réforme du programme de baccalauréat*. Montréal, Québec: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2010). *Référentiel de compétences. Baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal, Québec: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2012). *La démarche de soins infirmiers humaniste-caring*. Montréal, Québec: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2015). *Référentiel de compétences. Baccalauréat en sciences infirmières (2^e éd.)*. Montréal, Québec: Auteur.
- Fagermoen, M. S. (2006). Humanism in nursing theory: A focus on caring. Dans H. S. Kim & I. Kollak (dir.), *Nursing Theories: Conceptual & philosophical foundations* (2^e éd., p. 157-183). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Fanjoy, A. C. (2018). *Transformation and embodiment: Nursing students' lived experiences of learning caring in nursing education* (Mémoire de maîtrise, University of New Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick). Repéré à <https://unbscholar.lib.unb.ca/islandora/object/unbscholar%3A9752/datastream/PDF/download/citation.pdf>

- Faucher, C. (2009). *Explicitation du raisonnement clinique chez des optométristes du niveau compétent et expert: développement d'un modèle de raisonnement clinique en optométrie* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. NR48551)
- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing Science Quarterly*, 18, 131-135. doi: 10.1177/0894318405274823
- Ferguson, L. M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013). Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice*, 13, 283-287. doi: 10.1016/j.nepr.2013.03.016
- Ferri, P., Rovesti, S., Panzera, N., Marcheselli, L., Bari, A., & Di Lorenzo, R. (2017). Empathic attitudes among nursing students : A preliminary study. *Acta Biomedica*, 88(Suppl. 3), 22-30. doi: 10.23750/abm.v88i3-S.6610
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Finch, L. P. (2005). Nurses' communication with patients: Examining relational communication dimensions and relationship satisfaction. *International Journal for Human Caring*, 9(4), 14-23. doi: 10.20467/1091-5710.9.4.14
- Finch, L. P. (2006). Patients' communication with nurses: Relational communication and preferred nurse behaviors. *International Journal for Human Caring*, 10(4), 14-22. doi: 10.20467/1091-5710.10.4.14
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 194-204. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x
- Finfgeld-Connett, D. (2013). Meta-synthesis of caring in nursing. Dans M. C. Smith, M. C. Turkel & Z. R. Wolf (dir.), *Caring in nursing classics. An essential resource* (p. 103-114). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3, 6-25. doi: doi.org/10.29173/pandpr19818
- Fleming, B. D., Thomas, S. E., Burnham, W. S., Charles, L. T., & Shaw, D. (2015). Improving ethnocultural empathy in healthcare students through a targeted intervention. *Journal of Cultural Diversity*, 22, 59-63. Repéré à <http://tuckerpublishing.com/jcd.htm>
- Flinkman, M., & Salanterä, S. (2015). Early career experiences and perceptions – a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*, 23, 1050-1057. doi: 10.1111/jonm.12251

- Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public Inquiry. Volume 3: Present and future, annexes.* Repéré à <http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Volume%203.pdf>
- Frick, W. B. (1989). *Humanistic psychology: Conversations with Abraham Maslow, Gardner Murphy, Carl Rogers.* Bristol, IN: Wyndham Hall Press.
- Gadamer, H.-G. (2004). *Truth and method* (J. Weinsheimer & D. G. Marshall, Trad., 2^e éd.). Londres, Royaume-Uni: Continuum. (Travail original publié en 1989)
- Gadamer, H.-G. (2008). *Philosophical hermeneutics* (D. E. Linge, Trad.). Berkeley, CA: University of California Press. (Travail original publié en 1976)
- Gholamzadeh, S., Khastavaneh, M., Khademian, Z., & Ghadakpour, S. (2018). The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Medical Education, 18*(198), 1-7. doi: 10.1186/s12909-018-1297-9
- Gill, M. J. (2014). The possibilities of phenomenology for organizational research. *Organizational Research Methods, 17*, 118-132. doi: 10.1177/1094428113518348
- Girard, F., & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM.* Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Glebocki, M. M., & Dunn, K. S. (2010). Building an organizational culture of caring: Caring perceptions enhanced with education. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 41*, 565-570. doi: 10.3928/00220124-20100701-05
- Goodrich, J., & Cornwell, J. (2008). *Seeing the person in the patient. The Point of Care review paper.* Repéré à <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Seeing-the-person-in-the-patient-The-Point-of-Care-review-paper-Goodrich-Cornwell-Kings-Fund-December-2008.pdf>
- Goudreau, J., & Boyer, L. (2017). Dix ans de mise en oeuvre d'un programme de 1^{er} cycle universitaire en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : toujours des enjeux d'évaluation. Dans M. Poumay, J. Tardif & F. Georges (dir.), *Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur* (p. 63-80). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Goudreau, J., Boyer, L., & Létourneau, D. (2014). Clinical reasoning in nursing practice: A cognitive learning model based on a think aloud methodology. *Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière, 1*(1), 1-18. doi: 10.17483/2368-6669.1009
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., & Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 6*, 1-15. doi: 10.2202/1548-923X.1685
- Gouin, J.-A., & Hamel, C. (2017). La coproduction d'une trajectoire de développement pour la compétence « Concevoir des situations d'enseignement-apprentissage » en enseignement

- au secondaire *Revue canadienne de l'éducation*, 40(4), 419-456. Repéré à <http://journals.sfu.ca/cje/index.php/cje-rce/article/view/2484/2459>
- Graber, D. R., & Mitcham, M. D. (2004). Compassionate clinicians: Take patient care beyond the ordinary. *Holistic Nursing Practice*, 18, 87-94. Repéré à <http://journals.lww.com/hnpjjournal/pages/default.aspx>
- Graber, D. R., Mitcham, M. D., Coker-Bolt, P., Wise, H. H., Jacques, P., Edlund, B., & Annan-Coults, D. (2012). The caring professionals program: Educational approaches that integrate caring attitudes and empathic behaviors into health professions education. *Journal of Allied Health*, 41, 90-96. Repéré à <http://www.ingentaconnect.com/content/asahp/jah>
- Gramling, K. L. (1999). *The art of nursing: Portraits from the critically-ill* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 9942492)
- Grant, M. S., & Jenkins, L. S. (2014). Communication education for pre-licensure nursing students: Literature review 2002-2013. *Nurse Education Today*, 34, 1375-1381. doi: 10.1016/j.nedt.2014.07.009
- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing - defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175. doi: 10.1016/j.nedt.2008.08.003
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8^e éd.). Saint-Louis, MO: Elsevier.
- Griffith, R. (2013). Professional boundaries in the nurse-patient relationship. *British Journal of Nursing*, 22, 1087-1088. doi: 10.12968/bjon.2013.22.18.1087
- Griffith, R., & Tengahan, C. (2013). Maintaining professional boundaries: Keep your distance. *British Journal of Community Nursing*, 18, 43-46. doi: 10.12968/bjcn.2013.18.1.43
- Griffiths, J., Speed, S., Horne, M., & Keeley, P. (2012). 'A caring professional attitude': What service users and carers seek in graduate nurses and the challenge for educators. *Nurse Education Today*, 32, 121-127. doi: 10.1016/j.nedt.2011.06.005
- Gross, R. L., Drummond, J., Satlof-Bedrick, E., Waugh, W. E., Svetlova, M., & Brownell, C. A. (2015). Individual differences in toddlers' social understanding and prosocial behavior: Disposition or socialization? *Frontiers in Psychology*, 6, 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00600
- Haag-Heitman, B. (1999). Developing the Clinical Practice Development Model at St. Luke's Medical Center. Dans B. Haag-Heitman (dir.), *Clinical practice development using Novice to Expert theory* (p. 43-64). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Haley, B., Heo, S., Wright, P., Barone, C., Rettigantid, M. R., & Anders, M. (2017). Effects of using an Advancing Care Excellence for Seniors simulation scenario on nursing student

- empathy: A randomized controlled trial. *Clinical Simulation in Nursing*, 13, 511-519. doi: 10.1016/j.ecns.2017.06.003
- Halldórsdóttir, S. (1991). Five basic modes of *being with* another. Dans D. A. Gaut (dir.), *Caring: The compassionate healer* (p. 37-49). New York, NY: National League for Nursing.
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care - developing a theory* (Thèse de doctorat inédite). Linköping University, Linköping, Suède.
- Halldórsdóttir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 643-652. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x
- Halldórsdóttir, S., & Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20, 120-128. Repéré à <http://journals.lww.com/cancernursingonline/Pages/default.aspx>
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (1996). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17, 361-379. doi: 10.1080/07399339609516251
- Halperin, O., & Maschiach-Eizenberg, M. (2014). Becoming a nurse - A study of career choice and professional adaptation among Israeli Jewish and Arab nursing students: A quantitative research study. *Nurse Education Today*, 34, 1331-1334. doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.001
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., . . . Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(824), 1-20. doi: 10.1186/s12913-017-2707-0
- Haron, Y. (2014). Factors influencing nursing career choices and choice of study program. *Health Marketing Quarterly*, 31, 167-177. doi: 10.1080/07359683.2014.907126
- Haugan, G., Innstrand, S. T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2192-2205. doi: 10.1111/jocn.12072
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Heidegger, M. (2008). *Basic writings* (D. F. Krell, Trad.). New York, NY: HarperCollins. (Travail original publié en 1954)
- Heidegger, M. (2008). *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trad., 2^e éd.). New York, NY: HarperCollins. (Travail original publié en 1927)

- Henry, D. (2018). Rediscovering the art of nursing to enhance nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 31, 47-54. doi: 10.1177/0894318417741117
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research* (2^e éd.). Los Angeles, Californie: SAGE.
- Hickey, M. T., Forbes, M., & Greenfield, S. (2010). Integrating the Institute of Medicine competencies in a baccalaureate curricular revision: Process and strategies. *Journal of Professional Nursing*, 26, 214-222. doi: 10.1016/j.profnurs.2010.03.001
- Hills, M., & Watson, J. (2011). *Creating a caring science curriculum: An emancipatory pedagogy for nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Hofmeyer, A., Toffoli, L., Vernon, R., Taylor, R., Klopper, H. C., Coetzee, S. K., & Fontaine, D. (2018). Teaching compassionate care to nursing students in a digital learning and teaching environment. *Collegian*, 25, 307-312. doi: 10.1016/j.colegn.2017.08.001
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. (s.d.). La philosophie : Le caring. Repéré à <http://www.hscm.ca/soins-et-services/les-soins-infirmiers/la-philosophie-le-caring/index.html>
- Houtepen, R., & Hendriks, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics*, 10, 377-387. doi: 10.1191/0969733003ne620oa
- Hsu, L.-L., Chang, W.-H., & Hsieh, S.-I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: A randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31, 37-49. doi: 10.1016/j.profnurs.2014.05.007
- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 186-194. doi: 10.1111/jnu.12122
- Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2018a). Compassion in emergency departments. Part 1: Nursing students' perspectives. *Emergency Nurse*, 26(2), 25-30. doi: 10.7748/en.2018.e1774
- Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2018b). Compassion in emergency departments. Part 2: Barriers to the provision of compassionate care. *Emergency Nurse*, 26(3), 28-33. doi: 10.7748/en.2018.e1775
- Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2018c). Compassion in emergency departments. Part 3: Enabling and supporting delivery of compassionate care. *Emergency Nurse*, 26(4), 28-31. doi: 10.7748/en.2018.e1776

- Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une phénoménologie* (P. Ricoeur, Trad.). Paris, France: Gallimard. (Travail original publié en 1913)
- Hwang, H.-L., Tu, C.-T., Chen, S., & Wang, H.-H. (2012). Caring behaviors perceived by elderly residents of long-term care facilities: Scale development and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, *49*, 183-190. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.013
- Hwang, H.-L., Wang, H.-H., & Lin, H.-S. (2013). Effectiveness of supervised intergenerational service learning in long-term care facilities on the attitudes, self-transcendence, and caring behaviors among nursing students: A quasiexperimental study. *Educational Gerontology*, *39*, 655-668. doi: 10.1080/03601277.2012.734159
- Im, E.-O. (2015). The current status of theory evaluation in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *71*, 2268-2278. doi: 10.1111/jan.12698
- Institut canadien pour la sécurité des patients. (2008). *Les compétences liées à la sécurité des patients*. Repéré à <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/safetyCompetencies/Documents/Les%20Comp%C3%A9tences%20li%C3%A9es%20%C3%A0%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20%C3%89dition%20originale.pdf>
- Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jack, K., Hamshire, C., & Chambers, A. (2017). The influence of role models in undergraduate nurse education. *Journal of Clinical Nursing*, *26*, 4707-4715. doi: 10.1111/jocn.13822
- Jacobson, G. A. (2002). Maintaining professional boundaries: Preparing nursing students for the challenge. *Journal of Nursing Education*, *41*, 279-281. Repéré à <http://www.healio.com/journals/JNE>
- Jensen, K. T. (2019). Nursing research: A marriage of theoretical influences. *Nursing Open*, *6*, 1205-1217. doi: 10.1002/nop.2.320
- Jirwe, M., & Rudman, A. (2012). Why choose a career in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, *68*, 1615-1623. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05991.x
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, *22*(4), 116-120. Repéré à <https://journals.lww.com/nursing/pages/default.aspx>
- Jones, A. (2007). Putting practice into teaching: An exploratory study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource. *Journal of Clinical Nursing*, *16*, 2297-2307. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01948.x
- Jones, J., Winch, S., Strube, P., Mitchel, M., & Henderson, A. (2016). Delivering compassionate care in intensive care units: Nurses' perceptions of enablers and barriers. *Journal of Advanced Nursing*, *72*, 3137-3146. doi: 10.1111/jan.13064

- Joseph, D. (1985). Humanism as a philosophy for nursing. *Nursing Forum*, 22, 135-138. doi: 10.1111/j.1744-6198.1985.tb00785.x
- Jourard, S. M. (1971). *The transparent self*. Van Nostrand Reinhold: New York, NY.
- Karlsson, M., Bergbom, I., von Post, I., & Berg-Nordenberg, L. (2004). Patient experiences when the nurse cares for and does not care for. *International Journal for Human Caring*, 8(3), 30-36. doi: 10.20467/1091-5710.8.3.31
- Ke, Y. T., Kuo, C. C., & Hung, C. H. (2017). The effects of nursing preceptorship on new nurses' competence, professional socialization, job satisfaction and retention: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 2296-2305. doi: 10.1111/jan.13317
- Khademi, M., Mohammadi, E., & Vanaki, Z. (2017). A grounded theory of humanistic nursing in acute care work environments. *Nursing Ethics*, 24, 908-921. doi: 10.1177/0969733016638140
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14, 34-44. doi: 10.1177/1534765608319083
- King, M. L. (2014). *Renaissance humanism: An anthology of sources* (2^e éd.). Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company.
- Kleiman, S. (2005). Discourse on humanism in nursing. *International Journal for Human Caring*, 9(1), 9-15. doi: 10.20467/1091-5710.9.1.9
- Kleiman, S. (2007). Revitalizing the humanistic imperative in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 28, 209-213. doi: 10.1043/1536-5026(2007)028[0209:RTHIIN]2.0.CO;2
- Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Hulle, C. V., Robinson, J. L., & Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*, 8, 737-752. doi: 10.1037/a0014179
- Kosowski, M. M. R. (1995). Clinical learning experiences and professional nurse caring: A critical phenomenological study of female baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34, 235-242. doi: 10.3928/0148-4834-19950501-10
- Kostovich, C. T., & Clementi, P. S. (2014). Nursing presence: Putting the art of nursing back into hospital orientation. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30, 70-75. doi: 10.1097/NND.0000000000000045
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. Saint Louis, MO: C.V. Mosby.
- Krol, P. (2010, septembre). L'apprentissage du *caring* chez les étudiantes infirmières au baccalauréat dans un programme de formation par compétences. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 59-72. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/102/59.pdf>

- Lalande, A. (dir.). (2010). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (3^e éd.). Paris, France: Quadrige/Presses Universitaires de France.
- Lamont, C. (1997). *The philosophy of humanism* (8^e éd.). Amherst, NY: Humanist Press.
- Langewitz, W., Heydrich, L., Nübling, M., Szirt, L., Weber, H., & Grossman, P. (2010). Swiss Cancer League communication skills training for oncology nurses: An evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2266-2277. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05386.x
- Larson, L. (2004). Restoring the relationship: The key to nurse and patient satisfaction. *Trustee*, 57(9), 21-24. Repéré à <http://www.trusteemag.com/>
- Laschinger, H. K. S., Cummings, G., Leiter, M., Wong, C., MacPhee, M., Ritchie, J., . . . Read, E. (2016). Starting out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 82-95. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.005
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, Québec: Guérin.
- Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. *Pédagogie collégiale*, 15(1), 28-33. Repéré à http://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/Lasnier_15_1.pdf
- Lasnier, F. (2014). *Les compétences : de l'apprentissage à l'évaluation*. Montréal, Québec: Guérin.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels* (4^e éd.). Paris, France: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris, France: Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2010). *Professionaliser. Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* (6^e éd.). Paris, France: Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives. Le modèle : agir avec compétence en situation. Les réponses à plus de 100 questions* (6^e éd.). Paris, France: Eyrolles.
- Lee-Hsieh, J. (2002). An educational strategy to enhance caring in nursing students in an associate degree program. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 27-33. doi: 10.20467/1091-5710.7.1.27
- Lee-Hsieh, J., Kuo, C.-L., & Tseng, H.-F. (2005). Application and evaluation of a caring code in clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*, 44, 177-184. Repéré à <http://www.healio.com/journals/JNE>
- Lee-Hsieh, J., Kuo, C.-L., Turton, M. A., Hsu, C.-L., & Chu, H.-C. (2007). Action research on the development of a caring curriculum in Taiwan: Part II. *Journal of Nursing Education*, 46, 553-561. Repéré à <http://www.healio.com/journals/JNE>

- Lee, K.-C., Yu, C.-C., Hsieh, P.-L., Li, C.-C., & Chao, Y.-F. C. (2018). Situated teaching improves empathy learning of the students in BSN program: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, *64*, 138-143. doi: 10.1016/j.nedt.2018.02.013
- Legault, A. (2009). *La formation par compétences à l'université, pourquoi? comment?* Montréal, Québec: Centre d'innovation en formation infirmière.
- Legendre, M.-F. (2008). Un regard socioconstructiviste sur la participation des savoirs à la construction du lien social. *Éducation et francophonie*, *36*(2), 63-79. Repéré à http://www.acelf.ca/c/revue/pdf/XXXVI_2_063.pdf
- Leininger, M. M. (1984). *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare, NJ: Slack.
- Lenburg, C. B., Abdur-Rahman, V. Z., Spencer, T. S., Boyer, S. A., & Klein, C. J. (2011). Implementing the COPA Model in nursing education and practice settings: Promoting competence, quality care, and patient safety. *Nursing Education Perspectives*, *32*, 290-296. doi: 10.5480/1536-5026-32.5.290
- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA model: A comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, *30*, 312-317. doi: 10.1043/1536-5026-30.5.312
- Leprohon, J., Lessard, L.-M., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales (2^e éd.)*. Montréal, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Leprohon, J., Truchon, S., & Roger, N. (2002). *Guide d'auto-apprentissage. Les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/235-guide-autoapprentissage-aspects-deonto-juridiques.pdf>
- Leroy, A. (2008). *Référentiel européen de compétences en soins infirmiers*. Repéré à http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/0_CRESEI_Farde.pdf
- Létourneau, D., Cara, C., & Goudreau, J. (2016). Agir avec humanisme : l'approche humaine et relationnelle du soin, un pouvoir de l'infirmière. *Perspective infirmière*, *13*(5), 32-34. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no5/10-formation.pdf>
- Létourneau, D., Cara, C., & Goudreau, J. (2017). Humanizing nursing care: An analysis of caring theories through the lens of humanism. *International Journal for Human Caring*, *21*, 32-40. doi: 10.20467/1091-5710-21.1.32
- Létourneau, D., Goudreau, J., & Cara, C. (2019). *Facilitating and hindering experiences to the development of humanistic caring in the academic and clinical settings: An interpretive phenomenological study with nursing students and nurses*. Manuscrit soumis pour publication.

- Létourneau, D., Goudreau, J., & Cara, C. (sous presse). Humanistic caring, a nursing competency: Modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Levett-Jones, T., Cant, R., & Lapkin, S. (2019). A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 75, 80-94. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.006
- Levett-Jones, T., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Heaton, L., Flenady, T., Applegarth, J., . . . Anderson, P. (2017). *Patient safety competency framework (PSCF) for nursing students*. Repéré à http://www.proftlj.com/wp-content/uploads/2017/07/UTS_PSCF_Brochure_2.pdf
- Levett-Jones, T., Govind, N., Pich, J., Hoffman, K., Lapkin, S., Jeong, S. Y.-S., . . . Jakimovicz, S. (2018). Exploring nursing students' perspectives of a novel point-of-view disability simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 18, 28-37. doi: 10.1016/j.ecns.2017.10.010
- Levett-Jones, T., Lapkin, S., Govind, N., Pich, J., Hoffman, K., Jeong, S. Y.-S., . . . Everson, N. (2017). Measuring the impact of a 'point of view' disability simulation on nursing students' empathy using the Comprehensive State Empathy Scale. *Nurse Education Today*, 59, 75-81. doi: 10.1016/j.nedt.2017.09.007
- Levinas, E. (1987). *Humanisme de l'autre homme*. Paris, France: Librairie générale française. (Travail original publié en 1972)
- Liaw, S. Y., Wu, L. T., Chow, Y. L., Lim, S., & Tan, K. K. (2017). Career choice and perceptions of nursing among healthcare students in higher education institutions. *Nurse Education Today*, 52, 66-72. doi: 10.1016/j.nedt.2017.02.008
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Londres, Royaume-Uni: SAGE.
- Lindfors, K., Meretoja, R., Kaunonen, M., & Paavilainen, E. (2018). Preceptors' perceptions of the elements of a successful and an unsuccessful orientation period for newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 26, 256-262. doi: 10.1111/jonm.12541
- Logan, K. A. (2017). *Meta-synthesis of caring within nursing education* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 10260852)
- Lovan, S. R., & Wilson, M. (2012). Comparing empathy levels in students at the beginning and end of a nursing program. *International Journal for Human Caring*, 16(3), 28-33. doi: 10.20467/1091-5710.16.3.28
- Lussier, M., & St-Jacques, M. (1993). *Le bénéficiaire victime d'un traumatisme crânio-encéphalique : programme de soins*. Montréal, Québec: Institut de réadaptation de Montréal.
- Ma, F., Li, J., Liang, H., Bai, Y., & Song, J. (2014). Baccalaureate nursing students' perspectives on learning about caring in China: A qualitative descriptive study. *BMC Medical Education*, 14(42), 1-9. doi: 10.1186/1472-6920-14-42

- Ma, F., Li, J., Zhu, D., Bai, Y., & Song, J. (2013). Confronting the caring crisis in clinical practice. *Medical Education*, *47*, 1037-1047. doi: 10.1111/medu.12250
- Maben, J., Latter, S., & Clark, J. M. (2007). The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: Evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, *14*, 99-113. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00357.x
- Mackintosh, C. (2006). Caring: The socialisation of pre-registration student nurses: A longitudinal qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, *43*, 953-962. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.006
- Mackintosh, C. (2007). Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *International Journal of Nursing Studies*, *44*, 982-990. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.04.009
- Manfrin-Ledet, L., Porche, D. J., & Eymard, A. S. (2015). Professional boundary violations: A literature review. *Home Healthcare Now*, *33*, 326-332. doi: 10.1097/NHH.0000000000000249
- Martin, A., & Olson, K. R. (2015). Beyond good and evil: What motivations underlie children's prosocial behavior? *Perspectives on Psychological Science*, *10*, 159-175. doi: 10.1177/1745691615568998
- Marx, K. (2007). *Economic and philosophic manuscripts of 1844* (M. Milligan, Trad.). Mineola, NY: Dover Publications. (Travail original publié en 1961)
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2^e éd.). New York, NY: Harper & Row.
- Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization*. New York, NY: Routledge.
- Mayeroff, M. (1990). *On caring*. New York, NY: HarperPerennial. (Travail original publié en 1971)
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, *18*, 171-179. doi: 10.1016/j.pedhc.2003.12.005
- Mazzocco, A. (2006). *Interpretations of Renaissance humanism*. Leyde, Pays-Bas: Brill.
- McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1999). Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *30*, 1388-1395. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01214.x
- McClelland, L. E., Gabriel, A. S., & DePuccio, M. J. (2018). Compassion practices, nurse well-being, and ambulatory patient experience ratings. *Medical Care*, *56*, 4-10. doi: 10.1097/MLR.0000000000000834

- McEwen, M. (2019). Philosophy, science and nursing. Dans M. McEwen & E. M. Wills (dir.), *Theoretical basis for nursing* (5^e éd., p. 45-80). Philadelphie, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: Increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 13-24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x
- McGilton, K. S., O'Brien-Pallas, L. L., Darlington, G., Evans, M., Wynn, F., & Pringle, D. M. (2003). Effects of a relationship-enhancing program of care on outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 151-156. doi: doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00151.x
- McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 246-251. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02035.x
- McLaughlin, K., Moutray, M., & Moore, C. (2010). Career motivation in nursing students and the perceived influence of significant others. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 711-719. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04562.x
- McNiesh, S., Benner, P., & Chesla, C. (2011). Learning formative skills of nursing practice in an accelerated program. *Qualitative Health Research*, 21, 51-61. doi: 10.1177/1049732310378654
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5^e éd.). Philadelphie, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, A. (2017). Nursing care and maintaining professional boundaries. *British Journal of Community Nursing*, 22, 407-408. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.8.407
- Merrill, A. S., Hayes, J. S., Clukey, L., & Curtis, D. (2012). Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. *Journal of Trauma Nursing*, 19, 33-37. doi: 10.1097/JTN.0b013e318249fcac
- Meyer, T., & Xu, Y. (2005). Academic and clinical dissonance in nursing education: Are we guilty of failure to rescue? *Nurse Educator*, 30, 76-79. Repéré à <http://journals.lww.com/nurseeducatoronline/pages/default.aspx>
- Michalec, B., Diefenbeck, C., & Malhoney, M. (2013). The calm before the storm? Burnout and compassion fatigue among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 33, 314-320. doi: 10.1016/j.nedt.2013.01.026
- Miers, M. E., Rickaby, C. E., & Pollard, K. C. (2007). Career choices in health care: Is nursing a special case? A content analysis of survey data. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1196-1209. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.04.010

- Mikkonen, K., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. (2015). Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: A qualitative study. *Advances in Health Sciences Education, 20*, 669-682. doi: 10.1007/s10459-014-9554-0
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétence en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne, 11*(1), 1-10. Repéré à http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10_001.pdf
- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, & Ministère de la santé et des sports. (2009, août). *Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarité, 7*, 1-642. Repéré à http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0001_p000.pdf
- Mooney, M., Glacken, M., & O'Brien, F. (2008). Choosing nursing as a career: A qualitative study. *Nurse Education Today, 28*, 385-392. doi: 10.1016/j.nedt.2007.07.006
- Moreau, K. A., Eady, K., Sikora, L., & Horsley, T. (2018). Digital storytelling in health professions education: A systematic review. *BMC Medical Education, 18*(208), 1-9. doi: 10.1186/s12909-018-1320-1
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorf, J., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science, 13*(1), 1-14. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>
- Mulholland, J. (1995). Nursing, humanism and transcultural theory: The 'bracketint-out' of reality. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 442-449. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22030442.x
- Munhall, P. L. (1994). *Revisioning phenomenology: nursing and health science research*. New York, NY: National League for Nursing.
- Munhall, P. L. (2007). *Nursing research: A qualitative perspective* (4^e éd.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research: A qualitative perspective* (5^e éd.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Murphy, F., Jones, S., Edwards, M., James, J., & Mayer, A. (2009). The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students. *Nurse Education Today, 29*, 254-264. doi: 10.1016/j.nedt.2008.08.016
- Murphy, G. (1958). *Human potentialities*. Londres, Royaume-Uni: George Allen & Unwin.
- Murphy, K. (2007). A qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care of older people in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 447-485. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01526.x

- National League for Nursing. (2010). *Outcomes and competencies for graduates of practical/vocational, diploma, baccalaureate, master's, practice doctorate, and research doctorate programs in nursing*. New York, NY: Auteur.
- National Research Council. (2001). *Knowing what students know. The science and design of educational assessment*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nelson, J., & Watson, J. (2012). *Measuring caring. International research on caritas as healing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Nguyen, D.-Q., & Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 8, 232-251. doi: 10.1051/pmed:2007026
- Nichols, S. R., Svetlova, M., & Brownell, C. A. (2009). The role of social understanding and empathic disposition in young children's responsiveness to distress in parents and peers. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 13, 449-478. Repéré à <http://www.cbbjournal.ro/index.php/en/>
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York, NY: D. Appleton and Company.
- Noddings, N. (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education* (2^e éd.). Berkeley, CA: University of California Press.
- Nolte, A. G. W., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4364-4378. doi: 10.1111/jocn.13766
- Nooney, J. G., Unruh, L., & Yore, M. M. (2010). Should I stay or should I go? Career change and labor force separation among registered nurses in the U.S. *Social Science & Medicine*, 70, 1874-1881. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.037
- Norlyk, A., & Harder, I. (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20, 420-431. doi: 10.1177/1049732309357435
- Norman, R. (2004). *On humanism*. New York, NY: Routledge.
- Norman, V., Rutledge, D. N., Keefer-Lynch, A. M., & Albeg, G. (2008). Uncovering and recognizing nurse caring from clinical narratives. *Holistic Nursing Practice*, 22, 324-335. doi: 10.1097/01.HNP.0000339344.18876.54
- Nosek, M., Gifford, E., & Kober, B. (2014). Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4, 1-15. doi: 10.5430/jnep.v4n10p1

- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., van der Arend, A., & Katajisto, J. (2011). Comparison of nurse educators' and nursing students' descriptions of teaching codes of ethics. *Nursing Ethics, 18*, 710-724. doi: 10.1177/0969733011408054
- Numminen, O., van der Arend, A., & Leino-Kilpi, H. (2009). Nurses' code of ethics in practice and education: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*, 380-394. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00608.x
- Numminen, O. H., Leino-Kilpi, H., van der Arend, A., & Katajisto, J. (2009). Nursing students and teaching of codes of ethics: An empirical research study. *International Nursing Review, 56*, 483-490. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00748.x.
- Numminen, O. H., Leino-Kilpi, H., van der Arend, A., & Katajisto, J. (2010). Nurse educators' teaching of codes of ethics. *Nurse Education Today, 30*, 124-131. doi: 10.1016/j.nedt.2009.06.011
- Nurses Association of New Brunswick. (2013). *Entry-level competencies for registered nurses in New Brunswick*. Repéré à <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-EntryLevelCompetencies-2013-E.pdf>
- Nursing & Midwifery Council. (2018). *Standards for competence for registered nurses*. Repéré à <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-nurses.pdf>
- Nursing and Midwifery Board of Australia. (2006). *National competency standards for the registered nurse*. Repéré à <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD10%2f1342&dbid=AP&chksum=N5ws04xdBIZijTTSdKnSTQ%3d%3d>
- Nursing and Midwifery Board of Australia. (2016). *Registered nurse standards for practice*. Repéré à <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD16%2f19524&dbid=AP&chksum=R5Pkrn8yVpb9bJvtpTRe8w%3d%3d>
- Nursing Council of New Zealand. (2007). *Core competencies for registered nurses*. Repéré à <http://www.nursingcouncil.org.nz/content/download/263/1205/file/Competencies%20for%20registered%20nurses.pdf>
- O'Brien, F., Mooney, M., & Glacken, M. (2008). Impressions of nursing before exposure to the field. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1843-1850. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02214.x
- O'Leary, Z. (2007). *The social science jargon buster*. Londres, Royaume-Uni: SAGE.
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience d'« être avec » la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception d'infirmières* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/2342/Th%C3%A8se%20de%20Louise%20O%27Reilly.pdf>

- O'Reilly, L., Avoine, M.-P., Cara, C., & Brousseau, S. (2010a). "Being with" the nurse from the patient's perspective: A phenomenological study in a rehabilitation center applying Watson's caring model. *International Journal for Human Caring*, 14(3), 75. doi: 10.20467/1091-5710.14.3.64
- O'Reilly, L., Avoine, M.-P., Cara, C., & Brousseau, S. (2010b, novembre). *Défis et enjeux de pratique humaniste en réadaptation : la perspective de personnes hospitalisées*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, Québec.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl : application de la méthode Investigation relationnelle *Caring* pour mieux comprendre l'expérience infirmière d'« être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 29-50). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- O'Reilly, L., Cara, C., Avoine, M.-P., & Brousseau, S. (2011). Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 111-116. Repéré à <http://riph.qc.ca/sites/default/files/19-01-2011-15.pdf>
- O'Reilly, L., Cara, C., & Delmas, P. (2016). Developing an educational intervention to strengthen the humanistic practices of hemodialysis nurses in Switzerland. *International Journal for Human Caring*, 20, 24-30. doi: 10.20467/1091-5710-20.1.24
- Oberle, K., & Davies, B. (1993). An exploration of nursing disillusionment. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25(1), 67-76. Repéré à <http://cjnr.archive.mcgill.ca/article/view/1181/1181>
- Oermann, M. H., & Jenerette, C. M. (2012). Scientific nursing journals over 25 years: Most studies continue to focus on adults and psychological variables, with a decline in theory-testing studies and an increase in qualitative studies. *Evidence-Based Nursing*, 16, 117-118. doi: 10.1136/eb-2012-101115
- Ogugu, E., Odero, T., Ong'any, A., & Wagoro, M. (2015). Nurses' and patients' perceptions of the importance of nurse-caring behaviors: A study at the surgical wards of Kenyatta National Hospital, Nairobi. *International Journal for Human Caring*, 19, 55-61. doi: 10.20467/1091-5710.19.2.55
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Rapport annuel 2013-2014*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-annuel-278RA-13-14.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Rapport annuel 2014-2015*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/oiiq-rapport-annuel-2014-2015.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Rapport annuel 2015-2016*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/OIIQ-RA2015-2016-delegues_0.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). *Rapport annuel 2016-2017*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/qui_sommes_nous/gouvernance/2017/7-rapport-annuel-2016-2017.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018a). Devrais-je adresser ma question à l'OIIQ ou à mon syndicat? . Repéré à <https://www.oiiq.org/devrais-je-adresser-ma-question-a-l-oiiq-ou-a-mon-syndicat-?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). *Rapport annuel 2017-2018*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/rapport-annuel-2017-2018-final.pdf>
- Ozcan, C. T., Oflaz, F., & Bakir, B. (2012). The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. *International Nursing Review*, *59*, 532-538. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01019.x
- Ozcan, C. T., Öksüz, E., & Oflaz, F. (2018). Improving empathy in nursing students: A comparative longitudinal study of two curricula. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *48*, 497-505. doi: 10.4040/jkan.2018.48.5.497
- Özcan, N. K., Bilgin, H., & Eracar, N. (2011). The use of expressive methods for developing empathic skills. *Issues in Mental Health Nursing*, *32*, 131-136. doi: 10.3109/01612840.2010.534575
- Pai, H.-C., Eng, C.-J., & Ko, H.-L. (2013). Effect of caring behavior on disposition toward critical thinking of nursing students. *Journal of Professional Nursing*, *29*, 423-429. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.05.006
- Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., . . . Papastavrou, E. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: A descriptive and correlational study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*, *43*, 341-350. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01413.x
- Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *26*, 187-193. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026187
- Paley, J. (1998). Misinterpretive phenomenology: Heidegger, ontology and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 817-824. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00607.x
- Paley, J. (2014). Heidegger, lived experience and method. *Journal of Advanced Nursing*, *70*, 1520-1531. doi: 10.1111/jan.12324
- Paley, J. (2017). *Phenomenology as qualitative research: A critical analysis of meaning attribution*. Abingdon, Royaume-Uni: Routledge.
- Panosky, D., & Diaz, D. (2009). Teaching caring and empathy through simulation. *International Journal for Human Caring*, *13*(3), 44-46. doi: 10.20467/1091-5710.13.3.44

- Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: Quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, *67*, 1191–1205. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., . . . Merkouris, A. (2012). Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics*, *19*, 369-379. doi: 10.1177/0969733011436027
- Paragas, E. D. (2019). "The upward spiral staircase of caring": A hermeneutic phenomenology study of the caring competency of Filipino nurses grounded in competency-based education. *Journal of Competency-Based Education*, *4*, 1-11. doi: 10.1002/cbe2.1182
- Parent, F., Lemenu, D., Lejeune, C., Komba, D., Baulana, R., Kahombo, G., & Coppieters, Y. (2006). Référentiel de compétences infirmières en RD du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé. *Santé Publique*, *18*, 459-473. doi: 10.3917/spub.063.0459
- Parse, R. R. (2005). Parse's criteria for evaluation of theory with a comparison of Fawcett's and Parse's approaches. *Nursing Science Quarterly*, *18*, 135-137. doi: 10.1177/0894318405275860
- Pasila, K., Elo, S., & Kääriäinen, M. (2017). Newly graduated nurses' orientation experiences: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, *70*, 7-27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.021
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. New York, NY: National League for Nursing. (Travail original publié en 1976)
- Pearcey, P. (2007). Tasks and routines in 21st century nursing: Student nurses' perceptions. *British Journal of Nursing*, *16*, 296-300. doi: 10.12968/bjon.2007.16.5.23007
- Pearcey, P. (2010). 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice*, *16*, 51-56. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01802.x
- Pearcey, P., & Draper, P. (2008). Exploring clinical nursing experiences: Listening to student nurses. *Nurse Education Today*, *28*, 595-601. doi: 10.1016/j.nedt.2007.09.007
- Pearcey, P. A., & Elliott, B. E. (2004). Student impressions of clinical nursing. *Nurse Education Today*, *24*, 382-387. doi: 10.1016/j.nedt.2004.03.007
- Pearson, H. (2013). Science and intuition: Do both have a place in clinical decision making? *British Journal of Nursing*, *22*, 212-215. doi: 10.12968/bjon.2013.22.4.212
- Peery, A. I. (2010). Caring and burnout in registered nurses: What's the connection? *International Journal for Human Caring*, *14*, 52-59. doi: 10.20467/1091-5710.14.2.52

- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shen, M. J., Hammonds, S., Coyle, N., . . . Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient Education and Counseling, 99*, 610-616. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.021
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today, 31*, 268-273. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.009
- Pepin, J., Ducharme, F., & K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4     d.). Montréal, Québec: Chenelière   ducation.
- Pepin, J., K  rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3     d.). Montréal, Québec: Chenelière   ducation.
- Pepin, J., Legault, A., & Goudreau, J. (2008). Révolution pédagogique. *Perspective infirmière, 5*(5), 33-35. Repéré    http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2008_vol05_n05/05_formation.pdf
- Peplau, H. E. (1988). The art and science of nursing: Similarities, differences, and relations. *Nursing Science Quarterly, 1*, 8-15. doi: 10.1177/089431848800100105
- Playle, J. F. (1995). Humanism and positivism in nursing: Contradictions and conflicts. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 979-984. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb02651.x
- Price, S. L. (2009). Becoming a nurse: A meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 11-19. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04839.x
- Purling, A., & King, L. (2012). A literature review: Graduate nurses' preparedness for recognising and responding to the deteriorating patient. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 3451-3465. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04348.x
- Radwin, L., & Alster, K. (1999). Outcomes of perceived quality nursing care reported by oncology patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 13*, 4. doi: 10.1891/0889-7182.13.4.327
- Rafii, F., Hajinezhad, M. E., & Haghani, H. (2009). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(2), 75-84. Repéré    <http://www.ajan.com.au/>
- Raines, D. A. (2007). Caring abilities of students in an accelerated program of study: A program evaluation study. *International Journal for Human Caring, 11*(3), 45-49. doi: 10.20467/1091-5710.11.3.45
- Rchaidia, L., de Casterlé, B. D., De Blaeser, L., & Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review. *Nursing Ethics, 16*, 528-542. doi: 10.1177/0969733009106647

- Reader, T. W., & Gillespie, A. (2013). Patient neglect in healthcare institutions: A systematic review and conceptual model. *BMC Health Services Research*, *13*(156), 1-15. doi: 10.1186/1472-6963-13-156
- Reed, P. G., & Shearer, N. B. C. (2012). *Perspectives on nursing theory* (6^e éd.). Philadelphie, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reed, P. G., Shearer, N. C., & Nicoll, L. H. (2004). *Perspectives on nursing theory* (4^e éd.). Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rees, C. E., Monrouxe, L. V., & McDonald, L. A. (2015). 'My mentor kicked a dying woman's bed. . .' Analysing UK nursing students' 'most memorable' professionalism dilemmas. *Journal of Advanced Nursing*, *71*, 169-180. doi: 10.1111/jan.12457
- Richardson, C., Percy, M., & Hughes, J. (2015). Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today*, *35*, e1-e5. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.016
- Risjord, M. (2019). Middle-range theories as models: New criteria for analysis and evaluation. *Nursing Philosophy*, *20*, 1-10. doi: 10.1111/nup.12225
- Roach, M. S. (1970). *Toward a value oriented curriculum with implications for nursing education* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 7021844)
- Roach, M. S. (1984). *Caring: The human mode of being, implications for nursing*. Toronto, Ontario: University of Toronto.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association.
- Roach, M. S. (1997). *Caring from the heart. The convergence of caring and spirituality*. Mahwah, NJ: Paulist Press.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions* (2^e éd.). Ottawa, Ontario: CHA Press.
- Roach, M. S. (2013). Caring: The human mode of being. Dans M. C. Smith, M. C. Turkel & Z. R. Wolf (dir.), *Caring in nursing classics. An essential resource* (p. 165-180). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Roch, G., Dubois, C.-A., & Clarke, S. P. (2014). Organizational climate and hospital nurses' caring practices: A mixed-methods study. *Research in Nursing & Health*, *37*, 229-240. doi: 10.1002/nur.21596
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing nursing knowledge: Philosophical traditions and influences*. Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (2012a). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. New York, NY: Houghton Mifflin Company. (Travail original publié en 1995)
- Rogers, C. R. (2012b). *A way of being: The founder of the Human Potential Movement looks back on a distinguished career*. New York, NY: Houghton Mifflin Company. (Travail original publié en 1995)
- Rogers, C. R., & Lyon, H. C. (2014). A final dialogue. Dans C. R. Rogers, H. C. Lyon & R. Tausch (dir.), *On becoming an effective teacher: Person-centered teaching, psychology, philosophy, and dialogues with Carl R. Rogers and Harold Lyon* (p. 179-192). Abingdon, Royaume-Uni: Routledge.
- Rogers, C. R., & Stevens, B. (1967). *Person to person: The problem of being human. A new trend in psychology*. Walnut Creek, CA: Real People Press.
- Rolfe, G. (2015). Foundations for a human science of nursing: Gadamer, Laing, and the hermeneutics of caring. *Nursing Philosophy*, 16, 141-152. doi: 10.1111/nup.12075
- Rose, R., Chakraborty, S., Mason-Lai, P., Brocke, W., Page, S. A., & Cawthorpe, D. (2016). The storied mind: A meta-narrative review exploring the capacity of stories to foster humanism in health care. *Journal of Hospital Administration*, 5(1), 52-61. doi: 10.5430/jha.v5n1p52
- Roy, M., & Robinette, L. (2005). *Le caring. Démarche d'actualisation en milieu clinique*. Montréal, Québec: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Rytterstöm, P., Cedersund, E., & Arman, M. (2009). Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: A phenomenological-hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 689-698. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.005
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, 53, 76-83. doi: 10.1111/nuf.12213
- Saillant, F. (2010). Penser l'humanisme et l'humanisation des soins. Dans N. Vornax, L. Bujold & L. Hamelin-Brabant (dir.), *À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants* (Vol. 1, p. 123-141). Québec, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27-37. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>
- Sandelowski, M. (1993a). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16(2), 1-8. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>

