

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
JOSETTE ROUSSEL

EFFICACITÉ D'UN ATELIER DE FORMATION PORTANT SUR LA THÉORIE DE
WATSON SUR LA PERCEPTION PAR L'INFIRMIÈRE DE SES PROPRES
COMPORTEMENTS DE CARING

JUIN 2005

Sommaire

Le but de cette intervention est de démontrer si une formation de trois heures sur la théorie de Watson peut modifier les comportements de caring de l'infirmière qui œuvre auprès de patients atteints de maladies chroniques et hospitalisés à long terme. Un devis quasi expérimental pré test post test avec groupe témoin permet de comparer les comportements de caring auto rapportés de 28 infirmières d'un groupe expérimental à ceux de 17 infirmières d'un groupe témoin. Les infirmières du groupe expérimental recrutées par lettre assistent de façon volontaire à un atelier de trois heures sur la théorie de Watson. Avant l'atelier elles complètent un questionnaire sur les comportements de caring et une seconde fois trois mois après la formation. Pour fin de comparaison, un groupe témoin est recruté de la même façon dans un autre hôpital afin d'éviter la contamination. Les infirmières du groupe témoin complètent le même questionnaire deux fois sans toutefois ne recevoir aucune formation. Des tests *t* de Student permettent de comparer les deux groupes et de vérifier l'efficacité de la session de formation sur l'évolution des comportements de caring auto rapportés. Aucuns résultats statistiquement significatifs ne permettent de conclure à une évolution des comportements de caring chez les infirmières du groupe expérimental. Il est recommandé d'assortir ce type d'atelier de formation à d'autres stratégies pour bien ancrer le caring dans la pratique infirmière.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
La problématique.....	4
Le contexte	5
Le problème	9
Le cadre théorique	13
Situation actuelle	19
Situation désirée	20
Solution envisagée.....	20
L'objectif général de l'intervention.....	20
Objectifs de formation	21
Objectifs personnels	21
La recension des écrits.....	22
Les recherches sur la nature du caring infirmier	24
Les recherches sur la perception des comportements de caring par le patient et l'infirmière	26
Les recherches sur les expériences humaines et les besoins du caring	37

Les recherches sur les outils pour mesurer les comportements de caring selon la théorie de Watson.....	38
Les recherches sur les stratégies éducatives pour un meilleur enseignement du caring.....	42
La méthodologie.....	44
Les objectifs de l'intervention.....	48
Participants.....	50
Outil de mesure	51
Déroulement de l'étude.....	57
Réajustements apportés et justification.....	68
Considérations éthiques	69
Plan des analyses	70
Les résultats.....	71
Étapes de l'évaluation de l'intervention	72
Résultats de la moyenne obtenue dans chacune des dimensions de caring de l'échantillon.....	73
Les résultats des tests statistiques.....	77
Discussion	82
Résultats selon l'objectif de l'intervention	83
Objectif général de l'intervention.....	83
Les moyens utilisés pour rencontrer l'objectif	84
Retombées pour la discipline infirmière	86

Conséquences sur la pratique	88
Conséquences sur la gestion.....	88
Limites du projet d'intervention.....	89
Forces du projet d'intervention	91
Recommandations pour l'établissement de santé.....	93
Conclusion	97
Références.....	101
Appendice A : Contrat avec le milieu	108
Appendice B : Lettre d'information pour le groupe expérimental.....	110
Appendice C : Lettre de recrutement pour le groupe témoin.....	112
Appendice D : Permission d'utiliser l'inventaire des comportements de caring de l'auteure	114
Appendice E : Formulaire de consentement	116
Appendice F : Inventaire des comportements de « caring » pré-test	119
Appendice G : Brochure de l'atelier de formation.....	122
Appendice H : Lettre de confirmation pour la participation à l'atelier	124
Appendice I : Présentation PowerPoint de l'atelier de formation.....	126
Appendice J : Lettre explicative.....	144
Appendice K : Lettre de confirmation du président du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais	146

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Recherches sur la perception des comportements de caring	28
Tableau 2 :	Dimensions de caring Wolf et al. (1994)	54
Tableau 3 :	Déroulement de l'atelier de trois heures	67
Tableau 4 :	Moyennes (<i>M</i>) et écarts types (<i>ÉT</i>) des deux groupes dans chacune des cinq dimensions de caring avant et après la formation sur le caring	74
Tableau 5 :	Ordre selon les moyennes des cinq dimensions de caring avant et après l'intervention pour le groupe expérimental et le groupe témoin ..	76
Tableau 6 :	Test <i>t</i> indépendant pré test groupe expérimental et groupe témoin (<i>n</i> = 45)	79
Tableau 7 :	Test <i>t</i> de Student pour échantillons pairés	80
Tableau 8 :	Test <i>t</i> de Student pour échantillons pairés avec tous les items de l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994)	81

Remerciements

L'auteure désire remercier tout particulièrement sa directrice d'essai, Mme Chantal Saint-Pierre, directrice du Module des sciences de la santé de l'Université du Québec en Outaouais pour son soutien et son engagement tout au long de ce projet de longue haleine.

Aussi, des remerciements à mes collègues, Mme Sylvie Corbeil infirmière en pratique avancée et Mme Kathleen Holdway, infirmière assistante à la recherche, pour leur contribution à l'étape de l'entrée des données de l'évaluation du projet d'intervention. L'appui financier du milieu de l'intervention a été aussi apprécié pour permettre à l'auteure de poursuivre son projet auprès des infirmières autorisées de son milieu de travail.

Merci aussi à M. Mario Lepage, professeur au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, pour son assistance à l'étape de l'analyse des résultats et pour l'interprétation des tests statistiques qui ont été utilisés.

Ce projet a été aussi possible grâce à l'aide prodigué par mon mari en ce qui a trait à l'équilibre familial. Le travail et les heures passées à compléter ce projet ont été réalisables grâce à l'encouragement de tous ces gens pour pouvoir finaliser ce projet qui me tient à cœur pour la profession infirmière. Je tiens à souligner toute ma gratitude à tous.

Introduction

Il a été observé par l'auteure dans ses fonctions d'infirmière clinicienne spécialiste en pratique avancée dans un centre de soins aux patients atteints de maladies chroniques que les infirmières font face à des situations de soins de plus en plus complexes. Dans ces circonstances il apparaît que les infirmières choisissent souvent de se tourner vers une tâche plus technique pour rencontrer les exigences des soins plus complexes. Cette approche a pour effet de diminuer le temps consacré à l'aspect humain du soin. Par conséquent, les patients sont de plus en plus insatisfaits des soins apportés par l'infirmière.

En utilisant une approche globale auprès des patients, l'infirmière peut mieux faire face aux situations de soins plus complexes tout en gardant une relation humaine et positive avec le patient. En effet, pour répondre aux besoins relationnels des patients en soins continus complexes, l'infirmière n'a pas à s'éloigner de ce qui l'identifie comme professionnel de la santé : le caring (Greggs-McQuilkin, 2003). Une approche globale est en fait favorisée par la théorie du caring et les facteurs caratifs de Watson (1979, 1988, 1998). Des recherches ont également démontré l'influence positive qu'apporte le caring infirmier sur l'expérience du patient (Garder, Goodsell, Duggan, Murtha, Peck et Williams, 2001; Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose et Giardino, 1998).

Il faut ancrer les infirmières vers une vision renouvelée et changer petit à petit des routines de soins qui mènent à une insatisfaction chez le patient telles que décrites par Wolf et al. (1998). Comment alors ramener l'infirmière à utiliser plus le caring même dans des situations de soins complexes? Inspirée par le cadre conceptuel de Watson l'auteure suggère d'influencer les comportements de caring des infirmières. L'objectif de ce projet d'intervention est de tenter de favoriser une augmentation des comportements de caring auto rapportés par l'infirmière en offrant un atelier de formation sur le caring. Cette formation de trois heures comporte principalement une révision des concepts de la théorie de caring de Watson et les facteurs caratifs. Un inventaire des comportements de caring (Wolf et al. 1994) basé sur la théorie de Watson est utilisé pour mesurer les comportements de caring auto rapportés auprès des infirmières du programme des soins continus complexes. Ces réponses sont comparées à celles d'infirmières n'ayant pas reçu la formation.

Pour décrire cette intervention et l'approche utilisée plus en détails, l'essai présente les aspects suivant : 1) la problématique, qui comprend le contexte, le problème, le cadre théorique et les objectifs de l'intervention; 2) la recension des écrits; 3) la méthodologie; 4) les résultats selon le plan d'analyse; et, 5) la discussion.

La problématique

L'étape initiale de ce projet d'intervention est la formulation de la problématique. La description de la problématique comprend les éléments suivants : le contexte, le problème, le cadre théorique, la situation actuelle, la situation désirée, les objectifs de l'intervention, les objectifs de la formation et les objectifs personnels.

Le contexte

Le contexte comporte : une description de l'établissement de santé dans laquelle l'intervention a été réalisée; les valeurs de l'établissement de santé; un compte-rendu des changements récents à l'établissement de santé ayant un impact sur le personnel infirmier; et une présentation d'un objectif de la direction pour l'amélioration de la qualité des soins auprès des patients.

L'intervention qui fait l'objet de cet essai se déroule dans un établissement de santé donnant des services à 770 patients. Il regroupe deux hôpitaux situés en milieu urbain et un établissement de soins à long terme situé en banlieue. En plus d'offrir des services à l'interne, le centre dispense des services externes à l'intérieur d'un programme de jour et de cliniques externes. L'un des hôpitaux offre des soins continus complexes tandis que l'autre offre des services de réadaptation et de soins palliatifs. Les soins continus complexes sont destinés aux malades chroniques et aux patients ayant besoin de soins

interdisciplinaires complexes de façon épisodique durant une période spécifique en raison d'une déficience fonctionnelle.

Le respect, la compassion, la justice et l'esprit communautaire constituent les quatre valeurs véhiculées auprès du personnel (tiré des commentaires de M. Bilodeau, directeur général dans le rapport annuel du Service de santé XXX, 2002). Le respect signifie une valorisation de la dignité inhérente à chaque être humain, à toutes les étapes de sa vie et le droit pour les personnes d'être acceptées à part entière. La compassion donne une importance à l'empathie et à une présence authentique permettant aux gens de se sentir acceptés comme personne et favorisant leur croissance vers un bien-être global. La valeur de la justice est de promouvoir l'intégrité en permettant une utilisation juste et appropriée des ressources allouées pour améliorer la qualité de vie. La dernière valeur est la reconnaissance pour que les gens développent leur potentiel dans leurs rapports avec les autres et avec leur communauté.

L'établissement de santé a subi de nombreux changements du point de vue organisationnel au cours des trois années précédant (2001-2004) le projet d'intervention. Des compressions budgétaires, des changements de programmes de soins et un projet de construction sont des changements importants qui affectent le personnel. D'abord, une diminution importante des lits de soins continus complexes et le déménagement du programme de réadaptation et du programme des soins continus complexes d'un hôpital vers l'autre. Ensuite, pour mieux faire face aux coupures budgétaires, des changements

aux programmes de soins de deux des hôpitaux de l'établissement de santé ont également été effectués, particulièrement en 2001 et 2002. De plus, l'un des hôpitaux a entamé un projet de construction échelonné sur cinq ans, de 2001 à 2006, qui consiste principalement en l'ajout d'une aile de plus de 100 lits. Une réfection des autres ailes a permis de moderniser les chambres des patients et le système de climatisation. Afin de permettre de compléter la réfection aux autres ailes de l'hôpital, une relocalisation de patients à tous les six mois doit se faire.

