

Les croyances de huit infirmiers et infirmières modèles en oncologie se rapportant au cadre théorique en sciences infirmières de Watson

Par Beth Perry

Abrégé

Cette étude présente divers résultats obtenus dans le cadre d'une étude qualitative portant sur huit infirmiers et infirmières modèles en oncologie. Elle s'intéresse principalement aux opinions que ces professionnels entretiennent à propos d'éléments clés de la pratique infirmière à savoir la nature de la santé et des êtres humains, les relations patient-infirmière, les soins infirmiers et l'environnement infirmier. La première partie de l'étude décrit la méthodologie de recherche qui la caractérise. Elle présente ensuite les croyances des infirmiers et infirmières en oncologie ayant trait aux cinq éléments centraux de la pratique infirmière en les rattachant au cadre théorique en sciences infirmières de Jean Watson.

Introduction

Dans la plupart des disciplines, il existe des professionnels que leurs collègues considèrent comme étant des praticiens doués d'une compétence exceptionnelle. Lorsqu'on en parle, il arrive qu'on utilise les termes "experts, expertes", "personnes incroyablement compétentes ou extraordinaires". Ce qu'elles ont en commun, c'est le fait d'accomplir leur travail de façon remarquable et le fait que leurs actions et relations interpersonnelles sont perçus comme autant de modèles pour les autres.

Cette étude se fonde sur des résultats types obtenus dans le cadre d'une récente étude des croyances entretenues par huit infirmières et infirmiers modèles en oncologie. Elle décrit principalement la méthodologie de recherche et les croyances que ces professionnels entretiennent à propos de la définition de la santé, de la nature des êtres humains, de la relation patient-infirmière, des soins infirmiers et de l'environnement infirmier.

But de l'étude

Cette étude avait pour but d'améliorer notre connaissance des soins infirmiers exemplaires. L'une des grandes questions de recherche que l'on y posait était la suivante: Que pensent les



Beth Perry

infirmiers et infirmières exceptionnellement compétent(e)s de la santé, des êtres humains, de la relation patient-infirmière, des soins infirmiers et de l'environnement infirmier?

Méthodes de recherche

Il semblait que pour cerner la nature plutôt vague et en grande partie encore inexplorée de la pratique infirmière exceptionnelle, il fallait privilégier une approche descriptive qui suivrait les hypothèses de l'investigation interprétative. On trouvera dans les sections qui suivent une description plus approfondie de la méthodologie, des participants et participantes à l'étude, de la collecte des données et du processus d'analyse.

Méthodologie

Benner et Wrubel (1989) affirment que le langage des sciences sociales positivistes et des sciences naturelles est trop limité pour décrire convenablement ce qui se produit réellement dans la vie quotidienne. Dans un article où ils dénoncent les utilisations de la méthode scientifique dans le cadre d'études en sciences infirmières, Kikuchi et Simmons (1992) écrivent que, désenchantés par l'approche positiviste des sciences, de nombreux infirmiers et infirmières chercheur(e)s se sont tournés vers d'autres approches et ce faisant, ont élargi l'horizon des sciences tel que façonné par la tradition. Défenseur d'une opinion semblable, Leininger (1985) avance que des méthodes de recherche interprétatives peuvent aider les infirmières et infirmiers à cerner les complexes dimensions de soins d'ordre holistique et humaniste caractérisant la pensée et l'action humaines.

L'auteure a donc suivi ces conseils pour concevoir et mener une étude de recherche interprétative. Le but de toute recherche interprétative est de décrire et d'interpréter complètement l'élément faisant l'objet de l'étude et ce, du point de vue des participants. Dans leurs études interprétatives, les chercheurs et chercheuses s'efforcent de saisir les caractéristiques essentielles de l'objet de l'étude afin de révéler l'essence et la nature de la personne, de l'élément ou des actions en question (Leininger, 1985).

Pour parvenir à leurs fins, les spécialistes de la recherche interprétative pénètrent dans le monde des participants à l'étude afin de recueillir l'information de première main par le biais de comptes rendus oraux et écrits, de la symbolique, du langage et de l'observation. Selon la définition utilisée par Leininger (1985), cette approche est en fait une découverte libre, une approche à la fois flexible, dynamique et évolutive, qui permet aux chercheurs et chercheuses de reformuler et d'étendre la focalisation de l'étude au fur et à mesure de leur progrès.

On range plusieurs méthodologies différentes sous la rubrique interprétative. Elles ont des buts et des méthodes similaires mais résultent de traditions théoriques et philosophiques différentes. Puisque chaque méthodologie possède ses atouts propres, on peut combiner plusieurs approches complémentaires pour réaliser une investigation plus complexe et donc plus complète du phénomène à l'étude. D'où l'idée d'associer deux méthodologies interprétatives dans le cadre de cette étude. Ainsi, la chercheuse a décidé d'intégrer la phénoménologie herméneutique et des méthodologies s'inspirant de la théorie à base empirique.