- Sandelowski, M. (1993b). Theory unmasked: The uses and guises of theory in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 16, 213-218. doi: 10.1002/nur.4770160308
- Sartre, J.-P. (1996). *L'existentialisme est un humanisme*. Paris, France: Gallimard. (Travail original publié en 1946)
- Saskatchewan Registered Nurses Association. (2013). *Standards and foundation competencies for the practice of registered nurses*. Repéré à https://srna.org/wp-content/uploads/2017/09/Standards_and_Foundation_2013_06_10_Web.pdf
- Savage, J. S., & Favret, J. O. (2006). Nursing students' perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. *Nurse Education in Practice*, 6, 47-54. doi: 10.1016/j.nepr.2005.08.002
- Scammell, J. (2014, 9 avril). Using humanising values to support care. *Nursing Times*, 110(15), 16-18. Repéré à <http://www.nursingtimes.net/>
- Scammell, J. (2015). Making a connection: The key to humanised care. *British Journal of Nursing*, 24, 786. doi: 10.12968/bjon.2015.24.15.786
- Schofield, G. D. (2001). *Student nurses' perception of caring in their nursing education program* (Mémoire de maîtrise). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. MQ62423)
- Schultz, P. R., & Meleis, A. I. (1988). Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20, 217-221. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00080.x
- Scott, J., & Marshall, G. (dir.). (2009). *A dictionary of sociology* (3^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Searl, K. R., McAllister, M., Dwyer, T., Krebs, K. L., Anderson, C., Quinney, L., & McLellan, S. (2014). Little people, big lessons: An innovative strategy to develop interpersonal skills in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 34, 1201-1206. doi: 10.1016/j.nedt.2014.04.004
- Sheehan, C. A., Perrin, K. O., Potter, M. L., Kazanowski, M. K., & Bennett, L. A. (2013). Engendering empathy in baccalaureate nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 6, 456-464. Repéré à <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/19.%20Sheedan.pdf>
- Silberstein, L. J. (1989). *Martin Buber's social and religious thought: Alienation and the quest for meaning*. New York, NY: New York University Press.
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., . . . Bouchal, S. R. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15(6), 1-16. doi: 10.1186/s12904-016-0080-0

- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, *69*, 9-24. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003
- Sinclair, S., Torres, M.-B., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., McClement, S., Hagen, N. A., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion training in healthcare: What are patients' perspectives on training healthcare providers? *BMC Medical Education*, *16*(169), 1-10. doi: 10.1186/s12909-016-0695-0
- Sitzman, K., & Watson, J. (2014). *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's Human Caring Theory*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2019). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences: Watson's Caring Science guide* (3^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Smith-MacDonald, L., Venturato, L., Hunter, P., Kaasaleinen, S., Sussman, T., McCleary, L., . . . Sinclair, S. (2019). Perspectives and experiences of compassion in long-term care facilities within Canada: A qualitative study of patients, family members and health care providers. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 1-12. doi: 10.1186/s12877-019-1135-x
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015a). *Nursing theories and nursing practice* (4^e éd.). Philadelphie, PA: F. A. Davis Company.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015b). Nursing theory and the discipline of nursing. Dans M. C. Smith & M. E. Parker (dir.), *Nursing theories and nursing practice* (4^e éd., p. 3-18). Philadelphie, PA: F. A. Davis Company.
- Smith, M. C., Turkel, M. C., & Wolf, Z. R. (2013). *Caring in nursing classics. An essential resource*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2014). Understanding middle range theory by moving up and down the ladder of abstraction. Dans M. J. Smith & P. R. Liehr (dir.), *Middle range theory for nursing* (3^e éd., p. 15-34). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Smith, S., Dewar, B., Pullin, S., & Tocher, R. (2010). Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *International Journal of Older People Nursing*, *5*, 128-136. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00224.x
- Söderman, M., Rosendahl, S., & Sällström, C. (2018). Caring and uncaring encounters between assistant nurses and immigrants with dementia symptoms in two group homes in Sweden-an observational study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *33*, 299-317. doi: 10.1007/s10823-018-9351-y
- Sokola, K. M. (2013). The relationship between caring ability and competency with caring behaviors of nursing students. *International Journal for Human Caring*, *17*(1), 45-55. doi: 10.20467/1091-5710.17.1.45

- Sossong, A., & Poirier, P. (2013). Patient and nurse perceptions of caring in rural United States. *International Journal for Human Caring*, 17(1), 79-85. doi: 10.20467/1091-5710.17.1.79
- Speake, J., & LaFlaur, M. (dir.). (2002). *The Oxford essential dictionary of foreign terms in english* (5^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Spiegelberg, H., & Schuhmann, K. (1994). *The phenomenological movement: A historical introduction* (3^e éd.). Dordrecht, Pays-Bas: Kluwer Academic.
- St-Germain, D. (2007). *La sécurité des patients: la contribution de l'approche de caring des infirmières oeuvrant en soins de réadaptation* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. NR30913)
- St-Germain, D., Blais, R., & Cara, C. (2008, décembre). La contribution de l'approche de *caring* des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 57-69. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/95/57.pdf>
- St-Pierre, C., Roussel, J., Lepage, M., & Nguemeleu, É. T. (2013). Efficacité d'une formation pour modifier les comportements de *caring* chez les infirmières en soins de longue durée. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 62-69. Repéré à https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/St-Pierre2013_InfCliniciennevol10no1pp62-69doc_000.pdf
- Stanley, D. (2006a). In command of care: Clinical nurse leadership explored. *Journal of Research in Nursing*, 11, 20-39. doi: 10.1177/1744987106059458
- Stanley, D. (2006b). In command of care: Toward the theory of congruent leadership. *Journal of Research in Nursing*, 11, 132-144. doi: 10.1177/1744987106059459
- Stanley, D. (2014). Clinical leadership characteristics confirmed. *Journal of Research in Nursing*, 19, 118-128. doi: 10.1177/1744987112464630
- Stepanich, L. V. (1991, septembre). Heidegger: Between idealism and realism. *The Harvard Review of Philosophy*, 1, 20-28. doi: 10.5840/harvardreview1991113
- Straughair, C. (2012a). Exploring compassion: Implications for contemporary nursing. Part 1. *British Journal of Nursing*, 21, 160-164. doi: 10.12968/bjon.2012.21.3.160
- Straughair, C. (2012b). Exploring compassion: Implications for contemporary nursing. Part 2. *British Journal of Nursing*, 21, 239-244. doi: 10.12968/bjon.2012.21.4.239
- Svanström, R., Sundler, A. J., Berglund, M., & Westin, L. (2013). Suffering caused by care—elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8, 1-10. doi: 10.3402/qhw.v8i0.20603
- Swanson, K. M. (2013). What is known about caring in nursing science: A literary meta-analysis. Dans M. C. Smith, M. C. Turkel & Z. R. Wolf (dir.), *Caring in nursing classics. An essential resource* (p. 59-102). New York, NY: Springer Publishing Company.

- Takase, M., Nakayoshi, Y., & Teraoka, S. (2012). Graduate nurses' perceptions of mismatches between themselves and their jobs and association with intent to leave employment: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, *49*, 1521-1530. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.003
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, *25*, 273-280. doi: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00259.x
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, *16*(3), 36-44. Repéré à [http://www.cvm.qc.ca/aqpc/AQPC%201987-2007/PDF/Volume%2016/16\(3\)/Tardif,%20Jacques.pdf](http://www.cvm.qc.ca/aqpc/AQPC%201987-2007/PDF/Volume%2016/16(3)/Tardif,%20Jacques.pdf)
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Task Force on the Essential Patient Safety Competencies for Professional Nursing Care. (2006). Hallmarks of quality and patient safety: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high-quality and safe patient care. *Journal of Professional Nursing*, *22*, 329-330. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.10.005
- Taylor, C. (1985). *Human agency and language. Philosophical papers* (Vol. 1). Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1991). The dialogical self. Dans D. R. Riley, J. Nohman & R. Shusterman (dir.), *The interpretive turn: Philosophy, science, culture* (p. 304-314). Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Tektaş, P., & Çam, O. (2017). The effects of nursing care based on Watson's theory of Human Caring on the mental health of pregnant woman after a pregnancy loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*, 440-446. doi: 10.1016/j.apnu.2017.17.002
- Thompson, C., Aitken, L., Doran, D., & Dowding, D. (2013). An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies*, *50*, 1720-1726. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.003
- Tishelman, C., Bernhardson, B.-M., Blomberg, K., Börjeson, S., Franklin, L., Johansson, E., . . . Ternstedt, B.-M. (2004). Complexity in caring for patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *45*, 420-429. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02925.x
- Traynor, M. (2009). Humanism and its critiques in nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 1560-1567. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04956.x

- Truchon, S. (2014). *Modifications au Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/rencontre_formation/2014/20140428_sylvie_truchon.pdf
- Underwood, D. W. (2013). *Competence by simulation: the expert nurse continuing education experience utilizing simulation* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 3558245)
- Valdez, A. M. (2008). Transitioning from novice to competent: What can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting? *Journal of Emergency Nursing*, 34, 435-440. doi: 10.1016/j.jen.2007.07.008
- Valentine, J. L. (2014). Why we do what we do: A theoretical evaluation of the Integrated Practice Model for forensic nursing science. *Journal of Forensic Nursing*, 10, 113-119. doi: 10.1097/JFN.0000000000000041
- van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18, 672-685. doi: 10.1177/0969733011403556
- van Hoof, S. (2006). *Caring and health*. Burlington, VT: Ashgate Publishing Company.
- van Manen, M. (2017). Phenomenology in its original sense. *Qualitative Health Research*, 27, 810-825. doi: 10.1177/1049732317699381
- Vauchez, A. (dir.). (2002). *Encyclopedia of the Middle Ages* (2^e éd.). Cambridge, Royaume-Uni: James Clarke and Company.
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., & Hojat, M. (2012). The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 28, 34-40. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.10.007
- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2009). Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 73-88. doi: 10.1891/1061-3749.17.1.73
- Warelow, P. J. (1996). Is caring the ethical ideal? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 655-661. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.02391.x
- Warneken, F., & Tomasello, M. (2009). The roots of human altruism. *British Journal of Psychology*, 100, 455-471. doi: 10.1348/000712608X379061
- Waterman, A. M. (2007). *A case study of caring in nursing education* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 3260177)
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado.

- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1990). Human caring: A public agenda. Dans J. S. Stevenson & T. Tripp-Reimer (dir.), *Knowledge about care and caring: State of the art and future developments* (p. 41-48). Kansas City, MO: American Academy of Nursing.
- Watson, J. (1994). *Applying the art and science of human caring*. New York, NY: National League for Nursing.
- Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Administration Quarterly*, 10, 49-52. doi: 10.1177/089431849701000114
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Sudbury, MA: National League for Nursing. (Travail original publié en 1988)
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Édimbourg, Royaume-Uni: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2007). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. (Travail original publié en 1988)
- Watson, J. (2007). Watson' Theory of Human Caring and subjective living experiences: Disciplinary guide to professional nursing practice. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 129-135. doi: 10.1590/S0104-07072007000100016
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado. (Travail original publié en 1979)
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2^e éd.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing*. Louisville, CO: University Press of Colorado.
- Waugh, A., McNay, L., Dewar, B., & McCaig, M. (2014). Supporting the development of interpersonal skills in nursing, in an undergraduate mental health curriculum: Reaching the parts other strategies do not reach through action learning. *Nurse Education Today*, 34, 1232-1237. doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.002
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86. Repéré à <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/default.aspx>

- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research, 11*, 522-537. doi: 10.1177/104973201129119299
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing, 72*, 723-734. doi: 10.1111/jan.12862
- Wikström, B.-M. (2003). A picture of work of art as an empathy teaching strategy in nurse education complementary to theoretical knowledge. *Journal of Professional Nursing, 19*, 49-54. doi: 10.1053/jpnu.2003.5
- Wilkes, L., Cowin, L., & Johnson, M. (2015). The reasons students choose to undertake a nursing degree. *Collegian, 22*, 259-265. doi: 10.1016/j.colegn.2014.01.003
- Wilkinson, S., Blanchard, R. P. K., & Linsell, L. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: A randomised controlled trial. *Palliative Medicine, 22*, 365-375. doi: 10.1177/0269216308090770
- Williams, J., & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today, 30*, 752-755. doi: 10.1016/j.nedt.2010.01.018
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 422-429. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x
- Wolf, Z. R. (2012). Nursing practice breakdowns: Good and bad nursing. *MEDSURG Nursing, 21*, 16-22, 36. Repéré à <http://www.medsurnursing.net/cgi-bin/WebObjects/MSNJournal.woa>
- Wolf, Z. R., Byrne, D., & Hanson-Zalot, M. (2018). Undergraduate nursing students' caring behaviors: A cross-sectional study. *International Journal for Human Caring, 22*, 199-208. doi: 10.20467/1091-5710.22.4.199
- Wolf, Z. R., Miller, P. A., & Devine, M. (2003). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedure. *MEDSURG Nursing, 12*, 391-396. Repéré à <http://www.medsurnursing.net/cgi-bin/WebObjects/MSNJournal.woa>
- Woodward, T. K. (2010). Jean Watson's theory of Human Caring. Dans M. E. Parker & M. C. Smith (dir.), *Nursing theories & nursing practice* (3^e éd., p. 351-369). Philadelphie, PA: F. A. Davis Company.
- World Health Organisation. (2016). *Nurse educator core competencies*. Repéré à https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_educator050416.pdf
- Wright, E. (dir.). (2006). *A dictionary of world history* (2^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.

- Wu, L.-M., Chin, C.-C., & Chen, C.-H. (2009). Evaluation of a caring education program for Taiwanese nursing students: A quasi-experiment with before and after comparison. *Nurse Education Today*, 29, 873-878. doi: 10.1016/j.nedt.2009.05.006
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarcheski, T. J. (2012). A descriptive study of research published in scientific nursing journals from 1985 to 2010. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1112-1121. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.03.004
- Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R. W., & Coulombe, K. H. (2003). Nurse caring behaviors and patient satisfaction: Improvement after a multifaceted staff intervention. *Journal of Nursing Administration*, 39, 434-436. Repéré à <http://journals.lww.com/jonajournal/Pages/default.aspx>
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197. doi: 10.1016/j.apnr.2008.09.003
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 440-454. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x
- Yu, J., & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1790-1806. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05071.x

Appendice A

Preuves de soumission des articles II et IV et d'acceptation de l'article III

Létourneau-Aspirot Dimitri

De: em.humancaring.0.6595cd.aaf6974a@editorialmanager.com de la part de International Journal for Human Caring <em@editorialmanager.com>
Envoyé: 29 août 2019 15:36
À: Létourneau-Aspirot Dimitri
Objet: Submission Confirmation for Revitalizing theory evaluation in nursing: Description and critical reflection of a humanistic model of nursing care

Dear Mr Létourneau,

Your submission entitled "Revitalizing theory evaluation in nursing: Description and critical reflection of a humanistic model of nursing care" has been received by journal International Journal for Human Caring

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to <https://www.editorialmanager.com/humancaring/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

International Journal for Human Caring

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/humancaring/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

Dimitri Létourneau

Sunday, January 12, 2020 at 2:58:57 PM GMT-05:00

Objet: Scandinavian Journal of Caring Sciences - Decision on Manuscript ID SCS-2019-0377**Date:** lundi 30 décembre 2019 à 11:19:49 UTC-05:00**De:** Päivi Åstedt-Kurki <onbehalf@manuscriptcentral.com>**À:** Létourneau-Aspirot Dimitri <dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca>**Cc:** Létourneau-Aspirot Dimitri <dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca>, Goudreau Johanne <johanne.goudreau@umontreal.ca>, Cara Chantal <chantal.cara@umontreal.ca>

30-Dec-2019

Dear Mr. Létourneau:

Manuscript ID SCS-2019-0377 entitled "Humanistic caring, a nursing competency: Modelling a metamorphosis from students to experts" which you submitted to the Scandinavian Journal of Caring Sciences, has been reviewed. The comments of the reviewer(s) are included at the bottom of this letter.

The reviewer(s) have recommended publication, but suggest some major revisions to your manuscript. Therefore, I invite you to respond to the reviewer(s)' comments and revise your manuscript.

To revise your manuscript, log into <https://mc.manuscriptcentral.com/sjcs> and enter your Author Center, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision.

You will be unable to make your revisions on the originally submitted version of the manuscript. Instead, revise your manuscript using a word processing program and save it on your computer. Please highlight the changes to your manuscript within the document by using highlighted or coloured text, we are unable to accept revised manuscripts that contain track changes. Once the revised manuscript is prepared, you can upload it and submit it through your Author Center.

When submitting your revised manuscript, you will be able to respond to the comments made by the reviewer(s) in the space provided. You can use this space to document any changes you make to the original manuscript. In order to expedite the processing of the revised manuscript, please be as specific as possible in your response to the reviewer(s).

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to the Scandinavian Journal of Caring Sciences, your revised manuscript should be uploaded within 45 days.

If it is not possible for you to submit your revision within this timeframe, please let the Editorial Office know at sjcsedoffice@wiley.com

Once again, thank you for submitting your manuscript to the Scandinavian Journal of Caring Sciences and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Dr. Päivi Åstedt-Kurki
Editor-in-Chief, Scandinavian Journal of Caring Sciences

scseic@uta.fi

Associate Editor Comments to Author(s):

Associate Editor

Comments to the Author:

(There are no comments.)

Reviewer(s)' Comments to Author:

Reviewer: 1

Comments to the Author

Thank you for the opportunity to review the manuscript entitled "Humanistic caring, a nursing competency: Modelling a metamorphosis from students to experts". This is an interesting study and offers an interesting concept of humanistic caring. The findings are very-well written and explained. Please find below my comments/recommendations to further enhance the reporting.

Background

1. On page 1, line 15. The authors stated that "Three studies (14-16) aimed to identify developmental stages of humanistic caring....". If there are existing studies that provided some explanation of the developmental stages, I believe these studies should be explained in a bit more detail. Please provide this explanation as it will help the readers to see how your developmental stages are different from previous studies.
2. How the concept of "Humanistic Caring" is different from "Caring in Nursing"? Can the authors differentiate between these two terms in the background? I say this because on page 5, the authors indicated that students can provide theoretical differentiation between humanism and caring; therefore, I feel the differentiation between Humanistic Caring" and "Caring in Nursing from the authors perspective can be helpful for readers.

Methods

1. Design. There are few comments regarding the methodology.
 - First, the authors used interpretive phenomenology which requires that researchers should include their pre-understanding during data interpretation. Please explain what the authors' pre-understandings were about the studied phenomenon. How that understanding changed during and after the analysis. It is important to add because it relates to the rigor of the study. I feel a brief discussion of the reflexivity of personal background and assumptions in critical for this study.
 - How did the authors establish rigor in this study? Please discuss
2. Recruitment of participants. Please explicitly provide your inclusion and exclusion criteria and the type of sampling technique.
3. Data Collection. The authors mentioned that an interview guide was used. Please provide a brief explanation of the questions that were used so that readers know how the phenomenon of humanistic caring was explored.
4. Data Analysis. In Benner's phenomenological approach, "interpretive dialogue" is very important. Therefore, please explain if the data collection and analysis were conducted concurrently?

Results

1. The results, particularly the stages are well-explained in the text as well as the tables. However, I did not see any direct quotations from the participants supporting the stages. It brings me back to the previous point of "pre-understanding and interpretation". Please provide direct quotes to support that these stages were in fact developed from participants account.
2. In Benner's phenomenological approach, a paradigm case is usually identified. This case serves as the strongest exemplar of the phenomenon being studied. Did the authors identify the paradigm case? If yes, I suggest the authors can provide this case in a table so that the readers can see the consistency of the stages of humanistic caring with participants' descriptions.

Discussion

1. In the discussion, the authors mainly expanded on the developmental stages of humanistic

caring and compared the findings with a few studies. Missing however, is the practice implications. Please provide some discussion about the relevance of these findings for clinical practice. How this developed theory can be used by educators and practitioners as a ready to wear theory for practice?

I hope this review is helpful and the authors can use the comments to strengthen the manuscript. Thanks

Full Review Score Sheets:

Reviewer: 1

3. Methodology: Approach? Appropriate design and methods? Is the sample appropriate and adequate? : Some queries regarding methodology exists, and recommendations are proposed.

Reviewer: 1

4. Results: Presented clearly: Yes

Reviewer: 1

5. Discussion: Linked with theory and/or practice? Theory generating: Yes to some extent. Suggestions are offered.

Reviewer: 1

6. Adherence to ethical standards: Yes

Reviewer: 1

7. Manuscript style and format: Clarity? Grammar? Appropriate citations: Yes

Reviewer: 1

8. Other comments: Advice for improvement of the manuscript:

Reviewer: 1

9. Conclusion:

Dimitri Létourneau

Thursday, March 28, 2019 at 1:12:56 PM GMT-04:00

Objet: Your manuscript ID DGIJNES.2019.0036 - submission confirmation**Date:** jeudi 28 mars 2019 à 12:52:10 UTC-04:00**De:** International Journal of Nursing Education Scholarship <onbehalf@manuscriptcentral.com>**À:** Létourneau-Aspirot Dimitri <dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca>

28-Mar-2019

Dear Mr. Létourneau,

Your manuscript entitled "Developing humanistic caring in the academic and clinical settings: An interpretive phenomenological study with nursing students and nurses" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in International Journal of Nursing Education Scholarship (IJNES).

Your manuscript ID is DGIJNES.2019.0036.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your affiliation, street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc.manuscriptcentral.com/dgijnes> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/dgijnes>.

Thank you for submitting your manuscript to IJNES.

Sincerely,
The Editorial Office
International Journal of Nursing Education Scholarship

For news highlights from this journal and other publications, see our new service Science Discoveries at <http://sciencediscoveries.degruyter.com/>

Appendice B

Lettres d'invitation destinées aux étudiantes (version 3) et aux infirmières (versions 3 et 4)

Objet : Invitation à participer à un projet de recherche

Critères d'inclusion

1. Parler et comprendre le français;
2. Vouloir partager ses expériences relatives à la compétence « agir avec humanisme »;
3. Étudier au baccalauréat de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, programme basé sur une approche par compétences;
4. Selon le groupe, avoir terminé avec succès 1) la première année de baccalauréat, 2) la deuxième année de baccalauréat ou 3) la troisième année de baccalauréat ou être en voie de l'être.

Madame,

Monsieur,

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche intitulé « élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences », qui vise à élaborer un modèle de développement de ladite compétence à partir des expériences d'apprentissage d'étudiants(tes) et d'infirmiers(ières). Plus spécifiquement, le projet aspire à identifier des leviers et des contraintes qui agissent sur le développement de la compétence « agir avec humanisme », de même que les indicateurs de développement de cette compétence.

Puisqu'il s'agit d'une étude phénoménologique, votre participation consiste à remplir un questionnaire visant à connaître votre profil professionnel et de formation et à prendre part à un entretien où il vous sera demandé de partager vos expériences d'apprentissage relatives à la compétence « agir avec humanisme ». La durée de l'entretien sera d'environ 30 à 60 minutes et il aura lieu à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal en dehors de vos heures de classe. L'entretien sera enregistré sur bande audio dans le but de mieux comprendre votre expérience.

Les données recueillies seront confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité des données sera assurée par l'utilisation de pseudonyme et d'un numéro, ce qui implique que votre nom et vos informations personnelles n'apparaîtront sur aucun document dactylographié tout au long du projet. En d'autres termes, seul l'étudiant-chercheur, Monsieur Dimitri Létourneau, aura accès à la liste des noms et des codes qui seront conservés dans son ordinateur, lequel nécessite un code d'accès. Dans l'éventualité où les résultats de ce projet devaient être publiés (conférence ou article de recherche) et qu'ils permettraient de vous identifier, ils seraient modifiés afin d'éviter que vous puissiez être reconnu.

L'ensemble des données recueillies sera conservé pendant sept ans après la fin de cette thèse et détruit après ce délai. En aucun cas les informations recueillies lors de ce projet ne seront transmises au personnel enseignant de votre institution académique.

Vous êtes libre de participer à ce projet doctoral, c'est-à-dire que votre participation est volontaire. En participant à ce projet, une carte-cadeau Renaud-Bray d'une valeur de 25 \$ vous sera remise immédiatement après l'entrevue. Il est important que vous compreniez que vous pouvez mettre fin à votre participation durant l'entrevue, sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Dans une telle situation, tous les renseignements personnels vous concernant seraient détruits.

Si vous désirez participer à ce projet ou si vous avez quelque question par rapport à celui-ci, vous pouvez communiquer en tout temps, par courriel ou par téléphone, avec la chercheuse responsable au [REDACTED] ou l'étudiant-chercheur :

Chercheuse responsable au [REDACTED]

Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

[REDACTED]
[REDACTED]

Étudiant-chercheur

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

[REDACTED]

Objet : Invitation à participer à un projet de recherche

Critères d'inclusion

1. Parler et comprendre le français;
2. Vouloir partager ses expériences d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »;
3. Être diplômé de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, programme basé sur une approche par compétences;
4. Avoir au moins 6 mois d'expérience clinique;
5. Pour les infirmières du groupe « expertes » (5 ans et plus d'expérience clinique), l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » doit être reconnue par un pair.

Madame,

Monsieur,

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche intitulé « élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences », qui vise à élaborer un modèle de développement de ladite compétence à partir des expériences d'apprentissage d'étudiants(tes) et d'infirmiers(ères). Plus spécifiquement, le projet aspire à identifier des leviers et des contraintes qui agissent sur le développement de la compétence « agir avec humanisme », de même que les indicateurs de développement de cette compétence.

Puisqu'il s'agit d'une étude phénoménologique, votre participation consiste à remplir un questionnaire visant à connaître votre profil professionnel et de formation et à prendre part à un entretien où il vous sera demandé de partager vos expériences d'apprentissage relatives à la compétence « agir avec humanisme ». La durée de l'entretien sera d'environ 30 à 60 minutes et il aura lieu à l'endroit qui vous conviendra le mieux à l'extérieur ou dans votre centre hospitalier, en dehors de vos heures de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur). L'entretien sera enregistré sur bande audio dans le but de mieux comprendre votre expérience.

Les données recueillies seront confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité des données sera assurée par l'utilisation de pseudonyme et d'un numéro, ce qui implique que votre nom et vos informations personnelles n'apparaîtront sur aucun document dactylographié tout au long du projet : en d'autres termes, seul l'étudiant-chercheur, Monsieur Dimitri Létourneau, aura accès à la liste des noms et des codes qui seront conservés dans son ordinateur, lequel nécessite un code d'accès. Dans l'éventualité où les résultats de ce projet devaient être publiés (conférence ou article de recherche) et qu'ils permettraient de vous identifier, ils seraient modifiés afin d'éviter que vous puissiez être reconnu.

L'ensemble des données recueillies sera conservé pendant sept ans après la fin de cette thèse et détruit après ce délai. En aucun cas les informations recueillies lors de ce projet ne seront transmises à vos supérieurs de votre milieu clinique.

Vous êtes libre de participer à ce projet doctoral, c'est-à-dire que votre participation est volontaire. Votre participation ne comporte aucune compensation financière. Il est important que vous compreniez que vous pouvez mettre fin à votre participation durant l'entrevue, sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Dans une telle situation, tous les renseignements personnels vous concernant seraient détruits.

Si vous désirez participer à ce projet ou si vous avez quelque question par rapport à celui-ci, vous pouvez communiquer en tout temps, par courriel ou par téléphone, avec le chercheur responsable au [REDACTED] ou l'étudiant-chercheur :

Chercheuse responsable au [REDACTED]

Dre Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

[REDACTED]

Étudiant-chercheur

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

[REDACTED]

Objet : Invitation à participer à un projet de recherche**Critères d'inclusion**

1. Parler et comprendre le français;
2. Vouloir partager ses expériences relatives à la compétence « agir avec humanisme »;
3. Être diplômé, depuis au moins 2007, du baccalauréat de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, programme basé sur une approche par compétences;
4. Avoir au moins 6 mois d'expérience clinique;
5. Pour les infirmières du groupe « expertes » (5 ans et plus d'expérience clinique), l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » doit être reconnue par un pair.

Madame,

Monsieur,

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche intitulé « élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences », qui vise à élaborer un modèle de développement de ladite compétence à partir des expériences d'apprentissage d'étudiants(tes) et d'infirmiers(ères). Plus spécifiquement, le projet aspire à identifier des leviers et des contraintes qui agissent sur le développement de la compétence « agir avec humanisme », de même que les indicateurs de développement de cette compétence.

Puisqu'il s'agit d'une étude phénoménologique, votre participation consiste à remplir un questionnaire visant à connaître votre profil professionnel et de formation et à prendre part à un entretien où il vous sera demandé de partager vos expériences d'apprentissage relatives à la compétence « agir avec humanisme ». La durée de l'entretien sera d'environ 30 à 60 minutes et il aura lieu à l'endroit qui vous conviendra le mieux à l'extérieur ou dans votre centre hospitalier, en dehors de vos heures de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur). L'entretien sera enregistré sur bande audio dans le but de mieux comprendre votre expérience.

Les données recueillies seront confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité des données sera assurée par l'utilisation de pseudonyme et d'un numéro, ce qui implique que votre nom et vos informations personnelles n'apparaîtront sur aucun document dactylographié tout au long du projet : en d'autres termes, seul l'étudiant-chercheur, Monsieur Dimitri Létourneau, aura accès à la liste des noms et des codes qui seront conservés dans son ordinateur, lequel nécessite un code d'accès. Dans l'éventualité où les résultats de ce projet devaient être publiés (conférence ou article de recherche) et qu'ils permettraient de vous identifier, ils seraient modifiés afin d'éviter que vous puissiez être reconnu.

L'ensemble des données recueillies sera conservé pendant sept ans après la fin de cette thèse et détruit après ce délai. En aucun cas les informations recueillies lors de ce projet ne seront transmises à vos supérieurs de votre milieu clinique.

Vous êtes libre de participer à ce projet doctoral, c'est-à-dire que votre participation est volontaire. En participant à ce projet, vous serez éligible au tirage de deux cartes de crédit prépayées d'une valeur de 150 \$ chacune. Il est important que vous compreniez que vous pouvez mettre fin à votre participation durant l'entrevue, sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Dans une telle situation, tous les renseignements personnels vous concernant seraient détruits.

Si vous désirez participer à ce projet ou si vous avez quelque question par rapport à celui-ci, vous pouvez communiquer en tout temps, par courriel ou par téléphone, avec la chercheuse responsable au [REDACTED] ou l'étudiant-chercheur :

Chercheuse responsable au [REDACTED]

Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
 [REDACTED]
 [REDACTED]

Étudiant-chercheur

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)
 dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
 [REDACTED]

Appendice C

Coupon-réponse destiné aux étudiantes



Projet de recherche : *Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences*

Je veux participer :

En prenant part à une entrevue individuelle.

Courriel (écriture lisible et lettres détachées) : _____

Je ne veux pas participer à ce projet de recherche.

Questions sur le projet de recherche ? Courriel : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Appendice D

Fiche synthèse de l'étude doctorale (versions 2 et 3)

Projet de recherche

Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Résumé du projet

But de l'étude

Le but de ce projet est d'élaborer un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » à partir de l'expérience vécue d'apprentissage d'étudiantes infirmières et de diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences et d'identifier les indicateurs de développement s'y rattachant.

Problématique

Malgré des programmes de formation axés sur l'humanisme et l'humanisation des soins, les résultats de plusieurs études effectuées auprès des infirmières ainsi que des patients et leurs familles montrent que les infirmières éprouvent toujours des difficultés à offrir des soins humanistes. Qui plus est, un manque de connaissances demeure quant au processus d'apprentissage de l'agir avec humanisme chez les infirmières. En effet, aucun modèle du développement de cette compétence n'a été élaboré à partir de devis de recherche rigoureux. Ceci en limite l'évaluation et complique le choix des stratégies pédagogiques à privilégier dans le contexte où elles ne tiennent pas compte de résultats probants entourant les étapes du développement de cette compétence chez les étudiantes.

Personnes impliquées dans le projet

Chercheuse responsable au centre hospitalier

Dre Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

Étudiant-chercheur

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

Directrice de recherche

Dre Johanne Goudreau, inf., Ph. D.

Codirectrice de recherche

Dre Chantal Cara, inf., Ph. D.

Coordonnées

Dre Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

✉ dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Méthodologie

Devis phénoménologique herméneutique (Benner, 1994) avec entrevues individuelles semi-dirigées à l'aide d'un guide d'entrevue. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio et les verbatims seront retranscrits dans le logiciel d'analyse QDA Miner® et analysés selon la méthode phénoménologique de Benner (1994) en cinq phases itératives. Des analyses individuelles, interparticipants et intergroupes permettront de délimiter les étapes de développement de la compétence « agir avec humanisme ». L'analyse des données sera concomitante à la collecte.

Pour le développement de la compétence « agir avec humanisme » dans la pratique professionnelle, un échantillon de convenance d'infirmières seront recrutées selon des critères de sélection. Il y aura trois groupes d'infirmières de 5 à 10 participants par groupe : novices, compétentes et expertes.

Recrutement

Critères d'inclusion :

1. Parler et comprendre le français;
2. Vouloir partager ses expériences d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »;
3. Être diplômé d'un baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences qui comporte une compétence « agir avec humanisme »;
4. Avoir de l'expérience clinique selon le groupe :

Novices	Compétentes	Expertes
6 à 18 mois	2 à 4 ans	5 ans et plus

5. Pour les infirmières du groupe « expertes », l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » doit être reconnue par un pair.

Moment du recrutement : entre octobre 2015 et avril 2016.

Durée de l'entrevue (une entrevue/participant) : environ 30 à 60 minutes, en dehors des heures de travail (sinon avec l'accord du supérieur).

Lieu de l'entrevue : à l'extérieur ou dans un local du centre hospitalier.

Projet de recherche

Université
de Montréal

Faculté des sciences
infirmières

CENTRE D'INNOVATION
EN FORMATION INFIRMIÈRE
CENTER FOR INNOVATION
IN NURSING EDUCATION



Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Résumé du projet

But de l'étude

Le but de ce projet est d'élaborer un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » à partir de l'expérience vécue d'apprentissage d'étudiantes infirmières et de diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences et d'identifier les indicateurs de développement s'y rattachant.

Problématique

Malgré des programmes de formation axés sur l'humanisme et l'humanisation des soins, les résultats de plusieurs études effectuées auprès des infirmières ainsi que des patients et leurs familles montrent que les infirmières éprouvent toujours des difficultés à offrir des soins humanistes. Qui plus est, un manque de connaissances demeure quant au processus d'apprentissage de l'agir avec humanisme chez les infirmières. En effet, aucun modèle du développement de cette compétence n'a été élaboré à partir de devis de recherche rigoureux. Ceci en limite l'évaluation et complique le choix des stratégies pédagogiques à privilégier dans le contexte où elles ne tiennent pas compte de résultats probants entourant les étapes du développement de cette compétence chez les étudiantes.

Personnes impliquées dans le projet

Chercheuse responsable au centre hospitalier

Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

Étudiant-chercheur

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

Directrice de recherche

Johanne Goudreau, inf., Ph. D.

Codirectrice de recherche

Chantal Cara, inf., Ph. D.

Coordonnées

Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

✉ dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Méthodologie

Devis phénoménologique herméneutique (Benner, 1994) avec entrevues individuelles semi-dirigées à l'aide d'un guide d'entrevue. Les entrevues seront enregistrées sur bande audio et les verbatims seront retranscrits dans le logiciel d'analyse QDA Miner® et analysés selon la méthode phénoménologique de Benner (1994) en cinq phases itératives. Des analyses individuelles, interparticipants et intergroupes permettront de délimiter les étapes de développement de la compétence « agir avec humanisme ». L'analyse des données sera concomitante à la collecte.

Pour le développement de la compétence « agir avec humanisme » dans la pratique professionnelle, un échantillon de convenance d'infirmières seront recrutées selon des critères de sélection. Il y aura trois groupes d'infirmières de 5 à 10 participants par groupe : novices, compétentes et expertes.

Recrutement

Critères d'inclusion :

1. Parler et comprendre le français;
2. Vouloir partager ses expériences relatives à la compétence « agir avec humanisme »;
3. Être diplômé d'un baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences qui comporte une compétence « agir avec humanisme » (diplôme obtenu depuis au moins 2007);
4. Avoir de l'expérience clinique selon le groupe :

Novices	Compétentes	Expertes
6 à 18 mois	2 à 4 ans	5 ans et plus

5. Pour les infirmières du groupe « expertes », l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » doit être reconnue par un pair.

Moment du recrutement : entre octobre 2015 et avril 2016.

Durée de l'entrevue (une entrevue/participant) : environ 30 à 60 minutes, en dehors des heures de travail (sinon avec l'accord du supérieur).

Lieu de l'entrevue : à l'extérieur ou dans un local du centre hospitalier.

Compensation : participation au tirage de deux cartes de crédit pré-payées d'une valeur de 150 \$ chacune.

Éducation
et Enseignement
supérieur
Québec

Fonds de recherche
Société et culture
Québec



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Université
de Montréal

Faculté des études
supérieures et postdoctorales

Appendice E

Annonces affichées sur les babillards (versions 1, 2 et 3) et publiées sur l'intranet (versions 1, 2 et 3)

Prière d'afficher

Vous êtes :

- Infirmière ou infirmier ayant complété le **programme de baccalauréat** en sciences infirmières basé sur une approche par compétences de l'**Université de Montréal**;
- interpellée par l'**humanisation des soins**?

Vous êtes invitée, lors d'une entrevue unique de 30 à 60 minutes, à partager vos expériences d'apprentissage sur ce sujet avec un étudiant-chercheur.

Plus précisément, il s'agit d'un projet de recherche doctoral dont le titre est « Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ».

Entre 15 et 30 infirmières de [redacted] sont recherché(es) pour compléter l'échantillon :

1. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « novices » (entre 6 et 18 mois d'expérience clinique);
2. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « compétentes » (entre 2 et 4 ans d'expérience clinique);
3. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « expertes » (5 ans et plus, dont l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » est reconnue par un pair).

Si vous êtes intéressée à partager votre expérience de manière confidentielle, veuillez contacter l'une des personnes ci-dessous :

Sylvie Dubois, inf., Ph. D., chercheuse responsable au [redacted]

Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles

[redacted]
[redacted] | [redacted]

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c), étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

[redacted] | dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Projet « agir avec humanisme » Sylvie Dubois : [redacted] Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Sylvie Dubois : [redacted] Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Sylvie Dubois : [redacted] Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Sylvie Dubois : [redacted] Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Sylvie Dubois : [redacted] Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Sylvie Dubois : [redacted] Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Projet de recherche sur l'humanisation des soins Infirmière recherchées

Prière d'afficher

Vous êtes :

- Infirmière ou infirmier ayant complété le **programme de baccalauréat** en sciences infirmières basé sur une approche par compétences de l'**Université de Montréal**;
- interpellée par l'**humanisation des soins**?

Vous êtes invitée, lors d'une entrevue unique de 30 à 60 minutes, à partager vos expériences d'apprentissage sur ce sujet avec un étudiant-chercheur.

Plus précisément, il s'agit d'un projet de recherche doctoral dont le titre est « Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ».

Entre 15 et 30 infirmières [REDACTED] sont recherché(es) pour compléter l'échantillon :

1. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « novices » (entre 6 et 18 mois d'expérience clinique);
2. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « compétentes » (entre 2 et 4 ans d'expérience clinique);
3. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « expertes » (5 ans et plus, dont l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » est reconnue par un pair).

Si vous êtes intéressée à partager votre expérience de manière confidentielle, veuillez contacter la personne ci-dessous :

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c), étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

[REDACTED] | dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Projet de recherche sur l'humanisation des soins Infirmière recherchées



Prière d'afficher

Vous êtes :

- préoccupée par l'**humanisation des soins**;
- infirmière ou infirmier ayant complété le **programme de baccalauréat** en sciences infirmières basé sur une approche par compétences de l'**Université de Montréal** (diplôme obtenu depuis au moins **2007**).

Vous êtes invitée, lors d'une seule entrevue de 30 à 60 minutes, à partager vos expériences sur ce sujet avec un étudiant-chercheur. Plus précisément, il s'agit d'un projet de recherche doctoral dont le titre est « Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ».

Entre 15 et 30 infirmières [redacted] sont recherché(es) pour compléter l'échantillon :

1. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « novices » (entre 6 et 18 mois d'expérience clinique);
2. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « compétentes » (entre 2 et 4 ans d'expérience clinique);
3. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « expertes » (5 ans et plus, dont l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » est reconnue par un pair).

Toutes les participantes infirmières ou infirmiers sont éligibles au **tirage** de deux cartes de crédit prépayées d'une valeur de **150 \$ chacune**.

Si vous êtes intéressée à partager votre expérience de manière confidentielle, veuillez contacter la personne ci-dessous :

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c), étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

[redacted] | dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca
Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca	Projet « agir avec humanisme » Dimitri Létourneau : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

**Projet de recherche sur l'humanisation des soins
Infirmière recherchées**

Université de Montréal | Faculté des sciences infirmières

Prière de publier sur l'intranet de l'établissement

Vous êtes :

- Infirmière ou infirmier ayant complété le **programme de baccalauréat** en sciences infirmières basé sur une approche par compétences de l'**Université de Montréal**;
- interpellée par l'**humanisation des soins**?

Vous êtes invitée, lors d'une entrevue unique de 30 à 60 minutes, à partager vos expériences d'apprentissage sur ce sujet avec un étudiant-chercheur.

Plus précisément, il s'agit d'un projet de recherche doctoral dont le titre est « Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ».

Entre 15 et 30 infirmières de [REDACTED] sont recherché(es) pour compléter l'échantillon :

1. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « novices » (entre 6 et 18 mois d'expérience clinique);
2. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « compétentes » (entre 2 et 4 ans d'expérience clinique);
3. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « expertes » (5 ans et plus, dont l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » est reconnue par un pair).

Si vous êtes intéressée à partager votre expérience de manière confidentielle, veuillez contacter l'une des personnes ci-dessous :

Sylvie Dubois, inf., Ph. D., chercheuse responsable [REDACTED]

Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles
[REDACTED]
[REDACTED] | [REDACTED]

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c), étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

[REDACTED] | dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

**Projet de recherche sur l'humanisation des soins
Infirmière recherchées**

Université de Montréal | Faculté des sciences infirmières

Prière de publier sur l'intranet de l'établissement

Vous êtes :

- Infirmière ou infirmier ayant complété le **programme de baccalauréat** en sciences infirmières basé sur une approche par compétences de l'**Université de Montréal**;
- interpellée par l'**humanisation des soins**?

Vous êtes invitée, lors d'une entrevue unique de 30 à 60 minutes, à partager vos expériences d'apprentissage sur ce sujet avec un étudiant-chercheur.

Plus précisément, il s'agit d'un projet de recherche doctoral dont le titre est « Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ».

Entre 15 et 30 infirmières de [REDACTED] sont recherchés(es) pour compléter l'échantillon :

1. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « novices » (entre 6 et 18 mois d'expérience clinique);
2. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « compétentes » (entre 2 et 4 ans d'expérience clinique);
3. 5 à 10 infirmières ou infirmiers « expertes » (5 ans et plus, dont l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » est reconnue par un pair).