Ces changements importants affectent sans contredit les soins infirmiers de façon directe. Le personnel infirmier doit non seulement changer d'environnement physique, mais en même temps, retrouver sa routine du travail et son programme de soins bouleversés. De plus, l'accès aux ressources qui étaient familières est modifié pour être adapté au nouvel environnement.

Aux changements structuraux, s'ajoutent les changements dans le type de patients admis. Les critères d'admission ont changés; ce qui fait que tous les patients admis ont des besoins complexes de soins. En effet, on peut observer un accroissement de la complexité des cas admis dans le programme des soins continus complexes entre 2001 et 2003. Les admissions se font sur la base de la présence de complications suite à leur maladie chronique; c'est ce qui amène une plus grande complexité dans l'éventail des besoins des patients de ce programme de soins. Les patients admis ont encore aujourd'hui des besoins beaucoup plus élaborés. Par exemple, certains patients atteints de problèmes

respiratoires nécessitent une trachéotomie et les soins qui en découlent. Chez d'autres patients admis on observe des plaies de pression impliquant une destruction importante des tissus provoquant une nécrose allant jusqu'à des lésions aux muscles et aux os. À cela s'ajoute le fait que plus de 25 % des patients du programme de soins continus complexes soignés depuis cette nouvelle politique d'admission nécessitent un mode d'alimentation par gavage avec les risques de pneumonie qui en découlent. Leur séjour vise une réadaptation et une stabilisation de leur condition dans le but de retourner à domicile ou dans un milieu de soins à long terme. Cette situation amène un nombre plus élevé d'admissions sur les unités de soins; parfois jusqu'à trois fois plus pour une même unité. Cette augmentation s'est faite sur une très courte période de temps de quelques mois seulement. D'après des commentaires tenus par des gestionnaires en soins infirmiers, il semble que, pour s'adapter, les infirmières auraient tendance à se centrer uniquement sur la tâche technique, laissant de côté la relation avec le patient.

Les gestionnaires en soins infirmiers ont un intérêt pour ce projet d'intervention de maîtrise en raison des nombreuses plaintes provenant de patients sur l'approche utilisée par le personnel infirmier et le manque d'individualisation du soin perçu par certaines familles et patients. Parallèlement la direction affirme vouloir chercher à mettre en place des stratégies vouées à une amélioration la qualité de vie des patients. C'est pourquoi un sondage sur la satisfaction des patients a été fait en 2002 (Smaller World Communications). La direction vise également à développer une nouvelle culture organisationnelle qu'illustrent les propos du directeur général suivant :

« Cette culture sera fondée sur le développement, l'acquisition et l'utilisation du savoir, l'utilisation de la technologie moderne, l'accent sur les résultats et la satisfaction de la clientèle, **une approche centrée sur le client**, la pratique fondée sur les résultats, le soutien à l'initiative et à la créativité, l'utilisation de normes pour améliorer notre efficacité, la capacité de vivre selon nos ressources et le respect de notre mission et de nos valeurs. (M. Bilodeau, Directeur général, Service de santé XXX, 2002, p. 2) »

Le problème

On peut présumer qu'en grande partie, les changements existants dans l'établissement de santé font en sorte que le personnel infirmier semble délaisser la partie relationnelle du soin pour plutôt mettre leurs priorités sur la tâche à accomplir à cause d'un manque apparent de temps. Cette situation est présente depuis 2002. En 2002, un sondage sur la satisfaction a été effectué auprès des patients de cet établissement de soin (Smaller World Communications, 2002). Le rapport met en lumière des lacunes inquiétantes dans la partie relationnelle des soins de la part du personnel infirmier dans le programme des soins continus complexes. Cette réalité est préoccupante plus particulièrement en ce qui concerne le programme des soins continus complexes. En effet, ces patients ont des besoins plus élaborés qui nécessitent d'autant plus l'application de la relation thérapeutique et technique de la part de l'infirmière. Il faut trouver des moyens pour permettre un retour vers l'humanisation des soins infirmiers au programme des soins continus complexes.

Voici quelques exemples pour illustrer la perception du personnel infirmier affecté au programme des soins continus complexes. Comme premier exemple, il est question

d'une situation rapportée lors d'une séance de formation donnée par l'auteure. Une infirmière qui travaille de soirée voulant montrer son dévouement raconte qu'elle donne systématiquement un baiser sur la joue à tous ses patients lorsqu'elle les met au lit. Lorsqu'on lui demande si les patients ont préalablement consenti à cette routine du coucher, sa réponse est négative. Effectivement, elle reconnaît avoir pris pour acquis que ce serait quelque chose de bien pour eux et que cela démontre de la bienveillance auprès du patient. Elle réfléchit et répond que dorénavant elle ne prendra plus pour acquis sa perception de ce que le patient devrait aimer. Elle reconnaît que cela est possiblement basé sur une fausse perception de la réalité du patient. Un autre exemple recueilli au cours de cette même séance : une infirmière raconte qu'elle passe plus de temps avec un patient en particulier qui lui est assigné en justifiant le fait que son travail auprès des autres patients est terminé. Ce comportement n'est pas ancré dans une reconnaissance de l'individualité de chaque patient mais seulement sur une préférence personnelle. La perception de cette infirmière est que cette approche est la bonne et ce, même si elle est au courant qu'une plainte a été faite par des collègues de travail sur cette façon d'organiser le temps consacré à la relation thérapeutique avec l'ensemble des patients sous sa responsabilité.

Lors d'autres situations d'apprentissages, des infirmières de l'établissement de santé expliquent qu'elles manquent de temps à l'intérieur de leur quart de travail. Elles affirment qu'elles n'ont seulement du temps pour offrir des soins techniques tels que les soins des cathéters veineux ou des pansements et reliés aux activités de vie quotidiennes

telles que le bain, les repas, etc. La définition de leur rôle comme infirmière est plutôt en relation avec ces tâches techniques et alors apparaît dépossédé de l'aspect relationnel attendu de la professionnelle de la santé qu'est l'infirmière.

Ajoutons que le Service de santé XXX possède une équipe de ressources en pratique avancée qui a entre autre pour objectif d'agir à titre d'experte auprès des infirmières dans différents aspects de l'exercice professionnel. Il semble, selon des rapports provenant des infirmières en pratique avancée, que les infirmières soignantes ont beaucoup de difficulté à voir le soin basé sur l'unicité des besoins de chaque patient. Ces infirmières expriment leur mécontentement sur l'approche de soins centrés sur le patient, leur frustration face au manque de personnel ainsi qu'au trop grand recours au personnel sur appel qui ne connaît pas la routine de l'unité. Les infirmières élèvent des barrières aux approches plus psychosociales en mettant tout simplement l'accent sur les tâches techniques à accomplir. « Nous n'avons pas le temps de répondre à tous les besoins du patient », expriment-elles alors.

Les patients, pour leur part, expriment clairement leur inquiétude face à l'approche infirmière. Un patient explique que les membres d'équipes de soins infirmiers ne sont pas réellement présents, ne sont pas à son écoute. Il ajoute qu'il existe un manque de considération de l'individualité dans l'approche de soin, surtout lorsqu'il y a une demande au-delà de la routine habituelle. Ces constatations sont validées par le rapport du sondage auprès des patients du programme de soins continus complexes. Ce sondage effectué en

2002 par Smaller World Communications décrit que les patients dénoncent des manques d'individualisation et de continuité des soins. Il y a 52 % des patients du programme de soins continus complexes qui participent au sondage ($n = 180$). Le rapport commente le manque de respect et d'écoute de la part du personnel ainsi qu'une attitude négative. Par exemple, 53 % des patients qui ont répondu au sondage, se sentent ignorés par le personnel infirmier. Jusqu'à 82 % des patients expriment que le personnel prend avantage de leur position et 25 % d'entre eux ont la conviction qu'ils ne peuvent faire des choix personnels éclairés comme le moment de leur bain par exemple (Smaller World Communications, 2002).

D'autres faits basés sur l'utilisation d'un outil de mesure de la charge quotidienne de l'infirmière confirment que le personnel responsable des soins infirmiers est principalement axé vers la tâche et non le patient. L'outil en question, GRASP® (Grace Reynolds Application Study Peto) Workload Management System, permet de constater, suite à des rapports anecdotiques, que le personnel infirmier trouve sa tâche très lourde. Par conséquent, les infirmières ne voient pas comment elles peuvent apporter plus de sollicitude aux patients et jouer leur rôle comme elles le devaient pour respecter les valeurs fondamentales de l'établissement. Pour pouvoir compléter à chaque jour cette tâche de plus en plus lourde, des routines persistent.

Cependant, ces routines peuvent être améliorées par une approche plus axée vers chaque patient. Par exemple, tous les patients sont réveillés la nuit lors des tournées des

soignants. Pour satisfaire à la tâche ou à la routine établie, tous les patients sans exception sont tournés, changés avec une lumière éblouissante et cela, même deux heures après avoir reçu un somnifère. Il est permis de croire que cette pratique de soin affecte la satisfaction des patients mais surtout ne respecte pas les principes d'une philosophie de soins centrée sur le respect. C'est un exemple où une approche plus centrée sur le patient serait bénéfique.

Les quatre valeurs fondamentales qui doivent guider les soins dans l'établissement sont mises au défi dans ce contexte et c'est ce qui suscite le besoin de mettre en oeuvre une intervention qui, parmi d'autres, peut contribuer à améliorer la situation des patients du programme des soins continus complexes.

Le cadre théorique

Des constatations inquiétantes venant des patients et des infirmières en pratique avancée mettent en évidence une approche de soin des infirmières qui n'est pas axée sur les besoins du patient dans le programme de soins continus complexes. Il s'agit de retrouver dans la théorie des bases qui peuvent aider à encadrer la résolution de ce problème. L'une des questions de base est la suivante : comment donner un nouveau souffle au personnel des soins infirmiers pour qu'il retrouve le goût du soin si profondément ancré dans le rôle infirmier? La théorie du caring de Watson préconise une approche qui assure une direction à l'intervention. Selon McCance, McKenna et Boore

(1999) la science infirmière est expliquée par Watson comme une science humaine qui s'intéresse aux processus de soins humains des patients ou de leur famille. Cette théorie présente une approche infirmière pour aider les patients à obtenir un équilibre du corps, de l'âme et de l'esprit. Le respect des besoins individuels et uniques de chaque patient est reflété dans la théorie de Watson (McCance et al. 1999). Cet aspect du soin ne peut être réduit à des tâches et elle s'explique dans l'utilisation de ses dix facteurs caratifs (Lea et Watson, 1996).

La théorie de Watson a été choisie comme cadre de référence, entre autre parce qu'elle est centrée sur le soin au patient et est donc congruente avec la philosophie de soins de l'établissement. Comme on l'a vu, la philosophie de soins de l'établissement place explicitement le soin centré sur le patient comme valeur de base des soins. Comme le démontre la problématique, des lacunes importantes dans la relation avec les patients sont identifiées chez le personnel infirmier du programme des soins continus complexes. C'est pourquoi, il apparaît primordial de cibler cet aspect du soin infirmier afin d'apporter des changements de comportements escomptés chez le personnel infirmier. Pour soutenir notre démarche, une description d'études appuiera la pertinence du projet d'intervention clinique. Inspirée de l'analyse du concept de caring effectuée par Morse, Solbertg, Neander, Bottorff, et Johnson (1990) qui présente la diversité du sens donné au caring dans la littérature en sciences infirmières nous avons privilégié celle de Watson. Ainsi, la première catégorie d'études définit le cadre théorique de Watson en revoyant le concept

de caring et la seconde catégorie d'études revoit la théorie de Watson pour préciser sa valeur apportée au projet d'intervention.