Cette combinaison de méthodes a permis d'étudier les mêmes données dans deux perspectives différentes et a ouvert la voie à des interprétations multiples. Elle a ainsi produit une image plus riche et plus détaillée de la pratique infirmière exceptionnelle. Pour reprendre les mots de Wilson et Hutchinson (1991) qui recommandent cette combinaison, l'association des méthodologies fournit à la fois une richesse de détails qui éclairent notre pratique sur l'expérience

Beth Perry, Inf, BScInf, PhD, est chargée de cours à temps partiel à la Faculté des sciences infirmières et professeure agrégée associée à la Faculté d'éducation de l'Université de l'Alberta à Edmonton.

humaine et une analyse à un niveau conceptuel qui inspire les interventions ou les hypothèses qui pourront servir dans la recherche quantitative ultérieure.

Selon Gaut (1981), la phénoménologie herméneutique est l'interprétation de la signification cachée au sein d'un phénomène. Il est difficile et peut-être même inutile de vouloir différencier entre l'herméneutique (l'interprétation) et la phénoménologie (la description) étant donné qu'à un niveau de compréhension, une description n'est rien d'autre qu'une interprétation. Van Manen (1990) a décrit les caractéristiques de la recherche phénoménologique: elle débute dans le monde des sujets à l'étude. L'expérience vécue est le point de départ et le point d'achèvement de la recherche phénoménologique. Le but de la phénoménologie est de transformer l'expérience vécue en l'expression textuelle de son essence (Van Manen, 1990).

Dans le cas de la théorie à base empirique, la recherche se fonde sur la réalité concrète de l'expérience que vivent les gens (Boyd, 1990). Elle se développe donc à partir des observations du monde tel qu'il est vécu par un groupe particulier de personnes. Pour parvenir à la théorie, on identifie les catégories présentes et on les relie les unes aux autres dans le cadre d'un schéma conceptuel résultant d'une démarche d'interprétation et de conceptualisation (Chenitz et Swanson, 1986).

Pour résumer, la théorie à base empirique a permis de décerner les éléments des soins infirmiers exemplaires et a guidé les premiers pas de la conceptualisation de la pratique infirmière exceptionnelle, tandis que l'herméneutique a aidé à révéler la signification et les pratiques que partagent les infirmières et infirmiers modèles. La théorie à base empirique a fourni les traits qui ont servi à esquisser cette image de l'excellence dans les soins infirmiers en oncologie alors que la phénoménologie est venue y ajouter la couleur.

Les participants

Les huit participants à l'étude étaient tous des infirmières et infirmiers oeuvrant en milieu clinique dont le travail consiste à dispenser des soins infirmiers directs aux patients hospitalisés en oncologie. On a retenu la nomination par les pairs comme méthode de sélection des personnes appelées à participer à l'étude. Pour obtenir ces nominations, on a demandé à 30 infirmières et infirmiers oeuvrant dans un service de soins infirmiers d'un grand établissement hospitalier de l'Ouest canadien de répondre à la question suivante: "Parmi les infirmières et infirmiers de votre service, quels sont celles et ceux que vous voudriez qui vous soignent (vous ou un de vos proches) si vous étiez diagnostiqué d'un cancer?" Ces noms ont été remis confidentiellement à la chercheuse qui a ensuite réalisé un échantillon aléatoire à partir des noms les plus souvent mentionnés.

Méthodes de collecte des données

Les données ont été recueillies dans le cadre d'observations, d'entrevues en profondeur et de comptes rendus écrits. Chaque infirmière ou infirmier a fait l'objet d'une étude individuelle. La chercheuse a consacré environ 40 heures à l'observation de chacune et chacun des participants et les périodes d'observation couvraient un éventail de jours de la semaine et de quarts de travail. Elle consignait de brèves notes au cours de chaque période d'observation. Puis, à la fin du quart de travail, elle développait ces notes avant d'inscrire les observations finales dans son journal de recherche.

La recherche interprétative, de par sa nature propre, exige des chercheurs qu'ils possèdent des compétences en observation et en consignation exacte des phénomènes étudiés. La chercheuse a suivi les indications que Leininger (1985) propose pour les chercheurs entreprenant une recherche interprétative. Leininger encourage les chercheurs à prêter attention en tout temps à ce qui se passe durant les périodes d'observation, à consigner, si possible, leurs observations dès qu'elles ont été faites, et à rechercher d'autres observations qui les confirment.

Toujours en ce qui concerne la collecte des données, l'étape d'observation a été suivie d'entrevues qui ont été menées auprès de chacune et chacun des participants dans des endroits qui leur convenaient du point de vue de la commodité et du confort. C'est ainsi que certaines d'entre elles se sont déroulées dans l'habitation de la personne interviewée, dans celle de la chercheuse et dans la salle des conférences de l'établissement. Les entrevues duraient entre deux et trois heures. Quatre membres de l'échantillon ont également participé à des entrevues de suivi à des fins d'élaboration et de clarification. Les entrevues ont été enregistrées sur cassette puis transcrites in extenso.

Leininger (1985) favorise une approche non structurée pour les entrevues. On a donc utilisé une approche non structurée dans l'étude, mais la question initiale était toujours la même: "Veuillez me parler en détail de votre vécu d'infirmière (ou d'infirmier)". Les autres questions respectaient le contexte de la conversation.