Si vous êtes intéressée à partager votre expérience de manière confidentielle, veuillez contacter la personne ci-dessous :

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c), étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

[REDACTED] | dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

**Projet de recherche sur l'humanisation des soins
Infirmière recherchées**



Prière de publier sur l'intranet de l'établissement

Vous êtes :

- préoccupée par l'**humanisation des soins**;
- infirmière ou infirmier ayant complété le **programme de baccalauréat** en sciences infirmières basé sur une approche par compétences de l'**Université de Montréal** (diplôme obtenu depuis au moins **2007**).

Vous êtes invitée, lors d'une seule entrevue de 30 à 60 minutes, à partager vos expériences sur ce sujet avec un étudiant-chercheur. Plus précisément, il s'agit d'un projet de recherche doctoral dont le titre est « Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence "agir avec humanisme" d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences ».

Entre 15 et 30 infirmières [redacted] sont recherché(es) pour compléter l'échantillon :

- 1.** 5 à 10 infirmières ou infirmiers « novices » (entre 6 et 18 mois d'expérience clinique);
- 2.** 5 à 10 infirmières ou infirmiers « compétentes » (entre 2 et 4 ans d'expérience clinique);
- 3.** 5 à 10 infirmières ou infirmiers « expertes » (5 ans et plus, dont l'expertise de la compétence « agir avec humanisme » est reconnue par un pair).

Toutes les participantes infirmières ou infirmiers sont éligibles au **tirage** de deux cartes de crédit prépayées d'une valeur de **150 \$ chacune**.

Si vous êtes intéressée à partager votre expérience de manière confidentielle, veuillez contacter la personne ci-dessous :

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c), étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

[redacted] | dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Appendice F

Questionnaires sociodémographiques destinés aux étudiantes et aux infirmières

Questionnaire sociodémographique de l'étudiante

Code

Titre du projet doctoral : élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Informations sur la personne

Date : _____ Âge : _____ **Genre** Masculin Féminin

Lieu de naissance Pays : _____ Province ou état : _____

État civil : _____ Nombre d'enfants : _____

Informations sur la formation académique depuis les études postsecondaires

Cheminement en sciences infirmières Bacc. initial DEC-bacc.

Statut étudiant Temps plein Temps partiel Études terminées

Année d'études 1^{re} année 2^e année 3^e année

Études antérieures (sciences infirmières ou autre)	Année d'obtention du diplôme

Informations sur les expériences relatives à la santé

Milieu de travail	Clientèle	Années d'expérience	Quart de travail

Questionnaire sociodémographique de l'infirmière

Code

Titre du projet doctoral : élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Informations sur la personne

Date : _____ Âge : _____ Genre Masculin Féminin

Lieu de naissance Pays : _____ Province ou état : _____

État civil : _____ Nombre d'enfants : _____

Informations sur la formation académique depuis les études postsecondaires

Cheminement en sciences infirmières Bacc. initial DEC-bacc.

Expérience clinique 6 à 18 mois 2 à 4 années 5 années et plus

Études antérieures (sciences infirmières ou autre)	Année d'obtention du diplôme

Informations sur les expériences relatives à la santé

Milieu de travail	Clientèle	Années d'expérience	Quart de travail

Appendice G
Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Introduction

Le thème principal de cet entretien est la compétence « agir avec humanisme », laquelle peut signifier au sens large les actions que vous entreprenez pour humaniser les soins prodigués à vos patients. Cette introduction sert uniquement de base pour clarifier ce qui est entendu par compétence « agir avec humanisme », mais vous êtes libre d'avoir votre propre conception de l'humanisme dans la pratique infirmière.

Compétence « agir avec humanisme » dans la pratique infirmière

1. Qu'est-ce que cela signifie pour vous « d'agir avec humanisme » ?
2. Racontez-moi une expérience où vous croyez avoir fait preuve d'humanisme avec une personne, une famille ou une communauté.
 - Qu'est-ce qui a motivé vos actions envers cette personne, famille ou communauté ?
 - Quelles étaient vos pensées au moment où vous avez posé ces actions ?
 - Comment vous sentiez-vous avant, pendant et après avoir agi avec humanisme avec cette personne, famille ou communauté ?
 - Dans cette situation spécifique, qu'est-ce qui vous a aidé à entreprendre les actions envers cette personne, famille ou communauté ? Et qu'est-ce qui vous a limité ?

Expérience d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »

3. Décrivez-moi des expériences déterminantes vécues, soit dans votre formation académique, votre pratique clinique ou les deux, qui vous ont aidé à développer votre compétence à agir avec humanisme ?
 - En quoi ces expériences ont pu être aidantes dans l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » ?

4. Pouvez-vous penser à des expériences qui, au contraire, vous auraient limité dans le développement de votre compétence à « agir avec humanisme » ?
 - En quoi cette expérience était-elle limitative dans l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » ?
5. Antérieurement à votre formation en sciences infirmières, pouvez-vous penser à des expériences qui vous ont aidé à développer votre compétence à « agir avec humanisme » ?
 - Quels apprentissages cette expérience vous a-t-elle rapporté ?
6. Si vous deviez énoncer des recommandations d'expériences aidantes à l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme », lesquelles seraient-elles pour les milieux d'enseignement? Et pour les milieux cliniques ?
 - En quoi ces expériences favoriseraient-elles un meilleur développement de la compétence « agir avec humanisme » ?
7. Avez-vous autre chose à ajouter ?

Appendice H

Extraits du journal réflexif

11 avril 2016
Saint-Luc (inf.)

(18)

COM-ND-03

Notes post-entrevue

L'entrevue s'est déroulée après le quart de travail de la participante: elle discutait avoir eu «une journée qui avait commencé comme un lundi matin», insinuant qu'elle devait assurer le suivi de problématiques de la fin de semaine.

Je connaissais la participante puisque nous avons fait nos études de premier cycle ensemble. Toutefois, nous étions davantage des collègues que des amis. La participante était donc à l'aise de partager ses expériences avec moi.

C'est la première participante qui fait un lien entre la compétence «agir avec humanisme» et sa religion et les valeurs qui y sont sous-jacentes (respect, aider son prochain). Pour elle, la pratique de sa religion (christianisme) l'a amené à être «l'humaniste» qu'elle est en tant qu'infirmière diplômée.

Des participants précédents ont parlé de «présence» («être avec») avec les personnes; cette participante a plutôt parlé de «disponibilité».

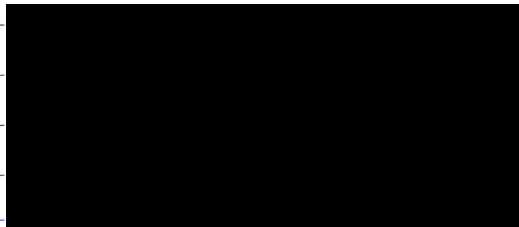
19

un autre aspect nouveau dans le récit de cette participante s'avère le lien qu'elle fait entre «humanisme» et «readership». Au départ, j'avais l'impression que la participante séparait les deux entités et qu'elle ne réalisait pas qu'elle exerçait une influence positive auprès de ses pairs, sur le plan de l'humanisme.

La participante m'a dit qu'on lui avait déjà mentionné qu'elle était «particulièrement douée» sur le plan humaniste. Toutefois, elle a indiqué qu'elle avait entre deux et quatre années d'expérience clinique.

Il est arrivé, à certaines reprises, que la participante ne répondait pas directement à la question. Toutefois, le contenu des propos était pertinent et répondait souvent à d'autres questions. Je me suis questionné à savoir si mes questions étaient claires... Ceci ne semble pas être présent chez beaucoup de participants.

Je commence l'analyse des données aujourd'hui.



(20)

12 avril 2016

- Début de l'analyse des données
Réflexion quant aux a priori (suppositions)

Je reconnais que j'ai plusieurs suppositions quant au phénomène à l'étude:

- ① L'humanisme en sciences infirmières est très relationnel.
- ② La compétence « agir avec humanisme » peut se développer, avant les études, pendant et après.
- ③ Des valeurs sont inhérentes à l'humanisme, entre autres le respect, la dignité humaine, l'empathie, l'altruisme, la compassion et la croyance au potentiel de chaque personne.
- ④ Certains traits de caractère (ou de la personnalité) semblent plus cohérents que d'autres avec l'humanisme (par exemple, les personnes qui sont naturellement intéressées à aider autrui).
- ⑤ Les milieux cliniques ont plus d'influence que les milieux de formation sur le développement de l'humanisme.

(21)

- ⑥ Ma définition (ou ma compréhension) de l'humanisme en sciences infirmières est basée sur Mayroff, Rogers, Buber, Rouch, Cura, Zderad, Watson, Boykin (la perspective de l'étude), mais aussi de ma propre expérience en tant qu'infirmier clinicien;
- ⑦ L'humanisme peut se traduire dans d'autres contextes que «patient et infirmière» (par exemple, «étudiant et professeur»);
- ⑧ Nous (formateurs, enseignants) avons de la difficulté à concrétiser l'humanisme pour les étudiants (trop «conceptuel»);
- ⑨ Certains domaines de la pratique infirmière interpellent davantage l'humanisme que d'autres, par exemple, la santé mentale et les soins de fin de vie;
- ⑩ Il est possible, malgré les contraintes actuelles dans les milieux cliniques, agir avec humanisme avec les patients;
- ⑪ Les modèles de rôle peuvent exercer tant une influence positive (humaniste) que négative (pratique infirmière guidée par un paradigme biomédical, axée sur les tâches et les techniques);

- (22)
- (12) Peu de participants réussiront à explorer/expliciter des concepts de réciprocité et de mutualité; même idée quant au potentiel de croissance des personnes;
- (13) Je vais remarquer une fragilisation de l'humanisme chez les infirmières novices, comme ça a été le cas pour le raisonnement clinique infirmier et le niveau de compétence en général;
- (14) Une maturité existentielle (i.e. en lien avec l'existence humaine, être capable de comprendre ou d'imaginer ce que l'existence signifie) est peut-être nécessaire pour développer l'humanisme (comprendre l'importance pour les personnes, comprendre leur expérience, s'y intéresser de manière authentique.);
- (15) Toutes les infirmières ont le potentiel d'être humanistes et d'agir avec humanisme avec les personnes.

Je crois que c'est tout ce qui me vient à l'esprit depuis le début de ma réflexion (environ 30 minutes). Je pourrai en ajouter d'autres (éléments) si je remarque d'autres a priori dans mon processus d'analyse.

(25)
Je vais maintenant commencer l'analyse des données. J'ai choisi le logiciel ATLAS.ti puisqu'il m'a été recommandé par une professeure (Madame Sylvie Gendron, laquelle fait beaucoup de travaux en recherche qualitative) et après avoir lu un écrit comparant les divers logiciels d'analyse des données (Roy, 2013).

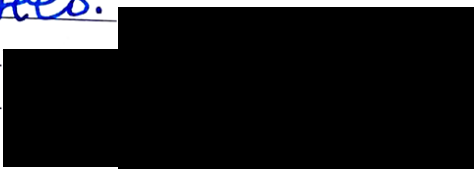
Àu départ, je devais utiliser QDA Miner, mais Madame Gendron m'a expliqué que d'autres logiciels (par exemple, ATLAS.ti) étaient plus appropriés pour des analyses interprétatives.

J'ai suivi un webinaire d'introduction au logiciel avant de commencer, d'une durée d'une heure, donnée par un employé de la compagnie → il détient un doctorat en anthropologie.

J'ai aussi relu mes notes et mon protocole de recherche en ce qui concerne l'analyse des données afin de m'assurer de respecter la tradition de Benner. Comme il n'y a pas d'ordre spécifique dans le choix des faits à analyser, je vais choisir la première participante.

Sept entrevues ont été réalisées au début de l'analyse des données.

COM-NIS-011



29 mars 2018

(119)

Analyse des données

DEU-MY-07

Je vérifie la transcription et voici mes impressions:

- ① Elle met l'accent sur considérer la personne comme un être humain
- ② Elle est la première du groupe à exploiter la signification de l'expérience de santé (est-ce représentatif du groupe? Je ne pense pas);
- ③ Elle semble voir l'influence des soins humanistes sur son raisonnement clinique infirmier;
- ④ Elle raconte une expérience où elle prend un temps considérable à écouter la personne parce qu'elle estime avoir au temps, i.-à-d. que son organisation des soins est adéquate, elle n'est pas «en retard»;
- ⑤ Elle est inspiée par l'interaction et l'accent mis sur les soins humanistes pendant sa formation universitaire;
- ⑥ Elle montre l'usage de l'empathie;
- ⑦ Elle reçoit de la gratitude et se sent valorisée;

- (8) Elle constate l'impact positif de son intervention humaniste; (120)
- (9) Elle apprend de l'approche humaniste incarnée chez un professeur;
- (10) Sa conception de la compétence, paradoxalement, est axée sur «s'asseoir, écouter & jaser»;
- (11) Elle anticipe de la difficulté à prodiguer des soins humanistes à la diplomation;
- (12) Elle est la première à parler de «l'usure de l'empathie», qui peut venir avec le temps (perte du sens au travail) chez certaines infirmières;
- (13) Elle se considère «naturellement» humaniste;
- (14) Elle partage des critiques envers les critères d'évaluation vagues et exigeants vs. le stress vécu chez la population étudiante vs. le caring perçu chez le professeur.

Je procède à l'analyse demain.



26 avril 2018

(131)

Significations communes (1^{re} année)

Ahier, j'ai terminé les significations communes au groupe "première année", qui comprend les participants suivants:

- ① PRE-MY-01 (analyse: 12 avril 2018)
- ② PRE-MY-02 (analyse: 20 avril 2018)
- ③ PRE-MY-03 (analyse: 23 avril 2018)

J'ai utilisé la méthode décrite à la page 114 de ce présent journal. Voici mes principaux constats:

- ① la participante PRE-MY-02 se démarque des deux autres, entre autres en raison de sa maturité existentielle qui peut grandir à l'âge (39 ans) et ses 7 années en tant que paramédic. Elle semble manifester les "antennes empathiques sensibles" présente chez les infirmières au groupe "experte", comprend la réciprocité relationnelle, et avoir un idéal moral humaniste bien forgé;
- ② ces participants s'attardent à la

132

- relation de confiance entretenue
 avec les personnes, ce qui est surpre-
 nant, car les étudiants du groupe
 « deuxième année » sont beaucoup
 plus axés sur la communication;
- ③ la contrainte temporelle n'est vrai-
 ment pas aussi présente que dans
 le groupe « deuxième année », ce
 qui est peut-être expliqué par
 l'exposition plus importante aux
 milieux cliniques dans ce groupe
 (donc, ont une meilleure, ou plus
 réalist, conception des enjeux
 cliniques);
- ④ le langage théorique utilisé
 par les participants est moindre
 en comparaison avec les étudiants
 du groupe « deuxième année »
 et « troisième année », probable-
 ment en raison de leur positio-
 nnement (première année de
 complétée) dans le programme de
 formation;
- ⑤ Il y a absence de l'exploration
 des priorités/préoccupations dans
 le groupe. Toutefois, la participant
 PRE-MY-01 utilise une intervention
 préférée par la personne soignée;
- ⑥ Même si ces participants
 s'attardent à construire une rela-

(133)

tion de confiance à la personne, ils soulignent prendre un temps considérable afin de communiquer, rassurer et écouter la personne soignée;

(7) L'écoute est inhabitée de communication la plus manifestée dans les entretiens. La participante PRE-MY-02 fait allusion au respect des silences;

(8) Les participants de ce groupe sont plutôt soucieux de leur savoir-être, de leurs attitudes et de leur non-verbal dans l'établissement de la relation de confiance (qui n'est pas aussi présente chez ceux du groupe « deuxième année »);

(9) Seule la participante PRE-MY-01 fait référence à des « valeurs humanistes »;

(10) Les participants PRE-MY-018 PRE-MY-63 montrent une sécularisation des soins humanistes.

Je prépare une communication orale pour une conférence avant de poursuivre vers la prochaine étape de l'analyse (intergroupe).

Appendice I

Exemple de résumé des préoccupations centrales

Préoccupations centrales (Pavlina)

Sens accordé à la compétence « agir avec humanisme »

La conception de la compétence « agir avec humanisme » de cette participante commence par un intérêt porté vers la personne qu'est le patient. C'est également d'avoir une conception de la personne ayant des aspirations, des préoccupations et des priorités qui diffèrent selon les expériences. Sur cet aspect, le soin de cette infirmière « commence » à partir des priorités et des préoccupations de la personne : elle explore celles-ci (« si je peux faire une chose aujourd'hui, ça serait quoi ? ») et s'offre explicitement à la personne afin de résoudre ce qu'elle identifie comme prioritaire. Avec l'expérience acquise, elle reconnaît que ce principe (explorer la préoccupation et la priorité de la personne) est efficace auprès de la personne :

C'est ce que j'ai appris moi t'sais des fois t'apprends des heures et des heures de cours pis j'ai regardé ça pis tu fonctionnes.

aussi la question très simple de : *ici et maintenant qu'est-ce que je peux faire pour vous ?* Je l'applique, elle est super simple pis c'est ce qui marche le mieux.

Les expériences racontées par la participante mettent en évidence un engagement d'exception auprès des personnes soignées : elle fait des démarches qui requièrent de la créativité, une bonne connaissance des acteurs concernés par la priorité de la personne et qui reflètent une aisance dans sa pratique clinique, plus élevée que chez l'infirmière nouvellement diplômée (peut-être également plus élevée que chez l'infirmière exercée). Soulignons que cette infirmière a un rôle en pratique infirmière avancée (expertise-conseil) et que cela contribue probablement à cette expertise.

« Agir avec humanisme » représente également d'adapter son approche, en tant qu'infirmière, à la personne. La participante utilise l'adjectif « convivial » pour qualifier son approche, mais c'est plutôt de mettre la personne à l'aise et d'établir un dialogue qui s'éloigne de la hiérarchie. Cette adaptation se transpose également dans les soins et la participante montre une certaine dextérité (ou aisance) afin de soigner selon différentes priorités, de manière concomitante (par exemple, dans le cas d'une famille dont les priorités diffèrent selon les membres). L'engagement, l'écoute et les efforts que l'infirmière investit ont pour objectif de « faire une différence » pour la personne. Cette « différence » peut engendrer une diminution de l'anxiété chez la personne ou peut concourir à rendre l'expérience de santé vécue plus harmonieuse ou moins souffrante pour celle-ci. L'arrivée ou

l'aboutissement de cette différence est généralement le confort ou le bien-être de la personne.

La participante fait allégoriquement allusion à l'art infirmier (n'est pas aussi bien délimité comparativement à certains auteurs de la discipline) en lien avec l'expertise clinique, c'est-à-dire qu'au départ, l'infirmière suit des étapes (caractère méthodique), alors qu'avec l'expérience, elle se permet d'offrir des soins individualisés en faisant usage de créativité :

Comme moi j'avais comparé ça à un moment donné t'sais c'est comme une peinture à numéros pour moi être infirmière, au début il faut que t'apprennes que t'sais le numéro 1 c'est bleu et à un moment donné ça devient un art. Pis là tu choisis les couleurs que tu veux mettre pis je sentais que j'avais vraiment réussi à offrir une plus belle peinture en offrant un service personnalisé que en suivant les numéros.

La participante soutient que d'agir avec humanisme comporte un soin qui représente le « meilleur soin » possible, c'est-à-dire qu'elle soigne la personne comme si elle soignait un être cher (en prenant pour acquis que l'infirmière offre un soin exemplaire à ses proches). Implicitement, cette infirmière considère qu'il faut offrir le meilleur de soi pour mettre en pratique l'humanisme dans les soins infirmiers.

Un autre élément important pour cette participante est le temps. Même si elle considère que le temps n'est pas un facteur qui influence tous les « soins humanistes » (par exemple, l'approche), elle concède que « d'agir avec humanisme » est l'équivalent de ne pas calculer le temps investi (**exemplaire**) :

Mais ça me faisait plaisir, pour moi c'est ça l'humanisme tu calcules pas le temps que tu as mis pis ton shift t'sais moi je finissais pas à 4 h là.

Cette infirmière voit « plus loin » que le temps investi dans le moment présent, c'est-à-dire qu'elle est convaincue que ce temps n'est pas « perdu », que l'avantage (ou l'impact positif) est supérieur au temps investi et qu'il peut être profitable ultérieurement (par exemple, un patient qui appelle moins). Cet avantage pour le patient peut se répercuter chez l'infirmière également, sur le plan personnel, où la participante évoque la réciprocité relationnelle (**exemplaire**) :

Cette réciprocité d'échange d'amour pis d'amitié ça a valu toutes les pauses que j'ai manquées. T'sais t'as le goût de le refaire parce que t'as un bon *feedback*. Alors c'est comme ça que les commentaires de : *tu prends pas ta pause. Non regarde je suis fatiguée mais je suis bien là, je suis satisfaite de ce que j'ai offert.*

Cette satisfaction dont la participante fait référence se lie à la compétence étudiée, c'est-à-dire que c'est souvent par la compétence agir avec humanisme qu'elle parvient à

« faire une différence » pour la personne et qu'elle ressent de la satisfaction au travail. C'est dans cette satisfaction que la participante tire un sens au travail et que l'inverse lui apparaît également possible : une pratique infirmière orientée vers la tâche (ou activités techniques), éloignée d'une pratique humaniste, engendre de l'insatisfaction au travail et amenuise le sens à celui-ci.

Toutefois, cet engagement (qui frôle le dévouement) semble être, dans un premier temps, associé à de l'altruisme et, dans un deuxième temps, équilibré avec le « soin de soi » par la participante. L'altruisme ne semble pas être « pur » (et la participante le reconnaît), c'est-à-dire qu'il n'est pas entièrement désintéressé puisque la participante semble accueillir le sentiment de bien-être que son dévouement lui procure (avoir l'impression de faire quelque chose de bienveillant à autrui) :

Ça me faisait du bien t'sais comme est-ce que tu fais un don parce que t'es content de dire : *j'ai fait un don*. Quelle reconnaissance tu as à un don ? Un don c'est pour dire désintéressé, tu le fais parce que toi ça te fait du bien, pas parce que tu veux une reconnaissance. Aider des gens dans le besoin, ça me fait du bien à moi, c'est égoïste dans le fond t'sais tu donnes mais...

De plus, d'autres propos corroborent cette « forme » d'altruisme, c'est-à-dire que la participante s'engage envers la personne en croyant que quelque chose lui reviendra *peut-être* un jour. Par ailleurs, la participante énonce qu'elle apprend à mieux pondérer ou équilibrer ses priorités à celles d'autrui, entre autres pour se protéger de l'épuisement professionnel :

Je trouve ça super important pour moi d'avoir style faire un cours de yoga ou d'aller faire de l'exercice autant que de prendre soin de quelqu'un.

fait que t'sais je veux m'accorder justement des moments là où là je m'en fous c'est quoi la préoccupation des autres. Ça c'est mon moment oui pis je trouve ça important justement parce que il y a assez de gens qui tombent en *burnout* et autres, je veux que, ça t'sais, ça soit mon moment. Si t'as un souper de filles ben t'sais les gars des fois c'est jouer au hockey mettons là ça tu touches pas à ça moi tu touches pas à telle, telle rencontre que je veux que j'ai besoin.

parce que le dévouement c'est bon, *ah mais je veux pas m'oublier*. Là j'ai comme appris que il faut être en équilibre pis il faut, pis je le fais maintenant, ce que je fais c'est pour moi pis c'est pas pour plaire à quelqu'un.

C'est d'ailleurs dans ces circonstances que la participante explique qu'elle n'est pas « naturellement » humaniste. Elle fait une distinction franche entre ce qu'elle est en tant qu'infirmière et en dehors du milieu professionnel :

Non je suis pas si fine que ça comme personne. Quand je me mets dans mon rôle infirmière-là, oui j'embarque t'sais dans, parce qu'avec mes amis là on s'entend je parle beaucoup de moi, non mais t'sais, je suis centrée sur aussi mes besoins t'sais, pis je pense que c'est là l'équilibre aussi (rire). Mais quand je suis devant quelqu'un que je sais que c'est ça mon emploi ben là, j'oublie mes références, mes affaires qui m'appartiennent pis là je vais avec *qu'est-ce*

que je peux faire pour vous aider ? C'est comme du service clientèle pis là je m'oublie avec mes affaires. Mais non je suis pas naturellement comme ça.

Or, plusieurs propos qu'elle énonce à d'autres moments contredisent cette perception. C'est lorsqu'invitée à préciser sa pensée (devant cette incohérence) que la participante énonce qu'elle « égalise » son dévouement en pensant également à elle.

Compétence « agir avec humanisme » dans la pratique infirmière

La participante raconte une expérience d'un jeune patient (19 ans) atteint d'un cancer cérébral dont le pronostic est sombre (métastatique). L'expérience se déroule sur quatre mois, de l'annonce du diagnostic jusqu'au décès du jeune homme. L'expérience avait été vécue quatre ans avant l'entrevue et l'infirmière avait une dizaine d'années d'expérience clinique.

Lorsqu'interrogé, le patient énonce une priorité qui est prise au sérieux par l'infirmière :

Il trouvait ça super long t'sais pis il était comme mourir là, c'est quelque chose, pis pas avoir le Wi-Fi, c'est quelque chose.

Comme la participante l'explique, ce patient éprouve de l'ennui et souhaite se divertir avec l'accès à internet. Elle souligne qu'au moment où l'expérience est vécue, avoir accès à internet dans un centre hospitalier n'est pas simple. Elle est d'ailleurs engagée de manière créative à répondre à la priorité de son patient en appelant le directeur général du centre hospitalier, une fondation œuvrant au bien-être des jeunes atteints de cancer et un organisme qui a pour objectif d'améliorer l'accès à internet dans la ville de Montréal. Pendant qu'elle fait ces appels, elle télécharge des films à son domicile (hors de ces heures de travail), qu'elle transfère sur une clé USB, et qu'elle apporte à son patient à l'hôpital. Elle parvient à obtenir, d'un distributeur, une clé internet pour son patient : elle obtient également du financement d'une fondation afin de payer les frais associés à cette clé. Lorsque questionnée sur ses motivations à « faire des pieds et des mains », la participante partage qu'il s'agit de la priorité du patient et que c'est là-dessus qu'elle souhaite s'investir.

D'ailleurs, il est fréquent que la famille du patient visite celui-ci vers 17 h et, désirant accompagner la famille dans cette expérience, la participante prend la décision de quitter son milieu de travail plus tard :

Si lui j'allais le voir pis c'est à 5 h 30 heures, parce que je savais que sa mère allait être là avec son beau-père pis son frère pis que son frère avait besoin d'en parler ben j'étais là à 5 h 30 heures. Fait que ça, mais ça qui est gratifiant t'sais, je trouvais ça plus intéressant d'être là à 5 h 30 avec la famille pis de créer cette dynamique pour qu'il y ait justement des discussions

entre les deux frères parce qu'ils se parlaient pas beaucoup de ce qui s'en venait pis, un il disait *pourquoi c'est pas moi ?* Il y a des affaires que tu connais pas pourquoi ça arrive pis, fait que mais j'étais plus satisfaite de mon travail en faisant ça que en partant à 4 h heures

Même si l'infirmière quitte plus tard, le sens à son travail semble renchéri lorsqu'elle parvient à accompagner la famille dans l'expérience de santé, par exemple le frère du patient qui apparaît attristé et qui cherche des réponses à des questions existentielles, dont peu ont les explications. Elle fait remarquer qu'elle adapte ses soins à la famille en fonction des particularités des personnes : l'accès à internet pour le jeune patient, le dialogue avec le patient pour le frère, et la mère avait une autre priorité (dont la participante ne fait pas mention dans son récit) :

Il aurait pu dire *ben c'est ma relation avec mon frère t'sais ma problématique*. Son frère lui il avait mentionné ça, donc lui son frère lui je l'accompagnais pas dans le Wi-Fi. Donc on va créer un moment pour que les deux frères puissent justement discuter de comment l'un vit la situation par rapport à l'autre. Pis ça je l'ai réussi aussi, mais tu vois chacun avait ses besoins. Son frère lui je l'accompagnais dans ce sens-là mais lui le patient il voulait le Wi-Fi, il parlait pas de son frère là il voulait du Wi-Fi. Moi je réglais, pis peut-être sa mère elle t'sais des fois c'est toute une affaire que tu t'attends pas là fait que j'allais vraiment selon leurs priorités.

Je mettais tous mes efforts sur ces priorités-là pour pas m'éparpiller.

Il est fondamental, pour cette infirmière, de « partir de la priorité » de la personne dans le soin et de faire preuve de flexibilité, plutôt que d'avoir une pratique infirmière orientée par une collecte de données systématique, qui ressemble plutôt à une entrevue ayant un caractère méthodique palpable. Dans sa pratique, elle préfère y aller de manière plus intuitive, plus conviviale, et estime que les informations recueillies de cette manière permettent également de dresser un portrait aussi bien que d'une manière systématique.

Elle soutient que son engagement concoure à renforcer la confiance que le patient lui accorde, solidifiant la relation que les deux personnes entretiennent :

Oui il était super, t'sais il a fait : *c'te fille-là elle veut vraiment mon bien t'sais elle est pas prise dans une collecte de données*, t'sais comme, elle répond *c'est correct-là*.

Pour l'infirmière, être témoin des retombées positives de ses interventions lui procure beaucoup de satisfaction et de sens au travail, de même qu'un sentiment de fierté :

Ben t'sais je me souviens je suis arrivée le soir pis j'ai fait comme *je suis une bonne infirmière, je suis vraiment à ma place*. J'étais fière de ce que j'avais accompli, l'argent que j'avais réussi à avoir la subvention pis le fait que j'aurais pu ne pas du tout écouter cette demande-là pis j'ai fait des pieds pis des mains pis quand c'était pas résolu je lui downloadais des affaires, j'ai été créative, je me sentais vraiment comme quelqu'un qui faisait une différence.

Expérience d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »

Expériences aidantes

Première expérience

La première expérience, qui apparaît plutôt comme un facteur, est l'acquisition de l'expertise professionnelle. Cette dernière lui permet, entre autres, de mieux adapter ses soins à la personne. D'ailleurs, sur le plan de la communication, cette infirmière a intégré les aspects de la communication et parvient à individualiser celui-ci sans y aller de manière purement méthodique. Elle comprend qu'il y a plusieurs manières d'explorer l'expérience de santé de la personne et, d'une certaine manière, établit un lien entre la compétence « agir avec humanisme » et le raisonnement clinique (sur le plan de la collecte des données) :

Ben je te dirais que le fait aussi que j'avais un bon 10 ans d'expériences à ce moment-là ça l'a fait que j'étais comme tu peux penser comme en-dehors de la boîte là. Là j'étais plus prise : là il faut absolument que je fasse un écocarte qui est super cute, un génogramme, pis toute ça. J'étais plus juste comme *oui OK* t'sais les pièces vont se jumeler là-dedans de toute façon. En ayant cette question-là : *qu'est-ce que je peux faire pour vous ?* ça rejoint la famille t'sais c'est ça la problématique, c'est ça le défi. Ça va rejoindre ces liens les gens, la communauté fait que tranquillement les pièces vont s'ajuster lors d'une discussion et non sous forme de 1, 2, 3, 4, 5, 6. Comme quelqu'un qui fait une entrevue, les meilleures entrevues à la télévision c'est celles qui ont une base de préparation, qui connaissent leurs personnalités devant eux mais qu'ils vont selon le rythme.

T'sais des affaires tu fais : j'aurais pas pensé à ça, tsé vous avez un problème au cœur mais finalement ce qui vous préoccupe c'est que votre chat est seul à la maison pis votre femme qui a l'Alzheimer est en centre, bon qui va s'en occuper.

Elle reconnaît donc qu'il est possible de collecter des données qui, en dehors de cette sphère relationnelle, ne sont peut-être pas partagées.

Deuxième expérience

La deuxième expérience aidante est vécue pendant les études collégiales de la participante. À cet effet, elle a un cours dont le sujet porte sur des notions relatives à l'approche systémique familiale et elle doit prodiguer des soins à des familles (sur le plan de la communication, de l'entrevue familiale). Ces expériences lui permettent de comprendre une autre facette des soins infirmiers, ce changement qu'elle appelle le « déclic », suscite son intérêt dans cette forme de soins infirmiers :

Je te dirais que je me souviens au CEGEP on faisait comme une approche systémique familiale. On allait voir des patients à la maison, pis on les interviewait, là il y a eu un déclic, j'ai fait *ah wow !* Là j'ai *ah* on peut apporter vraiment t'sais c'était un patient dialysé d'ailleurs aveugle, un jeune adulte avec le diabète type 1, c'est pour ça qu'il est devenu aveugle et cetera, pis il devait avoir 30 ans là. Moi j'étais au CEGEP, donc j'avais 19 ans, pis on interviewait son père, sa mère pis ils nous disaient *on a peur qu'il meurt, il fait des grosses hypoglycémies la nuit, avec la dialyse il fait des chutes de tension, et cetera...* [Le téléphone a sonné à ce moment de l'entrevue]. Comment j'ai accompagné cette famille-là j'ai fait *ah wow !* Encore une fois ça fait une différence pis c'est là que de plus en plus je me suis intéressée à offrir ce genre de soins infirmiers-là.

C'est dans cette expérience que la participante mise surtout sur l'écoute des propos verbalisés par les membres de la famille et les aide à prendre conscience de leurs forces respectives. Elle prend également conscience des impacts potentiels d'une expérience de santé sur la personne. La participante répète « qu'elle ne fait pas grand-chose », mais que pour cette famille, cela représente « beaucoup » :

Ben les gens comment ils avaient besoin justement d'en parler. Quand j'arrivais chez cette famille-là, ils étaient dans un tout petit logement. Ils vivaient de la pauvreté, on le sais pas tsé, quand j'avais ce jeune homme-là à la clinique, je savais pas dans quel contexte social il vivait, comment c'était compliqué être un jeune adulte aveugle, hémodialysé pis sa priorité lui c'était pas de vivre longtemps, avec cette condition de vie-là lui c'était plus que le quotidien soit le moins pire possible. Comment je l'accompagnais là-dedans j'ai fait comme *wow une super belle générosité*. Ces gens-là ils avaient pas d'argent mais ils étaient comme *veux-tu un gâteau ? Veux-tu un thé ?* T'sais ils étaient super gentils pis plus t'es gentil plus ils t'en donnent. J'ai pas fait grand-chose pour cette famille-là, j'ai pas appelé le Wi-Fi, j'ai écouté pis ça leur a fait tellement du bien pis je pense qu'ils ont vu leur situation différemment pis ils ont été super fiers de ce qu'ils avaient accompli parce qu'on ressortait leurs points forts dans ce cours-là pis je me souviens qu'ils étaient comme *hein on en a fait des choses depuis qu'ils avaient le diagnostic de diabète type 1*, comment ils ont été solidaires, comment ils se sontentraîdés, comment ils l'accompagnent. Les parents ils ont fait, quel soulagement, ils ont vu que finalement ils n'étaient pas si pires comme parents, comment ils étaient bons pis comment ils se donnaient pis comment le jeune homme il s'adaptait à sa condition. Mais juste de ressortir ça là, je venais de leur donner un million. Je suis sortie pis les gens avaient les épaules dégagées, ils étaient heureux pis pourtant j'ai pas rien fait de technique ou rien d'extraordinaire, juste renforcer dans ce qu'ils avaient de bon.

De plus, souligner les forces de cette famille permet à l'infirmière de soutenir la personne dans l'adoption de comportements sains en matière de santé. De plus, cette expérience permet à l'infirmière de constater des lacunes dans son approche précédente auprès de la personne :

ce cours-là ils nous demandaient de noter les points forts, t'sais il fallait les ressortir, les dire à la famille. Fait que ça m'avait fait faire cet exercice-là pis j'ai fait *ah wow on change pas les gens leur disant ce qu'ils pas de bien, on change les gens en leur disant ce qu'ils font de bien*. T'sais vraiment du renforcement positif pis j'ai vu l'effet que ça l'avait pis que là ils étaient ouverts. À la suite des interventions que j'ai eues avec eux c'était là *comment on va faire pour justement qu'il prenne plus souvent ses glycémies ou qu'il s'injecte adéquatement l'insuline ?* Tout ça là. Là ils étaient ouverts à ça. Mais avant j'avais faux de faire, t'sais entrer directement avec bon, dire : *bon on voit bien que tu prends pas bien ton insuline, qu'est-ce qui se passe ?* Là il y avait ce lien-là pis là ça fonctionnait.

Troisième expérience

Vers la fin de l'entrevue, la participante recommande d'incarner la philosophie humaniste dans ses échanges avec les étudiants. Elle raconte, brièvement, qu'elle apprend beaucoup d'un professeur qui incarne ladite philosophie (modèle de rôle humaniste), dans son approche, sans toutefois préciser les éléments d'apprentissages :

t'sais [nom d'une personne] là il nous disait tout le temps : *j'arrive jamais dans mes affaires mais je suis pas capable de refuser une étudiante ou un étudiant qui vient à mon bureau ou un téléphone* mais un courriel ça il dit : *ça il dit je suis capable d'en oublier, mais un téléphone pis quelqu'un qui est devant toi là, une approche humaine* là il dit ça là *je suis pas capable de passer à côté de ça*. Il a besoin de ça pour satisfaire sa vocation. Pour moi c'est un peu la même chose, pour moi, lui il est entre autres un modèle d'approche humaniste. Pis il arrivait à des cours pas de PowerPoint là, avec un cartable pis il partait où on était pis on avançait pis j'ai énormément appris avec ce professeur-là parce que il partait de où moi j'étais pis il me faisait évoluer.

T'sais on est rattaché à ça pis lui il y allait pis il m'a fait grandir énormément puis il y en a plein d'autres que je pourrais en nommer là mais c'était lui qui, il avait l'approche par compétences, l'approche humaniste mais c'est sûr que c'est déstabilisant pour un prof parce qu'il a pas toutes ses notes, il faut qu'il maîtrise très très bien le sujet, pis qu'il soit prêt à dire : *je ne sais pas. De où t'en est pis comment je te fais évoluer là, je vais aller me référer parce que je le sais pas là c'est quoi la réponse pour ça. C'est un risque.*

Expériences limitatives

Première expérience

La participante se rappelle qu'au début de sa pratique, elle est prise et concentrée à plaire à ses collègues (probablement pour se faire accepter par l'équipe, ce qui n'est pas mis en évidence dans le récit) et à s'orienter sur les activités techniques et le caractère méthodique associé à celles-ci, oubliant l'être humain qu'est le patient :

Ben c'est difficile quand tu commences t'sais ils te l'enseignent mais t'es tellement pris, moi ce que je regrette si c'était à refaire, c'est pas ça la question mais je vais y arriver mais à refaire je me concentrais beaucoup trop avant sur plaire à mes collègues. T'sais je mettais *ah il faut que j'aide cette infirmière-là* ou *ah je veux qu'elle elle trouve que je pique bien* t'sais je voulais performer au niveau comme de l'équipe au début. Ou quand je travaillais en hémodialyse c'était la machine *eh là j'étais concentrée, bien programmer pis toute ça* pis là il y a comme un patient j'étais fâchée avec pis je sais pas si c'est normal il me semble que quand même oui t'sais au début t'es tellement concentrée sur un bras pour piquer que t'oublie qu'il y a comme un humain

Et, avec l'expérience clinique (aisance), l'infirmière dit revenir aux soins humanistes :

pis à un moment donné tu viens à l'aise pour bon faire une ponction veineuse, pis maintenant t'es là *oui monsieur comment ça va ?*

C'est d'ailleurs avec la maîtrise des activités techniques que l'infirmière parvient à incorporer (ou intégrer) la communication (ou la composante relationnelle) pendant qu'elle fait une ponction veineuse, plutôt que d'être principalement centrée sur l'activité en tant que tel :

Là tu y vas, t'es en train de piquer pis il s'en rend même pas compte que tu piques parce qu'il est en train de jaser que c'est super difficile avec sa femme pis qu'il a peur pour ses chats à la maison.

La participante fait un parallèle à cet égard entre l'insatisfaction (ou le malheur) qu'éprouvent des infirmières au travail, avec une pratique orientée vers la tâche (ou activités techniques). Elle lie également ce type de pratique à l'objectification de la personne. Pour

cette raison, elle s'engage à aider ces personnes, selon leur priorité, afin qu'ils reviennent vers une pratique dite humaniste ; cela met en évidence une certaine forme de leadership :

Je te dirais que ceux qui sont malheureuses comme infirmière des fois c'est le contexte hospitalier ça va trop vite tout ça, mais je dirais c'est sûr que je vois qu'elles rentrent faire une succession de tâches puis qu'elles voient plus madame Beaudry, monsieur Lamarre [noms fictifs]. Elles voient une prise de sang, un électro, un antibio à donner. Ça ces gens-là j'essaie de les accompagner justement *qu'est-ce que je peux faire pour toi ?* Justement que ça revienne à ce rôle-là parce que je pense que chaque infirmière a fait ça pour aider les autres, pas pour faire une succession de soins.

Deuxième expérience

Une autre expérience limitative se situe lorsque l'infirmière est dans une agence de placement infirmier, dans un centre d'hébergement. Elle doit faire face à une organisation des soins serrée et peine à prodiguer des soins sécuritaires. De plus, elle considère qu'elle ne parvient pas à prodiguer des soins humanistes :

J'arrive, bon à 4 h tu commences ton shift jusqu'à minuit, j'arrive à 3 h 45, là les gens me donnent un rapport, c'est qu'il y a des activités de soins là, il y a un antibio dans telle place, ta ta ta, pas t'sais ça sonnait très t'sais chaque minute est comptée mais comme activités de soins t'es là pour tes compétences techniques. C'est correct t'sais je suis à l'aise quand même avec ça mais là cette soirée-là donner des médicaments c'était comme à la chaîne-là, tac tac tac. J'arrivais pas, même quand j'étais en train de donner le médicament je fais là *ah je pense il faut que je prenne le pouls à l'apex, là j'ai-tu le temps de le faire*, j'étais rendue à prioriser des priorités-là, pis ce soir-là j'ai pas offert les soins avec humanisme.

La surcharge de travail se manifeste par l'infirmière courant pour parvenir à prodiguer les soins « minimums », par une réduction du temps de repos et l'obligation de devoir quitter le milieu de travail plus tard :

j'étais prise à courir pis t'sais littéralement je marchais vite là pour arriver. Ça sans compter que t'as presque pas mangé, t'as pas pris de pause pis tu finis une demi-heure plus tard là.

Bien que la participante n'utilise pas l'expression « insatisfaction au travail », les propos mettent en évidence qu'elle n'apparaît pas satisfaite dans ce milieu et qu'elle reconnaît le lien entre l'effritement de la passion pour la profession infirmière et la surcharge de travail :

J'ai pas voulu retourner dans ce centre-là non plus

J'aurais aimé mieux être dans une distributrice de, une shop là t'sais. Au moins j'aurais pu me dire j'ai fait 200 burgers ce soir, je le sais pas je suis satisfaite que c'est ça qu'il fallait que je fasse les 200.

Ce contexte-là hospitalier, t'sais si j'avais été longtemps là-dedans, ça aurait fait en sorte que je l'aurais perdue cette flamme-là d'être infirmière.

L'infirmière aborde également la pratique déshumanisante de certains de ses collègues. Par exemple, des infirmières estiment qu'il est préférable de ne pas s'entretenir avec la personne au regard de ses préoccupations parce qu'elles anticipent un manque de temps :

Il y a des infirmières que je vois qui offrent pas ça comme services pis là ils me répondent ben la parce [nom de la participante], quand tu demandes c'est quoi que je peux offrir ben ils disent de quoi pis j'ai pas le temps de l'offrir.