Définitions du concept de caring

Morse et al. (1990) ont effectué une recension des écrits sur le concept de caring provenant de 35 auteurs en sciences infirmières. D'après Morse et al. (1990), il est démontré qu'il n'existe pas de consensus sur une définition unique du concept du caring. L'article identifie les cinq perspectives suivantes différentes sur la nature même du caring : 1) le caring comme un état humain; 2) le caring comme un idéal moral; 3) le caring comme un affect; 4) le caring comme une relation interpersonnelle, et, 5) le caring comme une intervention infirmière.

Le cadre théorique de Watson selon Morse et al. (1990) rejoint plutôt la perspective du caring comme un idéal moral et comme une relation interpersonnelle. Les auteurs expliquent que Watson propose un lien d'une part entre la relation de l'infirmière avec le patient et d'autre part sur la façon dont elle affecte la santé ou la guérison du patient.

Ajoutons que le caring peut se définir comme une valeur, une philosophie, une façon d'être; c'est l'ontologie des soins infirmiers (Cara, 2001). De plus, le caring est un facteur interactif qui prend place lorsqu'il y a des échanges entre le patient et l'infirmière (Wolf,

Giardino, Osborne, et Ambrose, 1994) et qui est démontré dans l'application des 10 facteurs caratifs dans sa démarche de soin (Watson, 1998).

La théorie de Watson

Selon Kérouac, Pépin, Ducharme et Major (2003), Watson oriente sa théorie vers une relation humaine dans laquelle l'infirmière et le patient sont des coparticipants au processus du caring. Le caring est, selon Watson (1998), démontré et pratiqué à l'intérieur de relations interpersonnelles thérapeutiques. Tout cela doit reposer sur une meilleure qualité des interventions basées sur une connaissance des comportements humains, des réponses du patient aux soins donnés, de ses besoins, de ses forces et limites. Aussi, et plus particulièrement, sur un savoir plus approfondi des soins nécessaires au patient qui permet à l'infirmière de démontrer de l'empathie pour le patient tout en s'appliquant à sa tâche plus efficacement.

La théorie du caring de Watson soutient que la relation thérapeutique est l'essence de la pratique infirmière. Cette théorie est appliquée à l'intérieur des interventions infirmières selon dix facteurs caratifs (Aucoin-Gallant, 1990). Ces soins caratifs apportent une pratique infirmière humaine, plus valorisante et entraîne une meilleure qualité de soins et de vie pour les patients. Le caring est vu comme un élément fondamental de l'exercice professionnel contribuant à faire grandir la relation entre les infirmières et les patients (Ritter-Teitel, 2002). En outre, le caring dépasse la notion de

prendre soin. De plus, c'est de donner de l'attention à une autre personne en démontrant un intérêt empathique. Les facteurs caratifs de Watson décrivent la démarche infirmière pour permettre de cheminer auprès du patient vers le rétablissement, le maintien de la santé ou vers une mort paisible. L'accent est mis sur l'expérience vécue, non seulement selon la perspective du patient, mais aussi selon la perspective de l'infirmière. La théorie de Watson, selon Falk Rafael (2000), valorise les nombreux aspects de la connaissance infirmière soit les aspects empiriques, esthétiques, éthiques et personnels décrits par Carper (1978) et repris par Chinn et Kramer (2004).

Les dix facteurs caratifs faisant partie de la théorie de Watson sont : 1) « le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste », 2) « la prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir », 3) « la culture d'une sensibilité à soi et aux autres », 4) « le développement d'une relation d'aide et de confiance », 5) « la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs », 6) « l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision », 7) « la promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel », 8) « la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et ou de correction », 9) « l'assistance dans la satisfaction des besoins humains », et 10) « la prise en compte de facteurs existentiel-phénoménologiques » (Watson, 1998).

Watson met l'accent sur les attitudes et les valeurs de la science infirmière (McCance et al. 1999). Les facteurs caratifs comportent des valeurs importantes dans la relation thérapeutique avec le patient de même que les interventions nécessaires dans la résolution de problèmes et la provision des soins physiques au patient.

La théorie du caring s'applique très bien en milieu de soins continus complexes. Les patients dans ce milieu vivent des situations difficiles. Par exemple, le simple fait d'être admis en soins continus complexes signifie une finalité en soi. L'hôpital devient alors non seulement un lieu pour recevoir des soins mais également un milieu de vie. Les infirmières qui prennent soin des patients avec une perspective de caring peuvent leur apporter un engagement professionnel et humain dans la relation thérapeutique. Par ce fait, elles obtiennent une meilleure connaissance de la situation clinique. Le soin peut être basé sur un savoir global du patient (Aucoin-Gallant, 1990). Un savoir qui apporte de meilleures prises de décisions parce qu'elles sont basées sur ce que le patient veut devenir et ce qu'il démontre comme besoins (Watson, 1998). A long terme, cela peut favoriser une précision des soins apportés au patient menant vers une diminution objective de la tâche. Une approche de soin centrée sur le patient amène l'infirmière à se préoccuper davantage des valeurs du patient et de ses besoins tout en précisant son approche de soin (Watson, 1998).

L'approche de soins utilisant la théorie du caring de Watson permet à l'infirmière de considérer le patient en tenant compte de la globalité de l'expérience de la personne

(Aucoin-Gallant, 1990). Le caring est vu à la fois comme un processus interactif entre l'infirmière et le patient et comme une intervention faite par l'infirmière (Morse et al. 1990). La théorie du « caring » de Watson permet à l'infirmière une utilisation d'interventions demandant la participation du patient (Aucoin-Gallant, 1990). Les facteurs caratifs de cette théorie donnent une orientation à l'infirmière vers des soins holistiques. Selon Aucoin-Gallant (1990), « l'adoption de cette théorie comme cadre de référence pour l'éducation, la pratique et la recherche infirmière, non seulement permettrait d'améliorer la qualité des soins, mais serait aussi source de motivation et de satisfaction pour l'infirmière (p. 35) ». On peut se demander si, en effet, une intervention éducative sur le caring en utilisant les concepts de la théorie de Watson peut influencer les comportements quotidiens de caring des infirmières comme par exemples le soutien, l'écoute et le respect dans leurs soins aux patients et ainsi améliorer la satisfaction des patients.

Situation actuelle

La situation actuelle omniprésente dans le programme des soins continus complexes semble démontrer qu'il y a chez les infirmières un manque de comportements de caring dans les soins du patient. L'importance de l'utilisation des comportements de caring auprès des patients n'est pas perçue comme étant une priorité par les infirmières à l'intérieur du contexte et de la complexité des soins des patients.

Situation désirée

La situation désirée est un retour important vers l'utilisation des comportements de caring comme élément essentiel des soins aux patients. L'importance de l'utilisation des comportements de caring auprès des patients sera perçue non seulement comme une priorité par les infirmières à l'intérieur du contexte et mais également comme une solution pour faire face à la complexité accrue des soins des patients.

Solution envisagée

La solution envisagée est de donner une formation sur le caring qui vise à affecter significativement les perceptions des comportements de caring chez le personnel infirmier. La solution doit permettre un changement dans les comportements de caring auto rapportés chez les infirmières du programme des soins continus complexes. Si la formation permet d'affecter significativement les comportements de caring auto rapportés, l'établissement pourra alors envisager d'étendre la formation et vérifier sa véritable efficacité auprès des patients et de leur satisfaction.

L'objectif général de l'intervention

Après avoir participé à un atelier sur le caring, le personnel infirmier du groupe expérimental démontre une augmentation significative des comportements de caring auto rapportés selon *l'Inventaire des Comportements de Caring* de Wolf et al. (1994).

Objectifs de formation

Les objectifs de l'atelier sont : 1) d'aider les participants à faire l'identification de leurs propres comportements de caring; 2) de démontrer comment le caring est une partie intégrante de la pratique infirmière; et 3) de favoriser la réflexion infirmière sur le concept du caring, central à la pratique infirmière.

Objectifs personnels

Les objectifs personnels d'apprentissage lors de ce projet d'intervention clinique sont : 1) élaborer, mettre en œuvre et évaluer une intervention développée par une infirmière spécialisée dans mon milieu de travail; 2) mieux comprendre mes compétences et mes difficultés à faire de la formation efficace en rapport à mon rôle d'infirmière ressource en pratique avancée au SCO; 3) approfondir mes connaissances du cadre théorique de Watson et chercher s'il existe des besoins et des façons de l'appliquer pour satisfaire les besoins des infirmières autorisées du programme de soins complexes continus; 4) maîtriser l'évaluation quantitative des comportements ciblés du caring; 5) approfondir mes habiletés dans l'utilisation du logiciel SPSS.

La recension des écrits

La recension des écrits présente l'examen systématique des recherches basées sur le concept de caring de la théorie de Watson. Cette partie permet d'approfondir la compréhension du caring et précise l'utilisation de ce concept en soins infirmier.

Le caring, selon la perspective de Watson, a servi de cadre de référence pour de nombreuses recherches depuis la première publication qui définit sa théorie du caring en 1979 (Smith, 2004). Des recherches phénoménologiques, qualitatives, quantitatives ont été retenues pour expliquer la diversité empirique de l'étude de ce concept, et ce, au niveau international.

Smith (2004) fait une compilation des recherches qui utilise la théorie de Watson et les classifie en quatre catégories. La première catégorie comprend des recherches sur la nature du caring infirmier. Ces recherches sur la nature du caring infirmier permettent d'établir les thèmes décrivant l'essence du caring selon la perception de l'infirmière ou du patient. La deuxième catégorie renferme des recherches qui mesurent la perception du comportement de caring par le patient et l'infirmière. Ces recherches ont utilisé des outils qui se basent sur la théorie de Watson pour mesurer les perceptions sur le caring infirmier. La troisième catégorie comprend des recherches sur les expériences humaines et les besoins du caring. Ces recherches décrivent une expérience vécue du caring par des thèmes à partir d'entrevues. La quatrième catégorie porte un regard sur des recherches

qui évaluent les résultats de l'utilisation du caring dans la pratique clinique de l'infirmière et dans l'enseignement. Cette dernière catégorie permet de décrire l'importance de ce concept en soins infirmiers dans différents secteurs de pratique ou pour mesurer l'impact d'un programme d'éducation sur le caring.

Les recherches sur la nature du caring infirmier

Les recherches sur la nature du caring infirmier permettent de discerner les dimensions de caring qui reflètent tous les aspects de la théorie de Watson. Des chercheurs suédois, Jensen, Back-Petterson, et Segesten (1993, 1996) analysent dans leurs études la nature du caring. En 1993, une première étude qualitative descriptive exploratoire ($n = 16$) est complétée auprès d'infirmières identifiées par leur gestionnaire comme ayant un talent unique dans l'application du caring auprès des patients. Le but de cette étude est de pouvoir identifier les caractéristiques de caring. Les résultats démontrent que les infirmières possèdent les trois caractéristiques suivantes : la compétence, la compassion et le courage. La deuxième étude de Jensen, Back-Petterson, et Segesten (1996) est aussi une étude qualitative descriptive exploratoire ($n = 10$) qui vise à décrire la perception de patientes atteintes d'un cancer du sein sur l'excellence infirmière. Les résultats de cette étude démontrent que les quatre caractéristiques rapportées par les patients quand ils décrivent l'infirmière excellente sont la compétence, la compassion, le courage et la concordance. Ces deux études obtiennent donc des résultats similaires sur la nature de caring infirmier auprès de sujets différents : les

infirmières et les patients. La compétence, la compassion et le courage sont les caractéristiques communes identifiées par les infirmières et par les patients.