Une fois les observations et les entrevues terminées, la chercheuse a incité les infirmières et infirmiers modèles à lui remettre un exposé sur les moments les plus mémorables qu'ils avaient vécus dans leur pratique. Elle leur a envoyé une lettre à cet effet, dans laquelle elle leur posait la question suivante: "Vous souvenez-vous de moments précis passés auprès de patients qui semblaient particulièrement importants ou qui vous ont apporté une grande satisfaction, des incidents qui vous ont changé(e) ou ont changé votre pratique?". Elle exhortait ensuite les infirmières et infirmiers à décrire ces moments pleins de signification. Le nombre de récits rédigés variait d'une personne à l'autre. En effet, l'une d'elles s'est épanchée sur un seul incident critique tandis que d'autres ont composé plusieurs récits.

Éléments de l'analyse

L'auteure a intégré les recommandations d'Oiler (1986), de Strauss et Corbin (1990) et de Van Manen (1990) pour concevoir l'analyse multidimensionnelle des données. D'ailleurs, les participants ont fourni le premier niveau d'analyse. En effet, lorsqu'ils rédigeaient leurs exposés et qu'ils s'entretenaient avec la chercheuse, les participants expliquaient souvent ce qu'ils avaient tiré de l'expérience ou de leurs actions. Il s'agissait là d'une analyse préliminaire des plus utiles.

L'analyse herméneutique, à laquelle on est parvenu en faisant appel à la poésie, constituait le deuxième niveau d'analyse. Après avoir passé en revue les données obtenues, la chercheuse s'est efforcée d'identifier l'essentiel de chaque récit ou observation. Pour atteindre des résultats concis et significatifs, elle en a composé une interprétation poétique. Les poèmes servent à véhiculer une signification sans pour autant encombrer les données d'une structure envahissante. Et comme Van Manen le propose, les poèmes sont un puissant moyen de partage de l'expérience humaine parce qu'il est inutile de les résumer. Van Manen (1990) ne dit-il pas que le poème lui-même est le résultat... Le résumer, en demandant la conclusion, cela reviendrait à détruire le résultat... Le poème est l'élément essentiel... Les poèmes communiquent à la fois les détails d'une expérience et les émotions connexes, avec les limitations intégrantes des mots, et ils laissent aux lecteurs au moins un entendement possible de l'expérience. Les poèmes ainsi composés ont donc constitué, et exprimé, le deuxième élément de l'analyse.

On a effectué une troisième analyse en vertu de la théorie à base empirique telle que décrite par Strauss et Corbin (1990). On a réalisé une étude systématique des notes de terrain, de la transcription des entrevues et des récits à l'aide d'une méthode de comparaison constante qui privilégie la conceptualisation systématique des données.

Résultats

Les infirmières et infirmiers entretiennent tous un ensemble de croyances au sujet des soins infirmiers et de la pratique infirmière. Ainsi, Wiedenbach (1964), une des premières théoriciennes sur la

profession infirmière, expliquait que les croyances d'une infirmière sur des sujets tels que la signification de la vie, la valeur de la personne et les aspirations de chaque être humain, déterminent la qualité des soins infirmiers dispensés. Samarel (1991) réussit à résumer cela en quelques mots lorsqu'il écrit que le rendement d'une infirmière dépend de sa philosophie. Dans cet esprit, les croyances des participants à l'étude deviennent un élément critique de la recherche. Bennett et Foster (1990) déclarent que les croyances sont d'ordre personnel et que chaque infirmière a donc les siennes propres. Et bien que deux personnes ne partagent pas exactement les mêmes croyances, on a relevé des traits communs dans les opinions que les infirmières et infirmiers à l'étude entretenaient au sujet de la nature du milieu infirmier, de la nature des êtres humains, des relations patient-infirmière, des soins infirmiers et de la définition de la santé. Ces traits communs peuvent former la base philosophique collective sur laquelle les infirmiers et infirmières modèlent façonner leur pratique. Plusieurs théoriciens et théoriciennes de la profession infirmière ont proposé des modèles incorporant des descriptions de croyances sur la nature des soins infirmiers, de la santé et du milieu infirmier, sur la relation patient-infirmière et sur la nature des êtres humains (Benner et Wrubel, 1989; Parse, 1994; Paterson et Zderad, 1976; Peplau, 1989; Watson, 1989). Pour cette étude, la chercheuse a choisi le cadre théorique en sciences infirmières de Watson et a comparé les vues de cette dernière relatives aux cinq éléments clés identifiés aux croyances exprimées par les participants. De tous les principaux cadres théoriques en sciences infirmières, celui de Watson exprimait des croyances relatives à la pratique infirmière qui se rapprochaient le plus des vues exprimées par les infirmières et infirmiers modèlent en oncologie.

Croyances en matière de santé

Chez l'infirmière et l'infirmier, les croyances relatives à la définition de la santé jouent un rôle central au niveau de la philosophie des soins infirmiers. Lorsqu'elle décrit ce qu'elle pense de la santé, Watson (1985) établit une distinction entre les termes anglais "disease" et "sickness" qui se rendent tous deux par "maladie" en français, et elle ajoute que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Elle avance que l'on peut réussir à soigner une maladie sans pour autant faire disparaître l'état de maladie à moins qu'il n'y ait eu sollicitude. Même si on parvient à vaincre la maladie, la personne ne peut retrouver l'état de santé si on n'a pas pris soin d'elle. Watson affirme qu'une personne peut être en santé même lorsque la maladie est présente chez elle.