Oui mais toi t'as le temps, mais nous on n'a pas le temps après ça de faire les démarches fait que pourquoi la poser si après on n'a pas un service.

Pis les médecins m'ont dit pourquoi vous posez telle question : c'est quoi votre plus grande préoccupation ? De toute façon on n'a pas le temps d'y répondre.

Le manque de ressources humaines (professionnels de la santé) est également mentionné par ses collègues :

pis qu'ils réussissent pas à avoir un psychologue ou un travailleur social ou quelqu'un qui va les accompagner,

Moi j'ai entendu des médecins aussi dire que dans leurs tournées ils veulent pas faire ce genre de soins, d'approche-là parce que sinon ils vont dire ben : *ah j'ai de la misère à dormir, na na na, ah mais j'ai des problèmes avec ma fille* pis là faut faire des références à un psychologue mais on n'a pas de psychologue

Ces médecins semblent, par le fait même, encourager (ou contribuer) une culture biomédicale en misant sur des données biophysiques plutôt que sur les préoccupations de la personne :

J'ai eu ce genre de commentaire de : *enlevez-la cette question-là, mais par contre dites-moi son poids, sa tension, sa glycémie* pour la clinique de dialyse et d'insuffisance rénale.

Certains des collègues de cette infirmière disent qu'au-delà du manque de temps et des ressources humaines, ils ont peur de décevoir la personne :

T'sais ils ont peur de perdre la confiance du fait que si la personne dit : *je suis en grande détresse pour telle raison*

la personne va se dire : ben pourquoi je te dis des affaires de toute façon tu fais rien avec ces renseignements-là.

Là je te résume de ce que j'ai vu, oui. J'aime mieux pas demander comme ça je peux pas décevoir.

Le sentiment d'impuissance qui émerge du dilemme entre le désir de prodiguer des soins humanistes et les contraintes temporelle et humaine peut évoluer vers de la détresse. Il peut y avoir un mécanisme de protection contre la détresse, la désensibilisation (« mettre une carapace »), qui se développe chez l'infirmière (**exemplaire**) :

C'est vrai que tu vis un peu l'inverse du sentiment de *ah j'ai fait une différence* tu viens de *ah il me dit qu'il a un besoin pis je peux pas y répondre*. C'est l'inverse tu sens que t'es peut-être moins à ta place, t'sais c'est un sentiment d'impuissance pis ça peut amener de la détresse. Finalement, il y en a qui survivent en se mettant une carapace.

D'une certaine manière, ces collègues ont donc l'impression que le fait d'écouter la personne n'a aucune valeur ajoutée pour son bien-être, même s'ils ne parviennent pas à obtenir les ressources nécessaires. Ceci se reflète également dans un autre exemple similaire partagé par la participante :

Je te donne un exemple, en Suisse, ils massaient les patients avec de, c'est comme l'eucalyptus là t'sais quelque chose pour soulager là, avant qu'ils dorment. Les infirmières québécoises quand on arrivait là on vivait toutes dans le même ghetto, ils disaient *ben voyons donc quelle perte de temps ça on fait pas ça au Québec, c'est ridicule*. Mais non les patients, il y a plein d'études qui disent que c'est loin d'être inutile, le fait de masser leurs points de pression, les patients sont moins demandant, les patients consomment moins de pilules pour dormir, de somnifères, moins de chutes reliées à la prise de somnifères, moins d'anxiété.

T'sais un geste très banal pis eux voyaient une surcharge de travail inutile pis ça a créé toute une belle ambiance relaxante sur l'unité. Mais nous comme québécoises qui arrivent là tu dis : *quelle perte de temps !* Tu comprends quand finalement les bienfaits sont beaucoup plus avantageux que le temps, que le temps que tu prends à faire ça.

Le leadership de l'infirmière est mis en évidence à cet égard également. Elle tente d'influencer la pratique de ses collègues :

pis là j'essaie de vendre l'idée que d'écouter que ce soit de deux à cinq minutes ça a un grand impact.

Oui, il a fallu que je fasse beaucoup de *coaching* pis de renforcement pour qu'elles soient même posées [la question de la préoccupation de la personne] parce qu'elles étaient pas à l'aise.

Troisième expérience

La participante raconte qu'elle se fait réprimander par ses collègues et sa supérieure parce qu'elle prend « trop de temps » auprès des personnes. Toutefois, elle dit résister à cette pression qu'elle caractérise de « sociale » parce que les soins humanistes donnent du sens à son travail, même si cela lui prend plus de temps et qu'elle accepte de prendre moins de temps de repos et de quitter son milieu de travail plus tard :

Mais oui je me le suis fait noter pis même des fois elles me disaient *ben là si tu prends pas ta pause ça retarde pour l'autre et cetera...* Une pression comme sociale pis je disais *non c'est pas grave je reste disponible sur l'unité-là*, t'sais. Pis oui je me suis fait rencontrer par une chef pour ça pis j'expliquais que *moi ça c'était le genre de soins que je voulais offrir* mais ils trouvaient que je « jaisais » beaucoup.

C'est un service que ça me rend heureuse d'offrir pis si je l'offrirais pas j'aimerais mieux travailler dans une *shop*.

Expériences antérieures à la formation

La participante raconte rapidement qu'à l'adolescence, elle se porte volontaire pour être conductrice désignée, et ce, la plupart du temps lorsqu'il y a des fêtes. Elle explique qu'elle préfère s'assurer du bien-être et de la sécurité de ses amies et que cela lui procure une forme de bien-être, mettant en évidence le lien réciproque entre son altruisme et son bien-être :

ben j'étais la personne t'sais qui consommait pas pis très peu d'alcool, pis j'étais pour aider comme dans mes amies j'étais la conductrice désignée tout le temps. J'aimais mieux veiller que les gens soient bien, s'assurer que tout le monde était en sécurité pis moi je rentrais il était

4 h 30 chez nous mais j'aimais mieux ça t'sais faire le tour de la ville, aller mener les gens, avoir un bon moment t'sais, je prends ça comme moi mais ça me rend bien faire ça t'sais.

C'est comme du bénévolat, du bénévolat ça donne de l'énergie, ça te fait sentir bien.

Un second élément discuté par la participante, en lien avec l'altruisme, concerne sa religion (non mentionnée) qu'elle estime contributoire aux soins humanistes. Cette croyance en la « loi du retour » ou au « karma » semble l'encourager à s'engager de manière altruiste au bien-être des autres, ce qui lui procure également un sentiment d'accomplissement (sens existentiel). Le caractère altruiste peut cependant être remis en question, car la participante semble avoir espoir que quelque chose lui revient en retour, ce qui s'avère plus ou moins cohérent avec l'altruisme :

Je suis, sur Terre j'ai comme une t'sais je réussis à accomplir ce que j'ai à accomplir t'sais ça me fait un sentiment d'accomplissement sur ma mission là t'sais. Fait que t'sais pis je suis plus croyante tout le temps en vieillissant et tout ça fait que t'sais est-ce que ça change mon humanisme? Oui, le fait de croire que quelqu'un nous guide plus haut ça m'amène à *qu'est-ce que je t'offre à toi aujourd'hui en t'aidant dans ton projet de recherche ben ça va peut-être me revenir*. T'sais t'essaie de donner au suivant, de karma t'sais que ça me fait plaisir de le faire.

Recommandations pour les milieux de formation

La participante recommande, pour les milieux de formation, d'incarner l'approche humaniste dans les rapports entre les professeurs et les étudiants. À son avis, le milieu de formation parvient à bien expliquer de manière théorique l'« agir avec humanisme », mais peine à l'appliquer auprès de sa population étudiante :

C'est que je trouve que le milieu de formation est extraordinaire. Là je provoque là. Il est extraordinaire pour dire comment faire mais ne l'applique pas.

Il y a un proverbe là-dessus : écoute ce que je dis mais fais-pas ce que je fais. C'était un modèle négatif, mais moi ce que j'apprenais c'est tu fais absolument pas ce que tu dis, ce que tu es en train de dire dans ton PowerPoint tu le fais pas.

Moi je te donne comme exemple, je suis arrivée au [nom de l'établissement] pis [nom d'une personne de l'administration] m'a accueillie en me disant : *bonjour, comment ça va ? C'est quoi tes expériences passées ? T'es qui ? C'est quoi tes désirs ?* Tout ça j'étais déstabilisée. Je fais comme *y'est où mon training*. On perd du temps, ça fait comme une demi-heure que tu parles de moi pis de qui je suis pis c'est quoi mes projets, *où tu t'en vas avec ça ?* J'étais comme déstabilisée puis après j'ai fait : *eh c'est ça l'approche humaniste*. Elle m'a parlée pas comme un numéro qu'elle engageait mais comme une infirmière, une humaine qui a des désirs, qui a une approche, qui a un *background*, qui a des expériences pis elle a toute reconnu ça. Fait qu'elle m'a pas parlée comme si je parlais à zéro t'sais.

Concrètement, elle propose de faire un tour de table dans une classe, de manière à connaître brièvement chaque personne, montrant l'intérêt du professeur envers ses étudiants :

Sauf que les profs quand ils donnent ce cours-là pourquoi pas faire vivre justement une expérience, un atelier ou justement que eux ils fassent un tour de table, cette espèce de tout

le monde a l'air que c'est une perte de temps. Mais c'est qui Mélissa [nom fictif], la vois dans le fond de la classe ? Elle travaille dans quel milieu ? Pis elle s'intéresse à quoi ? Juste deux, trois questions faciles ça prend trente secondes par étudiant, tu viens de créer une ambiance t'sais. Une espèce de proximité que de plus en plus il l'a dans des milieux mais que on dirait tellement délivrer le power point, délivrer la marchandise t'sais que t'oublies que la meilleure façon de changer des étudiants c'est de s'intéresser à eux.

La même recommandation s'applique également aux stages, entre l'infirmière préceptrice et son étudiant. Elle reconnaît d'ailleurs qu'il semble y avoir de plus en plus de pratiques humanistes à cet égard :

Pis la même chose quand ils arrivent en milieu de stage, le prof de s'intéresser à qui elle a devant, ces sept stagiaires pis comment elle accompagne Mathieu comparé à Cindy [noms fictifs] parce qu'elles n'ont pas les mêmes besoins, elles sont pas à la même place, elles ont pas les mêmes forces. T'sais de juste s'intéresser de où on part pis où on s'en va. Mais de plus en plus il y en a de cette approche-là, il y a vraiment un grand changement de ce que quand j'ai été formée là.

Recommandations pour les milieux cliniques

La participante recommande d'utiliser la pratique réflexive de groupe dans les milieux cliniques afin de soutenir les infirmières à agir avec humanisme :

Ça s'appelle pratique réflexive. On part de une situation qui a été difficile, là il y a une personne qui parle de la situation pis les autres ils l'aident, comme de la collaboration

C'est, selon la participante, la stratégie qui apporte le plus de changements positifs chez les infirmières :

je te dirais que grâce à ça on avance énormément avec l'équipe. On voit leur attitude qui change auprès des patients. Ce projet-là de l'université il avait commencé à l'unité que je travaille, au [nom de l'établissement], pis là on l'a appliqué partout au [nom de l'établissement]. C'est de cette façon-là que j'ai vu le plus de changements de comportement pis le plus de changements d'approche humaniste. Pis même on a des infirmières qui ont un problème de comportement, de savoir être et puis les chefs me demandent et là je modifie un peu l'approche, la pratique réflexive se fait un à un, je rencontre l'employé pis je lui dis : *donnes moi une situation où t'es débordée ou qui est difficile*. Pis là la personne : *comment t'as réagi avec tes collègues ?* Il y a six étapes en gros, ça dure une demi-heure, *comment t'a réagi*. Ah peut-être que j'ai été bête ah oui j'aurais pu t'sais. *Qu'est-ce que tu ferais différemment la prochaine fois*. La même chose mais je souriais t'sais, je le dirais pas sur le même ton. Et c'est là que t'amènes le changement de comportement. Parce que si tu fais juste dire : *ben là cries pas après les autres*, ça ne changera pas le comportement, elle va se sentir attaquée. Fait que je te dirais que c'est probablement la pratique réflexive que j'ai vu le plus de changements, de plus d'infirmières devenir humanistes.

Résumé interprétatif individuel

Cette participante accorde beaucoup d'importance à la priorité (ou la préoccupation) de la personne dans les soins infirmiers : c'est ce qui semble guider sa pratique infirmière en tant que point de départ et qui se lie à la compétence étudiée. Agir avec humanisme comprend également une conception caractéristique d'une personne humaine, de ses buts et aspirations, et de ses expériences passées : c'est ce qui se reflète dans l'intégration de la

composante relationnelle dans l'ensemble des soins. Cette composante relationnelle des soins infirmiers est explicitée et adaptée dans l'accompagnement des membres d'une famille selon leur priorité qui d'ailleurs est une « forme de soins infirmiers » apportant un sens au travail de la participante. Plutôt que de mettre en évidence l'empathie dans son récit (à la lumière de certaines participantes du groupe « expérimentées »), cette participante mise plutôt sur l'altruisme, l'engagement et le dévouement. Cet altruisme n'apparaît pas entièrement désintéressé, mais plutôt influencé par le sentiment de satisfaction et de bien-être qu'il engendre lorsqu'une « différence » est faite auprès de la personne. Il y a un lien réciproque à la fois à cet égard (s'investir auprès de la personne engendre du bien-être pour celle-ci, elle manifeste sa gratitude à l'infirmière, en retour ceci contribue au bien-être de l'infirmière), mais également sur le plan personnel : elle accorde explicitement une grande valeur à l'échange « d'amour et d'amitié », une valeur qui se montre plus grande que le temps de repos qu'elle n'a pas pris pendant ces moments de réciprocité avec la personne. Par ailleurs, cette participante estime qu'elle n'est pas une personne « naturellement » humaniste, mais tout bien considéré, ses propos mettent davantage en évidence une infirmière qui parvient à mieux équilibrer le dévouement à autrui avec le soin (nécessaire) envers sa propre personne. De plus, l'exercice de la compétence étudiée est intimement liée au sens et à la satisfaction au travail : c'est ce qui, souvent, donne le sentiment agréable associé à « faire une différence » et qui rend l'infirmière fière de ce qu'elle a accompli. De surcroît, c'est ce qui semble insuffler la force à l'infirmière, au quotidien, de manière à faire face aux contraintes. La participante est d'ailleurs convaincue qu'une pratique exempte d'humanisme ou éloignée de cette philosophie amenuise suffisamment la satisfaction au travail de manière à rendre l'infirmière malheureuse au travail.

La créativité et l'art infirmier sont saillants dans le récit de la participante. Engagée à répondre à la priorité de la personne, elle use de sa créativité et fait preuve d'un leadership certain qui montre des apprentissages réalisés au fil de l'acquisition de son expertise clinique. Sur le plan du leadership, elle s'engage à influencer la pratique de ses collègues moins humanistes en agissant en tant que modèle de rôle : elle s'offre à ses collègues pour les aider selon leur priorité. Elle ne parvient pas toujours à répondre à ces priorités (par exemple, avoir plus d'infirmières), mais elle essaye (par exemple, demander un budget supplémentaire à la direction des soins infirmiers). Elle exerce également de l'influence auprès des infirmières et

des médecins afin que *la* question (« quelle est votre priorité ou préoccupation ? ») demeure dans son milieu clinique. Comme mentionné plus haut, elle croit fermement au potentiel de cette question pour le bien-être et le confort des personnes.

Elle semble comprendre que son engagement à répondre aux priorités, usant de créativité ou non, peut transformer l'expérience de santé vécue par la personne : ceci rappelle l'usage d'un savoir esthétique ou de l'art infirmier. Elle reconnaît qu'un changement a lieu dans sa pratique si elle compare cette dernière du passé au moment présent : elle estime passer d'une approche méthodique à une approche flexible et intuitive. Elle établit un lien entre l'acquisition de son expérience clinique, son aisance (ou dextérité) dans les activités techniques, et le fait qu'elle se préoccupe davantage de la personne qui est destinataire de ces activités. Son allégorie avec la peinture est particulièrement saisissante, surtout dans le contexte de l'art infirmier : au départ, il s'agit de suivre les numéros (« peinture à numéros »), alors qu'avec le développement de la compétence au fil de l'expérience clinique acquise, c'est à l'infirmière de choisir les couleurs pour peindre le tableau.

Trois expériences aidantes sont racontées par la participante. Dans la **première expérience**, la participante évoque plutôt l'expertise professionnelle en tant que facteur facilitant. Elle explique que cette expertise lui permet de se concentrer davantage sur la personne et d'avoir une pratique plus intuitive, moins cadrée. C'est ce qui lui permet, entre autres, d'entretenir un dialogue avec la personne sans que cette dernière ait l'impression d'être interviewée lors d'une collecte des données. Cela fait donc plus « naturel » et plus authentique à la personne (moins « forcé »), un élément considérablement important dans l'établissement d'une relation entre deux personnes. Pourtant, l'infirmière explique qu'elle parvient tout de même à dresser un portrait (à faire une « collecte ») avec cette approche plus flexible, et surtout en misant sur ce qui est le plus prioritaire pour la personne. Elle ajoute que certaines données ne sont parfois pas partagées hors de cette sphère relationnelle, illustrant le lien entre la compétence « agir avec humanisme » et « exercer un raisonnement clinique infirmier ». Dans la **deuxième expérience**, la participante associe un cours axé sur les soins à la famille (similaire à l'approche systémique familiale) à la compétence « agir avec humanisme ». Cette expérience, vécue pendant ses études collégiales, lui permet de constater l'impact potentiellement positif des entretiens avec des membres d'une famille, de les aider à prendre conscience de leurs forces respectives, et de les soutenir à travers une

expérience de santé. Cette expérience semble provoquer un changement dans la vision des soins infirmiers de la participante, c'est-à-dire que ces soins semblent gagner en valeur, comparativement à des soins purement techniques. En d'autres termes, lorsque ces soins à la famille engendrent du bien-être chez des membres de la famille, il est probable que des étudiants y voient la pertinence « concrète » de les prodiguer et que, plus tard en tant qu'infirmières, ils prennent le temps de s'y attarder. Dans la **troisième expérience**, la participante fait rapidement référence à un de ses professeurs incarnant l'approche humaniste et que cela est aidant pendant la formation. À son avis, rien n'est plus aidant que d'incarner l'approche humaniste pour aider des étudiants à le vivre dans la relation professeur-étudiant, mais aussi à l'appliquer pour leur future pratique. Ceci s'avère également, pour la participante, plus cohérent entre *ce qui est encouragé* et *ce qui est réellement fait* par le professeur.

Trois expériences limitatives sont racontées par la participante. Dans la **première expérience**, la participante mentionne le désir de vouloir plaire à ses collègues au début de sa pratique, entre autres sur le plan des activités techniques. En pratiquant quotidiennement selon cette orientation, l'infirmière s'éloigne de l'être humain qu'elle soigne et se concentre davantage sur l'activité qu'elle effectue *auprès* de lui, et non *avec* lui. À son avis, l'expérience clinique qu'elle acquiert, et l'aisance qui lui est associée lui permettent de se concentrer à nouveau sur la personne ; cependant, sans un intérêt ou une croyance en la valeur ajoutée des soins humanistes pour la personne, l'expérience clinique à elle seule ne peut garantir qu'une infirmière « revienne » à cette pratique. Dans la **deuxième expérience**, les contraintes temporelle et humaine, dans un contexte de surcharge de travail, sont évoquées par la participante dans une expérience vécue dans une agence de placement infirmier. Elle met en relief les « minutes comptées » et la rapidité à laquelle elle est amenée à prodiguer des soins, en escamotant certains de ceux-ci (jusqu'à en questionner la sécurité). Il est évident que ce contexte de pratique limite de manière sérieuse les possibilités d'humaniser les soins, en plus de donner l'impression à l'infirmière qu'elle « ne fait pas un bon travail » puisque celui-ci s'éloigne de son idéal de pratique. La participante ajoute qu'il est possible, pour une infirmière travaillant continuellement dans un tel contexte, d'étouffer lentement sa passion pour les soins infirmiers. Comme mentionné plus haut, le sens qu'accorde une infirmière à son travail, dans un contexte effréné comme celui précédemment décrit, est amoindri. À cet

égard, elle explique que les contraintes temporelle et humaine perçues par des infirmières les empêchent (ou les limitent) à explorer les préoccupations de la personne. Au-delà du « manque de temps », ces infirmières disent avoir peur de briser le lien de confiance avec la personne puisqu'elles estiment n'avoir ni le temps ni les professionnels requis afin de répondre aux préoccupations potentielles de la personne. Avec le temps, un mécanisme de protection, la désensibilisation (« se faire une carapace »), est engendré, et contribue certainement à la déshumanisation des soins. Dans la **troisième expérience**, la participante évoque l'influence sociale des pairs, c'est-à-dire que certains lui reprochent de « prendre trop de temps à *jaser* » avec les personnes. Comme cette infirmière accorde beaucoup de sens à son travail à partir des soins humanistes, elle dit résister à ces commentaires et préfère limiter son temps de repas et quitter plus tard (afin de ne pas déstabiliser la routine de travail de ses collègues). Le moment auquel l'expérience est vécue n'est pas spécifié par la participante et pourrait apparaître en contradiction avec la première expérience limitative dans laquelle la participante souhaite plaire à ses collègues.

Quant aux expériences antérieures à la formation, la participante considère que de s'offrir comme conductrice désignée, lorsqu'elle est adolescente, est contributive à son niveau de compétence actuel. À son avis, cette expérience semble susciter son intérêt à s'engager au bien-être d'autrui ; c'est le sentiment agréable provoqué par la gratitude exprimée par ses amies qui semble être le point tournant de cette expérience, mettant en évidence la réciprocité relationnelle expliquée précédemment. Par ailleurs, la participante explique rapidement, dans ce contexte de réciprocité et d'altruisme, qu'elle est de plus en plus croyante (elle n'évoque pas sa religion), et qu'elle croit au « karma » et à la « loi du retour », et que le bien qu'elle fait *peut* lui revenir un jour ou l'autre. Ceci semble l'encourager à s'engager au bien-être d'autrui, soulevant une certaine incohérence avec son altruisme.

En ce qui concerne les recommandations, sur le plan pédagogique, la participante recommande aux professeurs d'incarner la philosophie humaniste : elle propose, concrètement, de s'intéresser aux étudiants par un tour de table dans une classe en n'apprenant davantage sur la personne qu'est l'étudiant, et d'encourager les infirmières préceptrices à en faire de même avec leurs étudiants en stage. À son avis, les priorités des étudiants stagiaires s'avèrent différentes et, par conséquent, nécessitent une certaine flexibilité dans leur accompagnement (individualiser cet accompagnement). Sur le plan

clinique, la participante recommande d'utiliser la pratique réflexive de groupe, à partir d'expériences vécues sur le plan clinique par des infirmières. C'est ce qui semble, selon la perception de la participante, le plus efficace pour aider les infirmières à agir avec humanisme, mais également à en aider d'autres qui rencontrent des problèmes d'attitude auprès des pairs ou des patients.

Appendice J

Exemple de résumé interprétatif de groupe

Significations communes (groupe « deuxième année »)

Sens et manifestations de la compétence « agir avec humanisme »

Le sens et les manifestations de la compétence « agir avec humanisme » varient chez les neuf étudiants du groupe « deuxième année », notamment par la présence de deux infirmières de la formation intégrée (« DEC-Bac »).

Parmi les tendances dénotées, la plus saillante concerne une manifestation récurrente de la compétence étudiée : pour la majorité des participants interrogés (huit sur neuf), agir avec humanisme se transpose principalement dans la communication infirmière-personne. À cet effet, nombreux sont les participants qui mettent en lumière le temps considérable, notamment « prendre le temps », qu'ils prennent à écouter activement la personne. Précisons que deux participants laissent entendre que le *caring* consiste à « s'asseoir auprès de la personne », ce qui soulève des questions à propos de leur compréhension du *caring* malgré deux années de formation. D'ailleurs, un participant manifeste une erreur de la communication, ce qui met en évidence son niveau de développement en lien avec cet aspect. En ce sens, ce participant utilise l'expression « je comprends » et se montre convaincu que de mentionner ceci améliore indéniablement le bien-être de la personne.

Autrement, six participants de ce groupe (majorité) supposent qu'une composante « naturelle » à la compétence étudiée existe avant le début des études en sciences infirmières. Un participant est convaincu que certaines personnes sont « naturellement » nées avec un éventail de qualités propices aux soins humanistes plus étoffé que d'autres. Un participant fait remarquer qu'il est possible d'acquérir les *ressources* à mobiliser dans l'exercice de la compétence (entre autres les habiletés de communication), mais que l'*approche* demeure inenseignable. Pour un autre participant, il semble impossible de garantir la prestation de soins humanistes seulement à partir de la formation universitaire, notamment en raison de la composante « naturelle » préalablement nécessaire chez les étudiants.

Sur le plan théorique, quelques concepts sont associés à la compétence étudiée : le *caring* (cinq participants), l'écoute (cinq participants), le respect de la personne (trois participants), l'empathie (deux participants), l'holisme/approche holistique (trois participants), le respect de sa dignité humaine (deux participants), le respect de son autonomie/choix/volontés/priorités (un participant), la réciprocité relationnelle (un

participant), l'unicité (un participant), la bienveillance/bienfaisance (un participant) et la sensibilité/vulnérabilité (un participant). Plusieurs de ces concepts s'avèrent seulement mentionnés en guise de définition par les participants et peu mis en évidence dans l'expression de la compétence « agir avec humanisme ». Outre ces concepts, deux participants suggèrent que des soins humanistes se reflètent à travers l'individualisation (ou la personnalisation/adaptation) des soins et de l'approche à la personne.

Sur le plan pratique, comme soulevé plus haut, la compétence « agir avec humanisme » s'exerce surtout sur le plan de la communication et parfois jusqu'au plan relationnel. En effet, ce ne sont pas tous les participants de ce groupe qui disent s'attarder à la coconstruction d'une relation de confiance avec la personne en adoptant des attitudes et des comportements appropriés (p. ex. se montrer disponible et présent afin de s'engager), bien que cela apparaît parfois implicite dans les récits racontés. Au contraire, un seul participant fait une démonstration évidente qu'il est particulièrement sensible au savoir-être et aux attitudes jugées humanistes. Un participant insinue qu'une approche calme/sereine, se transposant dans l'attitude de l'infirmière, est nécessaire et influence la relation de confiance avec la personne. Sur le plan de la communication, il s'agit principalement de prendre un temps, considérable réitérons-le, afin d'écouter la personne, de s'enquérir de son état, de ses sentiments/émotions ou de sa nuit de sommeil, ou d'être sensible à son non-verbal. À ce sujet, l'écoute active de la personne constitue l'habileté de communication la plus mentionnée par les participants. De plus, le reflet et le questionnement (p. ex. questionner la personne quant à ses sentiments/émotions) sont explicitement précisés par un participant alors que l'usage d'une question systémique (la « plus grande » préoccupation) est soulevé par un autre participant. Dans ce même ordre d'idées, un participant (infirmière) encourage la personne à verbaliser sur ce qui lui semble préoccupant. Une manifestation répétée de la compétence chez un participant relève de l'explication des soins, des interventions et des démarches à la personne, même si cette dernière est inconsciente.

Plutôt que de « commencer » les soins à partir de la priorité de la personne, un participant évoque plutôt un partenariat infirmière-personne en lui proposant un objectif/cible de soin ; cette même manifestation se révèle chez un autre participant. Dans ce même ordre d'idées, un participant s'attarde à tenir compte des choix et des préférences de la personne au regard des soins à prodiguer, même si cette dernière est inconsciente. En

outre, deux participants prennent le temps de connaître la personne au-delà de son problème de santé alors que quatre participants (la moitié) soulignent qu'il importe de soigner la personne comme un être humain. Dans ce même ordre d'idées, quatre participants (la moitié) offrent des soins qu'ils désirent recevoir en réalisant un déplacement empathique dans la « peau » de la personne soignée. L'empathie et la compassion sont toutes les deux présentes dans le récit de quatre participants, mais ces derniers ne l'associent pas explicitement à la compétence étudiée.

Instinctivement, la majorité des participants (huit sur neuf) racontent une expérience où ils prennent un temps considérable à écouter et à dialoguer avec la personne. Un paradoxe subsiste quant à la contrainte temporelle : trois participants signalent que la compétence étudiée ne s'avère pas dépendante au temps, mais ils dispensent des soins humanistes *après* que les « autres soins » (c.-à-d. à caractère biophysique) soient prodigués, ou lorsque leur organisation des soins le permet (c.-à-d. que la « tournée » est faite, que les notes au dossier sont entamées et que le temps de repos est pris). En d'autres termes, il y a une délimitation entre les « soins » techniques et routiniers et les soins humanistes, lesquels semblent ainsi secondaires. Cette nature secondaire se retrouve également chez un autre participant pour qui les soins humanistes n'ont pas la même portée légale, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas aussi « importants » que l'administration des médicaments ou d'un changement de pansement, en plus d'être prodigués *après* ceux-ci. Néanmoins, un participant (infirmière) est d'avis que la philosophie humaniste transcende tous les soins prodigués, mais ce décloisonnement n'est pas représentatif des autres participants du groupe. Bien au contraire, un seul participant dévoile qu'il est possible d'intégrer la communication aux activités techniques, tout en demeurant préoccupé par le temps ; tous les autres récits mettent en évidence la contrainte de temps perçue et l'influence de celle-ci sur l'exercice (ou non) de la compétence étudiée. Un participant remarque que des infirmières quittent leur milieu de travail plus tard parce qu'elles « prennent le temps » auprès des personnes soignées, sous-entendant la relation étroite entre la compétence étudiée et le temps. Deux participants signalent d'ailleurs leur préoccupation d'être en mesure de prodiguer des soins humanistes après leur diplomation lorsqu'ils auront une charge de travail complète (et non allégée en tant qu'externe en soins infirmiers) ; un autre participant estime que les soins humanistes peuvent être mis au rancard (« prendre le bord » pour reprendre ses termes) à la diplomation pour la même raison ; un

participant dévoile que ses collègues de la formation intégrée (« DEC-bac ») ne parviennent pas à prodiguer des soins humanistes en raison d'un manque de temps et non d'un manque de volonté (écart entre les soins désirés et les soins prodigués). Ceci montre la facilité à laquelle l'idéal humaniste des soins infirmiers peut être ébranlé. Ce buttage à la contrainte temporelle de même qu'à la secondarisation constituent également un paradoxe puisque bon nombre de ces participants accordent une importance substantielle à la compétence « agir avec humanisme ».

De surcroît, deux participants (infirmières) éprouvent de la difficulté à cerner la « limite professionnelle » à laquelle leur milieu de formation fait référence au regard du code de déontologie. Cette peur de devoir être confronté à une sanction disciplinaire amène des questionnements et de la réticence à s'ouvrir chez un participant. Il se trouve que la compréhension du professionnalisme, tant dans l'attitude à adopter (« être professionnel ») que dans la relation infirmière-personne, apparaît être en opposition avec la compétence « agir avec humanisme ». À cet égard, la problématique ne semble pas concerner les écarts de conduite graves ou radicaux (p. ex. se faire acheter une voiture ou aller manger au restaurant avec la personne), mais plutôt les nuances qui peuvent émerger au fil du temps lorsque la relation de confiance se développe et que la personne ou sa famille désirent offrir une marque de gratitude (p. ex. une boîte de chocolats). Il en va de même lorsqu'il s'agit de reconnaître sa sensibilité/vulnérabilité en tant qu'être humain qui semble se révéler, dans une certaine mesure, insoluble avec « être professionnel ». Cette dualité perçue entre « être humain » et « être professionnel » se retrouve également chez un second participant qui n'ose pas serrer la personne dans ses bras lorsque celle-ci est en pleurs. Il est possible que certains étudiants, à ce niveau de développement, désirent suivre les règles « à la lettre » et, avec les apprentissages venant de l'expérience clinique, apprennent à « faire la part des choses ». Le fait que ces deux participants soient déjà infirmières soulève cependant des questions. Même si ceci n'est présent que chez deux participants, il importe de réfléchir, pour les milieux de formation, à développer la compétence « agir avec professionnalisme » d'une manière qui prévient une éventuelle dualité avec la compétence « agir avec humanisme ».

Autrement, la plupart des participants disent, parfois implicitement, accorder de l'importance à la compétence « agir avec humanisme ». Néanmoins, quatre participants (dont

une infirmière) de ce groupe parviennent à comprendre le lien entre « agir avec humanisme » et bien-être/confort/santé de la personne. Dit autrement, un de ces participants confirme sa prise de conscience du « pouvoir » potentiel des soins humanistes (ou de « faire la différence ») pour la personne. En outre, une infirmière participante montre sa compréhension des impacts potentiellement positifs des soins humanistes pour l'infirmière et la population en général, ce qui n'apparaît pas dans les récits des trois autres participants étudiants.

Entre autres choses, un participant se dit attiré vers l'étude des sciences infirmières en raison du « côté humain » inhérent aux soins humanistes. Cinq participants affirment que ces soins contribuent au sens et à la satisfaction au travail notamment en raison de la gratitude exprimée à leur endroit et d'un sentiment de valorisation qui en résulte. Deux participants font remarquer qu'ils puisent récursivement (par ricochet) dans ces marques de gratitude afin de poursuivre à prodiguer des soins humanistes.

Expérience d'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »

Expériences aidantes

Dans leur parcours universitaire, les étudiants du groupe « deuxième année » identifient 25 expériences d'apprentissage qu'ils évaluent contributives au développement de la compétence « agir avec humanisme ». Non seulement les expériences d'apprentissage ne convergent pas toutes vers une seule catégorie, mais les apprentissages réalisés (ou les raisons derrière le choix de l'expérience) se montrent eux aussi différents. La notion « d'expérience » est variable : parfois, il s'agit véritablement d'une expérience vécue bénéfique au *développement* de la compétence, alors que pour d'autres, il s'agit d'expériences favorables à son *exercice*. Les expériences aidantes sont séparées en cinq catégories : 1) les prises de conscience, 2) les ressources concrètes, 3) l'expérience clinique acquise, 4) les relations étudiants-professeurs et 5) les facteurs influents.

Premièrement, certaines expériences d'apprentissage laissent entendre des prises de conscience chez l'étudiant. Trois participants témoignent d'une prise de conscience de l'importance des soins humanistes à partir de l'itération et de l'accent mis sur ces derniers pendant leur formation universitaire. Pour cette même raison, deux participants se disent davantage imprégnés par l'approche humaniste. En outre, un participant soutient qu'un

cours axé sur les soins de fin de vie l'amène à légitimer davantage sa sensibilité/vulnérabilité en tant qu'être humain, contrastant avec ses croyances au regard du professionnalisme. Chez un autre participant, le stage en santé communautaire (soins à domicile) semble bénéfique puisqu'il peut permettre de prendre conscience des liens familiaux, ce qui lui apparaît peu mis en évidence dans les stages en milieux hospitaliers. Cette prise de conscience l'incite à explorer davantage les liens familiaux plutôt que de se fier uniquement aux notes au dossier. Un participant de nationalité sénégalaise est confronté à des pratiques culturelles différentes des siennes et il se trouve que cela entraîne un choc culturel tant la différence lui paraît étonnante : le participant présume qu'il se met davantage dans la peau d'autrui selon la culture de la personne et non selon la sienne. La dernière prise de conscience constitue la possibilité de « faire une différence ». À cet effet, un participant vit une expérience d'arrêt cardiorespiratoire et remarque qu'un membre de la famille est mis à l'écart pendant les manœuvres de réanimation. Il prend la décision d'apporter du soutien à ladite personne et remarque qu'il « fait une différence » : cette prise de conscience l'amène donc à s'attarder davantage dans sa pratique à l'accompagnement humaniste de la personne. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une prise de conscience à proprement parler, un participant a l'impression que des activités de pratique réflexive peuvent amener un développement de la compétence « agir avec humanisme » par l'identification de pistes d'interventions humanistes.

Deuxièmement, certaines expériences d'apprentissage concernent l'acquisition de ressources, la plupart relevant des habiletés de communication, ajoutée d'un accent mis sur la concrétisation des soins humanistes. À ce sujet, trois expériences sur cinq pointent vers la concrétisation de la communication ou de la réplique d'une approche. Par exemple, un participant confirme qu'il apprend à partir des verbatim présents dans les situations cliniques alors qu'un second participant apprend d'un professeur et d'un tuteur qui demandent des verbatim aux étudiants, soit en séances d'apprentissage ou dans une activité d'évaluation certificative (examen). Un troisième participant évoque que la simulation clinique haute-fidélité est bénéfique à l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » puisqu'elle permet d'apprendre de l'approche de ses collègues étudiants avec le mannequin (réplique). Aussi, deux autres expériences, l'une vécue dans un cours axé sur la systémique familiale et le second dans un cours axé sur les soins à la santé mentale, se révèlent toutes les deux favorables à la compétence étudiée. En effet, elles peuvent permettre d'acquérir des habiletés

de communication (non spécifiées), et dans le cas de la santé mentale, de les adapter selon les types de personnalités rencontrées.

Troisièmement, trois expériences vécues permettent de penser que l'expérience clinique acquise, entre autres en stage, est bénéfique à l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme ». Un participant révèle qu'il se sent plus à l'aise à accompagner la personne et sa famille en situation de fin de vie puisqu'il a été exposé de manière répétée à ce type d'expérience dans le passé. Dans ce même ordre d'idées, trois autres participants affirment que l'expérience clinique acquise procure un sentiment d'aisance (ou d'assurance), notamment au regard des activités techniques, ce qui leur permet de se concentrer davantage sur les soins humanistes ou d'être plus attentif aux détails de la communication verbale avec la personne. Par ailleurs, un participant explique qu'il est préposé aux bénéficiaires pendant sa formation universitaire et que ceci constitue une expérience avantageuse sur le plan de l'approche, de l'établissement d'une relation de confiance, de l'écoute et d'une aisance envers les soins à la personne. Soulignons que cette expérience pourrait être considérée comme « antérieure à la formation » puisqu'elle n'est pas propre à celle-ci.

Quatrièmement, un participant apprend à partir de contre-exemples déshumanisants dans son stage, c'est-à-dire auprès d'infirmières préceptrices. Il montre une compréhension des impacts potentiels d'une approche peu humaniste envers la relation infirmière-personne et le bien-être de la personne, l'amenant à s'éloigner desdits contre-exemples. De surcroît, deux participants révèlent être inspirés par un professeur et un tuteur incarnant l'approche humaniste dans leur formation universitaire, entre autres son écoute, sa présence, sa disponibilité et son désir perceptible de succès/réussite de ses étudiants.

Cinquièmement, les deux dernières expériences se montrent comme des facteurs pouvant influencer positivement l'exercice (plutôt que l'apprentissage) de la compétence étudiée. Un participant suggère que son statut d'immigrant le soutient à établir un dialogue avec des personnes étant dans le même contexte que lui. Aussi, un participant dénote que des jours travaillés consécutivement auprès de la même personne peuvent être bénéfiques à la coconstruction d'une relation de confiance.

Expériences limitatives

Dans leur parcours universitaire, les étudiants du groupe « deuxième année » identifient 31 expériences d'apprentissage qu'ils évaluent limitatives au développement et à l'exercice de la compétence « agir avec humanisme ». Encore une fois, une variabilité demeure présente dans ces expériences limitatives. Elles sont séparées en six catégories : 1) les activités techniques, 2) l'incohérence perçue entre la philosophie humaniste et son milieu universitaire, 3) la détresse vécue, 4) les lacunes perçues dans la formation universitaire, 5) l'influence des infirmières dans les milieux cliniques et 6) les facteurs influents.

Premièrement, les activités techniques se révèlent comme une catégorie d'expériences, au nombre de cinq, ayant un impact potentiellement négatif sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Un participant perçoit la priorité d'apprentissage pendant sa formation universitaire, possiblement en laboratoire, comme étant les activités techniques, secondarisant les soins humanistes. Trois participants estiment être concentrés sur les activités techniques, soit en raison d'un désir de performance relié à une activité d'évaluation certificative (stage) ou bien parce que l'infirmière préceptrice accorde une importance prioritaire auxdites activités et à son caractère méthodique (c.-à-d. de « suivre les étapes »). À cet égard, il apparaît normal qu'un étudiant n'ose pas contredire (ou agir en opposition) son infirmière préceptrice, notamment en raison de la relation de pouvoir et de son désir d'obtenir un bon résultat à son activité d'évaluation. Cette relation de pouvoir et la perception d'avoir peu d'influence en tant que stagiaire (leadership clinique peu développé) sont mis en évidence chez l'inaction d'un participant lorsqu'il constate des pratiques déshumanisantes. Un dernier participant (infirmière) stipule qu'il est particulièrement concentré sur la réalisation des activités techniques et des formalités administratives (« paperasse ») au début de sa pratique, notamment puisqu'il est réprimandé lorsque celles-ci ne sont pas complétées. Voulant éviter ces réprimandes, le participant affirme se concentrer sur ce qui est « important » dans son milieu clinique et les soins humanistes ne se révèlent pas inclus dans cette catégorie.

Deuxièmement, certaines incohérences sont perçues entre ce qui est encouragé dans le milieu universitaire (les soins humanistes) et la manière dont des étudiants ont l'impression d'être accompagnés dans celui-ci. À cet égard, quatre participants (près de la moitié) font mention de deux expériences spécifiques, la première étant ladite perte de copies d'un examen et la seconde reliée au retrait d'une seconde évaluation (« travail de reprise ») dans

un cours. En ce qui concerne la perte des copies, l'un des quatre participants se montre ambivalent quant à l'influence potentielle de cette perception de manque d'humanisme sur l'apprentissage et l'exercice de la compétence étudiée : sa conscience lui rappelle qu'il peut s'avérer injuste pour la personne soignée de « payer » pour des problématiques vécues dans son milieu universitaire. Néanmoins, il concède qu'il apparaît difficile d'apprendre à agir avec humanisme lorsque l'étudiant se sent peu écouté et que des professeurs semblent manquer de considération à son égard, ce qui est corroboré par un deuxième participant. Il ajoute qu'il perçoit un manque d'accompagnement pédagogique de certains professeurs/tuteurs (refus de répondre à des questions) et que ceci amène du désengagement dans ses apprentissages. En ce qui concerne le retrait de la seconde évaluation dans un cours, deux participants insistent sur le stress substantiel engendré chez la population étudiante. Lorsque certains étudiants dévoilent ceci à leur professeur, ce dernier répond sèchement et donne l'impression qu'il est peu empathique envers ses étudiants tant le propos semble manquer de délicatesse et de considération (« je suis pas ici pour faire évaluer l'effort que vous mettez dans vos travaux »), ce qui se trouve peu cohérent avec la philosophie humaniste. Par conséquent, cette incohérente perçue peut conduire au développement d'une attitude cynique chez ces étudiants. Dans ce même ordre d'idées, un participant a l'impression d'être limité par l'approche hiérarchique et hautaine d'un professeur (approche « supérieure »), ce qui creuse une distance relationnelle avec les étudiants. Il perçoit une incohérence entre cette approche perçue et les soins humanistes encouragés par le milieu universitaire. Par ailleurs, un participant perçoit un manque d'humanisme dans son milieu universitaire, notamment lorsqu'il s'estime abandonné devant l'inaction dudit milieu au dévoilement des résultats peu encourageants d'un sondage mené sur la santé mentale des étudiants. Néanmoins, il n'explique pas l'impact de cet abandon perçu sur le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Aussi, un participant (infirmière) a l'impression qu'une opposition subsiste entre les soins humanistes et la manière dont le code de déontologie (et les sanctions disciplinaires) est amené aux étudiants. À son avis, la peur générée par les sanctions disciplinaires lors d'inconduites professionnelles, notamment au regard des marques de gratitude et de la relation infirmière-personne, peut compromettre le désir d'un étudiant à s'engager auprès de la personne.