Beauchamp (1993), par une étude de cas unique sur une personne atteinte du VIH et son entourage, a pu identifier certains thèmes reliés à la nature du caring soit ; la dignité, l'amour, la sécurité, la présence, le respect et la sensibilité envers les autres. Ces thèmes ressemblent à la description de l'essence du caring de Watson. Le but de cette étude non expérimentale qualitative est de comprendre la nature de caring et son évolution à l'intérieur d'une expérience difficile.

Les études de Jensen et al. (1993,1996) et Beauchamp (1993) correspondent à la description de l'activité de caring de la théorie de Watson.

Selon Wolf et al. (1994), le caring est un exemple du travail inhérent et caché de l'infirmière qui est souvent méconnu des patients et de leurs familles; sauf quand il y a un manque de caring évidemment. Les infirmières qui comprennent et voient le caring comme un élément clé du soin infirmier demandent et encouragent les autres infirmières à le décrire pour permettre de distinguer clairement le soin infirmier (Fox, Aiken, et Messikome, 1990; Leininger, 1980, 1984). Wolf et al. (1994) ont fait une étude exploratoire utilisant l'analyse factorielle avec la rotation varimax dans le but de décrire les dimensions de caring à partir d'un inventaire des comportements de caring. Ils identifient certaines dimensions du processus du caring du soin infirmier à l'aide de

l'inventaire des comportements du caring (ICC) qui comporte 43 items (The Caring Behavior Inventory). L'étude en question comporte 541 sujets, dont 278 infirmières et 263 patients. Les résultats de cette étude révélèrent cinq dimensions du processus de caring en soin infirmier, soit « le respect envers les autres », « l'assurance d'une présence humaine », « la relation positive », « la connaissance et les habiletés professionnelles » et « l'attention face à l'expérience des autres ». Selon Wolf et al. (1994), ces dimensions s'harmonisent bien avec les dimensions du caring de la théorie de caring trans-personnel de Watson (1988). Les auteurs donnent comme exemples que les dimensions « d'assurance d'une présence humaine », « de rapport positif avec l'autre » et « l'attention à l'expérience d'autrui » reflètent bien les aspects transcendants du caring en soin infirmier. En conclusion de cette étude, Wolf et al. (1994) proposent que les dimensions du caring permettent un bon encadrement pour aider les infirmières à mieux comprendre les situations de caring. Les auteurs proposent de faire d'autres études utilisant l'analyse factorielle auprès de groupes d'infirmières ou de patients afin de vérifier si on retrouve les même cinq dimensions.

Les recherches sur la perception des comportements de caring par le patient et l'infirmière

Les perceptions des comportements de caring du point de vue de l'infirmière sont importantes à considérer. Lorsque l'infirmière est consciente de la présence de comportements de caring, on peut alors faciliter la communication et l'enseignement.

Cette conscience professionnelle amène une meilleure compréhension de ce qui devrait être intrinsèque à une pratique empreinte de caring (Garder, Goodsell, Duggan, Murtha, Peck, et Williams, 2001). Plus important encore dans le projet qui nous concerne, certaines études semblent démontrer que les comportements de caring des infirmières peuvent influencer la satisfaction des patients (Duffy, 1992; Gardner et al. 2001; Wolf et al. 1998; et Wolf et al. 2003).

Wolf et al. (1998), ainsi que Greehalgh, Vanhanen, et Kyngas (1998), expliquent qu'il existe un manque de conscience du caring autant chez les infirmières que chez les patients. Pourtant, c'est un élément clé et une des bases du soin infirmier. C'est l'une des raisons principales du projet d'intervention proposé dans cet essai. Il faut déterminer si une formation en caring dans le milieu de travail des infirmières peut amener l'adoption des comportements de caring des infirmières et ce, même à l'intérieur d'une situation importante de changements. Le tableau suivant présente certaines recherches faites sur la perception des comportements de caring. Ces études sont expliquées dans le texte suivant le tableau et aident à mieux comprendre comment le caring est perçu par les patients et les infirmières dans les milieux hospitaliers. Ces études servent de base pour aider à développer une formation adéquate pour l'intervention. Chacune des études synthétisées dans le tableau est reprise plus en détails dans les lignes qui suivent.

Tableau 1

Recherches sur la perception des comportements de caring

Recherche	Nombre et type de sujets	Outil	Résultats	Devis
Baldursdottir et de Jonsdottir (2002)	182 patients en salles d'urgence	Cronin et Harrison (1988)	L'item le plus important « savent ce qu'elles font » ($M = 4,94$; $ÉT = 0,28$) La dimension la plus importante « assistance dans les besoins humains » ($M = 4,68$; $ÉT = 0,79$) Mann-Whitney U test (les femmes perçoivent plus de caring que les hommes) Kruskal-Wallis anova (le sujet plus âgé accorde plus d'importance au caring) Non significatif : le lieu de résidence et la perception de sévérité de la maladie	Quantitatif, descriptif et corrélationnel
Brunton et Beaman (2000)	140 infirmières praticiennes	Wolf et al. (1994)	« Présence humaine » $M = 5,86$ « Le respect d'autrui » $M = 5,83$ Relation significative entre le nombre d'année comme infirmière praticienne et la dimension « relation positive »; aucune relation significative entre le caring et l'environnement de travail.	Quantitatif, descriptif et comparatif

Tableau 1 (suite)

Recherches sur la perception des comportements de caring

Recherche	Nombre et type de sujets	Outil	Résultats	Devis
Coulombe, Yeakel, Maljanian et Bohannon (2002)	211 patients	Wolf et al. (1994)	L'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) revalidé Coefficient de Pearson : 0,569 Alpha de Cronback : 0,980	Corrélationnel
Duffy (1992)	86 patients	Outil mesurant le caring et la satisfaction des patients	Relation significative et positive entre le caring de l'infirmière et la satisfaction des patients $r = 0,46, p = 0,001$	Quantitatif, descriptif et corrélationnel
Erci et al. (2003)	52 patients	Education sur la théorie de Watson	Diminution de la tension artérielle des patients lorsque les infirmières utilisent le modèle de Watson avec les patients Tests païrés ($t = 4,830, df = 51, p = 0,000,$ $t = 3,51, df = 51, p = 0,001$)	Quasi expérimentale
Gardner et al. (2001)	100 infirmières et 100 patients	Larson (1981)	Différence entre les perceptions de caring infirmière-patient engendre de l'insatisfaction chez le patient	Qualitatif

Tableau 1 (suite)

Recherches sur la perception des comportements de caring

Recherche	Nombre et type de sujets	Outil	Résultats	Devis
Greenhalgh, Vanhanen et Kyngäs (1998)	118 infirmières	Questionnaire qualitatif	Besoin d'augmenter les comportements de caring affectifs	Qualitatif descriptif
Wolf et al. (1994)	278 infirmières et 263 patients	Wolf et al. (1981)	Identification du caring avec outil cinq dimensions révisé de l'inventaire des comportements en caring. $r = 0,96, p = 0,000, rho = 0,88, p = 0,000$ Alpha de Cronback = 0,83 (patients) 0,96 (infirmières) Test indépendant ($t = 3,01, df = 539, p = 0,003$)	Exploratoire
Wolf et al. (1998)	335 patients	Wolf et al. (1994)	Comportements de caring contribuent à la satisfaction des patients $r = 0,78, p < 0,001$	Corrélationnel descriptive avec design post facto
Wolf, Miller et Devine (2003)	73 patients cardiaques	Wolf et al. (1994) Hinshaw et Atwood (1981)	Modérément positifs et significatifs en ce qui a trait au caring infirmier (Wolf et al.) et leur satisfaction (Hinshaw et Atwood) avec les soins infirmiers $r = 0,53; p = 0,01$	Corrélationnel et descriptif

Wolf et al. (1994) démontrent la validité d'une version révisée de l'inventaire des comportements de caring composé de 43 items tous issus de l'inventaire initial (Wolf, 1981) qui comportait 75 items élaborés à partir d'une recension des écrits. La validité est déterminée auprès d'un échantillon de 278 infirmières ($r = 0,96$, $p = 0,000$, $\rho = 0,88$, $p = 0,000$). Le coefficient Alpha de Cronback obtenu est de 0,83 pour les patients et de 0,96 pour les infirmières. La validité du contenu de l'outil est obtenue par un comité composé de quatre infirmières expertes. La validité de construit a été déterminée en comparant les réponses du groupe d'infirmière ($n = 278$) à celle des patients ($n = 263$) sur le score total des deux groupes. Un test t indépendant révèle que les deux groupes sont différents ($t = 3,01$, $df = 539$, $p = 0,003$). L'analyse factorielle exploratoire utilisant la rotation varimax révèle cinq dimensions et 42 items obtiennent un coefficient de saturation plus grand que 0,40. Ces cinq dimensions du caring sont : 1) le respect envers les autres, 2) l'assurance d'une présence humaine, 3) la relation positive, 4) la connaissance et, 5) les habiletés professionnelles et l'attention face à l'expérience des autres.

Watson (2002) se réfère elle-même à l'outil de Wolf comme une forme de validation empirique de sa théorie. Selon Watson (2002), on ne peut conclure qu'il y a une relation entre l'instrument de Wolf et al. (1994) et sa théorie du caring. Cependant, Watson (2002) prétend que l'on peut néanmoins affirmer que jusqu'à présent dans l'état où en est la science, l'instrument de Wolf et al. (1994) est tout au moins un outil bien ancré sur la théorie de caring.

Wolf, Miller et Devine (2003) mesure la relation entre le caring de l'infirmière et la satisfaction des patients recevant des soins cardiaques. Cette étude utilise un devis corrélationnel et descriptif qui compare les réponses des patients ($n = 73$) en rapport au caring infirmier. L'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) est utilisé pour mesurer les comportements de caring de l'infirmière selon la perspective du patient. La satisfaction du patient est mesurée par l'outil de Hinshaw et Atwood (1981). Les résultats démontrent une corrélation significative entre la satisfaction du patient et le caring infirmier ($r = 0,53, p = 0,01$).

Brunton et Beaman (2000) mesurent les perceptions des comportements de caring chez 140 infirmières praticiennes en utilisant l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994). Ces chercheurs révisent les items de l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) pour les fins de leur étude en enlevant les références aux soins infirmiers du milieu hospitalier pour refléter les soins infirmiers primaires offerts dans la pratique de l'infirmière praticienne. Cette recherche descriptive a pour but de mesurer les perceptions du caring chez des infirmières praticiennes afin de décrire les perceptions de caring présentes chez ce groupe d'infirmières. Les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des infirmières praticiennes car l'outil est construit pour les infirmières d'un milieu hospitalier spécifique et la méthode de recrutement de l'échantillon est faite auprès d'une association infirmière au lieu de recruter toutes les infirmières praticiennes de cette région. La recherche de Brunton et Beaman (2000) a des résultats semblables à celle de Wolf et al. (1994) mais est effectuée dans un secteur

différent de soins. Ces deux recherches démontrent que les comportements de caring des infirmières les plus importants chez les infirmières sont « la présence humaine » et « le respect d'autrui ». Cependant, quatre dimensions du caring chez les infirmières praticiennes étaient différentes de l'échantillon des infirmières des soins actifs de Wolf et al. (1994). Ces différences de comportements comprenaient, entre autre, « répondre aux besoins explicites et implicites du patient », « parler avec le patient », « témoigner du respect au patient », et « être honnête avec le patient ».