Dans leur ensemble, les infirmières et infirmiers reconnus pour leur compétence exceptionnelle rejetaient l'idée que la maladie prive nécessairement la personne de sa santé. Selon eux, le patient peut être atteint d'un cancer tout en ayant la santé. Ainsi, Lana, une des personnes observées, a indiqué que "les patients peuvent être guéris même s'ils ne sont pas bien physiquement".

De plus, certains et certaines des participants estiment que la maladie peut mener à la santé. Ils donnent en exemples des individus qui, d'après leurs propres dires, se sentaient malheureux et insatisfaits avant d'être diagnostiqués d'un cancer. Et une fois qu'ils ont appris qu'ils étaient atteints du cancer, ces mêmes individus ont connu une meilleure santé même si on n'est pas parvenu à les guérir de leur maladie. Maureen, l'une des infirmières modèlent, a rapporté ce qui suit:

"Nombreux sont les patients qui disent qu'ils apprécient beaucoup plus les petits détails de la vie depuis qu'ils ont le cancer. Un monsieur m'a dit qu'il a perdu son emploi quand il est tombé malade mais qu'en revanche il a retrouvé sa famille et sa vie."

Les membres de l'échantillon ont souligné que les patients possèdent différents niveaux de mieux-être. Certains jouissent d'une excellente santé spirituelle et affective tout en étant très malades du point de vue physique. Tout comme Watson (1985), ils jugent que la personne jouit d'une bonne santé globale lorsque tous les éléments du

moi sont sains mais pas nécessairement exempts de maladie.

Julie nous confie que cette harmonie ou santé totale peut se produire si on aide les patients à atteindre leur plein potentiel au sein des limites de leurs circonstances actuelles. Même les mourants dont la santé physique est grandement compromise peuvent avoir un état de santé positif dans un sens si leur corps peut atteindre son plein potentiel.

Il convient d'être réaliste ici, mais nous pouvons aider les patients à atteindre leurs limites. Ils ne peuvent peut-être pas rentrer chez eux pour y loger, mais on peut probablement leur donner la permission d'aller y passer quelques heures. S'il leur est impossible de marcher, on pourra les faire sortir du lit et les asseoir dans un fauteuil. Il nous incombe de les aider à réaliser tout ce dont ils sont capables.

Les infirmiers et infirmières aident donc les patients à atteindre leur meilleur état de santé possible si ceux-ci accomplissent tout ce qu'ils sont capables d'accomplir. La santé est en fait une interrelation complexe du bien-être physique, affectif et spirituel.

Croyances relatives à la nature des êtres humains

Les soins infirmiers représentent une expérience inévitablement et avant tout liée aux relations interpersonnelles de l'infirmière ou l'infirmier et du patient. Et au sein de cette dyade, ces relations sont très fortement influencées par les croyances de l'infirmière ou infirmier sur la nature des êtres humains. Les discussions de Watson (1985) sur les interactions humaines mettent en relief le thème des soins empreints de sollicitude. Elle stipule que les êtres humains ont une valeur et qu'on leur doit sollicitude, respect, compréhension, empathie et assistance. Sarter (1993) fait remarquer que Watson est la seule des théoriciennes et théoriciens sur les soins infirmiers qui appuie explicitement le concept de l'âme et fasse valoir la dimension spirituelle chez les êtres humains.

Tout comme Watson, les infirmières et infirmiers modèlent accordent une valeur à chaque individu. L'une des participantes, prénommée Mindy, a écrit le passage ci-dessous:

"Nous sommes tous et toutes des êtres humains et nous vivons sur la même planète. Nous partageons la même destinée puisque nous mourons tous et toutes en fin de compte. Chaque personne a sa propre valeur et a droit aux meilleurs soins que nous soyons à même de dispenser; elle mérite qu'on lui dispense ces soins avec compassion et dignité."

Au cours d'une de mes périodes d'observation, une participante du nom de Moira devait soigner un monsieur qui éprouvait les affres du sevrage alcoolique. En plus d'être atteint d'un cancer, il était toxicomane et avait passé la majorité de sa vie dans la rue. Il était coléreux, adressant des reproches sanglants et des gestes menaçants à toute infirmière ou tout infirmier qui osait tenter de le soigner. Mais Moira avait décidé qu'elle parviendrait à combler ses besoins. Elle l'a regardé droit dans les yeux et lui a dit "il n'y a pas de mal à avoir peur et à être en colère" avant de le quitter. Quelques minutes plus tard, elle est revenue dans sa chambre et il a accepté son offre de nourriture et de liquides. Elle l'avait traité avec respect, avait reconnu ses sentiments et n'avait point failli à ses croyances qui veulent que chaque individu mérite les meilleurs soins possibles.