Troisièmement, des expériences vécues concernent la détresse vécue chez des participants, soit en raison de la rétroaction reçue, de la violence horizontale ou des expériences cliniques vécues. À cet égard, un participant raconte qu'il reçoit de la rétroaction perçue comme peu délicate de son infirmière préceptrice, l'amenant à se distancer de celle-ci. Selon le présent auteur, ceci amène des impacts certains sur la relation de confiance entre cette dernière et le participant, instaurant un climat peu favorable à son apprentissage. Dans cet ordre d'idées, ce participant s'estime victime de violence horizontale de collègues infirmières (pas des étudiants) dans son milieu de stage et juge que cela entraîne de la morosité au travail et l'amène à être moins disposé à vouloir prodiguer des soins humanistes. Un second participant vit deux expériences cliniques qui amènent de la détresse. La première étant celle où la sympathie qu'il ressent envers une des personnes soignées l'envahit et engendre une fermeture (afin de se protéger de la détresse), amenuisant sa capacité à être thérapeutique avec autrui. La seconde est une expérience particulièrement traumatisante vécue dans le mois suivant sa diplomation au collégial, où le participant fait face à une tentative de suicide par téléphone d'un membre de la famille d'une des personnes soignées la veille. L'expérience apparaît trop exigeante sur le plan émotionnel pour le niveau de développement professionnel de ce participant, entraînant un traumatisme et une crainte de revivre une expérience similaire : il se ferme, se désensibilise et limite son engagement envers les personnes. Cette expérience d'exception révèle qu'il est possible d'être limité par la souffrance associée à des traumatismes. De plus, un participant juge que le manque de respect des personnes soignées en son endroit interfère avec son désir d'exercer la compétence « agir avec humanisme » auprès de celles-ci.

Quatrièmement, un participant estime que le milieu universitaire peine à concrétiser les soins humanistes, corroborant certaines expériences aidantes discutées plus haut. En raison de cela, il est d'avis qu'il ne parvient pas à comprendre, surtout au début de sa formation universitaire, le sens et la portée des concepts constituant les soins humanistes. En outre, un participant (infirmière) perçoit un écart entre la théorie, c'est-à-dire la pratique *idéalisée* ou *projetée* de son milieu universitaire, et la pratique *réelle* dans les milieux cliniques. À son avis, les étudiants sont peu préparés à prodiguer des soins humanistes en tenant compte du contexte clinique et de la charge de travail complète d'une infirmière, lui donnant l'impression que la « marche est trop haute ».

Cinquièmement, un participant est convaincu que la dévalorisation des soins humanistes par des collègues infirmières dans les milieux cliniques peut pousser une personne à s'en détacher et ainsi s'éloigner d'une pratique infirmière humaniste. Dans ce même ordre d'idées, il semble que la pression exercée par des collègues infirmières quant à la rapidité d'exécution des interventions peut limiter le désir d'un participant à s'engager auprès des personnes soignées.

Sixièmement, quelques *facteurs*, plutôt qu'expériences, se montrent limitatifs dans l'exercice de la compétence « agir avec humanisme ». À cet égard, cinq participants (dont deux infirmières) éprouvent de la difficulté à prodiguer des soins humanistes puisqu'ils perçoivent une surcharge de travail. Ils expliquent que ladite surcharge limite leur capacité à « prendre le temps » et à offrir de la disponibilité à la personne soignée. De plus, un participant considère que son rôle de gestionnaire en soins infirmiers (assistant infirmière-chef) génère des interruptions venant de ses collègues qui l'interpellent lorsqu'il dialogue avec les personnes soignées. Il est possible de croire que ces ruptures peuvent survenir lors de moments de réciprocité ou qu'ils altèrent la perception de la disponibilité de l'infirmière chez la personne. De surcroît, un participant juge que le quart de travail de nuit est peu favorable à l'exercice de la compétence étudiée puisque l'infirmière peut limiter ses échanges avec la personne afin de privilégier son sommeil. Un participant se considère comme une personne timide et éprouve de l'inconfort à se faire poser des questions relatives à sa vie personnelle. Par conséquent, il a moins l'intention d'explorer l'expérience de santé chez la personne afin d'éviter que celle-ci ressente le même inconfort. Par ailleurs, un participant estime que le manque de connaissances (ou de données) sur la personne (p. ex. lorsque les membres de la famille sont absents et que la personne est inconsciente) est limitatif dans l'exercice de la compétence étudiée puisque ceci complique sa capacité à agir en fonction de ses choix et de ses préférences.

Expériences antérieures à la formation

Tous les étudiants de ce groupe disent développer la compétence « agir avec humanisme » avant leur entrée dans le programme de formation et identifient 11 expériences antérieures. La nature de ces expériences est similaire, c'est-à-dire que 1) six de celles-ci

s'avèrent être des expériences de santé familiale, 2) trois concernent une expérience d'amitié et il y a 3) les expériences diverses.

Premièrement, trois expériences de santé familiale engendrent des changements dans le rôle joué par les participants au sein de la famille : le participant est appelé à prendre soin de l'un de ses parents ou de sa fratrie. Dans ces cas, les participants peuvent prendre conscience des impacts potentiels d'une expérience de santé sur la personne et sa famille, porter attention davantage à l'accompagnement des membres de la famille, prendre conscience de l'importance du savoir-être et de l'accompagnement humanistes desdits membres ou se sensibiliser à autrui. En outre, occuper le rôle de parent est contributif au développement de la compétence selon un participant puisqu'il a l'impression d'être plus sensible et empathique envers autrui, notamment en raison d'une croyance envers la « loi du retour » (karma). De plus, un participant accompagne sa mère nouvellement diagnostiquée d'un cancer du sein et fait face à un contre-exemple déshumanisant et à un modèle de rôle humaniste. Il semble que la confrontation avec l'infirmière jugée déshumanisante envers sa mère pousse le participant à vouloir s'éloigner de la déshumanisation des soins (ne pas vouloir lui ressembler plus tard) alors que la constatation du modèle de rôle humaniste auprès de sa mère l'amène à prendre conscience de la primauté de la personne dans le rôle de l'infirmière, de même qu'à s'engager dans son accompagnement. Un participant est d'avis qu'il apprend à partir de l'éducation familiale dispensée par son grand-père, lequel insiste sur le respect de la personne, d'éviter de la juger et de privilégier la gentillesse.

Deuxièmement, trois participants estiment qu'une expérience d'amitié vécue pendant la jeunesse ou l'adolescence s'avère favorable à la compétence « agir avec humanisme ». Dans le premier cas, puisque le participant doit s'adapter à chaque groupe d'amis qui n'interagissent pas entre eux lors d'un anniversaire (cloisonnés), il présume que ceci se lie à l'adaptation de son approche aux différentes personnes soignées. Dans le deuxième cas, le participant réalise que les confidences dévoilées par ses amis, de même que la confiance qu'ils lui accordent, sont le résultat de son écoute exempte de jugement, laquelle se transpose dans son approche auprès des personnes soignées. Dans le troisième cas, un participant est incité à explorer et questionner la personne quant à son expérience de santé plutôt que de s'arrêter aux perceptions découlant de son empathie : il constate que ses perceptions sont substantiellement différentes de ce que la personne peut réellement ressentir.

Troisièmement, un participant apprend d'une expérience de bénévolat dans un hôpital pédiatrique où il réalise l'impact positif de « prendre le temps » auprès d'un nouveau-né, l'amenant à comprendre l'importance de l'approche et de l'attitude de l'infirmière afin de prodiguer des soins humanistes. Par ailleurs, un participant considère qu'il tient compte davantage de la présence des membres de la famille à partir d'une expérience vécue dans un emploi en dehors des sciences infirmières. Dans cet emploi, son supérieur immédiat apparaît être un modèle de rôle déshumanisant, c'est-à-dire qu'il exclut, avec peu de délicatesse et de considération, certaines personnes d'un dîner de Noël (23 décembre) parce que celles-ci s'avèrent engagées par un sous-traitant et non par le magasin en question.

Recommandations pour les milieux de formation

Les 11 recommandations émises par les participants à l'intention des milieux de formation convergent peu. Ces recommandations sont séparées en trois catégories : 1) les changements au niveau des cours, 2) les changements au niveau des stratégies pédagogiques utilisées et 3) les modèles de rôle humanistes.

Premièrement, un participant suppose que le déplacement d'un cours axé sur la systémique familiale en première année de formation peut être bénéfique à l'apprentissage de l'accompagnement des membres de la famille. De plus, un participant prône, allusivement, de conscientiser davantage les étudiants à la présence d'un être humain dans le soin, c'est-à-dire de ne pas oublier sa présence malgré les activités techniques : le moyen pour y parvenir n'est pas mentionné par le participant. Voulant contrer les infirmières préceptrices axées sur les activités techniques, un participant juge qu'il est souhaitable d'accorder davantage d'importance et de prépondérance à l'évaluation de la compétence « agir avec humanisme » en stage. Il présume qu'un tel changement peut être un levier dans le cas où l'infirmière préceptrice ne s'y attarde pas suffisamment (« cela fait partie de mon évaluation »), mais cela peut également augmenter la prise de conscience (*awareness*) des soins humanistes chez des étudiants. En outre, un participant (infirmière) est d'avis que le milieu de formation doit enseigner les soins humanistes en tenant compte du contexte de pratique des infirmières. Il lui paraît profitable que les contraintes auxquelles les infirmières font face actuellement soient abordées dans le programme de formation. Il ajoute qu'il s'avère nécessaire de mieux

préparer les étudiants à une charge de travail complète d'une infirmière afin de diminuer l'écart lors de la diplomation.

Deuxièmement, un autre participant a l'impression qu'il peut être profitable qu'un tuteur soit acteur dans les laboratoires de communication, limitant le manque d'engagement sérieux de certains étudiants dans ceux-ci. Deux participants prônent l'intégration de verbatim dans le programme de formation, d'une part dans le but de concrétiser la communication infirmière-personne et, d'autre part, de projeter aux étudiants une importance accordée à la communication. Un participant ajoute que des verbatim peuvent être demandés aux étudiants dans des activités d'évaluation, les amenant à se questionner sur le choix des mots dans des situations cliniques. Ainsi, il présume que les étudiants particulièrement connaisseurs de la physiopathologie peuvent accorder plus d'importance aux aspects entourant la communication verbale avec la personne. De surcroît, un participant recommande d'incorporer les témoignages de personnes dans la plupart des cours et non seulement dans un cours axé sur les soins de fin de vie puisque ceux-ci ont le pouvoir de sensibiliser et de conscientiser les étudiants à l'importance des soins humanistes. De même, un participant mentionne d'amener les étudiants à partager leurs observations de pratiques déshumanisantes (erreurs personnelles ou celles venant de collègues) dans les cours afin de mettre en lumière l'instauration sournoise de celles-ci et de légitimer le droit à l'erreur (personne n'est à l'abri).

Troisièmement, trois participants exhortent les membres du milieu universitaire (entre autres les tuteurs, les professeurs et les infirmières préceptrices) à incarner, à titre de modèles de rôle, l'approche humaniste envers les étudiants ; ceci se matérialise principalement par l'écoute de leurs préoccupations, d'un désir de réussite/succès, de la disponibilité et de la présence.

Recommandations pour les milieux cliniques

Les participants émettent 10 recommandations à l'intention des milieux cliniques et elles se polarisent principalement en trois catégories : 1) la réduction de la surcharge de travail, 2) les activités de développement professionnel et 3) la valorisation de l'humanisation des soins.

Premièrement, étant la recommandation la plus répétée (quatre fois), des participants apparaissent convaincus qu'une réduction de la charge de travail des infirmières les dispose à avoir plus de temps à consacrer aux personnes soignées, c'est-à-dire qu'un nombre grandissant de personnes à soigner divise le temps disponible à accorder à chacun. Cependant, un participant contredit cette recommandation puisqu'il est d'avis que des infirmières n'utilisent pas nécessairement le temps qu'elles disposent afin d'agir avec humanisme. Aussi, un participant souligne de diminuer les formalités administratives (« paperasse ») qu'il juge superflues afin d'investir plutôt ce temps dans l'accompagnement des personnes.

Deuxièmement, deux participants préconisent l'utilisation d'une activité de pratique réflexive de groupe dans les milieux cliniques afin d'instaurer une forme de codéveloppement où les infirmières s'attardent à chercher des stratégies pour exercer davantage la compétence « agir avec humanisme ». Par ailleurs, un participant propose une activité de formation continue de type « conférence-midi » sur le thème de l'humanisation des soins, entre autres de présenter des écrits sur l'impact des soins humanistes sur le bien-être/confort/santé des personnes soignées.

Troisièmement, deux participants proposent, allusivement, d'augmenter la reconnaissance des soins humanistes dans les milieux cliniques. Le seul moyen précisé afin d'y parvenir consiste à encourager les infirmières et à faire du « renforcement positif », se montrant comme un levier visant à contrer la dévalorisation entretenue par certains collègues. Pour un troisième participant, il importe de sanctionner les pratiques déshumanisantes constatées afin de conscientiser/sensibiliser les infirmières à l'humanisation des soins.

Appendice K
Approbations éthiques

Comité d'éthique de la recherche du [redacted]
[redacted]
Montréal (Québec) [redacted]

Le 26 août 2015

Madame Sylvie Dubois
Axe de recherche : Sciences infirmières

a/s: M. Dimitri Létourneau-Aspirot
courriel: dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Objet :	15.099 – Approbation initiale (CÉR restreint)
	Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Madame,

Nous accusons réception, en date du 15 juillet 2015, des documents soumis en vue de l'approbation du projet mentionné en rubrique. Votre projet a été évalué en comité restreint compte tenu qu'il s'agit d'un projet considéré à risque minimal pour les participants. Nous avons examiné les documents suivants:

- Formulaire de demande d'évaluation éthique d'un projet (formulaire 11)
- Rapport d'évaluation CES (Approbation scientifique du projet de thèse (signé).pdf)
- form a (Formulaire A.pdf) [date : 2015-07-06, version: Version 1]
- Entente/Lettre de collaboration (Lettre de soutien (DSIRC).pdf) [date: 2015-07-06]
- Documents destinés aux participants (Questionnaire sociodémographique (infirmières).pdf) [date : 2015-07-06, version: Questionnaire sociodémographique (infirmières, version 1)]
- Documents destinés aux participants (Questionnaire sociodémographique (étudiantes).pdf) [date : 2015-07-06, version: Questionnaire sociodémographique (étudiantes, version 1)]

- Documents destinés aux participants (Guide d'entretien.pdf) [date: 2015-07-06, version: Guide d'entretien (version 1)]
- Protocole de recherche (Protocole de recherche (version 3).pdf) [date: 2015-07-13, version: Protocole (version 3)]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire de consentement (infirmières).docx) [date : 2015-07-03, version: Formulaire de consentement (infirmières, version 1)]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire de consentement (étudiantes).docx) [date: 2015-07-13, version : Formulaire de consentement (étudiantes, version 1)]
- Recrutement (Fiche synthèse.pdf) [date : 2015-07-06, version: Fiche synthèse (version 1)]
- Engagement du chercheur (Engagement chercheur principal.pdf) [date: 2015-07-15]
- Recrutement (Lettre d'invitation (étudiantes).pdf) [date: 2015-07-13, version: Lettre d'invitation (étudiantes, version 1)]
- Recrutement (Lettre d'invitation (infirmières).pdf) [date : 2015-07-13, version: Lettre d'invitation (infirmières, version 1)]

Nous avons également pris en considération que votre projet a été évalué et approuvé au Comité d'évaluation scientifique (CÉS) du [REDACTED]

Votre projet est approuvé conditionnellement à ce que les précisions et modifications soulevées dans le formulaire de conditions (formulaire 20) soient apportées. Afin de faciliter le processus, une copie du formulaire d'information et de consentement incluant les annotations quant aux modifications souhaitées vous est transmise ce jour via NAGANO, section "Fichiers - Formulaire de consentement".

Vous devrez répondre directement via le formulaire 20 et nous retourner via Nagano une copie du formulaire de consentement modifié, indiquant en jaune les modifications demandées. Le cas échéant, la version anglaise du formulaire de consentement devra correspondre à la version française approuvée. Sur réception de réponses satisfaisantes, le CÉR vous enverra l'approbation finale de votre projet.

Il est entendu que vous ne pouvez pas commencer la collecte de données et/ou le recrutement de participants avant d'avoir reçu l'approbation finale du comité d'éthique et que le formulaire de consentement modifié n'ait été approuvé, estampillé et retourné via Nagano.

Lorsque cela s'applique à votre situation, veuillez noter que le projet ne peut débuter tant que le contrat n'est pas finalisé et dûment signé. De même, vous ne pouvez commencer votre projet avant d'avoir fait parvenir votre "NOL" (lettre de non objection) de Santé Canada pour ce projet au CÉR du [REDACTED]

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec le secrétariat du comité par téléphone ou courriel: [REDACTED]

Nous vous prions d'accepter, chère Madame, nos salutations distinguées.

[REDACTED]
Camille Assemat
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche [REDACTED]

Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED]
 [REDACTED] [REDACTED]
 Montréal (Québec) [REDACTED]

Le 27 août 2015

Madame Sylvie Dubois

a/s : M. Dimitri Létourneau-Aspirot
 courriel : dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Objet :	15.099 – Approbation FINALE CÉR
	Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

Madame

Nous accusons réception des documents, précisions et corrections demandées ainsi que des documents suivants en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique :

- Formulaire d'information et de consentement français modifié principal - version 2 étudiantes datée du 27 août 2015
- Formulaire d'information et de consentement français modifié principal - version 2 infirmières datée du 27 août 2015
- Formulaire 20 complété

Le tout étant jugé satisfaisant, vous retrouverez dans Nagano une copie du formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale, **valide pour un an à compter du 27 août 2015**. Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement que nous vous ferons parvenir annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable, toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements et ce via Nagano.

Lorsque cela s'applique à votre situation, veuillez noter que le projet ne peut débuter tant que le contrat n'est pas finalisé et dûment signé. De même, vous ne pouvez commencer votre projet avant d'avoir fait parvenir votre "NOL" (lettre de non objection) de Santé Canada pour ce projet au CÉR du [REDACTED]

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Attestation du CÉR (REBA)

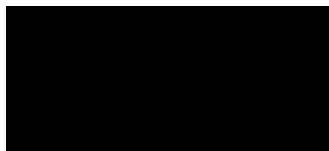
La composition du comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] est conforme aux exigences réglementaires de la partie C, Division 5 du Food and Drug regulations de Santé Canada ;

Le comité exerce ses fonctions conformément aux exigences des Bonnes pratiques cliniques ;

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a révisé et approuvé le protocole et le formulaire d'information et de consentement pour l'essai clinique mentionné en titre, qui sera réalisé au [REDACTED] par l'investigateur qualifié nommé ci-haut. Cette approbation et les exigences du comité d'éthique ont été documentées par écrit.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec la personne soussignée via NAGANO, ou avec le secrétariat du comité par téléphone ou courriel : [REDACTED], ou consulter le fichier « Questions-réponses » au bas de la page d'accueil Nagano.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, nos salutations distinguées.



Camille Assemat

Vice-présidente

Comité d'éthique de la recherche [REDACTED]

Comité d'éthique de la recherche [REDACTED]
 [REDACTED]
 Montréal (Québec) [REDACTED]

Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche

Date de dépôt du formulaire: 2015-12-13 14:38
 Date d'approbation du projet: 2015-08-28
 Numéro(s) de projet: 2016-6096, CE 15.099 - CA

Déposé par: Létourneau-Aspirot, Dimitri
 Identifiant nagano: Compétence "agir avec humanisme"
 Formulaire: F1 - 23443

Attestation du CÉR (REBA)

1. La composition du comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] est conforme aux exigences réglementaires de la partie C, Division 5 du Food and Drug regulations de Santé Canada; Le comité exerce ses fonctions conformément aux exigences des Bonnes pratiques cliniques ; Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a révisé et approuvé le protocole et le formulaire d'information et de consentement pour l'essai clinique mentionné en titre, qui sera réalisé au [REDACTED] par l'investigateur qualifié nommé ci-haut. Cette approbation et les exigences du comité d'éthique ont été documentées par écrit.

Suivi du BCER

1. **Statut de la demande:**
 Demande approuvée

2. **La demande a été traitée par :**
 Camille Assemat
date de traitement:
 2015-12-14

Renseignements généraux

1. **Indiquez, en français, le titre complet du projet de recherche**

Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

2. **Indiquez le nom et les coordonnées du chercheur principal**

Dubois, Sylvie

est-ce que le chercheur principal satisfait les exigences d'attestation de recherche du [REDACTED] ?

Oui

3. **Est-ce que le formulaire et/ou documents soumis au CER doivent être vus en réunion plénière (Full Board) selon les exigences des organismes subventionnaires (NIH, RTOG, NCIC, etc.)**

Non

4. **Indiquez le statut actuel du projet de recherche**

Projet et recrutement en cours

Détails de la modification

1. Indiquez la nature de la demande de modification

Modification du protocole

Non

Modification de la brochure de l'investigateur

Non

Modification du formulaire d'information et de consentement

Non

Ajout d'un formulaire d'information et de consentement

Non

Modification des documents utilisés pour le recrutement des participants

Oui

Précisez la version:

Lettre d'invitation (infirmières, version 2)

Modification des questionnaires ou modifications aux autres documents de recherche à remplir

Non

Ajout d'un questionnaire ou d'autres documents de recherche à remplir

Non

Modification de l'équipe de recherche

Non

Modification du financement ou du budget du projet

Non

Autre modification, précisez

Oui

Précisez:

Ouverture du projet à tous les sites du [REDACTED]

2. Résumez brièvement la modification apportée (sa nature, ses justifications et ses conséquences, notamment pour les participants)

Ouverture du projet [REDACTED] [REDACTED] uniquement : peu de personnes intéressées à participer à [REDACTED] jusqu'à présent. Ajout d'un document publicitaire pour le recrutement (babillard et intranet). Modification de la lettre aux infirmières (inscription des critères de recrutement).

3. Cette modification nécessite-t-elle une approbation de Santé Canada?

Non

4. Est-ce que cette demande vise une conversion de monocentrique à multicentrique ?

Non

Souhaitez-vous que le CÉR du [REDACTED] soit CÉR évaluateur ?

Non

5. **Combien de participants sont-ils ou seront-ils visés par la modification?**

60

Combien de participants ont été recrutés dans le projet jusqu'à maintenant?

1

6. **Cette modification fait-elle en sorte que les participants déjà recrutés doivent renouveler leur consentement?**

Non

7. **Veillez joindre tout nouveau document demandé par le CÉR et tout document sur lequel vous avez apporté des modifications.**

[Annonce de recrutement \(affichage, bleu, version 1\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Annonce de recrutement (affichage, bleu, version 1)

[Annonce de recrutement \(intranet, bleu, version 1\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Annonce de recrutement (intranet, bleu, version 1)

[Lettre d'invitation \(infirmières, version 3\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Lettre d'invitation (infirmières, version 3)

Signature

1. **J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.**

Nom et prénom de la personne qui a complété ce formulaire

Dimitri Létourneau

Comité d'éthique de la recherche [REDACTED]
 [REDACTED]
 Montréal (Québec) [REDACTED]

Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche

Date de dépôt du formulaire: 2016-03-17 13:29
 Date d'approbation du projet: 2015-08-28
 Numéro(s) de projet: 2016-6096, CE 15.099 - CA

Déposé par: Létourneau-Aspirot, Dimitri
 Identifiant nagano: Compétence "agir avec humanisme"
 Formulaire: F1 - 25613

Attestation du CÉR (REBA)

1. La composition du comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] est conforme aux exigences réglementaires de la partie C, Division 5 du Food and Drug regulations de Santé Canada; Le comité exerce ses fonctions conformément aux exigences des Bonnes pratiques cliniques ; Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a révisé et approuvé le protocole et le formulaire d'information et de consentement pour l'essai clinique mentionné en titre, qui sera réalisé au [REDACTED] par l'investigateur qualifié nommé ci-haut. Cette approbation et les exigences du comité d'éthique ont été documentées par écrit.

Suivi du BCER

1. **Statut de la demande:**
 Demande approuvée

2. **Version finale des FIC approuvés par le CÉR [REDACTED]**
[15.099-FIC infirmières-AMF1-2016.03.17-FR-version du 16 mars 2016.pdf](#)
[15.099-FIC étudiantes-AMF1-2016.03.17-FR-version du 16 mars 2016.pdf](#)

3. **La demande a été traitée par :**
 Camille Assemat
date de traitement:
 2016-03-17

Renseignements généraux

1. **Indiquez, en français, le titre complet du projet de recherche**

Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur une approche par compétences

2. **Indiquez le nom du chercheur responsable local** [REDACTED]

Dubois, Sylvie

est-ce que le chercheur principal satisfait les exigences d'attestation de recherche du [REDACTED] **?**

Oui

3. **Est-ce que le formulaire et/ou documents soumis au CER doivent être vus en réunion plénière (Full Board) selon les exigences des organismes subventionnaires (NIH, RTOG, NCIC, etc.)**

Non

4. **Indiquez le statut actuel du projet de recherche**

Projet et recrutement en cours

Détails de la modification

1. Indiquez la nature de la demande de modification

Modification du protocole

Non

Modification de la brochure de l'investigateur

Non

Modification du formulaire d'information et de consentement

Oui

Précisez la version:

Ajout d'une compensation pour les étudiantes (carte-cadeau Renaud-Bray d'une valeur de 25 \$ pour tous les participants étudiants) et d'un tirage pour les infirmières (deux cartes de crédit prépayées d'une valeur de 150 \$ chacune)

Ajout d'un formulaire d'information et de consentement

Non

Modification des documents utilisés pour le recrutement des participants

Oui

Précisez la version:

Ajouts du texte pour la compensation dans la lettre aux infirmières et celle aux étudiantes

Modification des questionnaires ou modifications aux autres documents de recherche à remplir

Non

Ajout d'un questionnaire ou d'autres documents de recherche à remplir

Non

Modification de l'équipe de recherche

Non

Modification du financement ou du budget du projet

Non

Autre modification, précisez

Non

2. Résumez brièvement la modification apportée (sa nature, ses justifications et ses conséquences, notamment pour les participants)

Jusqu'à présent, deux infirmières du [REDACTED] ont été recrutées depuis octobre 2015. Considérant qu'il s'agit d'un nombre insuffisant, un incitatif s'avère pertinent (deux cartes de crédit prépayées de 150 \$ chacune en tirage). Par ailleurs, d'autres projets menés au sein de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (milieu où les étudiantes seront recrutées) ont rencontré des difficultés quant au recrutement des étudiantes. C'est dans ces circonstances que la compensation par une carte-cadeau Renaud-Bray (25 \$ chacune) s'est ajoutée. Tous les documents publicitaires ont donc été modifiés seulement à cet égard pour spécifier la compensation. Le protocole a seulement été modifié dans la section "Considérations éthiques" pour stipuler qu'il y aura une compensation : autrement, aucun autre changement n'a été apporté.

3. Cette modification nécessite-t-elle une approbation de Santé Canada?

Non

4. **Est-ce que cette demande vise une conversion de monocentrique à multicentrique ?**

Non

Souhaitez-vous que le CÉR du [REDACTED] soit CÉR évaluateur ?

Non

5. **Combien de participants sont-ils ou seront-ils visés par la modification?**

60

Combien de participants ont été recrutés dans le projet jusqu'à maintenant?

2

6. **Cette modification fait-elle en sorte que les participants déjà recrutés doivent renouveler leur consentement?**

Non

7. **Veillez joindre tout nouveau document demandé par le CÉR et tout document sur lequel vous avez apporté des modifications.**

[Protocole de recherche \(version 6\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Protocole de recherche (version 6)

[Fiche synthèse \(version 3\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Fiche synthèse (version 3)

[Annonce de recrutement \(affichage, bleu, version 2\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Annonce de recrutement (affichage, bleu, version 2)

[Annonce de recrutement \(intranet, bleu, version 2\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Annonce de recrutement (intranet, bleu, version 2)

[Formulaire de consentement \(étudiantes, version 4\).docx](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Formulaire de consentement (étudiantes, version 4)

[Formulaire de consentement \(infirmières, version 4\).docx](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Formulaire de consentement (infirmières, version 4)

[Lettre d'invitation \(étudiantes, version 3\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Lettre d'invitation (étudiantes, version 3)

[Lettre d'invitation \(infirmières, version 4\).pdf](#)

Veillez indiquer le nom et la version du document

Lettre d'invitation (infirmières, version 4)

Signature

1. **J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.**

Nom et prénom de la personne qui a complété ce formulaire

Dimitri Létourneau

Appendice L

Reconnaissance de l'approbation éthique

Objet: RE: Questions pour soumission à l'éthique
Date: lundi 31 août 2015 à 08:00:17 UTC-04:00
De: Paré Guillaume <guillaume.pare@umontreal.ca>
À: Létourneau-Aspirot Dimitri <dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca>
Pièces jointes: image001.jpg, image002.jpg

Bonjour,

Oui, nous reconnaissons l'approbation émise par le CER du [REDACTED]. Il ne sera pas nécessaire de faire évaluer votre dossier au CERES.

Cordialement,

Guillaume Paré

Conseiller en éthique de la recherche
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

Site Web : <http://www.ceres.umontreal.ca>
Tél: (514) 343-6111, poste 2604

Avis de confidentialité : Ce document électronique (incluant tout fichier ou élément qui y est joint) est destiné uniquement à la personne ou à l'entité à qui il est adressé. Il peut contenir des renseignements personnels, confidentiels ou assujettis au secret professionnel. Si vous avez reçu ce document par erreur, il vous est interdit de le reproduire, de le conserver ou d'utiliser les renseignements qui y sont contenus, d'une quelconque manière. Veuillez le détruire et avoir l'obligeance de communiquer avec l'expéditeur, afin qu'il apporte les correctifs requis.

De : Létourneau-Aspirot Dimitri
Envoyé : 28 août 2015 14:22
À : Paré Guillaume
Objet : Re: Questions pour soumission à l'éthique

Bonjour Monsieur Paré,

Alors, comme discuté dans le courriel ci-bas, je vous fais parvenir l'approbation éthique finale obtenue aujourd'hui. Est-ce que le CER de l'UdeM la reconnaîtra (pas du multicentrique)?

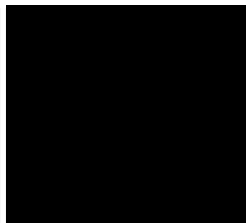
Chaleureusement,

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

Président | AÉCSFSIUM
Auxiliaire d'enseignement | FSI
Infirmier clinicien | Hôpital général juif
Bureau 7100 | Pavillon Marguerite-d'Youville

Appendice M

Formulaires d'information et de consentement pour les étudiantes (version 4) et les infirmières
(version 4)



APPROUVÉ – CÉR [REDACTED]

DATE : 17 mars 2016

INITIALES : CA

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières par compétences

- Chercheuse responsable au** [REDACTED] : Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles
[REDACTED]
- Étudiant-chercheur:** Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)
Candidat au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
- Directrices de recherche:** Johanne Goudreau, inf., Ph. D.
Vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
- Chantal Cara, inf., Ph. D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
- N° projet** [REDACTED] : 15.099

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières parce que vous êtes étudiant(e) d'un programme de baccalauréat basé sur une approche par compétences. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable, à l'étudiant-chercheur ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Les patients ont témoigné, à maintes reprises et dans la plupart des contextes de soins, vouloir des soins humanistes prodigués par les infirmières. Or, ces dernières éprouvent toujours des difficultés à dispenser des soins humanistes, même si les programmes de formation en sciences infirmières sont axés sur l'humanisme et l'humanisation des soins. On constate que des facteurs personnels et l'environnement influencent la capacité des infirmiers(ières) à agir avec humanisme, mais l'on ne sait pas comment cette compétence se développe à partir des études de baccalauréat jusqu'à l'expertise clinique.

Ce projet de recherche vise donc à comprendre le développement de la compétence «agir avec humanisme» à partir de l'expérience vécue des étudiant(e)s et des infirmiers(ières).

NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Entre 15 et 30 étudiants(tes) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal réparti(e)s dans trois groupes (1^{re} année, 2^e année, 3^e année) seront recruté(e)s pour participer à ce projet.

Votre participation durera entre 30 et 60 minutes.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à compléter un court questionnaire sociodémographique (par exemple, votre âge, votre formation académique) et à participer à une entrevue individuelle d'une durée estimée de 30 à 60 minutes, menée par l'étudiant-chercheur. L'entrevue portera sur votre expérience relative à votre pratique infirmière humaniste.

Il vous rencontrera seul à seul, au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux à l'intérieur de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Dans ce dernier cas, l'entrevue pourra avoir lieu dans la salle de consultation ou dans une autre pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance, hors période de classe.

Pour faciliter la collecte et l'analyse de données lors des entrevues, toutes les conversations seront enregistrées sur support audionumérique et l'étudiant-chercheur prendra des notes dans un journal de bord. L'enregistreuse pourra être arrêtée à tout moment. L'étudiant-chercheur prendra alors vos réponses en notes. Si une question s'avère plus difficile, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconforts liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconfort pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiant-chercheur vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, particulièrement sur l'humanisation des soins et l'apprentissage de la compétence «agir avec humanisme».

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'étudiant-chercheur. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur vos études et vos relations avec le personnel enseignant, les chercheurs et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, l'étudiant-chercheur et le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements et les notes manuscrites seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant-chercheur recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom ne soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable et l'étudiant-chercheur.

L'étudiant-chercheur du projet utilisera les données à des fins de recherche afin de répondre au but du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par l'une des directrices de recherche de l'étudiant-chercheur dans un classeur de leur bureau à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] ou par l'établissement, ainsi que par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par la chercheuse principale et l'étudiant-chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet, l'étudiant-chercheur ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation au projet de recherche. Cependant, en participant à ce projet, vous recevrez une carte-cadeau Renaud-Bray d'une valeur de 25 \$ immédiatement après l'entrevue.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU PARTICIPANT À LA RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiant-chercheur.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable au [REDACTED] ou l'étudiant-chercheur :

Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

Chercheuse responsable au [REDACTED]

Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles

[REDACTED]

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

Étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

[REDACTED]

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec:

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED]

[REDACTED]

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude ***Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences.***

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

Nom (en lettres moulées) Signature du/de la participante Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de la chercheuse responsable.

Je, soussignée, ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au/à la participant(e) dont le nom apparaît ci-dessus et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Nom (en lettres moulées) Signature de la personne ayant
expliqué le consentement Date

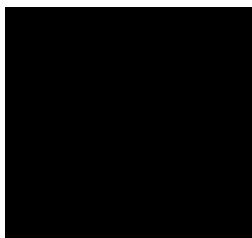
Engagement des chercheurs

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il/elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il/elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au/à la participant(e).

Nom (en lettres moulées) Signature de la chercheuse responsable au Date

Nom (en lettres moulées) Signature de l'étudiant-chercheur Date



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » d'un programme de formation en sciences infirmières par compétences

Chercheuse responsable au [redacted] : Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles
[redacted]

Étudiant-chercheur: Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)
Candidat au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrices de recherche: Johanne Goudreau, inf., Ph. D.
Vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Chantal Cara, inf., Ph. D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

N° projet [redacted] : 15.099

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières parce que vous êtes diplômé(e) d'un programme de baccalauréat basé sur une approche par compétences et pratiquez la profession infirmière. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable, à l'étudiant-chercheur ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Les patients ont témoigné, à maintes reprises et dans la plupart des contextes de soins, vouloir des soins humanistes prodigués par les infirmières. Or, ces dernières éprouvent toujours des difficultés à dispenser des soins humanistes, même si les programmes de formation en sciences infirmières sont axés sur l'humanisme et l'humanisation des soins. On constate que des facteurs personnels et l'environnement influencent la capacité des infirmiers(ières) à agir avec humanisme, mais l'on ne sait pas comment cette compétence se développe à partir des études de baccalauréat jusqu'à l'expertise clinique.

Ce projet de recherche vise donc à comprendre le développement de la compétence «agir avec humanisme» à partir de l'expérience vécue des étudiant(e)s et des infirmiers(ières).

NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Entre 15 et 30 infirmiers(ières) du [REDACTED] réparti(e)s dans trois groupes (novices, compétentes, expertes) et selon le nombre d'années d'expérience clinique seront recruté(e)s pour participer à ce projet.

Votre participation durera entre 30 et 60 minutes.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à compléter un court questionnaire sociodémographique (par exemple, votre âge, votre formation académique) et à participer à une entrevue individuelle d'une durée estimée de 30 à 60 minutes, menée par l'étudiant-chercheur. L'entrevue portera sur votre expérience relative à votre pratique infirmière humaniste.

Il vous rencontrera seul à seul, au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux à l'extérieur ou dans le [REDACTED]. Dans ce dernier cas, l'entrevue pourra avoir lieu dans la salle de consultation ou dans une autre pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance, hors période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur).

Pour faciliter la collecte et l'analyse de données lors des entrevues, toutes les conversations seront enregistrées sur support audionumérique et l'étudiant-chercheur prendra des notes dans un journal de bord. L'enregistreuse pourra être arrêtée à tout moment. L'étudiant-chercheur

prendra alors vos réponses en notes. Si une question s'avère plus difficile, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiant-chercheur vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, particulièrement sur l'humanisation des soins et l'apprentissage de la compétence «agir avec humanisme».

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'étudiant-chercheur. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur vos relations avec vos supérieurs, ni votre employabilité au [REDACTED] ou sur vos relations avec les chercheurs et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, l'étudiant-chercheur et le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements et les notes manuscrites seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant-chercheur recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom ne soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre

dossier de recherche s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable et l'étudiant-chercheur.

L'étudiant-chercheur du projet utilisera les données à des fins de recherche afin de répondre au but du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par l'une des directrices de recherche de l'étudiant-chercheur dans un classeur de leur bureau à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] ou par l'établissement, ainsi que par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par la chercheuse responsable et l'étudiant-chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable, l'étudiant-chercheur du projet ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation au projet de recherche. Cependant, en participant à ce projet, vous aurez la possibilité de vous voir offrir une carte de crédit prépayée d'une valeur de 150 \$ lors d'un tirage au sort.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU PARTICIPANT À LA RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiant-chercheur.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable au [REDACTED] ou l'étudiant-chercheur :

Sylvie Dubois, inf., Ph. D.

Chercheuse responsable au [REDACTED]

Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles

Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. (c)

Étudiant-chercheur

Candidat au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

dimitri.letourneau-aspirot@umontreal.ca

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec la **Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] au [REDACTED]**, poste [REDACTED].

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude: ***Élaboration d'un modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence «agir avec humanisme» d'un programme de formation en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences.***

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

Nom (en lettres moulées) Signature du/de la participante Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de la chercheuse responsable.

Je, soussignée, ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au/à la participant(e) dont le nom apparaît ci-dessus et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Nom (en lettres moulées) Signature de la personne Date

Engagement des chercheurs

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il/elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il/elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au/à la participant(e).

Nom (en lettres moulées) Signature de la chercheuse responsable au Date

Nom (en lettres moulées) Signature de l'étudiant-chercheur Date

Appendice N

Document remis aux trois experts en modèles cognitifs de l'apprentissage

Modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »

13^e version

Introduction

Un **modèle cognitif de l'apprentissage** (MCA) est une représentation des apprentissages critiques à accomplir afin d'assurer le développement d'une compétence (Tardif, 2006). Le même auteur soutient que les **apprentissages critiques** réfèrent aux apprentissages indispensables qui permettent de passer d'un niveau à un autre dans le continuum de développement d'une compétence. Ces apprentissages critiques sont de nature qualitative et représentent des transformations cognitives (Tardif, 2006). Par exemple, l'apprentissage critique « conceptualisation de la Personne¹ en tant qu'être humain » constitue, sur le plan cognitif, l'intégration d'une nouvelle « règle » au premier niveau de développement de la compétence étudiée. Un apprentissage critique peut également être une réorganisation cognitive, notamment pondérer différemment un principe comparativement à un autre. Il ne s'agit donc pas d'un degré d'apprentissage ayant comme point de vue une perspective quantitative. Les changements cognitifs précisés par les apprentissages critiques peuvent générer de nouvelles conduites chez les apprenantes (Tardif, 2006), lesquelles correspondent, dans le cadre de la présente étude, à des étudiantes et des infirmières. Par ailleurs, les apprentissages critiques permettent de déterminer les cibles de l'apprentissage dans les programmes de formation basés sur une approche par compétences (Boyer, 2013; Tardif, 2006).

Pour sa part, un **indicateur de développement** « détermine une manifestation exprimant un ou plusieurs apprentissages critiques » (Tardif, 2006, p. 149). Le même auteur souligne que ces indicateurs sont uniques à chacun des niveaux établis dans un MCA, ceci dans l'intention d'éviter les ambiguïtés lors de l'évaluation des compétences. De plus, ces indicateurs de développement procurent des critères d'évaluation aux formateurs dans leur évaluation de l'atteinte d'un niveau de

¹ La Personne correspond à l'individu, la famille et les proches, la communauté ou la population (Cara et al., 2016).

développement d'une compétence (Boyer, 2013; Tardif, 2006). Ces auteurs ajoutent que les indicateurs sous-tendent les cibles de l'apprentissage.

L'un des objectifs de cette thèse doctorale était d'élaborer un MCA de la compétence « agir avec humanisme ». Ce MCA contient cinq niveaux et représente le développement de la compétence depuis le début du baccalauréat en sciences infirmières jusqu'à environ cinq années après la diplomation. Chaque niveau décrit ce qui est le plus saillant dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » dans un court texte, notamment en y intégrant des apprentissages critiques et des indicateurs de développement. Chaque texte est suivi d'un tableau qui regroupe l'ensemble des apprentissages critiques de même que les indicateurs de développement qui s'y rattachent. Dans ces tableaux, des apprentissages et des indicateurs sont regroupés afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. Ces regroupements sont faits de manière à mettre en évidence des liens logiques entre les apprentissages critiques et les indicateurs de développement. L'ordre dans lequel les apprentissages et les indicateurs sont exposés dans les textes ne suit pas nécessairement leur apparition dans les tableaux.

Des verbatim sont ajoutés dans le texte afin de concrétiser les résultats de cette étude phénoménologique en apprentissages critiques et en indicateurs de développement. Prendre note que les noms des participants sont fictifs et qu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs d'une culture.

Par ailleurs, une illustration est présentée après la conclusion. Cette illustration représente visuellement les cinq niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » avec ses particularités ayant émergé de cette étude.