Pour leur part, Greenhalgh, Vanhanen, et Kyngas (1998) examinent, dans une recherche qualitative, le niveau d'importance donné aux comportements de caring par 118 infirmières travaillant en psychiatrie. Celles-ci mettent une plus grande emphase sur des comportements physiques comparés aux comportements affectifs. Selon les auteurs, il faut améliorer les connaissances infirmières sur les comportements de caring affectifs et les aider à revenir à la base acquise lors de leur formation en soins infirmiers. Ces chercheurs décrivent l'importance de revoir la pratique du soin infirmier dans les milieux.

Une relation significative entre la perception du caring de l'infirmière par le patient et la satisfaction de celui-ci est démontrée dans la recherche de Wolf et al. (1998). Cette recherche, avec un design post facto, établit une relation entre ce que les patients pensent du caring des infirmières et leur satisfaction face à l'hospitalisation. L'étude comporte 335 patients, provenant d'unités de médecine chirurgie qui ont utilisé l'inventaire des comportements de caring (Wolf, 1981, 1986 et Wolf et al. 1994) et l'instrument de

Hinshaw et Atwood (1981) sur la satisfaction des patients. Les résultats démontrent que les comportements de caring sont fortement corrélés à la satisfaction des patients ($r = 0,78, p < 0,001$). Les auteurs expliquent ainsi que les comportements de caring de l'infirmière contribuent significativement à la qualité de l'expérience vécue par les patients. Une équipe qui dispense des soins selon une approche où il y a absence de caring amène de l'insatisfaction chez le patient (Wolf et al. 1998). Il faut ancrer les infirmières vers une vision renouvelée et de changer petit à petit des routines de soins qui mènent à une insatisfaction chez le patient telles que décrites par Wolf et al. (1998).

L'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994), est revalidé avec 211 patients provenant d'une unité de chirurgie dans une étude faite par Coulombe, Yeakel, Maljanian et Bohannon (2002). Cette étude corrélative ($n = 211$) démontre que toutes les questions de l'inventaire des comportements de caring ont obtenues des résultats significatifs pour les 42 items. Le coefficient de Pearson est de 0,569 et l'Alpha de Cronback est de 0,980. Les auteurs soutiennent avec des analyses statistiques de régression que l'inventaire des comportements de Wolf et al. (1994) est un bon instrument pour quantifier les comportements de caring des infirmières.

Gardner et al. (2001) soulèvent la possibilité d'une différence dans la perception du caring entre l'infirmière et celle du patient. Cette différence engendre souvent de l'insatisfaction chez les patients et des conflits dans la relation infirmière-patient. Les chercheurs utilisent la méthode d'analyse Q qui à partir de données quantitatives préserve

le point de vue subjectif de l'individu. Dans cette étude l'outil Care Q Sort de Larson (1984) est distribué auprès de 100 infirmières et 100 patients d'une unité de médecine. Il est démontré une corrélation des réponses entre les deux groupes dans leurs perceptions sur les comportements de caring. Alors, quand l'infirmière démontre du caring, le patient perçoit du caring.

Baldursdottir et Jonsdottir (2002) avancent que les comportements de caring sont importants pour les patients. Cette étude quantitative descriptive effectuée auprès de 182 patients de la salle d'urgence évaluée, à l'aide de l'outil de Cronin et Harrison (1988), les comportements de caring chez l'infirmière oeuvrant auprès de patients dans la salle d'urgence. Le sondage expédié aux patients deux semaines après leur congé de la salle d'urgence obtient un taux de réponse de 62 %. Les patients de cette étude relient le caring à un moment en particulier; c'est-à-dire, lorsque l'infirmière est sensible à leurs besoins humains. Pour ces patients, les compétences cliniques de l'infirmière sont plus importantes dans ce milieu de soins. Les patients de la salle d'urgence ne s'attendent pas à une période prolongée de contact direct avec l'infirmière pour établir une relation thérapeutique.

Une autre recherche démontre une amélioration de la condition du patient quand les infirmières utilisent une intervention basée sur une connaissance des comportements humains. La recherche, faite par Erci, Ayse, Tortumluoglu, Kiliç, Sahin et Gungormus (2003), utilise un groupe de patients avec un protocole quasi expérimental comportant

une mesure pré test et une mesure post test. L'échantillon est composé de 52 patients souffrant d'hypertension et recevant des soins en clinique externe. L'intervention consiste à vérifier l'influence des soins infirmiers qui utilisent le modèle théorique du caring de Watson sur la tension artérielle de ces patients. Des tests t pairés sont utilisés pour comparer la tension artérielle entre le pré test et le post test. Les résultats de ce test confirment que la moyenne de la tension artérielle systolique est de 139,27 et la diastole est de 85,01 après avoir reçu l'intervention infirmière empreinte de caring. Les patients qui souffrent d'hypertension obtiennent une diminution significative de leur tension artérielle lorsque les infirmières utilisent le modèle de Watson dans leur approche de soins. Pour la tension artérielle systolique on obtient : $t = 4,830$, $df = 51$, $p = 0,000$ et pour la tension diastolique on obtient : $t = 3,51$, $df = 51$, $p = 0,001$. L'approche de soin utilisant des interventions basées sur une connaissance des comportements humains, de ses forces et de ces limites, a des effets positifs auprès de cette population. Cette étude est cependant limitée par un petit échantillon.

Des études abordent les comportements du caring selon les perceptions qu'ont d'une part les patients et d'autre part les infirmières et démontrent l'importance du caring en situation clinique (Brunton et Beaman, 2000; Gardner et al. 2001; Greenhalgh, Vanhanen et Kyngas, 1998; Wolf et al. 1998). Des différences dans l'importance accordée aux comportements de caring sont notées dans les recherches auprès des patients selon le milieu de soins et la situation clinique (Baldursdottir et Jonsdottir, 2002; Erci et al. 2003; Wolf et al. 2003).

Les patients des soins continus complexes ont identifié dans le sondage sur la satisfaction qu'ils préfèrent une approche de soins basée sur leurs besoins individuels et sur le respect. Les recherches citées démontrent que les facteurs caratifs de la théorie de Watson permettent de faire cette distinction en évaluant les besoins du patient selon la perspective du patient. En particulier, selon les études de Wolf et al. (2003) et Wolf et al. (1998), le caring devient très important dans la pratique infirmière car il influence de façon positive la satisfaction du patient.

Les recherches sur les expériences humaines et les besoins du caring

L'importance de l'utilisation du caring chez l'infirmière a été démontrée par une recherche de Mendyka (2000) comportant un aspect culturel puisque effectuée auprès d'un patient amérindien atteint du sida. La théorie du caring permet à l'infirmière de mieux comprendre le patient de façon plus globale et de voir le soin d'une manière holistique. Il s'agit d'un aspect du soin moral qui aide le patient à trouver la signification de sa maladie. Le processus de soin utilisant le caring est axé sur le patient et sur la relation entre l'infirmière et le patient.

Selon McKay, Rajach et Rosenbaum (2002) la théorie de Watson est compatible avec le modèle des soins palliatifs parce qu'elle véhicule la même philosophie de soins et que les facteurs caratifs confirment la relation entre l'infirmière et le patient. Ainsi, les

facteurs caratifs permettent des actions infirmières imbibées du processus humain de la relation thérapeutique.

Ces recherches démontrent qu'il y a dans la théorie de Watson un processus de relation de soins centrés sur le patient. L'utilisation de ce cadre théorique aide l'infirmière à mieux comprendre les expériences des patients. Smith (2004) décrit que les recherches faites sur l'expérience du caring démontrent l'importance de comprendre l'expérience subjective du patient, de comprendre les besoins holistiques de la personne au lieu de seulement regarder les incapacités de la personne et faire la recherche d'une signification dans des expériences incertaines.

Les recherches sur les outils pour mesurer les comportements de caring selon la théorie de Watson

Plusieurs outils existent pour mesurer les comportements de caring des infirmières de façon auto rapportée. Selon une revue critique de 21 outils de mesure du caring (Watson, 2002), l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) est apparu comme l'un des plus congruent avec la théorie de Watson. Simple et court à administrer (Andrews, Daniel, et Gregory, 1996), il comprend 42 items se divisant en cinq dimensions du caring et peut être utilisé de façon auto administré pour déterminer la perception du caring infirmier tant auprès d'infirmières que de patients.

Il existe plusieurs instruments de mesure du caring dont plusieurs inspirés directement de la théorie du caring de Watson (Watson, 2002). Les instruments de mesure les plus congruents avec sa théorie sont ceux de Coates (1997), Cronin et Harrison (1988), Duffy (1992), Nyberg (1990), Wolf (1986), Wolf et al. (1994). Ces instruments sont décrits plus en détail dans les lignes qui suivent.

L'échelle des comportements de caring de Cronin et Harrison (1988) mesure les comportements de caring de l'infirmière selon la perspective du patient. Leur recherche est la première qui mène à une mesure des comportements de caring infirmier perçus par les patients (Smith, 2004). Cet outil comprend 63 comportements de caring des infirmières selon une échelle en 5 points de type Likert. La première recherche faite avec cet outil est effectuée auprès de 22 patients post-infarctus du myocarde. Cette recherche rapporte un Alpha de Cronback de 0,76 à 0,90 pour les sept dimensions qui sont regroupées à partir des 63 comportements de caring. La consistance interne de l'instrument pris dans son ensemble est excellente comme le démontre un Alpha de Cronback de 0,96. L'outil a obtenu une validité d'apparence et de contenu. Des analyses factorielles attestent de sa validité de construit. Plusieurs autres études selon Watson (2002) ont testé cet instrument entre autres celles de Parson, Kee et Gray (1993) auprès de 19 patients, Huggins, Gandy, et Kohut (1993) avec 288 patients, Mullins (1996) avec 46 patients, Schultz, Brigham, Smith et Higgins (1998) avec 42 patients. Cronin et Harrison (1988) prétendent que leur outil est limité surtout en ce qui a trait à sa longueur et au nombre de variables possibles.

L'échelle de Nyberg sur les attributs de caring (Nyberg, 1990) mesure les attributs du caring chez les infirmières. L'instrument comprend 20 items sur une échelle en 5 points de type Likert. L'outil est testé auprès de 350 infirmières et cet outil a un Alpha de Cronback de 0,85 à 0,97 selon les sous échelles. Il n'y a pas de discussion sur la validité de construit ni de contenu. D'autres recherches sont nécessaires pour permettre de valider cet outil.

L'outil de Duffy (1992) mesurant la perception des comportements de caring selon la perspective du patient est testé auprès de 86 patients des unités de médecine et chirurgie. Cette étude descriptive corrélationnelle a démontré une relation positive entre le caring infirmier et la satisfaction du patient ($r = 0,46, p < 0,001$). Cet outil est constitué de 100 items selon une échelle de 5 point de type Likert.

Coates (1997) a développé un outil appelé échelle de efficacité de caring pour mesurer un penchant pour le caring. Cet outil sert aussi à mesurer comment l'infirmière va développer une relation de caring avec le patient. L'instrument comprend 46 items mesurant les attributs, les habiletés et les comportements selon une échelle de 6 points de type Likert. L'étude corrélationnelle originale vise à mesurer l'efficacité d'un programme éducatif sur le caring à l'Université du Colorado dont l'échantillon est composé de 110 étudiantes infirmières de 119 diplômées, de 117 employeurs des diplômées et de 67 superviseurs cliniques. Les tests faits démontrent des corrélations positives entre les comportements de caring des étudiantes et leurs compétences cliniques ($r = 0,34,$

$p = 0,05$) ($r = 0,37$, $p = 0,01$) Les auteurs affirment qu'il faut d'autres recherches pour confirmer l'utilisation de cet outil dans les milieux cliniques et dans l'évaluation de programme.