Pour exprimer l'idée que chaque vie a une valeur, Julie a dit: *"Tous les cancéreux sont de bonnes personnes. On arrive à les connaître sous leur jour véritable, on découvre leur âme. Elles peuvent avoir appartenu aux plus bas échelons de la société avant, mais nous voyons ce qu'elles ont à l'intérieur d'elles-mêmes sans nous arrêter aux traits superficiels."*

L'une des observations sur le terrain s'accompagne du commentaire suivant: *"ces infirmières et infirmiers modèlent voient la personne qui se cache derrière chacun de ces corps fragiles, brisés et ravagés par le cancer. Aujourd'hui, l'infirmière que j'observais s'est exclamée: "ce devait être une bien jolie femme..."". Alors que je ne pouvais voir qu'une coquille détériorée, elle voyait la belle femme qui l'habitait jadis."*

Chez les infirmières et infirmiers aux compétences exceptionnelles, on considère que les êtres humains sont des individus qui ont leurs besoins et perspectives propres. Ces besoins ne varient pas seulement d'une personne à une autre, mais ils changent aussi au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Au cours d'une entrevue, Julie a déclaré:

“Nos patients ont beaucoup de besoins; ceux-ci diffèrent d'une personne à l'autre et nous nous efforçons de les cerner. Je demande à mes patients “Qu'est-ce que je peux faire pour vous?” ou bien “S'il y avait une chose que je pouvais faire pour vous maintenant, quelle serait cette chose?” Parfois, il faut que je le demande dix fois avant d'obtenir une réponse. Mais tout cela me permet de savoir exactement ce qui importe pour eux.”

Cette même infirmière a agrémente sa déclaration du récit ci-dessous: *“Il y avait cette patiente qui, lorsque je lui ai demandé ce que je pouvais faire pour elle, m'a répondu qu'elle en avait assez de porter des chemises de nuit et qu'elle voulait un pantalon. Impossible d'acheter des pantalons pour elle car elle avait une énorme tumeur abdominale. Elle possédait des chemises de nuit pour lesquelles elle avait dû payer deux cents dollars, mais ce qu'elle désirait ardemment, c'était un pantalon. Je suis rentrée bien vite chez moi après le travail, j'ai pris un morceau de tissu bon marché et je lui ai cousu un pantalon qui lui irait en laissant les coutures des côtés. Je l'ai fait pour qu'il lui aille.*

Et le lendemain, lorsque je lui ai remis le pantalon, j'avais le sentiment que c'était un million de dollars que je lui avais donnés. Son mari était présent lorsque je lui en ai fait cadeau et il s'est assis et s'est mis à pleurer. Les membres de la famille m'ont offert toutes sortes de cadeaux parce qu'ils voulaient me remercier de lui avoir donné un pantalon plutôt minable. En fait, ce n'était pas vraiment le pantalon qui comptait, mais plutôt ce qu'il représentait, la valeur qu'on avait attachée à elle. Je me sens tellement bien quand je parviens à combler leurs besoins. Je suis aux anges quand ça se produit.”

Faire toute la différence

Grâce à mon humble geste
Fait avec amour
Vous vous sentez estimé(e)

L'importance que vous éprouvez
Rejaillit sur moi

Heureuse de faire toute la différence
Cela m'incite à
continuer de vous soigner
vous, et les autres

Souvent, les besoins des patients atteints du cancer diffèrent de ceux des bien-portants. Marie met cette idée en valeur lorsqu'elle dit: *“Tous les gens ont des besoins mais il nous faut être sensibles à ceux de nos patients parce que, quelquefois, leurs besoins sont à l'opposé de ce que l'on pourrait attendre. Souvent, surtout à l'approche de la mort, leurs besoins de nature physique comme le besoin de manger et de se désaltérer diminuent considérablement tandis que les besoins affectifs et de réconfort prennent le devant de la scène; ils désirent ardemment donner leur amour et en recevoir, et se libérer du carcan de la douleur.”*

Lorsqu'ils respectent la vie et les différences individuelles, lorsqu'ils croient qu'en général les êtres humains sont pleins de bienveillance et que les individus sont des êtres multidimensionnels, les infirmiers et infirmières à la compétence exceptionnelle se façonnent une idée de l'être humain qui rejoint les concepts de Watson. Les récits et les commentaires qu'ils ont fournis donnent un visage humain à ces valeurs et croyances.

Croyances relatives à la relation patient-infirmière

Dans la vie au travail de l'infirmière (et de l'infirmier), la relation patient-infirmière est la principale association interpersonnelle. Watson (1989) étudie spécifiquement la nature de la relation patient-infirmière. Selon Watson (1989), l'infirmière (et l'infirmier) et le patient sont des coparticipants. Elle privilégie l'autonomie et la liberté de choix pour chacune des parties. Toujours d'après elle, il incombe à l'infirmière de fournir au patient l'information sur le traitement et les solutions de rechange afin de faciliter sa participation aux décisions qui le concernent.

Watson (1989) affirme que l'établissement d'une relation d'aide et de confiance entre l'infirmière et le patient améliore la qualité de toutes leurs interactions. Cette relation imprègne leurs communications et débouche sur l'affinité et la sollicitude. Selon Watson (1989), les caractéristiques d'une relation d'aide et de confiance sont la congruence (des interactions véritables), l'empathie (se mettre au diapason des sentiments des patients) et la chaleur (une acceptation positive de l'autre qui s'exprime le plus souvent par le langage, le toucher et le ton de la voix).