Niveau 1 : mobilisation d'acquis humanistes et conscientisation à l'humanisation des soins

Le premier apprentissage critique jalonnant le premier niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » correspond à la mobilisation des acquis antérieurs en lien avec l'humanisation des soins. L'étudiante arrive en sciences infirmières avec un bagage unique d'expériences qui lui ont permis d'acquérir des ressources internes variables, lesquelles peuvent être

mobilisées afin de contribuer au développement de la compétence en question. Par exemple, l'extrait suivant montre la sensibilité acquise par une étudiante dans une expérience familiale de sa jeunesse :

On n'avait pas la présence de ma mère depuis que j'ai 11 ans, fait que je pense que ça a quand même un impact indirect sur mes décisions puis sur ma personne en général [...] Ma mère elle a eu un problème de maladie mentale fait qu'on n'a pas pu vivre avec elle à partir d'un certain moment, quand elle est rentrée hospitalisée, puis à la suite c'était réadmission et réadmission tout ça, jusqu'à un certain moment où elle a été stable puis elle est stable en ce moment d'ailleurs [...] Peut-être que oui, mais en même temps avant 11 ans, je sais pas si j'avais cette sensibilité-là. Pour moi je la qualifie à partir de ce moment-là, parce que c'est quand même marquant dans ma vie, mais avant ça je le sais pas trop c'était quoi ma personnalité, je m'en souviens pas vraiment par des actions concrètes. J'associe tout à ce moment-là, est-ce que c'est la vérité, je sais pas [...] Selon moi ça affecte un peu comment j'agis, mes relations avec les autres puis juste comme la sensibilité que j'ai en général. (Justine, une étudiante de première année)

Un second apprentissage critique de ce niveau est l'éveil chez l'étudiante d'une importance accordée à l'humanisation des soins, ce qui se matérialise notamment lorsqu'elle évite d'objectiver la Personne. Les deux apprentissages critiques suivants découlent des observations et de la pratique en stage de l'étudiante, c'est-à-dire une prise de conscience des bénéfices potentiels de l'humanisation des soins pour la Personne et pour elle-même, de même qu'une prise de conscience d'un lien entre son sentiment d'être valorisée au travail et l'humanisation des soins. Un autre apprentissage critique s'avère être l'apprentissage d'un répertoire restreint d'habiletés de communication, principalement l'écoute active, que l'étudiante expérimente en pratique afin d'établir une relation de confiance avec la Personne, mais cette expérimentation est conditionnelle à la perception d'en avoir le temps requis. Puisque l'apprentissage des procédures de soins s'avère préoccupant pour l'étudiante, il importe qu'elle saisisse également des moments afin de s'engager dans la relation de confiance avec la Personne, ce qui constitue un indicateur de développement. Dans ce même contexte, un second indicateur de développement, qui est à la fois un défi pour l'étudiante, correspond à réaliser des procédures de soins tout en tenant compte de l'existence de la Personne (surtout l'individu). Au fil des expérimentations de l'étudiante, elle porte de plus en plus attention à sa communication verbale et non verbale ainsi qu'à son savoir-être dans l'établissement d'une relation de confiance. Cet indicateur de développement concrétise un apprentissage critique, c'est-à-dire une prise de conscience des liens qui existent entre le savoir-être et la communication de l'étudiante, le temps qu'elle investit et ladite relation de confiance qu'elle tente d'établir. Un autre apprentissage critique de ce niveau est

l'apprentissage du Code de déontologie sur le plan de la relation de confiance avec la Personne. L'étudiante extériorise cet apprentissage par une authenticité dans ses relations tout en respectant le Code de déontologie. Enfin, l'étudiante commence à se questionner sur les liens qui unissent la surcharge de travail et la déshumanisation des soins qu'elle observe dans ses stages, ce qui représente un indicateur de développement.

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilisation d'acquis antérieurs en lien avec l'humanisation des soins ■ Conceptualisation de la Personne en tant qu'être humain ■ Éveil d'une importance accordée à l'humanisation des soins ■ Prise de conscience des bénéfices potentiels de l'humanisation des soins pour la Personne ■ Prise de conscience d'un lien entre l'humanisation des soins et son sentiment d'être valorisée au travail 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifie ses propres ressources internes en lien avec l'humanisation des soins ■ Évite d'objectiver la Personne ■ Se préoccupe de respecter la dignité humaine de la Personne ■ Porte attention à l'existence de la Personne lors d'une procédure de soins ■ Tient compte des préférences de la Personne dans l'organisation des soins ■ Choisit des interventions en se mettant à la place de la Personne ■ Remarque des bénéfices pour la Personne qui résultent de l'humanisation des soins ■ Identifie les circonstances qui l'amènent à se sentir valorisée au travail
<ul style="list-style-type: none"> ■ Apprentissage de l'écoute active ■ Prise de conscience de l'impact de son savoir-être et du temps qu'elle investit dans la relation de confiance avec la Personne ■ Apprentissage du Code de déontologie au regard de la relation de confiance avec la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Écoute activement les propos partagés par la Personne ■ S'informe de l'état de la Personne ■ S'engage dans la relation de confiance avec la Personne lorsque le temps le permet ■ Manifeste de l'empathie envers la Personne ■ Établit un contact visuel avec la Personne ■ Est attentive à sa propre communication verbale et non verbale ainsi que celle de la Personne ■ Fait preuve d'authenticité dans la relation de confiance avec la Personne tout en respectant le Code de déontologie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de conscience d'un lien entre la surcharge de travail et la déshumanisation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Remarque la déshumanisation des soins dans la pratique clinique

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se questionne sur les liens entre la surcharge de travail et la déshumanisation des soins

Niveau 2 : expérimentation des habiletés de communication pour développer une approche humaniste

Le deuxième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » a lieu au cours de la deuxième année du baccalauréat et se caractérise par une primauté accordée à l'apprentissage d'habiletés de communication cohérentes avec une approche humaniste. À propos de cet apprentissage critique, il y a l'apprentissage du reflet, des questions ouvertes, fermées et systémiques qui s'ajoutent à l'écoute active qui, elle, demeure l'habileté la plus expérimentée. Parmi les indicateurs de développement de ce niveau, il y a le temps que prend l'étudiante à expliquer ses interventions et de connaître la Personne (surtout l'individu) au-delà de son problème de santé. De plus, l'étudiante développe son approche humaniste en se rapprochant d'un partenariat avec la Personne et cet indicateur de développement s'observe par une plus grande flexibilité dans l'organisation des soins. Un autre indicateur de développement de ce niveau est l'intérêt grandissant de l'étudiante pour la famille de la Personne avec laquelle elle expérimente également la communication. Cependant, il est courant que l'étudiante secondarise la communication à des soins d'une autre nature, notamment les procédures de soins et l'évaluation de la santé biophysique. L'extrait de cette étudiante témoigne de cette relégation au second plan :

Je faisais mes soins et quand j'avais mettons une quinzaine de minutes, j'allais parler à mon patient. Je prenais pas, mettons le temps au début du quart de travail à être *caring*, super *caring* [...] Mais c'est vrai qu'il y a des stages, selon le moniteur, selon le milieu aussi il y a des stages qui te permettent pas de te manifester autant que tu le veux. (Dencia, une étudiante de deuxième année)

Afin d'assurer le développement de la compétence, un apprentissage critique de ce niveau est de concilier l'importance accordée à l'apprentissage des habiletés de communication à celui des procédures de soins et de l'évaluation de la santé biophysique. Un indicateur de développement qui concrétise cet apprentissage est notamment le temps que prend l'étudiante à communiquer avec la Personne. En dépit de cet accent mis sur la communication, un des apprentissages critiques de ce niveau est de prendre

conscience progressivement que l'approche humaniste se transpose dans l'ensemble des soins et qu'elle n'est pas limitée à la communication avec la Personne. En ce sens, l'étudiante commence à comprendre le sens de l'humanisme et du *caring* sur le plan théorique, mais elle ne parvient pas à pousser cet apprentissage critique dans sa pratique clinique. Par exemple, cette étudiante aborde l'humanisme en faisant mention des soins qui entourent les dimensions psychosociales et spirituelles, sans que ceci soit mis en évidence dans les expériences racontées :

Agir avec humanisme, dans mes mots, [...] pas juste t'sais on est là pour un problème physique mais pas juste le traiter pour le physique mais toutes les facettes qui l'entourent spirituelle, psychosociale, psychologique, parce que les soins humanistes des fois la personne être peut-être à l'hôpital pour justement une chirurgie, mais il y a d'autres choses que l'environnement psychosocial est vraiment pas optimal à la maison, pis là ça l'a mené à la chirurgie pis il faut agir sur tout ça en même temps. Il faut se rendre compte que les patients sont pas juste des patients, t'sais il faut faire une prise de sang, t'sais en même temps on peut leur parler pis faire quelque chose en même temps. Selon moi être humaniste c'est prendre la personne, le patient dans sa globalité dans nos soins pas juste en tant que personne « physique ». (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

Par ailleurs, l'étudiante de ce niveau est préoccupée par le respect du Code de déontologie au regard de sa relation de confiance avec la Personne. Ainsi, un indicateur de développement de ce niveau est de distinguer un engagement relationnel, caractéristique d'une approche humaniste, d'une infraction déontologique. L'approfondissement des impacts d'une expérience de santé pour la Personne et sa famille correspond à un apprentissage critique que l'étudiante met en évidence principalement par la sensibilité et l'empathie. Les extraits suivants mettent en lumière l'empathie et la sensibilité d'étudiantes :

Dans la soixantaine il était pas, début soixantaine, c'était pas un patient qui était super âgé qu'on dit « on le débranche puis tout là ». Il était sur respirateur et tout, il était souvent en train de combattre le respirateur et tout. C'est quelque chose qui est pas agréable, je me disais « s'il a une certaine conscience un peu, il va être traumatisé à vie ». (Yunan, une étudiante de deuxième année)

Je peux me mettre dans la peau du patient pis je me dis « c'est sûr moi mon chum il ferait ça pis je voudrais lui parler », ben je sais que physiologiquement c'est pas possible fait que je poserais pas cette question-là mais quelqu'un qui est totalement hors des soins pourrait poser cette question-là t'sais. (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

Après elle [la patiente] me disait que « ça va aller », elle me disait que c'était « un petite nuage et que ça allait passer ». Mais je sentais qu'elle avait vraiment besoin de parler au-delà de ce qu'elle me disait. Je me suis assise auprès d'elle, je lui ai demandé si c'était correct, puis je l'ai vraiment fait parler, je lui ai dit que « c'était correct que ça sorte, on le prend quand ça passe puis après ça va mieux, ça fait du bien de pouvoir parler, de ne pas se gêner de demander de l'aide, on est là. » Je comprenais aussi son sentiment de perte d'autonomie, que c'est difficile des fois de dépendre des autres. (Hallay, une étudiante de deuxième année)

De plus, l'étudiante prend progressivement conscience que les interventions d'humanisation des soins sont bénéfiques pour elle sur les plans professionnel et personnel. Au regard de cet apprentissage critique, l'étudiante réalise que ces bénéfices ainsi que la gratitude exprimée par la Personne constituent autant de renforcements positifs qui l'incitent à poursuivre son développement. Un autre apprentissage critique s'avère être une prise de conscience des enjeux et des contraintes qui s'opposent à l'humanisation des soins dans la pratique clinique, de même que des conséquences induites par la déshumanisation des soins pour la Personne. Enfin, l'étudiante amorce plus formellement la construction de son identité professionnelle en fonction de son idéal de pratique humaniste qui s'éveille, ces derniers étant deux apprentissages critiques. À cet égard, les extraits suivants montrent que des étudiantes observent des infirmières dans leurs stages et qu'elles commencent à forger l'image de la professionnelle qu'elles aspirent à devenir :

Ben moi depuis que je suis en sciences infirmières, j'ai trouvé que c'est ça, il y a beaucoup de personnes qui se complaisent on dirait, qui travaillent dans le milieu de la santé, puis qui se complaisent dans leur routine pis malheureusement justement ça déshumanise les soins pis c'est ça qui est triste. J'espère que je vais jamais devenir comme ça là. (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

On dirait qu'elles s'en fichent, je le sais pas, je regardais des personnes parce que quand on est sur l'unité il y a des personnes que je vois puis que je me dis « ah mon Dieu j'aimerais ça être comme elle ». Il y a une autre personne que je regarde je me dis « mon Dieu je veux vraiment pas devenir comme ça ». (Yunan, une étudiante de deuxième année)

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Apprentissage des habiletés de communication ■ Conciliation de l'importance accordée à l'apprentissage des habiletés de communication à celui des procédures de soins et de l'évaluation de la santé biophysique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expérimente certaines habiletés de communication auprès de la Personne ■ Pose des questions ouvertes, fermées et systémiques à la Personne ■ Prend le temps de communiquer avec la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Éveil d'un idéal de pratique humaniste ■ Construction d'une identité professionnelle fondée sur l'humanisation des soins ■ Prise de conscience du cercle vertueux entre l'humanisation des soins, le sentiment d'être valorisée, le sens et la satisfaction au travail qui en découlent 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Discerne la pratique infirmière idéale de celle qu'elle parvient à mettre en application ■ Identifie des enjeux entourant l'humanisation des soins pour sa future pratique infirmière ■ Identifie les circonstances qui contribuent à sa satisfaction et à son sens au travail

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de conscience des impacts de la déshumanisation des soins pour la Personne ■ Approfondissement des impacts d'une expérience de santé pour la Personne et sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique les impacts de la déshumanisation des soins pour la Personne ■ Manifeste de la sensibilité et de l'empathie devant l'expérience de santé vécue par la Personne et sa famille
<ul style="list-style-type: none"> ■ Apprentissage théorique de l'humanisme et du <i>caring</i> ■ Prise de conscience qu'une approche humaniste peut s'intégrer dans l'ensemble des soins ■ Acquisition d'une aisance avec les procédures de soins ■ Reconceptualisation de la relation de confiance entre l'infirmière et la Personne au regard de la proximité relationnelle ■ Reconnaissance de sa propre vulnérabilité en tant qu'être humain 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique l'humanisme et le <i>caring</i> sur le plan théorique ■ S'attarde à personnaliser les soins à la Personne en fonction de ses particularités ■ S'intéresse à la famille de la Personne ■ Fait preuve de flexibilité dans l'organisation des soins afin de se rapprocher d'un partenariat avec la Personne ■ S'intéresse à la Personne au-delà de son problème de santé ■ Manifeste de l'attention à la Personne lors d'une procédure de soins ■ Prend le temps d'expliquer ses interventions à la Personne ■ Distingue une proximité relationnelle d'une infraction au Code de déontologie sur le plan de la relation de confiance avec la Personne ■ Identifie les situations où la compassion qu'elle ressent envers la Personne l'envahie

Niveau 3 : conciliation d'un idéal de pratique humaniste aux responsabilités de l'infirmière clinicienne

Le troisième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » s'étend de la troisième année du baccalauréat jusqu'aux 18 premiers mois après la diplomation. Il semble y avoir un ralentissement dans le développement de la compétence dans cette transition, notamment en raison d'une dualité entre l'idéal de pratique humaniste de l'étudiante et ce que l'infirmière nouvellement diplômée parvient à exercer. Par exemple, cette étudiante de troisième année exprime ses préoccupations en lien avec sa diplomation et son idéal de pratique humaniste :

T'sais quand on parle de quota pis toute ça, moi je rentre comme CEPI [candidate à l'exercice de la profession infirmière] pis je sais pas vraiment ce que je vais être, pas comment je vais faire pour finir mes journées pis sentir que j'ai fait, que j'ai été ce que je peux quand j'ai pas fini d'apprendre mes protocoles de chimio pis que. Fait que, il y a un peu ça aussi, on parlait de cohérence un petit peu tout à l'heure, ou il faut donner un « bon » soin au patient parce qu'on veut pas de plaintes, mais en même temps accommodez-nous pour que ça soit possible d'être fait aussi. (Gina, une étudiante de troisième année)

Autrement, cette infirmière novice rappelle la relégation de l'humanisation des soins au second plan et elle exprime son désarroi face à cette dualité :

C'est vrai que quand que t'as du temps pis t'as fini tes soins, ben là, bon là on va aller parler à la famille, je pense que c'est secondaire [...] Mais même moi veux veux pas, tu sais, tu vas faire tes soins, puis après si vraiment t'as plus de temps ben tu vas vraiment plus, tu sais tu vas avoir juste ça à faire après. Mais sinon c'est vrai que, il faut que t'aies fait tes soins [...] Mais c'est pas parce qu'on veut pas, on n'a pas le temps, moi je trouve ça malheureux sérieusement, j'aimerais tellement ça avoir plus de temps pour parler avec la famille mais, ouais, c'est souvent secondaire. (Emeley, une infirmière novice)

Ainsi, le ralentissement s'observe chez l'infirmière par une réduction d'indicateurs de développement qui étaient davantage présents chez l'étudiante. En lien avec ces indicateurs, l'étudiante de troisième année peut considérer l'exploration de la signification accordée par la Personne à son expérience de santé dans le choix de ses interventions. De plus, elle prend le temps d'établir une relation de confiance avec la Personne et s'engage à répondre à ses choix et ses volontés lorsque ceux-ci sont verbalisés. À ce niveau, le plus grand défi pour l'étudiante et pour l'infirmière est d'apprendre à concilier leur idéal de pratique humaniste aux autres responsabilités de l'infirmière clinicienne, ce qui constitue également un apprentissage critique. Dans le contexte de pratique, l'humanisation des soins exige plus que des habiletés de communication. Pour poursuivre son développement, un apprentissage critique correspond à l'élargissement de la conception de l'humanisme et du *caring* de l'étudiante et de l'infirmière au-delà de la communication, notamment de croire au potentiel de la Personne et d'intégrer une approche humaniste dans l'ensemble des soins. Un second apprentissage critique que l'infirmière doit réaliser consiste à renouveler son idéal de pratique humaniste en tenant compte de la réalité de la pratique clinique, sans quoi elle risque d'éprouver un désenchantement sérieux devant l'impossibilité de pratiquer selon ledit idéal. À cet égard, il importe qu'elle réalise, sur le plan pratique, que l'adoption d'une approche humaniste n'est pas nécessairement dépendante du facteur temporel et que la qualité de sa présence, même si elle est de courte durée, peut humaniser les soins ; ceci correspond d'ailleurs à un apprentissage critique. En effet, même si une infirmière novice demeure préoccupée par la surcharge de travail, l'extrait suivant montre qu'elle est capable de rassurer un membre de la famille, un indicateur de développement, tout en prodiguant des soins visant à rétablir la santé de la Personne en situation critique :

C'est ça, la fille qui était assise au chevet, c'est sûr on était beaucoup avec la madame, on faisait des ECG [électrocardiogramme], des prises de sang puis on mettait des médicaments intraveineux pour elle fait que c'est sûr que la madame, la fille est au chevet puis elle nous regardait [...] Moi j'essayais en même temps, tout en soignant la patiente, essayer de rassurer la dame, ben sa fille qui nous regardait pis qui avait l'air inquiète. (Emeley, une infirmière novice)

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conciliation d'un idéal de pratique humaniste aux responsabilités d'une infirmière clinicienne ■ Renouvellement d'un idéal de pratique humaniste qui tient compte de la réalité de la pratique clinique ■ Apprentissage de l'organisation des soins dans le contexte d'une charge de travail complète d'une infirmière clinicienne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique son rôle professionnel à partir d'un idéal de pratique humaniste ■ Prend la charge de travail complète d'une infirmière clinicienne ■ Remet en question la possibilité de maintenir son approche humaniste dans la pratique clinique ■ S'interroge sur les opportunités d'humanisation des soins avec une charge de travail complète d'une infirmière clinicienne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Élargissement de la conception de l'humanisme et du <i>caring</i> au-delà de la communication ■ Prise de conscience que la présence de l'infirmière auprès de la Personne et de sa famille engendre des bienfaits potentiels sur leur santé, leur bien-être et leur confort ■ Prise de conscience de l'importance de l'authenticité dans les relations humaines ■ Prise de conscience de l'importance d'agir selon les préoccupations et les priorités de la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Souligne le potentiel de croissance de la Personne ■ Prend le temps d'établir une relation de confiance avec la Personne ■ Prend le temps de rassurer la Personne et sa famille lorsque celles-ci manifestent cette priorité ■ S'engage à répondre aux choix et aux volontés de la Personne lorsque ceux-ci sont verbalisés ■ Considère l'exploration de la signification qu'accorde la Personne à son expérience de santé dans le choix de ses interventions ■ Manifeste de la sensibilité au regard des inégalités sociales en matière de santé

Niveau 4 : intégration d'une approche humaniste dans l'ensemble des soins

Le quatrième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme », entre deux et quatre années après la diplomation, est principalement caractérisé par l'intégration de l'approche humaniste dans l'ensemble des soins. À ce niveau, l'infirmière renoue avec son idéal de pratique humaniste et le solidifie jusqu'à considérer l'humanisation des soins comme un devoir professionnel, ces derniers correspondant à deux apprentissages critiques. En effet, l'importance que l'infirmière accorde

à l'humanisation des soins grandit au point de s'initier à exercer du leadership clinique infirmier auprès de ses pairs pour que ceux-ci humanisent les soins, ce qui constitue un indicateur de développement. Dans ce même contexte, deux autres indicateurs s'ajoutent, notamment de souligner les bons coups des collègues de l'infirmière et d'ouvrir un dialogue à propos de pratiques déshumanisantes observées, comme le montre le prochain extrait :

Je pense que oui, c'est au travail je pense que c'est un travail de chaque personne, je pense que c'est assez personnel de rendre ça plus humain parce que si on voit une situation que la personne n'a pas été humaniste envers le patient, je pense que nous autres en tant que collègue il faut la prendre à part, je pense qu'il faut lui dire qu'elle a pas été humaine avec le patient, c'est notre devoir. Puis aussi quand les gens font des bonnes actions, c'est important de les féliciter aussi euh parce que on entend souvent les commentaires négatifs, mais les commentaires positifs on les entend moins souvent. Moi j'essaie de dire quand les patients ont eu un bon séjour, qu'ils sont satisfaits des soins, j'essaie de le dire à l'équipe. Puis quand c'est des commentaires négatifs ben on le dit aussi. Des fois, ils sont moins contents [rire], mais il faut le dire, faut le dire pour que les gens changent. (Sophie-Andrée, une infirmière compétente)

Devant la surcharge de travail, l'infirmière apprend à puiser dans la satisfaction au travail et dans la gratitude exprimée par la Personne afin de persévérer et d'humaniser les soins, un indicateur de développement qui est mis en évidence dans l'extrait suivant :

Les mercis c'est ce qui compte pour moi parce que des fois dans une journée folle d'avoir « un » sourire, « un » patient qui marche, « un » patient qui me dit merci, ça fait du bien parce que t'sais t'es fatiguée, t'est fatiguée à la fin de la journée, mais tu reviens le lendemain, mais pas de reculons. (Kim, une infirmière compétente)

De plus, l'infirmière réalise qu'elle humanise les soins en s'attardant aux petites attentions qui ont un sens précieux pour la Personne et qui font une différence dans son expérience de santé, ce qui correspond à un apprentissage critique. À cet égard, cette infirmière compétente comprend que le fait de rabaisser la tête du lit de la Personne est une petite attention qui fait une différence pour son confort :

L'infirmière auxiliaire ne voulait pas retourner dans la chambre trente minutes plus tard, baisser le niveau du lit fait que elle était en train de lui promettre qu'on lui aurait un lit électrique, alors que moi quand je suis arrivée dans le milieu, tout ce que j'ai fait c'est que j'ai discuté avec les préposés pis dire « pouvez-vous arranger à 7 h 30 que c'est elle que vous allez voir pour rebaisser sa tête de lit ? » Ça a réglé le problème pis je pense que c'est à partir de là que le lien avec cette patiente-là s'est beaucoup développé pis t'sais les petites interventions, mais qui font une grosse différence-là. (Elisabeth, une infirmière compétente)

En ce qui a trait aux indicateurs de développement, l'infirmière adopte un savoir-être, notamment sur le plan de la communication non verbale, qui communique qu'elle est disponible et qu'elle peut « être avec » la Personne, même quand le

temps semble restreint. L'apprentissage critique sous-jacent à cet indicateur est une prise de conscience du caractère transitoire des moments de réciprocité avec la Personne. À cet égard, cette infirmière compétente fait référence à saisir le moment opportun avec la Personne avant que celui-ci soit « passé » et insiste sur sa présence plutôt que sur l'intervention :

[...] Parce que tu te dis « qu'est-ce qui est important ? » T'sais il y a des choses qui sont passagères dans la vie. Tu te dis c'est bien de prendre le temps avec les gens [...] C'est pas le pansement que je vais faire, mais c'est le temps que je passe avec toi. Kim, une infirmière compétente

Un autre apprentissage critique est une prise de conscience d'un lien entre la relation de confiance avec la Personne et la sécurité de cette dernière. À ce sujet, l'infirmière réalise que la Personne est plus susceptible de s'ouvrir et de lui partager des données qui pourraient lui permettre d'assurer sa sécurité, ce qui est mis en évidence dans ce prochain extrait :

Pis quand t'sais l'infirmière on dit « il faut avoir un jugement clinique ». Mais c'est justement en écoutant qu'on peut analyser les données [...] Mais quand tu prends le temps de t'arrêter pis de dire « ah il faut surveiller telle chose pour le patient » ou « savais-tu que tel », quand tu apprends à connaître ton patient tu sais, tu sais quoi évaluer. C'est sûr que des fois, t'as des remarques comme quoi « t'as sorti ça d'où ? » « Mais t'as pas pris le temps d'évaluer » ou « t'as pas cherché ». (Kim, une infirmière compétente)

À ce niveau, un apprentissage critique concerne le raisonnement clinique infirmier exercé par l'infirmière, notamment puisqu'elle tient compte davantage des préoccupations et des priorités de la Personne, ce qui modifie également les interventions qui en découlent. Le prochain extrait montre le changement de perspective qui s'opère sur le plan du raisonnement clinique infirmier d'une infirmière compétente, plus particulièrement en lien avec la priorité de la Personne :

[...] Pis des fois, j'avais mes évaluations initiales que je devais compléter, mais même dans mon évaluation initiale je devais faire un génogramme, fait que à part d'un papier pis un crayon, il y a des limites à ce que je peux faire avec ça. Éventuellement, j'avais pas le choix de les déposer, pis de m'intéresser à ce que la personne me disait pis à partir de là, pis c'est là aussi que j'ai vu l'importance justement d'aller chercher la priorité du patient pour être capable de travailler « avec » la personne dans un objectif commun. Pis beaucoup, beaucoup, ça m'a aidée à faire le deuil de mon travail, c'est pas d'amener mes patients à ce qu'il y a de mieux pour eux, c'est de les accompagner vers ce qu'ils jugent qui est mieux pour eux. Fait que arrêter de me battre avec, « ben moi je pense que c'est ça qui est mieux pour lui, mais lui c'est pas ça qui veut ». (Elisabeth, une infirmière compétente)

Cet apprentissage critique, de même que la solidification de son idéal de pratique humaniste, lui permettent d'orienter les soins prodigués à partir des préoccupations et des priorités de la Personne, ce qui correspond à un indicateur de développement.

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de conscience d'un lien entre l'humanisation des soins et le processus de raisonnement clinique infirmier ■ Prise de conscience d'un lien entre l'humanisation des soins, la relation de confiance, l'ouverture de la Personne et sa sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorise, dans sa collecte de données, les préoccupations et les priorités de la Personne ■ Interprète les données recueillies à la lumière des préoccupations et des priorités de la Personne ■ S'engage à assurer la sécurité de la Personne à partir de la relation de confiance qu'elle entretient avec celle-ci
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration de l'approche humaniste dans l'ensemble des soins ■ Prise de conscience que de petites attentions humanisent les soins ■ Prise de conscience du caractère transitoire des moments de réciprocité avec la Personne ■ Prise de conscience de la circularité entre le manque de respect de la Personne, l'engagement de l'infirmière et la relation de confiance qu'elles entretiennent 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre de la disponibilité à la Personne par une présence authentique malgré la surcharge de travail ■ Adapte son approche humaniste à la Personne en fonction de ses particularités ■ Facilite l'établissement d'un dialogue avec la Personne par la modulation de son savoir-être ■ Explore les préoccupations et les priorités de la Personne ■ Oriente les soins selon les préoccupations et les priorités de la Personne ■ Manifeste sa compassion par l'usage approprié du toucher thérapeutique auprès de la Personne ■ Compose avec les contraintes environnementales afin de créer un espace relationnel avec la Personne ■ S'attarde aux petites attentions qui font une différence dans l'expérience de santé de la Personne ■ Instaure un climat de respect lorsque la Personne est irrespectueuse ■ Identifie les situations où elle doit s'arrêter et prendre du temps auprès de la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Solidification d'un idéal moral humaniste ■ Conceptualisation de l'humanisation des soins en tant que devoir professionnel de l'infirmière clinicienne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Félicite l'humanisation des soins de ses pairs ■ Ouvre un dialogue à propos de pratiques déshumanisantes de ses pairs ■ S'initie à influencer la pratique de ses pairs afin qu'ils humanisent les soins ■ Puisse dans le sens et la satisfaction au travail afin d'humaniser les soins à la Personne

Niveau 5 : maîtrise et promotion d'une approche humaniste dans l'environnement de travail

Le cinquième et dernier niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » apparaît environ cinq années après la diplomation au cours de laquelle l'idéal de pratique humaniste de l'infirmière se transforme en impératif. Cette transformation en impératif constitue un apprentissage critique et se dégage dans les extraits suivants sous la forme d'une « obligation » de l'infirmière experte :

[...] Pis je sais même pas pourquoi, mais j'ai juste dit : « comment ça va ? » Et elle m'a pris par la main, pis elle m'a dit : « est-ce qu'on peut sortir ? » Pour moi dans ma tête, c'est pas un oui ou un non là, on sort. Mihaela, une infirmière experte

Du moment, ben c'est ça quand il a pleuré moi c'était « go », il y avait aucune question-là, c'était « il faut » que j'y aille, « il faut » que j'aille le voir là. Mihaela, une infirmière experte

[...] Mais quelqu'un part à pleurer, de dire que t'as dix minutes comme nos patrons nous disent ou quinze minutes ça marche pas, ça ne marche pas. Et c'est ça, pour moi c'est pas agir avec humanisme là, pis pourtant c'est ce qu'on nous dit c'est qu'on devrait mettre nos balises pis que : « écoutez, je comprends que c'est difficile en ce moment c'est difficile pour, moi je vais devoir vous laisser », moi je suis « pas » capable, je suis « pas » capable. Ça marche pas dans ma pratique là. (Mihaela, une infirmière experte)

Dans un premier temps, ce niveau de développement est caractérisé par la maîtrise d'une approche humaniste et, dans un deuxième temps, de la promotion de cette dernière par l'infirmière dans son environnement de travail. Ayant pour but de promouvoir l'humanisation des soins dans son environnement de travail, l'infirmière déploie encore plus son leadership clinique infirmier. Concrètement, elle incarne une approche humaniste auprès de ses pairs, les encourage à humaniser les soins en misant sur les bienfaits potentiels qui en découlent, et les soutient en fonction de leurs préoccupations et leurs priorités. L'extrait suivant montre les efforts déployés par une infirmière experte afin d'influencer la pratique de ses pairs, notamment en explorant les préoccupations de ces derniers :

De ce que j'ai vécu à la clinique parce qu'on fait des changements pour les collectes de données puis on fait sous forme de l'humanisme et avec les infirmières je faisais des essais avec les patients pour tester si la collecte fonctionne. Pis bon, « c'est tu trop long, elle rentre tu dans un délai de cinq à dix minutes » donc ça. Pis les médecins m'ont dit pourquoi vous posez telle question : « c'est quoi votre plus grande préoccupation ? De toute façon on n'a pas le temps d'y répondre. » J'ai eu ce genre de commentaire de : « enlevez-la cette question-là, mais par contre, dites-moi son poids, sa tension, sa glycémie » pour la clinique de dialyse et d'insuffisance rénale [...] Des infirmières aussi. Oui, il a fallu que je fasse beaucoup de coaching pis de renforcement pour qu'elle soit même posée parce qu'elles [infirmières] étaient pas à l'aise [...] Donc non, ils voient pas, pis quand je leur dis [aux pairs], moi : « vous aimez ça par contre

quand je vous la pose [leur plus grande préoccupation] » [...] T'sais j'essaie de faire. Tu sais j'écris ça dans mon petit livre pis qu'après ça je vais faire des démarches avec ce que tu m'as dit. (Pavlina, une infirmière experte)

Ainsi, elle compose avec les diverses contraintes s'opposant à l'humanisation des soins, notamment la surcharge de travail qu'elle reconnaît être présente dans la pratique clinique. L'infirmière peut désormais se référer spontanément à un large répertoire ordonné de situations cliniques prototypiques qu'elle a déjà rencontrées au fil de sa carrière. Cet apprentissage critique s'observe lorsque l'infirmière anticipe les préoccupations et les priorités de la Personne, lui permettant d'agir en amont de ceux-ci afin d'assurer son confort et son bien-être, ce qui est mis en évidence dans l'extrait suivant :

Ben ça en fait c'était pas, non je pense pas, ça m'a pas fait ni chaud ni froid, en fait je savais qu'à ce moment-là il [le patient] allait réagir c'est pour ça que moi je restais proche, de toute façon quand tu arrêtes la sédation tu restes proche de ton patient pour voir justement comment il va se réveiller puis s'il va se sentir à l'aise ou non. Dans la majorité des cas les patients ils paniquent c'est pour ça dans le fond que je suis intervenu. (Marc-André, un infirmier expert)

De plus, le regard que pose l'infirmière sur la vie, l'existence et la mort se transforme et devient plus mature et cet apprentissage critique est dévoilé dans les prochains extraits :

Moi en discutant avec les patients t'sais j'ai beaucoup appris d'eux là aussi, parce que justement comme je te disais peu importe leur âge ils ont tous une histoire pis comment ils vivent avec la maladie. Marc-André, un infirmier expert

[...] Je trouve pas ça lourd d'avoir des patients qui décèdent, je me trouve chanceuse de les accompagner jusqu'à là. C'est comme une chance, moi je vois ça comme ça, j'ai la chance d'accompagner des êtres humains pendant un petit bout de temps qui me donnent accès à leur intimité [...] (Mihaela, une infirmière experte)

[...] Pis souvent le patient était inconscient, mais j'accompagnais la famille dans le cheminement du décès, de la mort et ça là c'est les expériences les plus intenses que j'ai eues dans ma pratique infirmière d'accompagner et les familles et les patients au-travers la mort, pis ça peut être beau finalement qu'une gang d'enfants pis de petits enfants qui veillent autour de quelqu'un qui va pas très bien. Ça je dirais, c'est ça qui a plus consolidé mes compétences de « agir avec humanisme ». Pour moi là, je comprenais tout ce que ça voulait dire « être infirmière » puis « agir avec humanisme ». (Francine, une infirmière experte)

Ce changement se fait remarquer par l'habileté de l'infirmière à trouver les bons mots afin de répondre à la Personne et à sa famille devant des propos sensibles qui lui sont partagés. L'extrait suivant montre cet indicateur de développement d'une infirmière experte :

Fait qu'on est sorties et elle m'a dit : « Mihaela, je suis pas capable, je suis pas capable de lui dire qu'il peut partir. » Et là pour moi c'était comme « elle a vraiment besoin de parler » pis je lui ai demandé : « est-ce que vous pensez que c'est ça qu'il [le fils] a besoin d'entendre ? » Et elle m'a dit : « oui parce qu'il m'a dit les moments qu'il allait bien pis que ça allait trop me faire de peine si il partait

mais je veux qu'il s'enlève ce stress-là pis qu'il sache que c'est correct ». Mais elle a dit : « je suis pas prête, je suis pas capable. » Moi j'ai juste dit : « pourquoi vous lui dites pas juste ça ? » Pis elle m'a dit : « tu penses, ça se fait ? » J'ai dit : « pourquoi ça se ferait pas ? » Là elle est devenue toute émue t'sais. Pis j'ai dit : « vous savez c'est sûr que si dans votre tête vous voulez lui dire "vas-y vas-t-en", vous avez l'impression que vous êtes en train de le faire mourir, mais c'est dur, mais vous acceptez que, pis c'est correct, ça va lui enlever la culpabilité », parce que c'était sa croyance, pis je suis allée là-dedans, pis c'est ce qu'elle a fait. (Mihaela, une infirmière experte)

Un second indicateur de développement qui découle de ce changement est la facilité de l'infirmière à explorer les volontés d'une Personne en situation de fin de vie et de faire preuve d'*advocacy* même lorsque ses propres valeurs sont contrariées, ce qui est révélé dans l'extrait suivant :

Ses préoccupations c'était très préoccupant, j'ai reconnu sa souffrance parce que c'était quelque oui qui avait des problématiques au niveau d'un cancer métastatique mais il était peu souffrant donc c'était plus de la douleur psychique au niveau de « qu'est-ce qui va m'arriver, j'ai pas le goût de me voir de même, maintenant il y a l'aide médicale à mourir, j'aimerais ça faire la demande. » C'est un peu ça. Moi j'ai beaucoup investigué, « est-ce que votre famille est au courant, est-ce que vous voulez que ça soit, est-ce que vous avez déjà pensé à un plan, un scénario de cette situation-là ? T'sais j'ai vraiment essayé de faire le tour de la situation pour voir comment, la pensée du patient mais aussi, si il avait un cheminement par rapport à sa demande. Est-ce qu'il a pensé à inclure sa famille ? Qui qu'il veut qui soit là ? Est-ce qu'il veut de la musique, est-ce qu'il veut manger quelque chose de spécial avant ? Toutes un peu les questions autour du rituel. Ça je pense que c'est une belle situation de « agir avec humanisme » [...] on était dans la relation. » (Francine, une infirmière experte)

L'infirmière prend d'ailleurs conscience de l'importance et des bienfaits potentiels de trouver une signification à une expérience de santé, surtout dans des situations de fin de vie. Le fait que l'infirmière parvienne à accompagner la Personne à trouver une signification à son expérience de santé témoigne de cet apprentissage critique. L'extrait suivant met en évidence cet indicateur de développement d'une infirmière experte lorsqu'elle explore cette signification chez un jeune homme :

Et là on est resté au téléphone quarante-cinq minutes parce qu'il m'a dit et là je le laissais parler, j'ai juste écouté. C'était « t'sais j'ai failli mourir à un moment donné, ils ont trouvé quelqu'un, j'ai eu ma greffe, j'ai eu un rejet, j'ai vécu quand même, mais là le cancer j'avoue que je m'attendais pas à ça. » Et moi je lui avais dit à ce moment-là : « ça signifie quoi pour toi ce cancer-là ? » (Mihaela, une infirmière experte)

Un autre apprentissage critique de l'infirmière de ce niveau est de maîtriser la mobilisation de ses ressources affectives, notamment sa réceptivité, sa sensibilité, son empathie et son savoir-être, ce qui est explicité dans les extraits suivants :

Ben c'est de l'empathie. Ben il faut créer une relation de confiance avec le patient. Le patient est en fin de vie, il demande l'aide médicale à mourir. La seule manière de créer une relation de confiance c'est comme ça, c'est d'aller le chercher. Je peux pas, déjà que

moi je suis grande, je reste debout, je veux dire, c'est la base se mettre au niveau de la personne, de le regarder dans les yeux pis lui dire « qu'est-ce qui va pas, comment je peux vous aider ? » (Francine, une infirmière experte)

[...] Même je vais plus loin : elle [la personne] est désagréable pourquoi? Pis ça moi c'est mon dada. Fait que quand j'ai des patients qui sont pas fins, les médecins le savent j'ai cette réputation-là, c'est d'aller les chercher [les patients], oui. Souvent, ben ça débloque et les gens les plus froids que j'ai eus comme clientèle c'est rendu les plus gros « nounours » là [...] On dirait, je pense probablement qu'on se met beaucoup à la place des autres [...] Parce que je me dis : « est-ce que j'aimerais ça me faire juger, me faire mettre une étiquette que je suis ci, je suis ça ? » Il y a probablement des raisons [au comportement désagréable]. (Mihaela, une infirmière experte)

À cet égard, cette maîtrise de l'infirmière se matérialise par sa capacité à percevoir et à interpréter avec justesse et aisance les signes furtifs dans la communication verbale et non verbale de la Personne, ce qui l'amène à moduler spontanément son savoir-être et ses interventions. Cette habileté caractéristique de l'expertise se concrétise par la facilité et la rapidité à laquelle l'infirmière peut établir une relation de confiance avec la Personne tout en apprenant à la connaître de manière conviviale. Cette maîtrise se révèle également par une créativité dans les interventions de l'infirmière, un troisième indicateur de développement mis en évidence dans l'extrait suivant :

Il [le patient] trouvait ça super long t'sais pis il était comme « mourir là c'est quelque chose, pis pas avoir le Wi-Fi, c'est quelque chose. » Fait que j'avais fait des pieds et des mains pour avoir une clé de Wi-Fi fournie par un organisme qui aidait les jeunes adultes justement qui ont un diagnostic de cancer, pis je faisais des téléphones pis je faisais des téléphones aussi à l'[nom de l'établissement] pour mettre de la pression pour dire comment c'est important au moins sur l'unité des soins palliatifs, en tout cas et cetera.... Pis finalement je lui enregistrerais sur une clé USB des films t'sais. Pis de là on a commencé à en discuter pis là sa blonde on avait fait une rencontre, mais t'sais c'était comme fait de façon comme des « partys » [...]T'sais on a organisé une activité pas, justement pas de tabou, c'était fait comme dans l'approche conviviale « le fun », comme si c'était un ami, mais pourtant mon but était très très ciblé, sciences infirmières tsé *nursing*, je voulais vraiment l'accompagner là-dedans pis ça m'a fallu user de créativité pis c'est ça parce que si je l'avais pas utilisé justement l'humanisme pis y aller t'sais si j'avais été très protocolaire pis toute ça. C'est sûr j'avais mon écocarte et mon génogramme, je savais on en était où, mais j'ai vraiment usé de comment j'aurais voulu qu'un de mes amis soit accompagné. Alors ça je pense que j'avais bien « scoré ». (Pavlina, une infirmière experte)

De plus, l'infirmière exprime cette maîtrise en mobilisant spontanément une variété d'habiletés de communication les plus appropriées aux préoccupations et aux priorités de la Personne. Un cinquième indicateur de développement de cette maîtrise est l'aisance et la versatilité caractéristique de l'infirmière à accompagner simultanément chaque membre d'une même famille selon leurs préoccupations et leurs priorités respectives, ce qui est révélé dans l'extrait suivant :

Il aurait pu dire ben « c'est ma relation avec mon frère t'sais ma problématique. » Son frère lui il avait mentionné ça, donc lui son frère lui je l'accompagnais pas dans le Wi-Fi. Donc on va créer un moment pour que les deux frères puissent justement discuter de comment

l'un vit la situation par rapport à l'autre. Pis ça je l'ai réussi aussi, mais tu vois chacun avait ses besoins. Son frère lui je l'accompagnais dans ce sens-là, mais lui le patient, il voulait le Wi-Fi, il parlait pas de son frère là, il voulait du Wi-Fi. Moi je réglais, pis peut-être sa mère, elle t'sais des fois, c'est toute une affaire que tu t'attends pas là, fait que j'allais vraiment selon leurs priorités [...] Je mettais tous mes efforts sur ces priorités-là pour pas m'éparpiller. (Pavlina, une infirmière experte)

En lien avec un autre apprentissage critique, l'infirmière est capable d'apprendre à accompagner, en priorité, la Personne ayant des préoccupations et des priorités les plus urgentes, notamment dans un contexte de contraintes temporelles. L'extrait suivant met cet indicateur de développement en exergue :

[...] J'ai appris aussi à, ceux [patients] que je sens qu'ils ont moins de besoin, ben j'irai pas pousser. Fait que moi il y a certains médecins qui me disent et ça pour moi c'est « agir avec humanisme », il y a certains médecins qui me disent : « as-tu appelé madame une telle voir si elle allait bien ? » Non, madame une telle elle a mon numéro, si ça va pas elle est autonome pis elle sait qu'elle peut m'appeler. Ça moi j'embarque pas là-dedans, pour moi est-ce que je trouve que je serais plus à l'écoute si je l'appelais, non il y a l'autonomie aussi [...] (Mihaela, une infirmière experte)

Ceci est possible en raison d'un apprentissage critique, c'est-à-dire que l'infirmière prend conscience que le fait d'accompagner la Personne à partir de ses préoccupations et de ses priorités peut lui faire gagner du temps, ce pourquoi elle débute d'ailleurs le soin à partir de ceux-ci. Les extraits suivants montrent quelques exemples de cet apprentissage critique :

Pis des fois, le patient veut un verre d'eau, t'sais il faut que t'aïlles chercher le verre d'eau t'sais. Là ça te fait un deux minutes, il est pas perdu parce que ce patient-là, « elle là, je l'aime », pis il va peut-être moins sonner, il va être rassuré, il va se dire « ces gens-là ils sont là pour moi ». T'économises à la fin t'sais. (Pavlina, une infirmière experte)

Je te donne comme exemple, tu peux enseigner, moi avant de faire l'approche humaniste j'avais déjà enseigné à un cardiologue sa maladie. Le gars il m'accote il fait : « ah t'es cute, je suis cardiologue. » J'y avais expliqué l'infarctus du myocarde t'sais. Il était comme, il était bon t'sais. Pourquoi je lui ai pas demandé, « qu'est-ce que vous connaissez ? » « Ah ben t'sais, je suis cardiologue, j'en connais un peu [...] » J'aurais pas tellement perdu ce cinq minutes-là pis on aurait passé « OK, c'est quoi qui vous inquiète ? » (Pavlina, une infirmière experte)

Mais dans mes sections, il y avait pas vraiment d'imprévus parce que je connaissais vraiment les besoins des patients, je les questionnais, fais que après quand je suis rendu dans une autre chambre, ben t'sais, le patient que je venais de voir il me sonnait pas parce je m'assurais dans le fond que j'avais répondu à tous ses besoins. J'étais comme proactif dans la gestion des imprévus. (Marc-André, un infirmier expert)

Enfin, l'infirmière prend conscience qu'un équilibre est nécessaire entre le soin de sa propre personne et celui qu'elle offre à autrui afin de prévenir l'épuisement professionnel. Cet apprentissage critique se matérialise notamment par des moments que l'infirmière se réserve en dehors de sa vie professionnelle afin de pratiquer des activités qui contribuent à son bien-être.