Au départ, l'inventaire des comportements de caring élaboré par Wolf (1981) comportait 75 items avec une échelle de 4 points de type Likert. L'auteure développe l'inventaire des comportements de caring de l'infirmière à partir de mots et de phrases dans la littérature en sciences infirmières qui représentent le caring. Cet outil peut être utilisé par le patient ou par l'infirmière. L'outil est revalidé auprès de 97 infirmières ce qui a permis de le réduire à 43 items. Il n'y a pas eu de dimensions sur le caring infirmier précisées à partir de ce premier inventaire jusqu'à ce qu'une étude de Wolf et al. (1994), auprès de 278 infirmières et de 263 patients, détermine les cinq dimensions du caring. Cette étude vise aussi à assurer la validité de l'instrument. Cet outil comprend maintenant 42 items avec une échelle de 4 points de type Likert. Wolf (1994) propose une version comportant une échelle en 6 points de type Likert pour permettre une plus grande variété de réponses. L'Alpha de Cronback rapporté est de 0,96. L'outil de Wolf et al. (1994) est testé à nouveau dans une étude corrélationnelle ($n = 335$) entre le caring infirmier et la satisfaction des patients. Des résultats démontrent une corrélation significative ($r = 0,78$, $p < 0,001$, $R^2 = 61,46\%$).

Le caring est un concept qui est mesurable selon les recherches énoncées plus haut. La validité de ces mesures a pu être démontré dans divers milieux de soins tant auprès

d'infirmières que de patients. Les instruments sont variés et ont été développés pour mesurer plusieurs aspects du caring.

Les recherches sur les stratégies éducatives pour un meilleur enseignement du caring

Gramling et Nugent (1998) suggèrent des stratégies éducatives utilisant les dix facteurs caratifs de Watson pour un enseignement efficace du caring. Le caring peut être enseigné de différentes façons selon ces auteurs. Le jeu de rôle, une description de comportements de caring utilisés par les participants et l'identification des facteurs caratifs à l'aide d'exemples sont utilisés pour un enseignement efficace dans un programme au baccalauréat. Pour démontrer que le caring ne prend pas de temps additionnel pour les soins infirmiers, des exemples de situations cliniques démontrant des comportements avec peu de caring ont été utilisés par ces auteurs. Lors de cette étude, les étudiantes découvrent que l'utilisation du caring peut permettre une meilleure compréhension de la situation vécue par le patient et une plus grande satisfaction auprès de celui-ci.

Judkins et Eldridge (2001) expliquent que le jeu de rôle dans une salle de classe ou dans une unité de soins est une bonne stratégie pour enseigner le caring. La présentation d'exemples et de situations avec ou sans caring est une autre stratégie pour démontrer le concept de caring. Il y a aussi la reconnaissance par les gestionnaires des actions de

caring faites par les infirmières. Cette reconnaissance encourage alors l'utilisation des comportements de caring chez le personnel de soins infirmiers. Les auteurs expliquent que les attentes que les gestionnaires ont envers les comportements de caring doivent être claires et connus par tous les employés. La présentation d'exemples concrets par les gestionnaires pour faire comprendre quels comportements de caring sont attendus est nécessaire pour l'intégration des comportements de caring.

L'influence d'une formation sur le caring est évaluée par Hoover (2002) dans une étude qualitative auprès de 25 étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières. Cette formation s'étendait sur une période de 15 semaines. Le caring est présenté en utilisant la théorie de Watson. Les résultats démontrent des changements chez ces étudiantes dans la reconnaissance de leur pratique du caring. En plus d'augmenter les connaissances chez les étudiantes infirmières, cette formation sur le caring a amené aussi des changements d'attitude à propos de ce concept.

Les études décrivent également qu'on peut intervenir auprès des infirmières pour améliorer leurs comportements auprès des patients en utilisant consciemment le caring (McKay et al. 2002; Mendyka, 2000)

La méthodologie

Comme l'a présenté la section précédente, les recherches sur la perception des comportements de caring ainsi que celles sur la formation au caring aident à guider l'intervention décrite dans ce qui suit. Il apparaît donc possible d'influencer les perceptions des comportements de caring auto rapportés des infirmières par le biais d'une formation sur le caring. Pour vérifier l'efficacité d'une telle intervention éducative, l'auteure suggère l'outil de Wolf et al. (1994) car il s'avère validé par plusieurs recherches et constitue un bon choix pour mesurer les perceptions des comportements de caring auprès des infirmières. De plus, comme l'exprime Watson (2002), les cinq dimensions suivent les concepts clés de la théorie du caring (Watson, 1998) que l'on privilégie pour l'intervention qui fait l'objet de cet essai.

La méthodologie de l'intervention est précisée dans cette prochaine partie de l'essai. Pour mieux préciser la méthodologie, il faut revoir la sélection des participants, l'outil de mesure, la stratégie de collecte des données, le déroulement de l'intervention, les considérations éthiques, et finalement le plan des analyses des données.

Comme mentionné précédemment, la situation désirée est d'augmenter les comportements de caring auto rapportés par une formation sur la théorie de Watson offerte à des infirmières volontaires du programme de soins continus complexes. Cette augmentation dans les comportements de caring auto rapportés peut aider à solutionner le

problème initial qui est de favoriser un retour aux soins centrés sur le patient et ultimement influencer la satisfaction des patients. Dans ce projet d'intervention, la question fondamentale est : Est-ce qu'une formation sur le caring peut contribuer à augmenter de façon significative les comportements de caring auto rapportés du personnel infirmier participant?

Ce projet propose plusieurs avantages pour l'établissement de santé. Il apporte une meilleure prise de conscience et peut mener à des résultats significatifs pour conduire les infirmières vers une reconnaissance de la nécessité d'encadrer leur pratique vers un élément clé du soin infirmier : le caring. En effet comme le suggèrent, Erci et al. (2003) ainsi que Wolf, Miller et Devine (2003) les patients de l'établissement de santé en retireraient une plus grande satisfaction face aux soins qui leurs sont prodigués. L'établissement de santé peut alors compter sur un élément de plus, soit la formation sur le caring, pour aider à résoudre certains problèmes d'insatisfaction des patients. La chef des soins infirmiers, la directrice des soins aux patients, le directeur du comité de l'éthique et la directrice du programme des soins continus complexes de l'établissement ont été rencontrés pour obtenir l'approbation du projet d'intervention (Appendice A : approbation du contrat avec le milieu).

Pour la mise en œuvre de ce projet, un protocole quasi expérimental avec un groupe expérimental et un groupe témoin est utilisé comme le suggère Burns et Groves (2005). Ce protocole est le plus approprié afin de pouvoir vérifier l'effet de la formation sur le

groupe expérimental. Le groupe expérimental ($n = 28$) reçoit la formation sur le caring et le groupe témoin ne reçoit pas la formation sur le caring ($n = 17$).

Pour évaluer précisément l'effet de l'intervention, une mesure des comportements de caring auto rapportés est faite à l'aide d'un questionnaire avant et après la session de formation qui porte sur le caring selon la perspective de Watson. Cette mesure des comportements de caring est faite en utilisant un outil validé, l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) qui comprend 42 questions. En regardant les réponses des infirmières sur leurs comportements de caring auto rapportés avant la mise en place de la formation sur le caring, l'intervenante peut documenter avec précision quel est le degré de comportements de caring déjà adoptés par le personnel des soins infirmiers. Par la suite, en revoyant les réponses des infirmières participantes sur les comportements de caring auto rapportés après la formation, l'intervenante peut documenter avec précision les changements dans les comportements de caring.

La formation consiste en un atelier sur le caring infirmier de 3,15 heures développé pour revoir la théorie de Watson. Le contenu de cette formation est présenté plus en détails dans la partie de cet essai décrivant le déroulement de l'étude. Pour vérifier le niveau d'intégration des comportements de caring appris lors de la formation, donc l'efficacité d'une telle intervention, un post test est distribué trois mois après le déroulement de la formation. L'auteure n'a pu trouver de documentation dans la littérature sur les protocoles quasi expérimentaux qui permettrait de déterminer si la

longueur de la période entre le pré test et le post test est pertinente. Cependant on sait qu'un comportement prend un certain temps à changer, on parle de trois semaines pour un comportement lié à la santé et c'est sur ces principes que la période de trois mois est déterminée. Évidemment, un pré test est distribué avant la formation pour fin de comparaison avec le post test pour mieux documenter les comportements des participants avant la formation. La distribution des questionnaires pour le pré test et le post test est fait par le courrier interne de l'établissement. La planification des rappels est prévue par le biais d'un appel téléphonique par la personne autre que l'intervenante et des questionnaires sont envoyés par le courrier interne pour les participants qui ont perdu leur questionnaire.

Les objectifs de l'intervention

Rappelons que l'objectif général de l'intervention est le suivant :

Après avoir participé à un atelier sur le caring, le personnel infirmier du groupe expérimental rapporte une augmentation significative des comportements de caring selon l'inventaire des comportements de Wolf et al. (1994) alors qu'il n'y a aucun changement pour le groupe témoin.

Les moyens utilisés pour rencontrer cet objectif sont les suivants :

1. Développer et animer un atelier sur les comportements de caring auprès du personnel infirmier du programme de soins continus complexes.
2. Comparer, avant et après la formation, les comportements ciblés du caring chez les infirmières autorisées à l'aide d'un outil validé de Wolf et al. (1994) comprenant 42 questions.
3. Utiliser un groupe témoin qui ne suivront pas la formation pour fin de comparaison avec le premier groupe expérimental

Objectifs personnels

Les objectifs personnels d'apprentissage planifiés lors de ce projet d'intervention clinique sont :

1. Élaborer, mettre en œuvre et évaluer une intervention développée par une infirmière spécialisée dans mon milieu de travail.
2. Mieux comprendre mes compétences et mes difficultés à faire de la formation efficace en rapport à mon rôle d'infirmière ressource en pratique avancée au SCO.
3. Approfondir mes connaissances du cadre théorique de Watson et chercher s'il existe des besoins et des façons de l'appliquer pour satisfaire les besoins des infirmières autorisées du programme de soins complexes continus.
4. Maîtriser l'évaluation quantitative des comportements ciblés du caring.
5. Approfondir mes habiletés dans l'utilisation du logiciel SPSS.

Participants

Une présentation du projet d'intervention et des détails sur le recrutement des participants est faite lors d'une des réunions des gestionnaires et de l'équipe ressource clinique en soins infirmiers. Avec l'approbation pour aller de l'avant lors de cette réunion, le recrutement de deux groupes d'infirmières est fait en utilisant les participants potentiels ciblés à partir d'une liste provenant du bureau des ressources humaines datée du mois d'avril 2004.