Dans le concept de Watson, la personne qui reçoit les soins peut également être celle qui exprime la sollicitude. Cela nourrit la bonté humaine de la dispensatrice ou du dispensateur de soins... Au sein d'une telle interrelation, l'infirmière et le patient sont à même de transcender leur personne, le temps et l'espace (Watson, 1989). La personne prodiguant les soins et le patient sont sur un pied d'égalité car la relation met en jeu l'âme même de leur humanité. Watson utilise le terme “sollicitude transpersonnelle” [transpersonal caring] pour décrire cette profonde interrelation humaine. Celle-ci démarre dès que la dispensatrice de soins pénètre dans l'espace de vie du patient et peut alors déterminer la condition et les besoins de l'autre (Watson, 1989). Les infirmières et infirmiers sont d'accord avec Watson (1989) pour dire qu'il arrive parfois que la sollicitude s'adresse à la personne prodiguant les soins pour le plus grand profit et du patient et de l'infirmière ou de l'infirmier.

Le cancer étant une maladie chronique, le patient et l'infirmière établissent souvent entre eux une relation de longue durée qui peut s'étendre sur plusieurs mois ou même plusieurs années. La profondeur de leur interrelation est illustrée par les propos de Mindy: *“On finit par bien se connaître. On rit et on pleure ensemble. On a besoin l'un de l'autre pour s'étreindre, aider, enseigner, partager et exprimer notre amour. Nous sommes dans le même bateau”.* Cette interrelation permet à l'infirmière et au patient de prendre soin l'un de l'autre.

Les infirmières et infirmiers s'inspirent de Watson lorsqu'ils considèrent qu'au sein de cette interrelation, leur rôle en est un de facilitation. Les patients et les membres de la famille gardent le contrôle des décisions qui les concernent. Jane en a donné le résumé ci-après: *“Les souhaits du patient et des proches revêtent la plus grande importance. Ce sont eux qui dirigent les soins”.* Maureen se fait l'écho de la perspective de Jane lorsqu'elle décrit son rôle: *“Mon rôle consiste à aider les patients et les proches à prendre des décisions en leur présentant leurs options. Je m'efforce de leur fournir les options et de les amener à faire des choix éclairés”.* La relation patient-infirmière repose sur une assise fondamentale, à savoir que ce sont les patients qui dirigent la prise de décisions concernant les soins qui leur sont prodigués.

Cheminer ensemble

Partage ton chemin
Tu ne peux briller à toi seul

Ceux que tu attires vers toi
Reflètent et exaltent
ton esprit.

Croyances relatives à la nature des soins infirmiers

Watson (1985) avance que la sollicitude constitue l'essence des soins infirmiers. Elle affirme que les soins infirmiers peuvent être, et sont, physiques, objectifs, factuels et de nature procédurale; mais, au plus haut niveau des soins, l'approche humaniste de l'infirmière ou de l'infirmier, ses interventions empreintes de sollicitude et sa présence au sein de la relation transcendent le monde physique et matériel... et font du contact avec le monde affectif et subjectif du patient la voie royale vers le moi et la personnalité profonde.

Dans ces moments de sollicitude véritable, deux personnes juxtaposent leur propre vécu et leurs propres champs phénoménologiques dans le cadre d'un échange de sollicitude (Watson, 1985). Le champ phénoménologique est la réalité subjective ou le cadre de référence propre à la personne. Dans ces moments-là, chacun des participants est touché par le moi profond de l'autre.

Watson (1985) pense que dans son évolution, l'infirmière ou l'infirmier adopte un système de valeur qui favorise la foi et l'espoir et privilégie la dimension spirituelle. Dans les cas où la médecine est incapable de guérir une personne, l'infirmière peut continuer à utiliser la foi et l'espoir pour lui donner un sentiment de bien-être par le truchement des croyances significatives pour la personne en question.

Tout comme Watson, les infirmières et infirmiers modèles définissent les soins infirmiers comme étant un processus intentionnel et orienté vers des buts précis. Par contre, ils pensent aussi que les soins infirmiers s'articulent autour de la relation patient-infirmière et ils ne peuvent donc pas dissocier les soins infirmiers des bénéficiaires.

Jane s'en explique ainsi: *"Les patients sont la seule raison d'être de notre profession. Dispenser des soins directs aux patients, entrer en contact avec de vraies personnes, c'est ça, les soins infirmiers. Pour être bonne infirmière, il faut être très proche de ses patients et partager avec eux une partie de soi-même."* Au cours d'une conversation, Mindy m'a fait le récit suivant qui représente sa définition des soins infirmiers dans le contexte de la relation patient-infirmière.

"À l'école des sciences infirmières, on m'a appris à ne pas trop m'immiscer dans la vie de mes patients, à garder des "distances professionnelles" entre eux et moi. J'estime qu'il s'agit là d'un obstacle à l'excellence dans notre profession. Il faut absolument que j'apprenne à connaître mes patients afin de pouvoir évaluer leurs besoins, planifier et dispenser les soins. Notre travail nous amène à faire des choses de nature personnelle et intime à nos patients et à discuter avec eux de questions personnelles et intimes. Il est impossible de faire ça tout en gardant ses distances. Toutes les interrelations positives font appel au partage et la relation patient-infirmière n'échappe pas à cette règle si on veut qu'elle soit bénéfique et qu'elle se concrétise par une intervention infirmière réussie."