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de conscience de la possibilité de gagner du temps en répondant aux préoccupations et aux priorités de la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Commence le soin par l'exploration des préoccupations et des priorités de la Personne ■ Priorise son accompagnement à la Personne dont les préoccupations et les priorités sont les plus urgentes
<ul style="list-style-type: none"> ■ Transformation de l'idéal de pratique humaniste en impératif ■ Association de l'humanisme à de « bons soins » ■ Déploiement du leadership clinique infirmier afin de promouvoir l'humanisation des soins dans l'environnement de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Résiste à l'adversité de la pratique clinique en puisant dans le sens et la satisfaction au travail ■ Compose avec les diverses contraintes s'opposant à l'humanisation des soins ■ Se prononce en faveur de l'humanisation des soins malgré la surcharge de travail ainsi que les diverses contraintes ■ Incarne une approche humaniste dans ses relations avec ses pairs dans le but de les inspirer à humaniser les soins ■ S'attarde à soutenir ses pairs en fonction de leurs préoccupations et de leurs priorités afin de les amener à humaniser les soins ■ Sollicite l'aide de divers acteurs dans son milieu de travail afin de répondre aux préoccupations et aux priorités de la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maturation du regard posé sur la vie, l'existence et la mort ■ Prise de conscience des bienfaits potentiels d'accorder une signification à une expérience de santé ■ Enrichissement de la conception des relations humaines sur divers plans (évolution, ouverture, engagement mutuel, réciprocité) ■ Reconceptualisation de la Personne en tant qu'être humain ayant des préoccupations, des priorités, des choix, des volontés, des aspirations, des sentiments, ayant un passé, un présent et un futur 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Est <i>advocate</i> des volontés de la Personne même si ses propres valeurs sont contrariées ■ Manifeste de l'aisance à explorer les volontés d'une Personne en situation de fin de vie ■ Trouve les bons mots à répondre devant des propos sensibles verbalisés par la Personne et sa famille ■ Accompagne la Personne à trouver une signification à son expérience de santé ■ Priorise le temps accordé à la Personne en étant entièrement présente avec celle-ci lorsque la situation le requiert ■ Saisit et s'engage dans les moments de réciprocité avec la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maîtrise de la mobilisation de ressources affectives telles que la réceptivité, la sensibilité, l'empathie et le savoir-être ■ Expansion et classification du répertoire de situations cliniques prototypiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fait preuve de créativité dans le choix de ses interventions afin de répondre aux préoccupations et aux priorités de la Personne ■ Se centre sur l'accompagnement de la Personne plutôt que sur les procédures de soins à réaliser

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perçoit et interprète, avec justesse et aisance, les signes furtifs dans la communication verbale et non verbale de la Personne ■ Module son savoir-être et ses interventions, dans le moment présent, à partir de son interprétation des signes furtifs de la Personne ■ Mobilise spontanément une variété d'habiletés de communication en fonction des préoccupations, des priorités, et de son interprétation des signes furtifs de la Personne ■ Accompagne simultanément chaque membre d'une même famille selon leurs préoccupations et leurs priorités respectives ■ Établit facilement une relation de confiance avec la Personne et sa famille par un savoir-être empreint d'humanisme ■ Apprend à connaître la Personne de manière conviviale plutôt que de manière mécanique ■ Intervient de façon proactive en anticipant les préoccupations et les priorités de la Personne qui vit une situation clinique prototypique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de conscience de l'équilibre nécessaire entre le soin de sa propre personne et celui offert à autrui afin de prévenir l'épuisement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Est attentive à ses sentiments ■ Se réserve des moments en dehors de sa vie professionnelle afin de pratiquer des activités qui contribuent à son bien-être

Conclusion

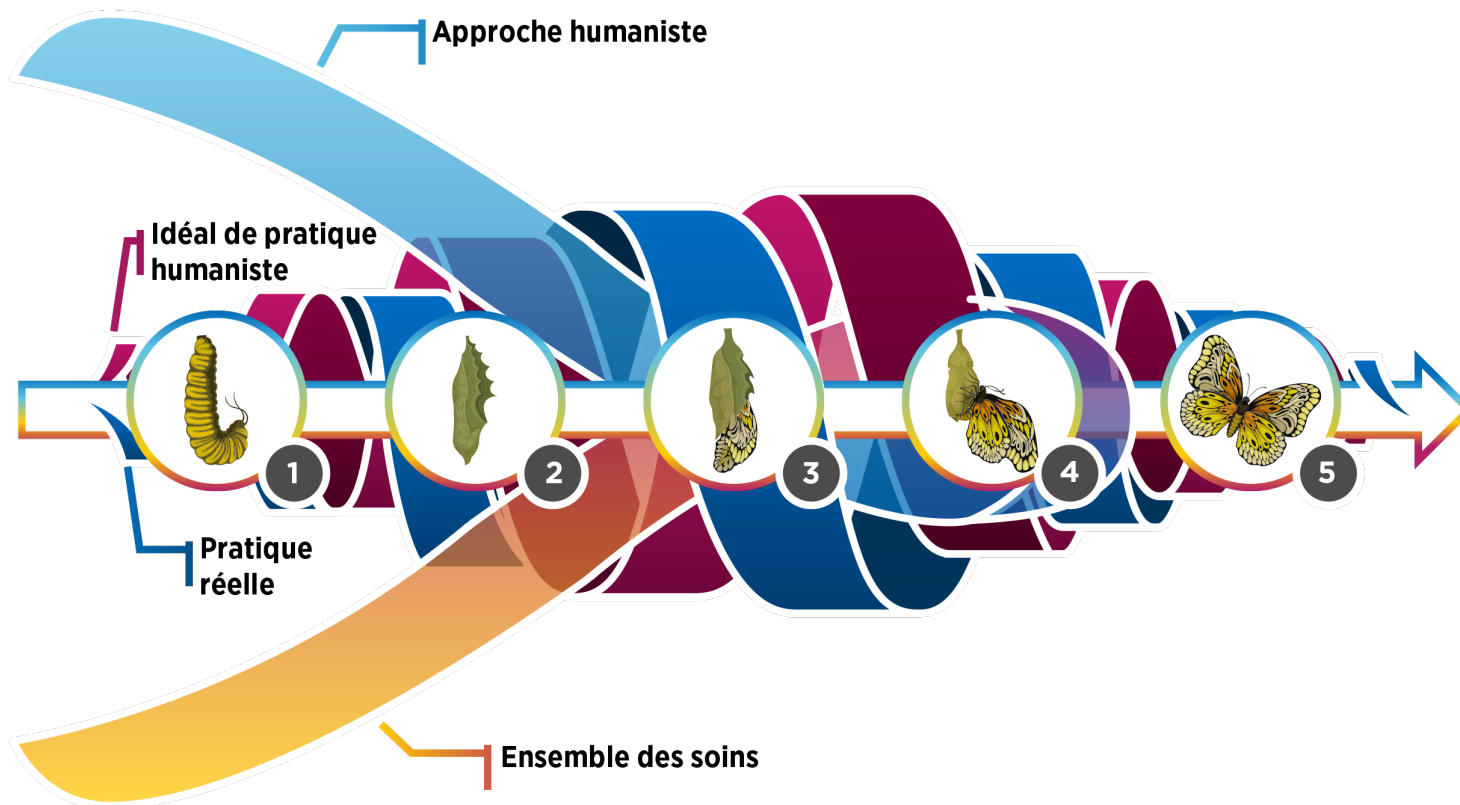
Le MCA de la compétence « agir avec humanisme » présenté ci-haut comporte cinq niveaux de développement qui s'échelonnent du début du baccalauréat jusqu'à environ cinq années après la diplomation. Dans l'ensemble, les habiletés de communication occupent un rôle considérable dans le développement de la compétence étudiée, entre autres puisqu'il s'agit surtout de la compréhension qui en est faite par les étudiantes. À cet égard, c'est au deuxième niveau de développement que l'étudiante apprend l'humanisme et le *caring* sur le plan théorique, mais le transfert de cette compréhension théorique dans la pratique commence réellement à partir du troisième niveau. Plutôt que d'être conceptualisée séparément des autres soins et centrée principalement sur la communication, l'approche qui relève de la compétence « agir avec humanisme » s'intègre réellement dans l'ensemble des soins au quatrième niveau.

Par ailleurs, toute la trajectoire de développement de la compétence est parsemée d'apprentissages critiques et d'indicateurs de développement en lien avec des prises de conscience relatives aux bienfaits potentiels de l'humanisation des soins pour la Personne et pour l'infirmière, du sens et de la satisfaction au travail et de la gratitude qui lui est exprimée. Les apprentissages critiques relatifs à la déshumanisation des soins sont réalisés sur une trajectoire plus courte, c'est-à-dire les deux premiers niveaux uniquement.

Au cours du développement de la compétence, l'idéal de pratique humaniste qui s'éveille surtout au deuxième niveau évolue et se distance de la réalité de la pratique clinique de l'infirmière novice au troisième niveau. Cette dualité se résout au quatrième niveau et c'est au cinquième que l'idéal de pratique humaniste se transforme en impératif. Dans ce même contexte, l'importance qui est accordée à l'humanisation des soins dès le premier niveau évolue en tant que devoir professionnel de l'infirmière au quatrième niveau, puis l'humanisme s'associe à de « bons soins » au cinquième.

Autres faits saillants, des liens avec la compétence « agir avec professionnalisme » sont présents aux deux premiers niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme », notamment en lien avec l'apprentissage du Code de déontologie et de la relation de confiance avec la Personne. Au quatrième niveau, des liens se développent entre la compétence étudiée et la compétence « exercer un raisonnement clinique infirmier » en ce qui a trait aux préoccupations et aux priorités de la Personne, de même que sa sécurité. Des liens sont aussi présents à ce niveau avec la compétence « exercer du leadership clinique infirmier », mais celle-ci est réellement déployé au cinquième niveau avec la promotion d'une approche humaniste dans l'environnement de travail de l'infirmière.

Illustration du modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »



La **métamorphose** d'une chenille en papillon symbolise les transformations cognitives (apprentissages critiques) qui assurent le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Les **deux rubans** (rose et bleu) qui vrillent représentent, d'une part, la pratique réelle et, d'autre part, l'idéal de pratique humaniste de l'étudiante et de l'infirmière. Les deux rubans s'éloignent l'un de l'autre progressivement pour atteindre leur paroxysme au troisième niveau de développement où la dualité

s'est avérée être à son plus fort dans cette étude. Ces deux rubans se rejoignent lentement par la suite, mettant en évidence la résolution de cette dualité au quatrième niveau. Par ailleurs, les deux extrémités du **lacet formant une boucle** (bleu ciel et jaune) désignent, d'une part, l'approche humaniste et, d'autre part, l'ensemble des soins. Au départ, ces deux extrémités sont éloignées l'une de l'autre afin d'illustrer l'écart relevé dans cette étude quant à la conception de la compétence « agir avec humanisme » avec l'ensemble des soins. Le rapprochement de l'une et de l'autre s'opère progressivement jusqu'à en former une boucle au quatrième niveau où il y a intégration de l'approche humaniste dans l'ensemble des soins. Enfin, la **flèche** correspond à la trajectoire de développement de la compétence « agir avec humanisme ». Elle s'enroule de la boucle et des deux rubans en vrille afin de mettre en évidence les liens étroits qui demeurent entre son développement et l'idéal de pratique humaniste ainsi que son intégration dans l'ensemble des soins. Cette flèche se situe avant le premier niveau de développement afin de symboliser les acquis antérieurs en lien avec l'humanisation des soins et se poursuit après le cinquième niveau, évoquant le développement continu (sans fin) d'une compétence.

Références

- Boyer, L. (2013). *Coconstruction d'un modèle cognitif de l'apprentissage d'une compétence en vue d'assurer la validité et l'équité de son évaluation : le cas de la compétence « Exercer un jugement clinique infirmier »* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. NR94425)
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016, juin). Le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Appendice O

Modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme » en français

Modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »

17^e version

Introduction

Un **modèle cognitif de l'apprentissage** (MCA) est une représentation des apprentissages critiques à accomplir afin d'assurer le développement d'une compétence (Tardif, 2006). Le même auteur soutient que les **apprentissages critiques** réfèrent aux apprentissages indispensables qui permettent de passer d'un niveau à un autre dans le continuum de développement d'une compétence. Ces apprentissages critiques sont de nature qualitative et représentent des transformations cognitives (Tardif, 2006). Par exemple, l'apprentissage critique « conceptualisation de la Personne¹ en tant qu'être humain » constitue, sur le plan cognitif, l'intégration d'une nouvelle « règle » au premier niveau de développement de la compétence étudiée. Un apprentissage critique peut également être une réorganisation cognitive, notamment pondérer différemment un principe comparativement à un autre. Il ne s'agit donc pas d'un degré d'apprentissage ayant comme point de vue une perspective quantitative. Les changements cognitifs précisés par les apprentissages critiques peuvent générer de nouvelles conduites chez les apprenants (Tardif, 2006), lesquels correspondent, dans le cadre de la présente étude, à des étudiantes et des infirmières. Par ailleurs, les apprentissages critiques permettent de déterminer les cibles de l'apprentissage dans les programmes de formation basés sur une approche par compétences (Boyer, 2013; Tardif, 2006).

Pour sa part, un **indicateur de développement** « détermine une manifestation exprimant un ou plusieurs apprentissages critiques » (Tardif, 2006, p. 149). Le même auteur souligne que ces indicateurs sont uniques à chacun des niveaux établis dans un MCA, ceci dans l'intention d'éviter les ambiguïtés lors de l'évaluation des compétences. De plus, ces indicateurs de développement procurent des critères d'évaluation aux formateurs dans leur évaluation de l'atteinte d'un niveau de

¹ La Personne correspond à l'individu, la famille et les proches, la communauté ou la population (Cara et al., 2016).

développement d'une compétence (Boyer, 2013; Tardif, 2006). Ces auteurs ajoutent que les indicateurs sous-tendent les cibles de l'apprentissage.

L'un des objectifs de cette thèse doctorale était d'élaborer un MCA de la compétence « agir avec humanisme ». Ce MCA contient cinq niveaux et représente le développement de la compétence depuis le début du baccalauréat en sciences infirmières jusqu'à environ cinq années après la diplomation. Chaque niveau décrit ce qui est le plus saillant dans le développement de la compétence « agir avec humanisme » dans un court texte, notamment en y intégrant des apprentissages critiques et des indicateurs de développement. Chaque texte est suivi d'un tableau qui regroupe l'ensemble des apprentissages critiques de même que les indicateurs de développement qui s'y rattachent. Dans ces tableaux, des apprentissages et des indicateurs sont regroupés afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. Ces regroupements sont faits de manière à mettre en évidence des liens logiques entre les apprentissages critiques et les indicateurs de développement. L'ordre dans lequel les apprentissages et les indicateurs sont exposés dans les textes ne suit pas nécessairement leur apparition dans les tableaux. De prime abord, il importe de préciser que certains indicateurs dispersés dans les cinq niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » concernent les préoccupations et les priorités de la Personne. Cette itération résulte de différents apprentissages critiques qui amènent des changements nuancés dans la pratique des étudiantes et des infirmières au regard des préoccupations et priorités.

Des verbatim sont ajoutés dans le texte afin de concrétiser les résultats de cette étude phénoménologique en apprentissages critiques et en indicateurs de développement. Prendre note que les noms des participants sont fictifs et qu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs d'une culture.

Par ailleurs, une illustration est présentée après la conclusion. Cette illustration représente visuellement les cinq niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme » avec ses particularités ayant émergé de cette étude.

Niveau 1 : conscientisation à l'humanisation des soins

Le premier niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » a lieu au cours de la première année du baccalauréat et s'avère principalement caractérisé par une conscientisation à l'humanisation des soins. Un premier apprentissage critique jalonnant ce niveau correspond à la conceptualisation de la Personne en tant qu'être humain. Ceci se matérialise lorsque l'étudiante soigne la Personne comme un être humain et qu'elle se préoccupe de respecter sa dignité humaine. L'extrait de cette étudiante met en évidence ces deux indicateurs :

[...] Je pense qu'on le réalise pas tout le temps vu que quand on est dans les soins on pense très machinalement, on pense tout le temps pour le bien du patient mais, on pense à nos tâches à nous, mais c'est comme une personne qu'on soigne, donc il y a aussi, il faut faire attention parce qu'on réalise pas qu'on peut les blesser ou ils peuvent se sentir mal face à ce qu'on fait [...] Bien oui c'est pas des machines les personnes qu'on soigne quand même. (Justine, une étudiante de première année)

Contextuellement, l'étudiante de première année s'avère préoccupée par l'apprentissage des procédures de soins. Lorsqu'elle effectue des procédures, il importe qu'elle tienne compte de l'existence de la Personne (surtout l'individu) plutôt que d'être uniquement concentrée sur le caractère méthodique, matérialisant à nouveau le premier apprentissage critique. L'extrait suivant évoque cet indicateur de développement :

[...] Quand tu as juste ta technique en tête tu peux pas être humaniste en même temps. C'est vraiment difficile de poser une sonde puis être comme « ça va faire mal », tu penses juste à « comment il faut pas que l'[urine] soit dans le lit ». (Justine, une étudiante de première année)

Un second apprentissage critique de ce niveau, qui découle des observations et de la pratique en stage de l'étudiante, est une prise de conscience des bénéfices potentiels de l'humanisation des soins pour la Personne et pour l'infirmière. La concrétisation de cet apprentissage critique en indicateur consiste à identifier des bénéfices qui résultent de l'humanisation des soins, pour la Personne ou pour elle-même, comme le suggère l'extrait suivant :

En même temps tu te sens bien, c'est valorisant quand même, tu te dis j'ai fait quelque chose pour quelqu'un [...] c'est pour ça que je m'en rappelle aujourd'hui [...] c'est comme « ah oui j'ai vraiment une influence sur ces personnes-là, je peux vraiment faire une différence » puis tu te sens valorisé [...] pour te sentir bien. Juste voir leur expression, tu sais ils vont mieux, ça t'amène quelque chose quand même. (Justine, une étudiante de première année)

Deux autres indicateurs concrétisent cet apprentissage critique, notamment lorsque l'étudiante note la déshumanisation des soins et se questionne à propos de son lien avec la surcharge de travail. Le passage suivant illustre ces indicateurs :

Oui bien charge de travail c'est sûr que c'est une grosse partie de, tu sais j'ai pas d'expérience proprement dit sur les unités comme en tant que travailleur, mais comme stagiaire je pense qu'on est capable de le remarquer même si on n'a pas la même charge de travail que les gens sur l'étage [...] Des fois, tu sais, d'avoir 12 patients pour moi c'est pas humain là, je trouve que ça déshumanise justement les soins. (Justine, une étudiante de première année)

Un troisième apprentissage critique s'avère être la maîtrise suffisante de l'écoute active que l'étudiante expérimente dans ses stages dans le but d'établir une relation de confiance avec la Personne. Il incombe toutefois qu'elle saisisse les opportunités qui lui sont offertes afin de développer ladite relation avec la Personne. Quelques indicateurs de développement concrétisent cet apprentissage critique, notamment lorsque l'étudiante écoute activement les propos partagés par la Personne et qu'elle demeure attentive à la communication verbale et non verbale. Le passage suivant témoigne de ces deux indicateurs :

Tu sais souvent un regard, souvent ça en dit beaucoup aussi, la personne peut être assise, elle peut avoir l'air fermée mais tu comprends que des fois, juste par le regard, elle saisit bien ce que tu es en train de lui dire puis que tu es vraiment à l'écoute. (Cynthia, une étudiante de première année)

Un quatrième apprentissage critique, qui est intimement lié au précédent, correspond à la compréhension de l'influence de facteurs sur le développement de la relation de confiance avec la Personne. À nouveau, l'étudiante tente d'être attentive à sa communication verbale et non verbale afin de ne pas miner la relation qu'elle tente de développer avec la Personne, comme le montre l'extrait suivant :

Aussi la manière dont, je pense que les patients ils le ressentent aussi, admettons si tu fais juste écouter, tu penses à ta fin de semaine ou quelque chose d'autre tu es « pas là » ils vont s'en rendre compte. Tu t'en rends compte toi aussi parce que la discussion va aller comme nulle part, la personne va se fermer puis tu viens de rompre le lien thérapeutique. (Laurence, une étudiante de première année)

Un cinquième apprentissage critique de ce niveau est la compréhension du Code de déontologie sur le plan de la relation de confiance avec la Personne. Cet apprentissage est concrétisé par l'authenticité de l'étudiante dans ses relations tout en respectant le Code de déontologie.

Tableau 1 : apprentissages critiques et indicateurs de développement du niveau 1

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conceptualisation de la Personne en tant qu'être humain ■ Prise de conscience des bénéfices potentiels de l'humanisation des soins pour la Personne et pour l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soigne la Personne comme un être humain ■ Se préoccupe de respecter la dignité humaine de la Personne ■ Tient compte de l'existence et des préférences de la Personne dans l'organisation des soins et lors des procédures ■ Choisit des interventions en se mettant à la place de la Personne ■ Identifie des bénéfices pour la Personne et pour elle-même qui résultent de l'humanisation des soins ■ Note la déshumanisation des soins dans la pratique clinique ■ Se questionne sur les liens entre la surcharge de travail et la déshumanisation des soins
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maîtrise suffisante de l'écoute active ■ Compréhension du Code de déontologie au regard de la relation de confiance avec la Personne ■ Compréhension de l'influence de facteurs sur le développement d'une relation de confiance avec la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Écoute activement les propos partagés par la Personne ■ S'informe de l'état de la Personne ■ Saisit les opportunités de développement de la relation de confiance avec la Personne en faisant preuve d'authenticité et en respectant le Code de déontologie ■ Est attentive à sa propre communication verbale et non verbale ainsi que celle de la Personne

Niveau 2 : appropriation d'habiletés de communication investies dans une approche humaniste

Le deuxième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » a lieu au cours de la deuxième année du baccalauréat et se caractérise par une primauté accordée à s'approprier des habiletés de communication investies dans une approche humaniste. En revanche, il est courant que l'étudiante secondarise la communication à des soins d'une autre nature, notamment les procédures de soins et l'évaluation de la santé biophysique. L'extrait de cette étudiante témoigne de cette relégation au second plan :

Je faisais mes soins et quand j'avais mettons une quinzaine de minutes, j'allais parler à mon patient. Je prenais pas, mettons le temps au début du quart de travail à être *caring*, *super caring* [...] Mais c'est vrai qu'il y a des stages, selon le moniteur, selon le milieu aussi il y a des stages qui te permettent pas de te manifester autant que tu le veux. (Dencia, une étudiante de deuxième année)

Par conséquent, un apprentissage critique qui permet d'assurer le développement de la compétence correspond à la conciliation de l'importance accordée à l'apprentissage des habiletés de communication avec celui des procédures de soins et de l'évaluation de la santé biophysique. Un indicateur de développement qui concrétise cet apprentissage est notamment le temps pris expressément par l'étudiante à communiquer avec la Personne. À cet effet, l'étudiante met en pratique plusieurs habiletés de communication, entre autres, le reflet, les questions fermées et systémiques auxquelles s'ajoutent l'écoute active qui, elle, demeure l'habileté la plus expérimentée. Les extraits suivants mettent en exergue cet indicateur de développement :

[...] Tu as plus le temps d'écouter les patients mais je pense que ce bagage-là d'apprendre à être plus à l'écoute maintenant je change un peu ma façon de prendre le temps. C'est arrivé avec elle mais j'ai eu d'autres patients aussi avec lesquels j'ai eu l'occasion de prendre le temps de parler avec eux. (Hallay, une étudiante de deuxième année)

C'est ça, pis là le patient on défait son pansement pis c'est pas parce qu'il a de la douleur, il pleurerait pis là au début je comprenais pas pourquoi d'habitude c'est les patients quand on enlève c'est parce qu'ils ont mal mais, je lui demande « qu'est-ce qui vous inquiète le plus »? Ça on avait appris ça dans [cours axé sur les soins à la famille], « qu'est-ce qui vous inquiète le plus avec ça »? (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

En dépit de cet accent mis sur la communication, un second apprentissage critique de ce niveau est de prendre conscience qu'une approche humaniste doit s'intégrer dans l'ensemble des soins et qu'elle n'est pas limitée à la communication avec la Personne. Différents indicateurs de développement matérialisent cet apprentissage critiques, notamment lorsque l'étudiante prend le temps d'expliquer ses interventions et de connaître la Personne (surtout l'individu) au-delà de son problème de santé. De plus, l'étudiante développe son approche humaniste en se rapprochant d'un partenariat avec la Personne et cet indicateur de développement s'observe par une plus grande flexibilité dans l'organisation des soins. Les extraits suivants mettent en exergue cet indicateur :

Des fois disons, quelqu'un qui s'est fait opéré, je vais lui dire « aujourd'hui ça serait bien si on essayait de se lever » comme ça. (Hallay, une étudiante de deuxième année)

[...] Mais c'était pas écrit ça, mais je veux dire logiquement je voyais que je pouvais pas lui imposer de tout faire ça en même temps, mais c'est petit objectif par petit objectif là, je pense que c'est de même qu'on change puis je sais que il me l'a dit « je changerai pas ça tout de suite » je vais pas aller lui dire « oui tu vas le changer tu as pas le choix ». (Catherine, une étudiante de deuxième année)

Un troisième apprentissage critique, en lien avec le précédent, correspond à une compréhension théorique de l'humanisme et du *caring*, mais l'étudiante ne parvient pas à pousser cet apprentissage critique dans sa pratique clinique. Plutôt, l'indicateur qui matérialise cet apprentissage critique s'avère d'expliquer l'humanisme et le *caring* sur le plan théorique. Par exemple, cette étudiante aborde l'humanisme en faisant mention des soins qui entourent les dimensions psychosociales et spirituelles, sans que ceci soit mis en évidence dans les expériences racontées :

Agir avec humanisme, dans mes mots, [...] pas juste t'sais on est là pour un problème physique mais pas juste le traiter pour le physique mais toutes les facettes qui l'entourent spirituelle, psychosociale, psychologique, parce que les soins humanistes des fois la personne être peut-être à l'hôpital pour justement une chirurgie, mais il y a d'autres choses que l'environnement psychosocial est vraiment pas optimal à la maison, pis là ça l'a mené à la chirurgie pis il faut agir sur tout ça en même temps. Il faut se rendre compte que les patients sont pas juste des patients, t'sais il faut faire une prise de sang, t'sais en même temps on peut leur parler pis faire quelque chose en même temps. Selon moi être humaniste c'est prendre la personne, le patient dans sa globalité dans nos soins pas juste en tant que personne « physique ». (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

Un quatrième apprentissage critique correspond à une compréhension des principaux impacts d'une expérience de santé pour la Personne et sa famille, cela étant possible en partie par l'acquisition de connaissances au fil des cours et stages de l'étudiante. Dans sa pratique, cet apprentissage critique est concrétisé lorsque l'étudiante manifeste de la sensibilité et de l'empathie envers la Personne et sa famille. Les extraits suivants mettent en lumière cet indicateur de développement :

Dans la soixantaine il était pas, début soixantaine, c'était pas un patient qui était super âgé qu'on dit « on le débranche puis tout là ». Il était sur respirateur et tout, il était souvent en train de combattre le respirateur et tout. C'est quelque chose qui est pas agréable, je me disais « s'il a une certaine conscience un peu, il va être traumatisé à vie ». (Yunan, une étudiante de deuxième année)

Je peux me mettre dans la peau du patient pis je me dis « c'est sûr moi mon chum il ferait ça pis je voudrais lui parler », ben je sais que physiologiquement c'est pas possible fait que je poserais pas cette question-là mais quelqu'un qui est totalement hors des soins pourrait poser cette question-là t'sais. (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

Après elle [la patiente] me disait que « ça va aller », elle me disait que c'était « un petit nuage et que ça allait passer ». Mais je sentais qu'elle avait vraiment besoin de parler au-delà de ce qu'elle me disait. Je me suis assise auprès d'elle, je lui ai demandé si c'était correct, puis je l'ai vraiment fait parler, je lui ai dit que « c'était correct que ça sorte, on le prend quand ça passe puis après ça va mieux, ça fait du bien de pouvoir parler, de ne pas se gêner de demander de l'aide, on est là. » Je comprenais aussi son sentiment de perte d'autonomie, que c'est difficile des fois de dépendre des autres. (Hallay, une étudiante de deuxième année)

Par ailleurs, l'étudiante développe des relations de confiance qui la rapproche de la Personne, ce qui la préoccupe puisqu'elle désire respecter le Code de déontologie au regard de la relation de confiance. Afin d'assurer le développement de la

compétence, un cinquième apprentissage critique correspond à une reconceptualisation de la relation de confiance entre l'infirmière et la Personne au regard de la proximité relationnelle. Ainsi, un indicateur de développement qui matérialise cet apprentissage est de distinguer une proximité relationnelle, caractéristique d'une approche humaniste, d'une infraction déontologique. Le passage suivant fait état de cet indicateur de développement :

Ben je pense que ça t'sais c'est le Code de déonto comme tel t'sais toutes les relations patients, je comprends que t'as pas des relations avec tes patients comme tel mais t'sais quand c'est des patients que tu vois depuis plusieurs semaines ben à un moment donné tu finis par établir des liens avec les familles. Ces liens-là oui ils sont professionnels mais à quelque part t'sais quand les familles te racontent des histoires, t'sais des tranches de vie, je trouve que c'est dur je trouve de faire la balise entre « OK c'est professionnel » ou « non ça l'est pas » t'sais. Des fois, les familles vont nous amener une boîte de chocolats. On nous dit « il faut pas accepter les cadeaux » des familles. Ben là c'est une famille que t'a suivie pendant des semaines, t'as un lien avec ces personnes-là, oui c'est un lien professionnel mais je pense que c'est un petit peu plus qu'un lien professionnel à quelque part, la limite est mince, elle est très mince. (Sandrine, une étudiante de deuxième année)

Par ailleurs, trois autres apprentissages critiques à réaliser à ce niveau concernent l'humanisation et la déshumanisation des soins. Le premier apprentissage correspond à une ouverture à la compréhension des impacts de la déshumanisation des soins pour la Personne (surtout l'individu). Dans la pratique de l'étudiante, l'indicateur qui concrétise cet apprentissage correspond à expliquer les impacts de la déshumanisation des soins pour la Personne. Les deux extraits suivants illustrent cet indicateur :

Puis quand mon stage a fini puis j'avais fait la comparaison avec d'autres qui étaient super *caring*, je me suis dit « impossible que comme on puisse agir comme ça ». Je me suis dit « de ma vie j'agis jamais de cette manière et j'agis toujours avec, en étant *caring* » parce que à quel point quelqu'un peut se sentir mal, pas bien quand on le traite comme de la merde, excusez l'expression là. (Victoria, une étudiante de deuxième année)

Donc quand on pose un geste ou une action qui est pas *caring* on va voir l'effet que ça cause. Parfois les patients vont être je sais pas, ils vont être refermés si on n'est pas assez ouvert ou si on tient pas compte de leur valeur donc c'est ça. (Dencia, une étudiante de deuxième année)

Le deuxième apprentissage critique se lie au précédent, c'est-à-dire qu'il y a fondation d'une identité professionnelle et d'un idéal de pratique sur l'humanisation des soins. Ceci se matérialise lorsque l'étudiante décrit la pratique idéale par rapport à celle qu'elle parvient à mettre en application. À cet égard, l'étudiante observe des infirmières dans ses stages et ceci l'amène à forger l'image de la professionnelle qu'elle aspire à devenir. Les passages suivants montrent cet indicateur de développement :

Ben moi depuis que je suis en sciences infirmières j'ai trouvé que c'est ça il y a beaucoup de personnes qui se complaisent on dirait, qui travaillent dans le milieu de la santé puis qui se complaisent dans leur routine pis malheureusement justement ça déshumanise les soins pis c'est ça qui est triste. J'espère que je vais jamais devenir comme ça là. (Anne-Julie, une étudiante de deuxième année)

On dirait qu'elles s'en fichent, je le sais pas, je regardais des personnes parce que quand on est sur l'unité il y a des personnes que je vois puis que je me dis « ah mon Dieu j'aimerais ça être comme elle ». Il y a une autre personne que je regarde je me dis « mon Dieux je veux vraiment pas devenir comme ça ». (Yunan, une étudiante de deuxième année)

Dans le troisième apprentissage critique, c'est-à-dire la prise de conscience du cercle vertueux entre l'humanisation des soins et leurs bienfaits potentiels, l'étudiante réalise que ces bénéfiques ainsi que la gratitude exprimée par la Personne constituent autant de renforcements positifs qui l'incitent à poursuivre son développement. Cet apprentissage est matérialisé lorsque l'étudiante identifie des circonstances qui contribuent à lui apporter de la satisfaction et un sens au travail. Les trois extraits suivants illustrent cet indicateur de développement :

Pis moi je le savais que c'était peut-être dans ça que je m'embarquais. Quand il m'a dit ça, il m'a dit « merci », j'ai vu que ça lui faisait vraiment du bien. Je me suis dit « OK c'est pour "ça" que je fais ça », c'est vraiment pour le patient puis pour le bien-être des personnes qu'on fait ça, c'est pas juste pour passer des pilules. C'est vraiment une grosse gratitude que j'ai ressentie. (Victoria, une étudiante de deuxième année)

Oui quand même quand j'ai des beaux commentaires comme ça fait bien plus que ma paye, je suis fière de ce que je fais puis ça me ramène à l'essentiel de c'est quoi une infirmière, ça me ramène à pourquoi j'ai choisi de faire ce travail-là, pourquoi j'ai choisi de me lancer dans une profession comme ça malgré sachant tout ce qui se passe alentour. C'est vraiment là de pouvoir apporter du bien-être puis faire une différence quelle que soit la différence petite ou grande ça a fait que j'ai été capable au moment présent d'aider le patient [...] Puis autant pour l'infirmière, un sentiment de valorisation puis de satisfaction, de savoir que t'as fait une différence aujourd'hui pour ton patient puis ça pousse à, c'est pas le domaine infirmier qui a les meilleures conditions de travail puis des fois on peut se faire envoyer balader par un patients. On a des patients agressifs, mais de savoir en revanche que ça fait toute la différence pour un autre, ça peut faire que ton quart de travail. (Hallay, une étudiante de deuxième année)

Parce que moi c'est ça qui me fait le plus plaisir quand je vois que la personne après les soins qu'elle se sent mieux. Le matin quand tu arrives, le soir quand tu pars, quand tu compares ça c'est, t'as passé une belle journée. (Jeslie, une étudiante de deuxième année)

Tableau 2 : apprentissages critiques et indicateurs de développement du niveau 2

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conciliation de l'importance accordée à l'apprentissage des habiletés de communication avec celui des procédures de soins et de l'évaluation de la santé biophysique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prend le temps de communiquer avec la Personne en posant des questions ouvertes et systémiques ■ Manifeste de la sensibilité et de l'empathie devant l'expérience de santé vécue par la Personne et sa famille

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Compréhension des principaux impacts d'une expérience de santé pour la Personne et sa famille ■ Ouverture à la compréhension des impacts de la déshumanisation des soins pour la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique des impacts de la déshumanisation des soins pour la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fondation d'une identité professionnelle et d'un idéal de pratique sur l'humanisation des soins ■ Prise de conscience du cercle vertueux entre l'humanisation des soins et leurs bienfaits potentiels 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit la pratique infirmière idéale par rapport à celle qu'elle parvient à mettre en application ■ Identifie des enjeux entourant l'humanisation des soins pour sa future pratique infirmière ainsi que les circonstances qui contribuent à lui apporter de la satisfaction et un sens au travail
<ul style="list-style-type: none"> ■ Compréhension théorique de l'humanisme et du <i>caring</i> ■ Prise de conscience qu'une approche humaniste doit s'intégrer dans l'ensemble des soins ■ Reconceptualisation de la relation de confiance entre l'infirmière et la Personne au regard de la proximité relationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique l'humanisme et le <i>caring</i> sur le plan théorique ■ Apprend à connaître la Personne au-delà de son problème de santé ■ Prend le temps d'expliquer ses interventions à la Personne ■ Fait preuve de flexibilité dans l'organisation des soins afin de se rapprocher d'un partenariat avec la Personne ■ Reconnaît l'existence de la famille de la Personne ■ Distingue une proximité relationnelle d'une infraction au Code de déontologie sur le plan de la relation de confiance avec la Personne

Niveau 3 : conciliation d'un idéal de pratique humaniste aux responsabilités de l'infirmière clinicienne

Le troisième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » s'étend de la troisième année du baccalauréat jusqu'aux 18 premiers mois après la diplomation. Ce troisième niveau se caractérise par une conciliation d'un idéal de pratique humaniste aux responsabilités de l'infirmière clinicienne. Dans ce contexte, il semble y avoir un ralentissement dans le développement de la compétence au cours de la transition d'étudiante à infirmière, notamment en raison d'une dualité entre l'idéal de pratique humaniste de l'étudiante et ce que l'infirmière nouvellement diplômée parvient à exercer. Ce ralentissement s'observe chez l'infirmière nouvellement diplômée par une réduction d'indicateurs de développement qui étaient davantage présents chez l'étudiante de troisième année. En lien avec la dualité discuté précédemment, cette étudiante de troisième année exprime ses préoccupations en lien avec sa diplomation et son idéal de pratique humaniste :

T'sais quand on parle de quota pis toute ça, moi je rentre comme CEPI [candidate à l'exercice de la profession infirmière] pis je sais pas vraiment ce que je vais être, pas comment je vais faire pour finir mes journées pis sentir que j'ai fait, que j'ai été ce que je peux quand j'ai pas fini d'apprendre mes protocoles de chimio pis que. Fait que, il y a un peu ça aussi, on parlait de cohérence un petit peu tout à l'heure, ou il faut donner un « bon » soin au patient parce qu'on veut pas de plaintes, mais en même temps accommodez-nous pour que ça soit possible d'être fait aussi. (Gina, une étudiante de troisième année)

Autrement, cette infirmière nouvellement diplômée rappelle la relégation de l'humanisation des soins au second plan et elle exprime son désarroi face à cette dualité :

C'est vrai que quand que t'as du temps pis t'as fini tes soins, ben là, bon là on va aller parler à la famille, je pense que c'est secondaire [...] Mais même moi veux veux pas, tu sais, tu vas faire tes soins, puis après si vraiment t'as plus de temps ben tu vas vraiment plus, tu sais tu vas avoir juste ça à faire après. Mais sinon c'est vrai que, il faut que t'aies fait tes soins [...] Mais c'est pas parce qu'on veut pas, on n'a pas le temps, moi je trouve ça malheureux sérieusement, j'aimerais tellement ça avoir plus de temps pour parler avec la famille mais, ouais, c'est souvent secondaire. (Emeley, une infirmière nouvellement diplômée)

Ainsi, un premier apprentissage critique de ce niveau est l'intégration de la réalité de la pratique clinique à un idéal de pratique humaniste, sans quoi l'infirmière nouvellement diplômée risque d'éprouver un désenchantement sérieux devant l'impossibilité de pratiquer selon ledit idéal. À cet égard, il importe qu'elle réalise, sur le plan pratique, que l'adoption d'une approche humaniste n'est pas nécessairement dépendante du facteur temporel et que la qualité de sa présence, même si elle est de courte durée, peut humaniser les soins. Dit autrement, la compréhension des bienfaits potentiels de la présence authentique de l'infirmière pour la Personne et sa famille correspond à un deuxième apprentissage critique. Ces deux apprentissages critiques se matérialisent notamment lorsque l'étudiante explique son rôle professionnel à partir d'un idéal de pratique humaniste et qu'elle identifie les opportunités d'humanisation des soins, tout en ayant une charge de travail complète d'une infirmière clinicienne. De plus, un autre indicateur de développement correspondant à ces apprentissages s'avère de rassurer la Personne et sa famille lorsque celles-ci manifestent cette priorité. En effet, même si une infirmière nouvellement diplômée demeure préoccupée par la surcharge de travail, l'extrait suivant montre qu'elle est capable de rassurer un membre de la famille tout en prodiguant des soins visant à rétablir la santé de la Personne en situation critique :

C'est ça, la fille qui était assise au chevet, c'est sûr on était beaucoup avec la madame, on faisait des ECG [électrocardiogramme], des prises de sang puis on mettait des médicaments intraveineux pour elle fait que c'est sûr que la madame, la fille est au chevet puis elle

nous regardait [...] Moi j'essayais en même temps, tout en soignant la patiente, essayer de rassurer la dame, ben sa fille qui nous regardait pis qui avait l'air inquiète. (Emeley, une infirmière nouvellement diplômée)

Dans le contexte de pratique, l'humanisation des soins exige plus que des habiletés de communication. Pour poursuivre son développement, un troisième apprentissage critique correspond à l'intégration de la dimension relationnelle de soins infirmiers dans la conception de l'humanisme et du *caring* de l'étudiante et de l'infirmière nouvellement diplômée. Ceci se matérialise notamment lorsqu'elles soulignent le potentiel de croissance de la Personne, qu'elles explorent la signification que cette dernière accorde à son expérience de santé et qu'elles s'organisent afin d'établir une relation de confiance, ceci tout en ayant une charge de travail complète. Les passages suivants expriment ces trois indicateurs de développement :