Le premier groupe comprend les infirmières autorisées du programme de soins continus complexes qui travaillent à l'établissement dans un poste à temps plein ou à temps partiel. Le nombre total d'infirmières potentielles pour le groupe expérimental est de 107 infirmières. L'ensemble de ces infirmières est invité à participer à un atelier de formation sur le caring. Le nombre visé initialement est de 30 participantes maximum en raison des coûts de remplacement pour assister à l'atelier. Les infirmières participant à l'atelier sont rémunérées pour les trois heures de formation, alors que le temps consacré à répondre aux questionnaires ne l'est pas. La participation au projet est sur une base tout à fait volontaire. Une lettre d'information est envoyée par le courrier interne le 22 avril 2004 (Appendice B). Ainsi un échantillon non probabiliste de convenance est utilisé et désigne un échantillon dans lequel toutes les personnes volontaires sont incluses (Burns et Groves, 2005). Les avantages à utiliser cette méthode réside dans le fait qu'elle est

accessible et demande moins de temps. Le principal désavantage demeure l'absence de contrôle des biais reliés à l'échantillon.

L'attribution à l'un ou l'autre des deux groupes est déterminée selon le programme de soin pour éviter la contamination. Le groupe expérimental composé de 28 infirmières est constitué à partir de l'ensemble des infirmières du programme des soins continus complexes ($n = 107$). Le groupe témoin ($n = 17$) sont des infirmières provenant des programmes de soins palliatifs et de réadaptation ($n = 67$). A noter que les infirmières du groupe témoin sont dans un édifice qui est différent de celles du groupe expérimental pour ainsi éviter la contamination des données. Dans un groupe comme dans l'autre l'inclusion se fait par ordre d'arrivée des réponses à la lettre de recrutement expédiée le 22 avril 2004 (Appendice C) au 107 infirmières du programme des soins continus complexes ainsi qu'au 67 infirmières des programmes de soins palliatifs et de réadaptation.

Outil de mesure

Pour ce projet d'intervention, l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) avec une échelle Likert à 4 points (1 = absolument pas d'accord; 2 = pas d'accord; 3 = d'accord; 4 = entièrement d'accord) est retenu comme outil de mesure. L'auteure utilise la nouvelle version du questionnaire de Wolf et al. (1994) qui a obtenu

une validité interne avec un Alpha de Cronback de 0,96. Cet outil comporte 42 items représentant les cinq dimensions suivantes :

1. Le respect envers les autres (12 items)
2. L'assurance d'une présence humaine (12 items)
3. La relation positive (9 items)
4. La connaissance et les habiletés professionnelles (5 items)
5. L'attention face à l'expérience des autres (4 items)

L'auteure choisit de ne pas demander d'information démographique tels que l'âge, le nombre d'année d'expérience en soins infirmiers ou autres informations personnelles pour ne pas nuire à la participation volontaire des infirmières. Les infirmières ne veulent pas donner cette information de peur que l'on puisse retracer leurs réponses.

Pour aider à mieux comprendre l'efficacité d'une formation sur les comportements de caring du personnel de soins infirmiers du programme des soins continus complexes, l'outil mesure les comportements de caring avant et après cette formation sur le caring de façon auto rapportée. En utilisant cet outil, les moyennes dans chacune des dimensions et les comportements de caring qui ont obtenus la moyenne la plus élevée par les deux groupes pourront être comparés aux autres recherches.

Pour les biens de l'étude dans un milieu de travail bilingue, l'auteur a traduit l'outil. L'auteure obtient la permission de Wolf pour faire la traduction en français et aussi pour

son utilisation dans ce projet d'intervention (voir Appendice D). Cependant toutes les précautions nécessaires à la validation d'outils traduits n'ont pas été suivies à la lettre à cause de l'échéancier. La méthode proposée par Vallerand (1989) emploie sept étapes pour compléter la traduction fidèle et valide d'un questionnaire en français. L'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994) est traduit en utilisant les deux premières étapes de Vallerand (1989). La préparation du questionnaire en français a été faite avec une méthode traditionnelle par une traductrice professionnelle. Cette technique n'est pas la méthode optimale recommandée par Vallerand (1989). Selon Vallerand, la méthode de traduction inversée est plus appropriée. L'évaluation de la version préliminaire est faite par les infirmières bilingues faisant parti du comité de la recherche infirmière de l'établissement de santé.

Les cinq dimensions de caring tirées de l'inventaire de Wolf et al. (1994) sont énumérées avec leurs items dans le Tableau 2.

Tableau 2

Dimensions de caring Wolf et al. (1994)

Dimension	Nombre d'items	Item
1. Le respect envers les autres	12	1. Écouter attentivement le patient. 2. Donner des directives au patient ou faire un enseignement. 3. Traiter le patient comme une personne à part entière. 4. Passer du temps avec le patient 7. Fournir de l'information au patient pour qu'il prenne une décision éclairée. 8. Témoigner du respect au patient. 9. Être un soutien pour le patient. 10. S'adresser au patient par le nom qu'il préfère. 11. Être honnête avec le patient. 15. Fournir un confort physique ou affectif au patient 27. Impliquer le patient à la planification de ses soins. 28. Traiter les renseignements concernant le patient de façon confidentielle.
2. L'assurance d'une présence humaine	12	16. Être à l'écoute du patient. 18. Aider le patient 26. Laisser le patient exprimer ses sentiments sur sa maladie et son traitement. 29. Être une présence rassurante. 30. Retourner voir le patient de façon volontaire. 31. Parler avec le patient. 32. Encourager le patient à appeler s'il y a un problème.

Tableau 2 (suite)

Dimensions de caring Wolf et al. (1994)

Dimension	Nombre d'items	Item
2. L'assurance d'une présence humaine	12	33. Répondre aux besoins explicites et implicites du patient. 34. Répondre rapidement à l'appel du patient. 35. Valoriser le patient comme être humain. 36. Aider à soulager la douleur du patient. 37. Démontrer qu'on se soucie du patient.
3. La relation positive	9	5. Utiliser le toucher avec le patient pour communiquer le caring. 6. Avoir de l'espoir pour le patient. 12. Faire confiance au patient. 13. Avoir de l'empathie pour le patient ou s'identifier à lui. 14. Aider le patient à progresser. 17. Avoir de la patience ou ne pas se laisser envers le patient. 21. Parler au patient avec une voix douce. 23. Veiller sur le patient. 25. Être de bonne humeur avec le patient.
4. La connaissance et les habiletés professionnelles	5	19. Habilité à donner des injections, thérapies intraveineuses, etc. 20. Faire preuve d'assurance avec le patient. 22. Démontrer des connaissances et des habiletés professionnelles 24. Manipuler le matériel avec compétence 38. Administrer les traitements et les médicaments du patient à temps.

Tableau 2 (suite)

Dimensions de caring Wolf et al. (1994)

Dimension	Nombre d'items	Item
5. L'attention face à l'expérience des autres	4	39. Faire particulièrement attention au patient s'il s'agit d'une première hospitalisation, de premiers traitements, etc. 40. Soulager les symptômes du patient. 41. Donner la priorité au patient. 42. Fournir de bons soins physiques.

Déroulement de l'étude

Après le recrutement des participants, une personne autre que l'intervenante envoie le consentement (Appendice E) avec le pré test (Appendice F), une brochure sur l'atelier donnant plus de détails sur les objectifs (Appendice G) et une lettre de confirmation (Appendice H). L'heure et la date d'inscription pour l'atelier sur le caring infirmier sont envoyées aux infirmières ($n = 107$) du programme de soins continus complexes.

Sur les 107 infirmières du programme de soins continus complexes, 40 infirmières retournent le questionnaire du pré-test avec leur demande de participation à l'atelier. D'autre part, des 67 infirmières potentielles pour faire partie du groupe témoin, 17 retournent le questionnaire pré-test complété. Deux personnes sont exclues du groupe expérimental parce que leur intention arrive 48 heures avant le début de l'atelier ce qui rend impossible leur remplacement sur les unités pour leur quart de travail. Dix infirmières ne se présentent pas à l'atelier bien qu'elles y soient inscrites. L'atelier de formation sur la caring est donc offert à 28 infirmières autorisées du programme de soins continus complexes.

L'atelier est répété quatre fois les 19 et 20 mai 2004 afin de pouvoir mieux effectuer les remplacements qui consistent à prendre une infirmière pour remplacer deux participants; soit remplacer une infirmière participant à l'atelier du matin et une infirmière participant à l'atelier de l'après-midi. Ceci permet d'avoir un atelier le matin et

l'autre en après-midi. Le fait d'offrir l'atelier de formation à l'intérieur de deux jours permet à un plus grand nombre de participer dû aux limites imposées par le remplacement des infirmières autorisées. Une étroite collaboration entre le bureau des horaires des infirmières pour la confirmation des inscriptions est établie. Les gestionnaires des unités sont également avisées du nombre de participants et des remplacements encourus. La durée de l'atelier est de 3,15 heures incluant le dîner et une pause café. Le temps planifié pour les ateliers est respecté par les participants et l'intervenante.

Pour être conforme à politique de bilinguisme de l'établissement de santé, deux ateliers sont présentés en anglais et deux en français. Les questionnaires sont aussi complétés dans la langue de choix du participant. Pour faciliter l'apprentissage en permettant aux participants de relier le caring à leur expérience et en raison des limites dû au local, le nombre maximal de participants planifié par atelier était de 12.

Le contenu de l'atelier est développé par l'auteure du projet d'intervention à partir de la théorie de Watson et de la revue de la littérature faite sur le caring infirmier. Les objectifs de l'atelier sont : 1) aider les participants à faire l'identification de ses propres comportements de caring; 2) démontrer comment le caring est partie intégrante de la pratique infirmière; 3) favoriser la réflexion infirmière sur le concept du caring, central à la pratique infirmière. Les études décrivant la nature du caring infirmier plus particulièrement celle de Cara (2001), Morse et al. (1990), et Wolf et al. (1994), sont

utilisées. Les détails sur le projet d'intervention sont expliqués au début de l'atelier avec les étapes, le pré test et le post test. L'intervenante explique aussi que le projet comprend deux groupes de participants. Un groupe reçoit la formation par le biais de l'atelier et l'autre ne reçoit pas la formation. Les deux groupes complètent le questionnaire de l'inventaire des comportements de caring deux fois à trois mois d'intervalle. L'atelier de formation débute par une discussion pour faciliter l'interaction et aider les participants à faire l'identification de leurs propres comportements de caring.

Les dix facteurs caratifs sont présentés comme un système de valeur de l'infirmière qui l'aide à évoluer dans sa pratique du soin. Le système de valeur de l'infirmière intègre des connaissances scientifiques pour guider ses activités. Les facteurs caratifs de la théorie du caring de Jean Watson sont à l'opposée des facteurs curatifs de la médecine. Ils sont fondés sur une philosophie humaniste. Les facteurs caratifs visent une démarche soignante qui favorise le rétablissement ou le maintien de la santé ou une mort paisible. Ils présentent la discipline infirmière comme une activité profondément humaine. Les dix facteurs caratifs sont énumérés de façon individuelle pour être expliqués plus en détails par la suite. Les dix facteurs caratifs qui font partie de la théorie de Watson seront résumés dans ce qui suit.

Le développement d'un système de valeur humaniste-altruiste

Le développement d'un système de valeur humaniste-altruiste comprend les valeurs de la personne qui se sont développées au cours de sa vie. Watson (1998) explique que ces valeurs se développent à l'intérieur des expériences vécues incluant les relations avec les autres. Ce facteur caratif sous-entend que l'infirmière aura la capacité de considérer la diversité et l'individualité du patient. L'infirmière respecte ainsi les choix du patient. Watson (1998) affirme aussi « qu'un tel système de valeurs aide à tolérer les différences et à voir les autres à travers leur système de perception spécifique plutôt qu'à travers son propre système » (p. 25).