Tous les participants à l'étude ont mentionné les sentiments qu'ils éprouvaient au sujet de leur profession. On relève des thèmes communs dans leurs commentaires à savoir les possibilités qu'offrent les soins infirmiers en matière d'interaction humaine et l'occasion de faire toute la différence. Je laisse à deux de ces infirmières le soin de vous décrire la satisfaction qu'elles tirent de la carrière qu'elles ont choisie.

"Les soins infirmiers vous mènent dans des endroits où vous n'iriez pas autrement, par delà les barrières qui séparent les individus, pour leur tenir la main et être à leurs côtés. Nombreux sont ceux de mes patients qui ont touché ma vie et ils ne le sauront jamais. Il n'y a pas beaucoup d'emplois qui vous donnent une satisfaction personnelle de cette envergure." (Julie)

"C'est fantastique de pouvoir faire la différence dans la vie de quelqu'un. Je pense que nous avons toutes écrit que nous voulions

aider les autres dans l'exposé d'entrée à l'école des sciences infirmières. Eh bien, ici, j'ai la chance de pouvoir le faire." (Maureen)

Pour ces infirmières et infirmiers modèles, les soins infirmiers sont un travail enrichissant, une chance en or d'acquérir des compétences et de s'épanouir sur le plan personnel. Ils disaient bien que les soins infirmiers sont complexes et exigeants, mais ils les voyaient sous un jour positif en focalisant leur attention sur les possibilités en matière d'épanouissement personnel.

Jane a offert les commentaires ci-dessous: *"Quand on débute dans la profession, après environ six mois, on commence à prendre confiance et on se dit qu'on fait un excellent travail. Puis au fil des ans, on réalise qu'on n'arrête jamais d'apprendre. Prenez mon cas, dix ans de métier et j'apprends quelque chose de nouveau chaque jour. Je m'en réjouis parce que cela m'aide à prodiguer de meilleurs soins et à donner une plus grande part à la créativité."*

Marie, quant à elle, a déclaré: *"Les soins infirmiers favorisent l'épanouissement mutuel du patient et de l'infirmière. Je ne crois pas que l'épuisement professionnel touche les infirmières et infirmiers qui s'impliquent à fond dans les relations patient-infirmière, source d'une grande satisfaction au travail. J'en retire ma mise, peut-être même plus."*

La transformation d'une infirmière

Façonnée jour après jour par un flot constant de défis, j'évolue continuellement.

À chaque fois que je confronte la mort et la maladie, la vie n'en devient que plus précieuse.

Dorénavant, j'aborde la vie avec une certaine urgence, absorbant avidement toutes les expériences qu'elle a à offrir.

Je veux réveiller le monde, je veux changer la vie de ceux qui ont besoin de moi.

Mais, ce faisant, je reconnais que moi aussi, j'ai besoin de sustentation et je reçois aussi librement que je donne.

C'est avec reconnaissance que j'accepte et j'accueille ces changements et que j'anticipe ma transformation continue.

Croyances en matière d'environnement infirmier

Watson (1985) soutient que l'environnement infirmier joue un rôle primordial au niveau de la promotion et du rétablissement de la santé et de la prévention de la maladie. Elle souligne qu'il faut tenir compte de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel, et que les infirmiers et infirmières doivent s'efforcer de fournir des environnements offrant soutien, protection et traitement.

Les entrevues des participants comprenaient des commentaires sur les divers environnements des patients. L'environnement physique était crucial, mais ils soulignaient également l'importance des environnements social (la famille), culturel et physiologique. Les infirmières et infirmiers modèles essayaient délibérément de créer un second chez-soi à l'hôpital, une intervention qui leur est bénéfique tout autant qu'aux patients d'un point de vue physique, social et psychologique. Peter, un infirmier qui participait à l'étude attire l'attention sur ce fait lorsqu'il dit:

“Nous voulons que les patients se sentent chez eux et nous les encourageons à transformer leur chambre à leur image. Nous leur suggérons d’apporter des articles personnels comme des tableaux, des plantes, des ornements et des douillettes.

On invite les membres de la famille et les personnes chères à leur rendre visite quand ils le veulent, et nous nous efforçons de marquer les occasions spéciales telles que les anniversaires.”

Julie en donne une illustration supplémentaire lorsqu’elle explique: “Ici, nous faisons plein de petites choses comme de mettre une carte calligraphiée au nom du patient sur la porte de sa chambre, d’utiliser des tasses en porcelaine pour le thé et des nappes de dentelle pour les festivités, des petites choses qui, en fait, font une énorme différence.”

Toutefois, ces changements de mobilier et de décoration ne suffisent pas à créer un environnement qui rappelle le logis et le personnel infirmier modèle ne l’ignore pas. Lors d’une pause-café, Jane m’a confié:

“Non seulement il faut que l’environnement leur donne l’impression d’être chez eux ou tout au moins dans un cadre familial, mais il faut également qu’on fasse tout notre possible pour qu’ils se sentent vraiment chez eux. Pour y parvenir, on les incite à porter leurs propres vêtements, à faire des choix et à contrôler leurs propres routines.”