Quand je dis une façon humaniste dans le sens que j'ai vu qu'elle avait un potentiel pis que malgré tout ce qui lui arrivait ben elle avait un potentiel d'améliorer son bien-être, d'améliorer sa situation, que tout était pas finit, qu'elle pouvait reprendre peut-être contact avec son fils ou retrouver une certaine identité au moins [...] Ben moi je dirais, je vais retourner sur le fait de croire au potentiel de la personne parce que tout part de là, si j'avais pas cru à son potentiel ben je me serais arrêtée aux préjugés. J'aurais pas été autant patiente, j'aurais pas non plus accordé autant d'importance à son hygiène, à sa présentation, j'aurais pas t'sais travaillé aussi fort pour l'amener à verbaliser. (Shélanie, une étudiante de troisième année)

Mais elle vivait une situation psychosociale qui était vraiment plus difficile donc en parlant avec elle j'ai compris que son fils, elle avait été séparée de son fils, la DPJ [direction de la protection de la jeunesse] avait pris son fils etc. Pis là c'était toute essayer de comprendre pour elle qu'est-ce que ça signifiait [...] Mais là après c'était explorer pour elle qu'est-ce que ça voulait dire. Pour elle le fait de pas pouvoir voir son fils c'était que c'était une « mauvaise mère ». (Shélanie, une étudiante de troisième année)

[...] Pour faire des soins vraiment centrés sur la personne pour être capable d'accompagner la personne et sa famille [...] On avait développé zéro relation pis j'avais vraiment été traumatisée de cette expérience-là fait que bon, sans dire le tout pour le tout, ça a l'air gros, mais pour moi enfin je pouvais aller de l'avant pis je pouvais faire du relationnel ce que j'aime. (Gina, une étudiante de troisième année)

C'est juste que quand exemple tu fais une prise de sang pis tu commences à parler avec le patient pis il se met à pleurer, ben là après ta technique de soin elle prend un peu le bord, pis c'est là que je deviens peut-être plus lente [...] C'est ça, c'est pour ça que on me fait t'sais, parfois j'ai l'impression que je suis plus lente parce que je prends plus de temps avec les patients parce que j'ai, pas que j'ai pas peur de rentrer dans les sujets vifs là, mais quand un patient a l'air, semble triste je lui fais part de mes observations, pis t'sais c'est peut-être pas dans le moment approprié parce que je sais que j'ai d'autres affaires « plates » à faire là. (Shélanie, une étudiante de troisième année)

Le dernier indicateur de développement, qui matérialise ce même apprentissage critique, correspond à tenter de répondre aux choix et aux volontés de la Personne lorsque ceux-ci sont verbalisés. Les deux extraits suivants mettent évidence cet indicateur :

Pis là j'étais comme « dans le fond, c'est ça que le patient veut, c'est ça qu'on va lui donner ». Pis il y a rien de plus beau que ça dans le fond t'sais. Quand tu fais du soin, quand tu veux que ton patient il soit bien dans ce qu'est-ce qu'il vit ben j'étais comme « même si moi je trouve que c'est pas bien » mais au début je trouvais que l'idée c'était comme « mais non mais tu peux pas dire ça à un patient là "laisse-toi mourir" » t'sais [...] Ben oui de respecter ce qu'il veut, ses valeurs, ses croyances. Surtout que lui il accordait vraiment une importance à cette expérience-là, de perdre le contrôle de sa vie pis de pas pouvoir décider sur la mort qu'il allait avoir pis sur comment ça allait se passer pis sur quand ça allait se passer. On sentait que c'était quand même important le quand, quand il allait être prêt il fallait que ça se passe, il fallait pas que ça dure éternellement. Je trouvais que toute ça c'était comme vraiment par rapport à qu'est-ce que j'ai dit de ma définition de l'humanisme, je trouve que c'est vraiment ça. Tu respectes vraiment qu'est-ce qu'un patient veut, peu importe ce que c'est. Oui il y a des contextes *ousque* tu peux pas respecter tel quel, mais je trouvais que là c'était comme une belle issue pis c'était comme on est arrivé à vraiment s'arranger pour que le patient soit satisfait jusqu'à la fin. (Felicia, une étudiante de troisième année)

Donc il a essayé les traitements, ben là il est mort au cours de tout ça. Mais au moins je me dis qu'on a respecté ses valeurs pis ses choix. Je me suis dit que si j'avais pas été là, peut-être qu'il aurait été en soins palliatifs, sûrement en fait. Ben je trouvais ça difficile parce que je me suis dit, t'sais c'est tellement, avant de mourir tu veux, qu'est-ce que tu choisis c'est ça le plus important je trouve là. Puis là je trouvais ça, je trouvais ça difficile qu'on prenne pas en compte ses besoins puis ses choix. (Jessica, une étudiante de troisième année)

Tableau 3 : apprentissages critiques et indicateurs de développement du niveau 3

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration de la réalité de la pratique clinique à un idéal de pratique humaniste 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique son rôle professionnel à partir d'un idéal de pratique humaniste ■ Identifie les opportunités d'humanisation des soins avec une charge de travail complète d'une infirmière clinicienne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration de la dimension relationnelle des soins infirmiers dans la conception de l'humanisme et du <i>caring</i> ■ Compréhension des bienfaits potentiels de la présence authentique de l'infirmière pour la Personne et sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Souligne le potentiel de croissance de la Personne ■ S'organise afin d'établir une relation de confiance avec la Personne ■ Considère l'exploration de la signification qu'accorde la Personne à son expérience de santé dans le choix de ses interventions ■ Rassure la Personne et sa famille lorsque celles-ci manifestent cette priorité ■ Tente de répondre aux choix et aux volontés de la Personne lorsque ceux-ci sont verbalisés

Niveau 4 : intégration d'une approche humaniste dans l'ensemble des soins

Le quatrième niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme », entre deux et quatre années après la diplomation, est principalement caractérisé par l'intégration de l'approche humaniste dans l'ensemble des soins. À ce niveau, l'infirmière renoue avec son idéal de pratique humaniste jusqu'à conceptualiser l'humanisation des soins en tant que devoir professionnel de l'infirmière clinicienne, ce qui correspond à un premier apprentissage critique. En effet, l'importance que l'infirmière accorde à l'humanisation des soins grandit au point de s'initier à exercer du leadership clinique infirmier auprès de ses pairs pour que ceux-ci humanisent les soins. Ceci se matérialise en deux indicateurs de développement, notamment de reconnaître l'humanisation des soins de ses pairs et d'ouvrir un dialogue avec ces derniers à propos de pratiques déshumanisantes observées, comme le montre le prochain extrait :

Je pense que oui, c'est au travail je pense que c'est un travail de chaque personne, je pense que c'est assez personnel de rendre ça plus humain parce que si on voit une situation que la personne n'a pas été humaniste envers le patient, je pense que nous autres en tant que collègue il faut la prendre à part, je pense qu'il faut lui dire qu'elle a pas été humaine avec le patient, c'est notre devoir. Puis aussi quand les gens font des bonnes actions, c'est important de les féliciter aussi euh parce que on entend souvent les commentaires négatifs, mais les commentaires positifs on les entend moins souvent. Moi j'essaye de dire quand les patients ont eu un bon séjour, qu'ils sont satisfaits des soins, j'essaye de le dire à l'équipe. Puis quand c'est des commentaires négatifs ben on le dit aussi. Des fois, ils sont moins contents [rire], mais il faut le dire, faut le dire pour que les gens changent. (Sophie-Andrée, une infirmière exercée)

Devant la surcharge de travail, l'infirmière apprend à puiser dans le sens et la satisfaction au travail, laquelle émerge de la gratitude exprimée par la Personne, afin de persévérer et d'humaniser les soins, un indicateur de développement qui est mis en évidence dans l'extrait suivant :

Les mercis c'est ce qui compte pour moi parce que des fois dans une journée folle d'avoir « un » sourire, « un » patient qui marche, « un » patient qui me dit merci, ça fait du bien parce que t'sais t'es fatiguée, t'est fatiguée à la fin de la journée, mais tu reviens le lendemain, mais pas de reculons. (Kim, une infirmière exercée)

De plus, l'infirmière réalise qu'elle humanise les soins en s'attardant aux petites attentions qui ont un sens précieux pour la Personne et qui font une différence dans son expérience de santé. En ce sens, la priorisation des petites attentions qui humanisent les soins correspond à un deuxième apprentissage critique. À cet égard, cette infirmière exercée comprend que le fait de rabaisser la tête du lit de la Personne est une petite attention qui fait une différence pour son confort :

L'infirmière auxiliaire ne voulait pas retourner dans la chambre trente minutes plus tard, baisser le niveau du lit fait que elle était en train de lui promettre qu'on lui aurait un lit électrique, alors que moi quand je suis arrivée dans le milieu, tout ce que j'ai fait c'est que j'ai discuté avec les préposés pis dire « pouvez-vous arranger à 7 h 30 que c'est elle que vous allez voir pour rebaisser sa tête de lit ? » Ça a réglé le problème pis je pense que c'est à partir de là que le lien avec cette patiente-là s'est beaucoup développé pis t'sais les petites interventions, mais qui font une grosse différence-là. (Elisabeth, une infirmière exercée)

Par ailleurs, l'infirmière favorise l'établissement de la relation de confiance avec la Personne en adoptant un savoir-être, notamment sur le plan de la communication non verbale, qui communique qu'elle est disponible et qu'elle peut « être avec » cette dernière, même quand le temps semble restreint. Le troisième apprentissage critique sous-jacent à ces deux indicateurs de développement est l'intégration du caractère transitoire des moments de réciprocité dans la conception de la relation de confiance avec la Personne. À cet égard, cette infirmière exercée fait référence à saisir le moment opportun avec la Personne avant que celui-ci soit « passé » et insiste sur sa présence plutôt que sur l'intervention :

[...] Parce que tu te dis « qu'est-ce qui est important ? » T'sais il y a des choses qui sont passagères dans la vie. Tu te dis c'est bien de prendre le temps avec les gens [...] C'est pas le pansement que je vais faire, mais c'est le temps que je passe avec toi. (Kim, une infirmière exercée)

À ce niveau, un quatrième apprentissage critique concerne le raisonnement clinique infirmier exercé par l'infirmière, notamment puisqu'elle tient compte davantage des préoccupations et des priorités de la Personne, ce qui modifie également les interventions qui en découlent. En d'autres termes, cet apprentissage critique réfère à l'intégration de l'humanisation des soins dans le processus de raisonnement clinique infirmier. Cet apprentissage se concrétise notamment lorsque l'infirmière priorise et interprète les données recueillies à la lumière des préoccupations et des priorités de la Personne. Le prochain extrait montre le changement de perspective qui s'opère sur le plan du raisonnement clinique infirmier d'une infirmière exercée, plus particulièrement en lien avec la priorité de la Personne :

[...] Pis des fois, j'avais mes évaluations initiales que je devais compléter, mais même dans mon évaluation initiale je devais faire un génogramme, fait que à part d'un papier pis un crayon, il y a des limites à ce que je peux faire avec ça. Éventuellement, j'avais pas le choix de les déposer, pis de m'intéresser à ce que la personne me disait pis à partir de là, pis c'est là aussi que j'ai vu l'importance justement d'aller chercher la priorité du patient pour être capable de travailler « avec » la personne dans un objectif commun. Pis beaucoup, beaucoup, ça m'a aidé à faire le deuil de mon travail, c'est pas d'amener mes patients à ce qu'il y a de mieux pour eux, c'est de les accompagner vers ce qu'ils jugent qui est mieux pour eux. Fait que arrêter de me battre avec, « ben moi je pense que c'est ça qui est mieux pour lui, mais lui c'est pas ça qui veut ». (Elisabeth, une infirmière exercée)

Cet apprentissage critique, de même que la conceptualisation des soins en tant que devoir professionnel de l'infirmière clinicienne, lui permettent d'orienter les soins selon les préoccupations et les priorités de la Personne, ce qui correspond à un indicateur de développement.

Un cinquième apprentissage critique correspond à la compréhension de la contribution de l'humanisation des soins à la sécurité de la Personne. À ce sujet, l'infirmière réalise que la Personne est plus susceptible de s'ouvrir et de lui partager des données qui pourraient lui permettre d'assurer sa sécurité. Ainsi, ceci se matérialise lorsque l'infirmière assure la sécurité de la Personne à partir de la relation de confiance qu'elle entretient avec celle-ci, ce qui est mis en évidence dans ce prochain extrait :

Pis quand t'sais l'infirmière on dit « il faut avoir un jugement clinique ». Mais c'est justement en écoutant qu'on peut analyser les données [...] Mais quand tu prends le temps de t'arrêter pis de dire « ah il faut surveiller telle chose pour le patient » ou « savais-tu que tel », quand tu apprends à connaître ton patient tu sais, tu sais quoi évaluer. C'est sûr que des fois, t'as des remarques comme quoi « t'as sorti ça d'où ? » « Mais t'as pas pris le temps d'évaluer » ou « t'as pas cherché ». (Kim, une infirmière exercée)

Tableau 4 : apprentissages critiques et indicateurs de développement du niveau 4

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conceptualisation de l'humanisation des soins en tant que devoir professionnel de l'infirmière clinicienne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconnait l'humanisation des soins de ses pairs ■ Ouvre un dialogue avec ses pairs à propos de pratiques déshumanisantes ■ Puisse dans le sens et la satisfaction au travail afin d'humaniser les soins à la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorisation des petites attentions qui humanisent les soins ■ Intégration du caractère transitoire des moments de réciprocité dans la conception de la relation de confiance avec la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'attarde aux petites attentions qui font une différence dans l'expérience de santé de la Personne ■ Offre de la disponibilité à la Personne par une présence authentique malgré la surcharge de travail ■ Favorise l'établissement de la relation de confiance avec la Personne en adaptant son approche humaniste, en modulant son savoir-être et en composant avec les contraintes environnementales ■ Manifeste sa compassion par l'usage approprié du toucher thérapeutique auprès de la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration de l'humanisation des soins dans le processus de raisonnement clinique infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorise et interprète les données recueillies à la lumière des préoccupations et des priorités de la Personne

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Compréhension de la contribution de l'humanisation des soins à la sécurité de la Personne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oriente les soins selon les préoccupations et les priorités de la Personne ■ Assure la sécurité de la Personne à partir de la relation de confiance qu'elle entretient avec celle-ci

Niveau 5 : maîtrise d'une approche humaniste dans l'environnement de travail

Le cinquième et dernier niveau de développement de la compétence « agir avec humanisme » apparaît environ cinq années après la diplomation et est principalement caractérisé par la maîtrise d'une approche humaniste dans l'environnement de travail. C'est au cours de ce niveau qu'il y a transformation de l'idéal de pratique humaniste de l'infirmière en impératif, ce qui correspond à un premier apprentissage critique. Cette transformation se dégage dans l'extrait suivant sous la forme d'une « obligation » de l'infirmière expérimentée à maintenir son approche humaniste en composant avec les contraintes qui s'y opposent, notamment la surcharge de travail qu'elle reconnaît être présente dans la pratique clinique. Cet indicateur de développement est mis en évidence dans l'extrait suivant :

[...] Pis je sais même pas pourquoi, mais j'ai juste dit : « comment ça va ? » Et elle m'a pris par la main, pis elle m'a dit : « est-ce qu'on peut sortir ? » Pour moi dans ma tête, c'est pas un oui ou un non là, on sort [...] Du moment, ben c'est ça quand il a pleuré moi c'était « go », il y avait aucune question-là, c'était « il faut » que j'y aille, « il faut » que j'aille le voir là [...] Mais quelqu'un part à pleurer, de dire que t'as dix minutes comme nos patrons nous disent ou quinze minutes ça marche pas, ça ne marche pas. Et c'est ça, pour moi c'est pas agir avec humanisme là, pis pourtant c'est ce qu'on nous dit c'est qu'on devrait mettre nos balises pis que : « écoutez, je comprends que c'est difficile en ce moment c'est difficile pour, moi je vais devoir vous laisser », moi je suis « pas » capable, je suis « pas » capable. Ça marche pas dans ma pratique là. (Mihaela, une infirmière expérimentée)

Ayant pour but de promouvoir l'humanisation des soins dans son environnement de travail, l'infirmière déploie encore plus son leadership clinique infirmier. Ainsi, un deuxième apprentissage critique est le déploiement du leadership clinique infirmier afin de promouvoir l'humanisation des soins dans l'environnement de travail. Cet apprentissage se matérialise lorsque l'infirmière incarne une approche humaniste dans ses relations avec ses pairs dans le but de les inspirer à leur tour à humaniser les soins.

L'extrait suivant montre les efforts déployés par une infirmière expérimentée afin d'influencer la pratique de ses pairs, notamment en explorant les préoccupations de ces derniers :

De ce que j'ai vécu à la clinique parce qu'on fait des changements pour les collectes de données puis on fait sous forme de l'humanisme et avec les infirmières je faisais des essais avec les patients pour tester si la collecte fonctionne. Pis bon, « c'est tu trop long, elle rentre tu dans un délai de cinq à dix minutes » donc ça. Pis les médecins m'ont dit pourquoi vous posez telle question : « c'est quoi votre plus grande préoccupation ? De toute façon on n'a pas le temps d'y répondre. » J'ai eu ce genre de commentaire de : « enlevez-la cette question-là, mais par contre, dites-moi son poids, sa tension, sa glycémie » pour la clinique de dialyse et d'insuffisance rénale [...] Des infirmières aussi. Oui, il a fallu que je fasse beaucoup de coaching pis de renforcement pour qu'elle soit même posée parce qu'elles [infirmières] étaient pas à l'aise [...] Donc non, ils voient pas, pis quand je leur dis [aux pairs], moi : « vous aimez ça par contre quand je vous la pose [leur plus grande préoccupation] » [...] T'sais j'essaie de faire. Tu sais j'écris ça dans mon petit livre pis qu'après ça je vais faire des démarches avec ce que tu m'as dit. (Pavlina, une infirmière expérimentée)

Le déploiement du leadership clinique infirmier se concrétise également lorsque l'infirmière sollicite l'aide de divers acteurs dans son milieu de travail et qu'elle fait preuve de créativité dans ses interventions, ceci dans le but de répondre aux préoccupations et aux priorités de la Personne. Cet indicateur est mis en évidence dans l'extrait suivant :

Il [le patient] trouvait ça super long t'sais pis il était comme « mourir là c'est quelque chose, pis pas avoir le Wi-Fi, c'est quelque chose. » Fait que j'avais fait des pieds et des mains pour avoir une clé de Wi-Fi fournie par un organisme qui aidait les jeunes adultes justement qui ont un diagnostic de cancer, pis je faisais des téléphones pis je faisais des téléphones aussi à l'[nom de l'établissement] pour mettre de la pression pour dire comment c'est important au moins sur l'unité des soins palliatifs, en tout cas et cetera.... Pis finalement je lui enregistrerais sur une clé USB des films t'sais. Pis de là on a commencé à en discuter pis là sa blonde on avait fait une rencontre, mais t'sais c'était comme fait de façon comme des « partys » [...] T'sais on a organisé une activité pas, justement pas de tabou, c'était fait comme dans l'approche conviviale « le fun », comme si c'était un ami, mais pourtant mon but était très très ciblé, sciences infirmières tsé *nursing*, je voulais vraiment l'accompagner là-dedans pis ça m'a fallu user de créativité pis c'est ça parce que si je l'avais pas utilisé justement l'humanisme pis y aller t'sais si j'avais été très protocolaire pis toute ça. C'est sûr j'avais mon écocarte et mon génogramme, je savais on en était où, mais j'ai vraiment usé de comment j'aurais voulu qu'un de mes amis soit accompagné. Alors ça je pense que j'avais bien « scoré ». (Pavlina, une infirmière expérimentée)

Un troisième apprentissage critique correspond à la création de raccourcis cognitifs entre le répertoire vaste et ordonné de situations cliniques prototypiques et les interventions visant à humaniser les soins. L'infirmière peut désormais se référer spontanément à ce répertoire de situations cliniques qu'elle a déjà rencontrées au fil de sa carrière. Ceci se matérialise lorsque l'infirmière intervient de façon proactive en anticipant et validant les préoccupations et les priorités de la Personne, lui permettant d'agir en amont de ceux-ci afin d'assurer son confort et son bien-être, ce qui est mis en évidence dans l'extrait suivant :

Ben ça en fait c'était pas, non je pense pas, ça m'a pas fait ni chaud ni froid, en fait je savais qu'à ce moment-là il [le patient] allait réagir c'est pour ça que moi je restais proche, de toute façon quand tu arrêtes la sédation tu restes proche de ton patient pour voir justement comment il va se réveiller puis s'il va se sentir à l'aise ou non. Dans la majorité des cas les patients ils paniquent c'est pour ça dans le fond que je suis intervenu. (Marc-André, un infirmier expérimenté)

Un quatrième apprentissage critique de l'infirmière de ce niveau est la maîtrise de la mobilisation de ses ressources affectives, notamment sa réceptivité, sa sensibilité, son empathie et son savoir-être, ce qui est explicité dans les extraits suivants :

Ben c'est de l'empathie. Ben il faut créer une relation de confiance avec le patient. Le patient est en fin de vie, il demande l'aide médicale à mourir. La seule manière de créer une relation de confiance c'est comme ça, c'est d'aller le chercher. Je peux pas, déjà que moi je suis grande, je reste debout, je veux dire, c'est la base se mettre au niveau de la personne, de le regarder dans les yeux pis lui dire « qu'est-ce qui va pas, comment je peux vous aider ? » (Francine, une infirmière expérimentée)

[...] Même je vais plus loin : elle [la personne] est désagréable pourquoi? Pis ça moi c'est mon dada. Fait que quand j'ai des patients qui sont pas fins, les médecins le savent j'ai cette réputation-là, c'est d'aller les chercher [les patients], oui. Souvent, ben ça débloque et les gens les plus froids que j'ai eus comme clientèle c'est rendu les plus gros « nounours » là [...] On dirait, je pense probablement qu'on se met beaucoup à la place des autres [...] Parce que je me dis : « est-ce que j'aimerais ça me faire juger, me faire mettre une étiquette que je suis ci, je suis ça ? » Il y a probablement des raisons [au comportement désagréable]. (Mihaela, une infirmière expérimentée)

Plusieurs indicateurs de développement matérialisent cet apprentissage critique. Pour les deux premiers, cette maîtrise de l'infirmière se concrétise par sa capacité à percevoir et à interpréter avec justesse et aisance les signes furtifs dans la communication verbale et non verbale de la Personne, ce qui l'amène à moduler spontanément son savoir-être et ses interventions. De plus, cette maîtrise se concrétise par la facilité et la rapidité à laquelle l'infirmière peut établir une relation de confiance avec la Personne et sa famille tout en apprenant à les connaître de manière conviviale. Un quatrième indicateur de développement de cette maîtrise est l'aisance et la versatilité caractéristique de l'infirmière à accompagner simultanément chaque membre d'une même famille selon leurs préoccupations et leurs priorités respectives, ce qui est révélé dans l'extrait suivant :

Il aurait pu dire ben « c'est ma relation avec mon frère t'sais ma problématique. » Son frère lui il avait mentionné ça, donc lui son frère lui je l'accompagnais pas dans le Wi-Fi. Donc on va créer un moment pour que les deux frères puissent justement discuter de comment l'un vit la situation par rapport à l'autre. Pis ça je l'ai réussi aussi, mais tu vois chacun avait ses besoins. Son frère lui je l'accompagnais dans ce sens-là, mais lui le patient, il voulait le Wi-Fi, il parlait pas de son frère là, il voulait du Wi-Fi. Moi je réglais, pis peut-être sa mère, elle t'sais des fois, c'est toute une affaire que tu t'attends pas là, fait que j'allais vraiment selon leurs priorités [...] Je mettais tous mes efforts sur ces priorités-là pour pas m'éparpiller. (Pavlina, une infirmière expérimentée)

Un cinquième apprentissage critique correspond à l'atteinte d'une maturité au regard de l'existence et de la mort de l'être humain. Les extraits suivants dévoilent cet apprentissage critique :

Moi en discutant avec les patients t'sais j'ai beaucoup appris d'eux là aussi, parce que justement comme je te disais peu importe leur âge ils ont tous une histoire pis comment ils vivent avec la maladie. (Marc-André, un infirmier expérimenté)

[...] Je trouve pas ça lourd d'avoir des patients qui décèdent, je me trouve chanceuse de les accompagner jusqu'à là. C'est comme une chance, moi je vois ça comme ça, j'ai la chance d'accompagner des êtres humains pendant un petit bout de temps qui me donnent accès à leur intimité [...] (Mihaela, une infirmière expérimentée)

[...] Pis souvent le patient était inconscient, mais j'accompagnais la famille dans le cheminement du décès, de la mort et ça là c'est les expériences les plus intenses que j'ai eues dans ma pratique infirmière d'accompagner et les familles et les patients au-travers la mort, pis ça peut être beau finalement qu'une gang d'enfants pis de petits enfants qui veillent autour de quelqu'un qui va pas très bien. Ça je dirais, c'est ça qui a plus consolidé mes compétences de « agir avec humanisme ». Pour moi là, je comprenais tout ce que ça voulait dire « être infirmière » puis « agir avec humanisme ». (Francine, une infirmière expérimentée)

Cet apprentissage se matérialise par l'habileté de l'infirmière à trouver les mots adéquats afin de répondre à la Personne et à sa famille devant des propos sensibles qui lui sont partagés. L'extrait suivant montre cet indicateur de développement d'une infirmière expérimentée :

Fait qu'on est sorties et elle m'a dit : « Mihaela, je suis pas capable, je suis pas capable de lui dire qu'il peut partir. » Et là pour moi c'était comme « elle a vraiment besoin de parler » pis je lui ai demandé : « est-ce que vous pensez que c'est ça qu'il [le fils] a besoin d'entendre ? » Et elle m'a dit : « oui parce qu'il m'a dit les moments qu'il allait bien pis que ça allait trop me faire de peine si il partait mais je veux qu'il s'enlève ce stress-là pis qu'il sache que c'est correct ». Mais elle a dit : « je suis pas prête, je suis pas capable. » Moi j'ai juste dit : « pourquoi vous lui dites pas juste ça ? » Pis elle m'a dit : « tu penses, ça se fait ? » J'ai dit : « pourquoi ça se ferait pas ? » Là elle est devenue toute émue t'sais. Pis j'ai dit : « vous savez c'est sûr que si dans votre tête vous voulez lui dire “vas-y vas-t-en”, vous avez l'impression que vous êtes en train de le faire mourir, mais c'est dur, mais vous acceptez que, pis c'est correct, ça va lui enlever la culpabilité », parce que c'était sa croyance, pis je suis allée là-dedans, pis c'est ce qu'elle a fait. (Mihaela, une infirmière expérimentée)

Deux autres indicateurs de développement qui découlent de ce même apprentissage s'avère être, d'une part, l'aisance manifestée par l'infirmière à explorer les volontés d'une Personne en situation de fin de vie et, d'autre part, de faire preuve d'*advocacy* même lorsque ses propres valeurs sont contrariées, ce qui est révélé dans l'extrait suivant :

Ses préoccupations c'était très préoccupant, j'ai reconnu sa souffrance parce que c'était quelque oui qui avait des problématiques au niveau d'un cancer métastatique mais il était peu souffrant donc c'était plus de la douleur psychique au niveau de « qu'est-ce qui va m'arriver, j'ai pas le goût de me voir de même, maintenant il y a l'aide médicale à mourir, j'aimerais ça faire la demande. » C'est un peu ça. Moi j'ai beaucoup investigué, « est-ce que votre famille est au courant, est-ce que vous voulez que ça soit, est-ce que vous avez

déjà pensé à un plan, un scénario de cette situation-là ? T'sais j'ai vraiment essayé de faire le tour de la situation pour voir comment, la pensée du patient mais aussi, si il avait un cheminement par rapport à sa demande. Est-ce qu'il a pensé à inclure sa famille ? Qui qu'il veut qui soit là ? Est-ce qu'il veut de la musique, est-ce qu'il veut manger quelque chose de spécial avant ? Toutes un peu les questions autour du rituel. Ça je pense que c'est une belle situation de « agir avec humanisme » [...] on était dans la relation. » (Francine, une infirmière expérimentée)

En ayant atteint une maturité au regard de l'existence et de la mort de l'être humain, l'infirmière comprend l'importance et des bienfaits potentiels de trouver une signification à une expérience de santé, surtout dans des situations de fin de vie. Le fait que l'infirmière parvienne à accompagner la Personne dans la recherche d'une signification à son expérience de santé concrétise à nouveau ce même apprentissage critique. L'extrait suivant met en évidence cet indicateur de développement d'une infirmière expérimentée lorsqu'elle explore cette signification chez un jeune homme :

Et là on est resté au téléphone quarante-cinq minutes parce qu'il m'a dit et là je le laissais parler, j'ai juste écouté. C'était « t'sais j'ai failli mourir à un moment donné, ils ont trouvé quelqu'un, j'ai eu ma greffe, j'ai eu un rejet, j'ai vécu quand même, mais là le cancer j'avoue que je m'attendais pas à ça. » Et moi je lui avais dit à ce moment-là : « ça signifie quoi pour toi ce cancer-là ? » (Mihaela, une infirmière expérimentée)

Un sixième apprentissage critique de l'infirmière expérimentée correspond à la conceptualisation de l'exploration des préoccupations et des priorités de la Personne en tant que stratégie permettant de gagner du temps. De ce fait, cet apprentissage se concrétise lorsque l'infirmière priorise son accompagnement à la Personne dont les préoccupations et les priorités sont les plus urgentes, notamment dans un contexte de contraintes temporelles. L'extrait suivant met cet indicateur de développement en exergue :

[...] j'étais choquée pis je me suis dit : « là c'est assez, là je vais limiter » et je vas être plus, pas sec, mais je vais être plus : « j'ai tant de temps à vous accorder », un peu comme on nous apprend t'sais. Ben je me suis rendu compte que ça marchait dans certaines circonstances mais quelqu'un part à pleurer, de dire que t'as dix minutes comme nos patrons nous disent ou quinze minutes ça marche pas, ça ne marche pas [...] Ça joue contre moi oui, oui parce que j'essaye de, je vais comme, on dirait que j'ai appris aussi à, ceux [patients] que je sens qu'ils ont moins de besoin, ben j'irai pas pousser. (Mihaela, une infirmière expérimentée)

D'ailleurs, ce même apprentissage critique amène l'infirmière à commencer le soin à partir de l'exploration des préoccupations et des priorités de la Personne. Les extraits suivants montrent quelques exemples de cet indicateur de développement :

Pis des fois, le patient veut un verre d'eau, t'sais il faut que t'aïlles chercher le verre d'eau t'sais. Là ça te fait un deux minutes, il est pas perdu parce que ce patient-là, « elle là, je l'aime », pis il va peut-être moins sonner, il va être rassuré, il va se dire « ces gens-là ils sont là pour moi ». T'économises à la fin t'sais. (Pavlina, une infirmière expérimentée)

Je te donne comme exemple, tu peux enseigner, moi avant de faire l'approche humaniste j'avais déjà enseigné à un cardiologue sa maladie. Le gars il m'accote il fait : « ah t'es cute, je suis cardiologue. » J'y avais expliqué l'infarctus du myocarde t'sais. Il était bon t'sais, il était bon t'sais. Pourquoi je lui ai pas demandé, « qu'est-ce que vous connaissez ? » « Ah ben t'sais, je suis cardiologue, j'en connais un peu [...] » J'aurais pas tellement perdu ce cinq minutes-là pis on aurait passé « OK, c'est quoi qui vous inquiète ? » (Pavlina, une infirmière expérimentée)

Mais dans mes sections, il y avait pas vraiment d'imprévus parce que je connaissais vraiment les besoins des patients, je les questionnais, fais que après quand je suis rendu dans une autre chambre, ben t'sais, le patient que je venais de voir il me sonnait pas parce je m'assurais dans le fond que j'avais répondu à tous ses besoins. J'étais comme proactif dans la gestion des imprévus. (Marc-André, un infirmier expérimenté)

Enfin, il y a une prise de conscience qu'un équilibre est nécessaire entre le soin de sa propre personne et celui offert à autrui afin de prévenir l'épuisement professionnel. Cet apprentissage critique se matérialise, d'une part, par l'attention que porte l'infirmière à ses sentiments et, d'autre part, aux moments qu'elle se réserve en dehors de sa vie professionnelle afin de pratiquer des activités qui contribuent à son bien-être.

Tableau 5 : apprentissages critiques et indicateurs de développement du niveau 5

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
<ul style="list-style-type: none"> ■ Transformation de l'idéal de pratique humaniste en impératif ■ Déploiement du leadership clinique infirmier afin de promouvoir l'humanisation des soins dans l'environnement de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maintient son approche humaniste en composant avec les diverses contraintes qui s'y opposent ■ Incarne une approche humaniste dans ses relations avec ses pairs dans le but de les inspirer à humaniser les soins ■ Sollicite l'aide de divers acteurs dans son milieu de travail et fait preuve de créativité dans le choix de ses interventions afin de répondre aux préoccupations et aux priorités de la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Création de raccourcis cognitifs entre le répertoire vaste et ordonné de situations cliniques prototypiques et les interventions visant à humaniser les soins ■ Maîtrise de la mobilisation de ressources affectives telles que la réceptivité, la sensibilité, l'empathie et le savoir-être 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervient de façon proactive en anticipant et en validant les préoccupations et les priorités de la Personne qui vit une situation clinique prototypique ■ Perçoit et interprète, avec justesse et aisance, les signes furtifs dans la communication verbale et non verbale de la Personne

Apprentissages critiques	Indicateurs de développement
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Module son savoir-être et ses interventions, dans le moment présent et de manière spontanée, en fonction des préoccupations, des priorités, et de son interprétation des signes furtifs de la Personne ■ Établit aisément une relation de confiance avec la Personne et sa famille en apprenant à les connaître de manière conviviale plutôt que de manière mécanique ■ Accompagne simultanément chaque membre d'une même famille selon leurs préoccupations et leurs priorités respectives
<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte d'une maturité au regard de l'existence et de la mort de l'être humain 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trouve les mots adéquats à répondre devant des propos sensibles verbalisés par la Personne et sa famille ■ Manifeste de l'aisance à explorer les volontés d'une Personne en situation de fin de vie ■ Est <i>advocate</i> des volontés de la Personne même si ses propres valeurs sont contrariées ■ Accompagne la Personne dans la recherche d'une signification à son expérience de santé ■ Saisit et s'engage dans des moments de réciprocité avec la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conceptualisation de l'exploration des préoccupations et des priorités de la Personne en tant que stratégie permettant de gagner du temps 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorise son accompagnement à la Personne dont les préoccupations et les priorités sont les plus urgentes ■ Commence le soin par l'exploration des préoccupations et des priorités de la Personne
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise de conscience de l'équilibre nécessaire entre le soin de sa propre personne et celui offert à autrui afin de prévenir l'épuisement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Est attentive à ses sentiments ■ Se réserve des moments en dehors de sa vie professionnelle afin de pratiquer des activités qui contribuent à son bien-être

Conclusion

Le MCA de la compétence « agir avec humanisme » présenté ci-haut comporte cinq niveaux de développement qui s'échelonnent du début du baccalauréat jusqu'à environ cinq années après la diplomation. Dans l'ensemble, les habiletés de communication occupent un rôle considérable dans le développement de la compétence étudiée, entre autres puisqu'il s'agit surtout de la compréhension qui en est faite par les étudiantes. À cet égard, c'est au deuxième niveau de développement que

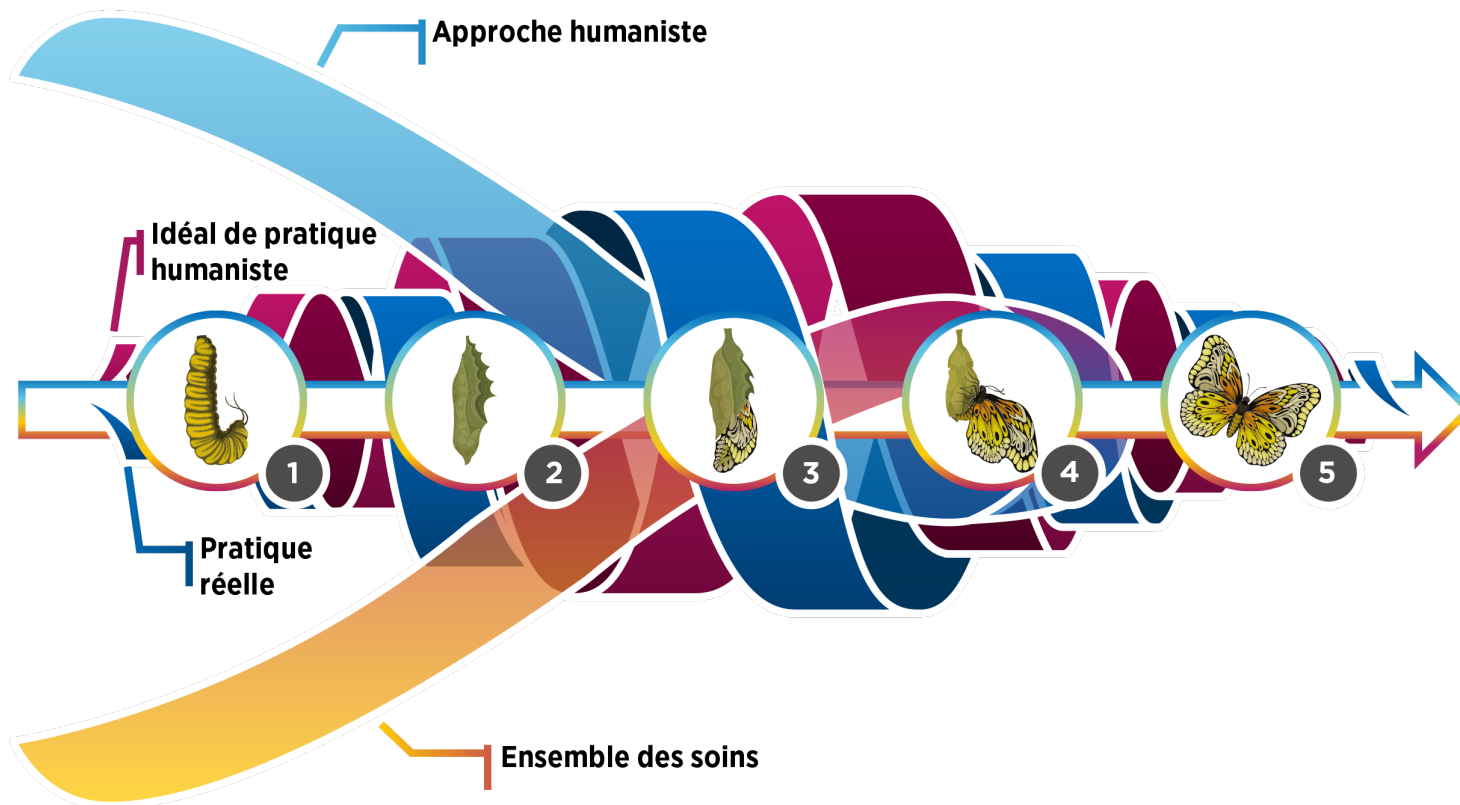
l'étudiante apprend l'humanisme et le *caring* sur le plan théorique, mais le transfert de cette compréhension théorique dans la pratique commence réellement à partir du troisième niveau. Plutôt que d'être conceptualisée séparément des autres soins et centrée principalement sur la communication, l'approche qui relève de la compétence « agir avec humanisme » s'intègre réellement dans l'ensemble des soins au quatrième niveau.

Par ailleurs, toute la trajectoire de développement de la compétence est parsemée d'apprentissages critiques et d'indicateurs de développement en lien avec des prises de conscience relatives aux bienfaits potentiels de l'humanisation des soins pour la Personne et pour l'infirmière, du sens et de la satisfaction au travail ainsi que de la gratitude qui lui est exprimée. Les apprentissages critiques et indicateurs de développement relatifs à la déshumanisation des soins se situent sur une trajectoire plus courte, c'est-à-dire aux deux premiers niveaux uniquement.

Au cours du développement de la compétence, l'idéal de pratique humaniste qui s'éveille surtout au deuxième niveau évolue et se distance de la réalité de la pratique clinique de l'infirmière nouvellement diplômée au troisième niveau. Cette dualité se résout au quatrième niveau et c'est au cinquième que l'idéal de pratique humaniste se transforme en impératif. Dans ce même contexte, l'importance qui est accordée à l'humanisation des soins dès le premier niveau évolue en tant que devoir professionnel de l'infirmière au quatrième niveau.

Autres faits saillants, des liens avec la compétence « agir avec professionnalisme » sont présents aux deux premiers niveaux de développement de la compétence « agir avec humanisme », notamment en lien avec l'apprentissage du Code de déontologie et de la relation de confiance avec la Personne. Au quatrième niveau, des liens se développent entre la compétence étudiée et la compétence « exercer un raisonnement clinique infirmier » en ce qui a trait aux préoccupations et aux priorités de la Personne, de même que sa sécurité. Des liens sont aussi présents à ce niveau avec la compétence « exercer du leadership clinique infirmier », mais celle-ci est réellement déployée au cinquième niveau avec la promotion de l'humanisation des soins dans l'environnement de travail de l'infirmière.

Illustration du modèle cognitif de l'apprentissage de la compétence « agir avec humanisme »



La **métamorphose** d'une chenille en papillon symbolise les transformations cognitives (apprentissages critiques) qui assurent le développement de la compétence « agir avec humanisme ». Les **deux rubans** (rose et bleu) qui vrillent représentent, d'une part, la pratique réelle et, d'autre part, l'idéal de pratique humaniste de l'étudiante et de l'infirmière. Les deux rubans s'éloignent l'un de l'autre progressivement pour atteindre leur paroxysme au troisième niveau de développement où la dualité

s'est avérée être à son plus fort dans cette étude. Ces deux rubans se rejoignent lentement par la suite, mettant en évidence la résolution de cette dualité au quatrième niveau. Par ailleurs, les deux extrémités du **lacet formant une boucle** (bleu ciel et jaune) désignent, d'une part, l'approche humaniste et, d'autre part, l'ensemble des soins. Au départ, ces deux extrémités sont éloignées l'une de l'autre afin d'illustrer l'écart relevé dans cette étude quant à la conception de la compétence « agir avec humanisme » avec l'ensemble des soins. Le rapprochement de l'une et de l'autre s'opère progressivement jusqu'à en former une boucle au quatrième niveau où il y a intégration de l'approche humaniste dans l'ensemble des soins. Enfin, la **flèche** correspond à la trajectoire de développement de la compétence « agir avec humanisme ». Elle s'enroule de la boucle et des deux rubans en vrille afin de mettre en évidence les liens étroits qui demeurent entre son développement et l'idéal de pratique humaniste ainsi que son intégration dans l'ensemble des soins. Cette flèche se situe avant le premier niveau de développement afin de symboliser les acquis antérieurs en lien avec l'humanisation des soins qui précèdent les études en sciences infirmières. Cette même flèche se poursuit après le cinquième niveau, évoquant le développement continu (sans fin) d'une compétence.

Références

- Boyer, L. (2013). *Coconstruction d'un modèle cognitif de l'apprentissage d'une compétence en vue d'assurer la validité et l'équité de son évaluation : le cas de la compétence « Exercer un jugement clinique infirmier »* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. NR94425)
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016, juin). Le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.