Bottorff (1991) fait la même observation lorsqu’elle écrit que les environnements de soins de santé peuvent devenir un second chez-soi pas seulement en changeant le décor mais, et c’est plus important, en mettant le patient au centre, au centre de chaque nouvelle journée.

Bottorff prétend que l’on reconforte le patient en l’aidant à se sentir chez lui.

Plusieurs infirmières et infirmiers ont discuté de l’énergie animant cet environnement en disant que les interactions humaines impliquent des échanges au niveau de cette énergie. Comme le commentaire qui suit le montre bien, la puissance de

cette énergie dans les relations patient-infirmière et dans l’environnement infirmier plus global était un déterminant d’une pratique réussie.

“Nous faisons tout notre possible pour avoir une énergie positive ici. Lorsque les gens apprennent qu’ils vont devoir se rendre dans un service de cancérologie, ils imaginent que tout est noirceur et affliction, ils ne pensent qu’aux aspects négatifs. Ils sont heureusement surpris lorsqu’ils arrivent et qu’ils réalisent que notre service est un endroit lumineux qui respire la gaieté et le bonheur. Seulement il faut que nous travaillions fort pour qu’il en soit ainsi.” (Julie)

Les infirmières aux compétences exceptionnelles reconnaissent que l’environnement des patients est à l’image de ceux-ci, donc multidimensionnel. Elles estiment que les infirmiers et infirmières se doivent de prendre en compte tous les aspects du milieu. Ils font grand cas des multiples avantages dont bénéficient les patients lorsqu’on personnalise l’environnement infirmier.

Résumé

Les infirmières et infirmiers à la compétence exceptionnelle expriment des croyances bien articulées sur leur propre définition de la santé, de la nature des êtres humains, des soins infirmiers, de la relation patient-infirmière et de l’environnement infirmier. Les aspects que l’on retrouve le plus fréquemment dans les philosophies du personnel infirmier modèle sont les suivants: la préciosité de la vie; le respect de la dignité, de la valeur et de l’autonomie de chaque individu; une conscience de l’importance de la connaissance de soi; un engagement à aider chaque patient à atteindre la meilleure qualité de vie possible, la définition de cette qualité de vie étant laissée au patient; l’acceptation du fait que la mort fait partie intégrante du cycle de la vie; et enfin, une détermination à agir en vertu de leur propre philosophie.



Bibliographie

- Benner, P., Wrubel, J. (1989). **The primacy of caring: Stress and coping in nursing**. London: Chapman/Hill.
- Bennett, A., Foster, P. (1990). Ernestine Wiedenbach. In J. George (Ed.). **Nursing theories: A base for professional nursing practice** (3rd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bottorff, J. (1991). The lived experience of being comforted by a nurse. **Phenomenology and pedagogy**, 9, 237-252.
- Boyd, C. (1990). Qualitative approaches to research. In G. LoBiondo-Wood & J. Hober, (Eds.), **Nursing research methods, critical appraisal and utilization**. Toronto, ON: C.V. Mosby.
- Chenitz, C., Swanson, J. (1986). **From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing**. Melno Park, CA: Addison-Wesley.
- Gaut, D. (1981). A philosophical method to study phenomena. In M. Leininger (Ed.), **Qualitative research methods in nursing**. N.Y.: Grune/Stratton.
- Kikuchi, J., Simmons, H. (1992). **Philosophic inquiry in nursing**. Newbury Park, CA: Sage.
- Leininger, M. (1985). **Qualitative research methods in nursing**. New York: Grune & Stratton.
- Oiler, C. (1986). Phenomenology: The method. In P. Munhall & C. Oiler (Eds.). **Nursing research: A qualitative perspective**. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Parse, R. (1994). Quality of life: Sciencing and living the art of human becoming. **Nursing Science Quarterly**, 7(1), 16-21.

- Paterson, J., Zderad, L. (1976). **Humanistic nursing**. N.Y.: Wiley.
- Peplau, H. (1989). **Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau**. In A. O’Toole & S. Welt (Eds.). N.Y.: Springer.
- Sarter, B. (1993). **Philosophical sources of nursing theory**. N.Y.: J.B. Lippincott.
- Samarel, N. (1991). **Caring for life and death**. N.Y.: Hemisphere.
- Strauss, A., Corbin, J. (1990). **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**. Newbury Park, CA: Sage.
- van Manen, M. (1990). **Researching lived experience**. London, ON: Althouse.
- Watson, J. (1985). **Nursing human science and human care: A theory of nursing**. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1989). Human caring and suffering: A subjective model for health services. In J. Watson & R. Taylor (Eds.). **They shall not hurt: Human suffering and human caring**. Boulder, CO: Colorado Associated University.
- Wiedenbach, E. (1964). **Clinical nursing: A healing art**. N.Y.: Springer.
- Wilson, H., Hutchinson, S. (1991). Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory. **Qualitative Health Researcher**, 1(2), 263-276.