La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir

Le deuxième facteur caratif est « la prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir ». Ce facteur caratif décrit l'engagement de l'infirmière à susciter des sentiments d'espoir chez le patient. L'infirmière aide le patient à développer un esprit positif face au changement vécu. L'effet thérapeutique qu'apportent les sentiments positifs dans l'expérience du patient est démontré comme essentiel à un traitement visant à soulager les symptômes ou à guérir certaines maladies. L'infirmière découvre dans sa relation thérapeutique ce qui a du sens pour le patient et doit promouvoir des soins holistiques (Watson, 1998).

La culture d'une sensibilité à soi et aux autres

Le troisième facteur caratif est « la culture d'une sensibilité à soi et aux autres ». Ce facteur caratif selon Watson (1998) comporte une introspection réalisée par l'infirmière démontrée par une prise de conscience de ses propres sentiments en relation avec les autres. L'infirmière est sensible aux sentiments du patient et doit démontrer de l'empathie dans sa relation avec le patient. Également, toujours selon Watson, « l'honnêteté vis-à-vis de soi-même favorise l'authenticité et la sensibilité à l'égard d'autrui... (p.33). »

Le développement d'une relation d'aide et de confiance

Le quatrième facteur caratif est « le développement d'une relation d'aide et de confiance ». Selon Watson (1998), la relation thérapeutique engage l'infirmière à reconnaître comment le patient vit sa situation de soin et vise à rechercher ce qui est important pour celui-ci. Cette relation est possible si l'infirmière développe une sensibilité pour autrui et de l'empathie envers le patient. Le développement de la relation d'aide dépend aussi de trois conditions préalables : la congruence, l'empathie et la chaleur humaine. Ce sont trois conditions essentielles pour établir une relation d'aide. La congruence représente la franchise envers les sentiments et les comportements qui existent à un moment donné dans la relation d'aide. La congruence est la sincérité exprimée par l'infirmière dans sa relation avec le patient. L'empathie est la capacité chez l'infirmière de vivre les sentiments du patient et de lui communiquer une partie

significative de cette compréhension. La chaleur humaine est la condition interpersonnelle de la relation d'aide qui, avec la congruence et l'empathie, assure la promotion de la croissance chez l'autre. Cette chaleur humaine peut être communiquée de façon verbale et non verbale. Ce quatrième facteur caratif dépend des autres facteurs caratifs qui ont été mentionnés antérieurement.

La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs

Le cinquième facteur caratif est « la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs ». Ce facteur caratif est décrit par Watson (1998) comme faisant partie intégrante d'une relation d'aide et de confiance. Il comprend l'attention que l'infirmière donne au patient sans imposer un jugement. L'infirmière démontre également de l'empathie dans l'expression de ce facteur caratif.

L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision

Le sixième facteur caratif, « l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision », se manifeste lorsque l'infirmière utilise la résolution de problèmes pour diriger et orienter ses soins. La résolution de problèmes permet à l'infirmière de développer les plans de soins, d'évaluer

ou corriger les interventions afin d'améliorer la qualité des soins apportés au patient. C'est la pratique de la science du caring (Watson, 1998).

La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel

Le septième facteur caratif est « la promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel ». La notion d'apprentissage dans la relation interpersonnelle thérapeutique est importante afin de bien comprendre le vécu du patient ou de sa famille. Ce facteur caratif « ...concerne la question de la transmission d'information, celle de la prise en considération de la nature de l'apprentissage et celle de savoir ce que des processus interpersonnels permettent d'apprendre (Watson, 1998, p. 79). » Le patient qui a reçu l'enseignement et de l'information reliée à sa maladie va être plus ouvert à la relation thérapeutique. Un manque de connaissance augmente le stress chez le patient et devient ainsi un obstacle à son expérience de vie (Watson, 1998).

La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et ou de correction

Le huitième facteur caratif est « la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et ou de correction ». L'infirmière doit s'assurer que toutes les variables affectant le bien-être du patient soient considérées. Ces variables peuvent être externes au patient tels que les besoins physiques et socioculturels

ou bien internes au patient tels que la création d'un environnement spirituel de soutien (Watson, 1998). L'inconfort est une variable externe affectant le bien-être physique et mental du patient. Des interventions qui influencent l'environnement du patient vont modifier le bien-être physique du patient. Par exemple, lors des soins en fin de vie, l'infirmière utilisera un matelas thérapeutique pour prévenir les plaies de pression et utilisera de la musique afin d'aider le patient à se détendre.

L'assistance dans la satisfaction des besoins humains

Le neuvième facteur caratif est « l'assistance dans la satisfaction des besoins humains ». Pour démontrer ce facteur caratif, l'infirmière doit percevoir le patient comme un être global et l'aider dans la gratification de tous ses besoins. La hiérarchie de Maslow est utilisée pour énumérer les besoins du patient (Watson, 1998). Le patient qui est apprécié et traité comme un individu pourra progresser vers l'actualisation de soi. Les besoins humains essentiels sont les besoins de survie, les besoins fonctionnels, les besoins d'intégration et les besoins de recherche et de croissance. Les besoins humains selon Watson (1998) sont complexes et leur signification est propre à chacun des individus. La satisfaction de tous les besoins du patient est importante pour la promotion d'une santé optimale.

La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques

Le dixième et dernier facteur caratif est « la prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques ». Ce facteur caratif comprend les forces existentielles phénoménologiques et spirituelles du soin. Elles sont basées sur les expériences subjectives et personnelles (Watson, 1998). Les forces existentielles chez le patient sont reconnues par l'infirmière afin de l'aider à comprendre le sens qu'il donne à sa vie. Ce facteur caratif selon Watson (1998), « aide l'infirmière à se livrer à l'introspection et à reconnaître son soi. (p.207). »

La théorie de Watson et les recherches dans ce domaine sont présentées par les acétates afin de démontrer comment le caring est partie intégrante de la pratique infirmière. Finalement, une bande vidéo est utilisée pour favoriser la réflexion infirmière sur le concept du caring. Les exercices planifiés durant l'atelier le sont dans le but d'intégrer les objectifs de l'atelier.

Les exercices et les exemples démontrent des cas de patients à l'aide d'une bande vidéo (Real Stories, 1995). Ils sont particulièrement efficaces d'après les réactions des participants. Certains participants recommandent d'utiliser ces exercices auprès des autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Il y a eu de nombreux commentaires spontanés sur la pertinence de répéter de telles sessions de formation pour sensibiliser les infirmières et les autres membres de l'équipe de soin. Un des points importants soulevé

lors de l'atelier de formation est qu'il y a parfois un manque de sensibilité de la part de l'équipe de soin en ce qui a trait aux besoins centrés sur le patient. Les routines de soins sont en sorte que le manque d'individualisation du soin est présent dans la pratique infirmière. Les participants apprécient le fait d'avoir l'occasion de discuter de cet aspect du soin et de revoir comment elles peuvent revoir les routines de soin pour mieux s'encadrer avec le caring. Pour des limites de temps les jeux de rôles ne sont pas utilisés bien que recommandés par Judkins et Eldridge (2001).

Tous les documents pour l'atelier de formation sont traduits et la vérification de la traduction du questionnaire est faite par quatre infirmières ressources en pratique avancée bilingues de l'établissement. Les participants reçoivent une trousse lors de l'atelier et un certificat de participation pour éducation continue est émis. Le déroulement de l'atelier qui est offert aux infirmières du groupe expérimental est présenté avec le document en format Power Point à l'Appendice I. La rémunération pour les heures de travail est obtenue pour les participants de l'atelier. Le Tableau 3 décrit le déroulement de l'atelier plus en détail.

Tableau 3
Déroulement de l'atelier de trois heures

Temps	Contenu
45 minutes	Distribution des documents. Description du déroulement de l'atelier. Introduction/définition du caring Discussion tour de table (20 minutes)
45 minutes	Description de la théorie de Watson Exercice #1 Discussion
30 minutes	Exercice #2 Discussion avec le groupe
15 minutes	Exercice # 3 et discussion
15 minutes	Pause-santé
30 minutes	Exercice #4 : Vidéo (15 minutes) Discussion (15 minutes)
15 minutes	Conclusion de l'atelier. Prochaine étape : le post-test.
15 minutes	Évaluation de l'atelier

Le post test est acheminé par le courrier interne la troisième semaine du mois d'août 2004, soit trois mois après l'atelier, avec une lettre explicative (Appendice J) aux 45 sujets qui ont remplis le pré-test (28 participants du groupe expérimental et 17 participants du groupe témoin). Le premier envoi du post-test s'est fait le 23 août 2004 aux 48 participants. Vingt-trois questionnaires avaient été reçus au courant du mois suivant. Un rappel est fait le 27 septembre 2004 par le biais d'un appel téléphonique par la personne autre que l'intervenant et plusieurs participants révèlent avoir perdu leur questionnaire. On apprend qu'une infirmière qui a participé à l'atelier a pris sa retraite et une autre est en congé de maladie prolongé. D'autres questionnaires sont expédiés par le courrier interne. Huit questionnaires additionnels sont reçus durant les deux semaines suivant le rappel. Un dernier rappel est fait auprès de 6 personnes au début octobre 2004. Le taux de retour est de 69 %.

Les données provenant des pré test et post test distribués respectivement avant et après la formation sur le caring sont entrées dans le logiciel SPSS (version 12) par une première personne et ensuite vérifiée par une seconde autre que l'intervenante pour réduire la possibilité d'erreur au cours de l'étape d'entrée des données.

Réajustements apportés et justification

Un réajustement de l'échantillon final pour le groupe expérimental pour l'évaluation est fait car un questionnaire pré-test s'est perdu dans le courrier interne. L'échantillon

final pour le groupe expérimental est donc réajusté à 28 sujets. Le nombre visé était de 30 participants.

Considérations éthiques

Le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais a émis un certificat d'éthique pour étude sur des sujets humains pour ce projet d'intervention (Voir Appendice K). Les risques pour les participants sont minimaux. La participation se fait de façon volontaire. Pour s'assurer de l'anonymat des participants, les réponses du pré-test sont reçues par la personne qui doit codifier les questionnaires. Les questionnaires sont codifiés avec des chiffres sur le coin droit par une personne autre que l'intervenante. Des chiffres sont assignés au hasard aux participants du groupe expérimental et du groupe témoin dans le but de conserver leur anonymat tout en étant en mesure de comparer les données des deux groupes dans le pré test et post test. La liste de codes est conservée pour pouvoir effectuer un deuxième envoi aux participants n'ayant pas retourné leur questionnaire. Les codes permettent de pouvoir faire l'entrée de données dans le logiciel SPSS pour pouvoir identifier les deux groupes qui ont participé au projet. Tous les questionnaires sont retournés à une personne autre que l'intervenante afin de maintenir la confidentialité. Les questionnaires pré-test du groupe témoin sont reçus entre le 19 mai 2004 et le 15 juin 2004.

Plan des analyses

Dans un premier temps dans le but de déterminer si les deux groupes sont comparables, un test t de Student est effectué pour deux échantillons indépendants avec les données du pré test. En effet, on ne peut déterminer le caractère comparable des deux groupes à partir des données démographiques ou autres parce qu'elles sont inexistantes. Ensuite, un test t pour échantillons pairés est fait afin de déterminer l'effet de la formation sur le groupe expérimental.

Les moyennes et les écart-types pour les cinq dimensions de caring auprès du groupe expérimental et le groupe témoin dans le pré test et le post test sont calculées pour permettre de décrire les comportements de caring avant et après la formation pour le groupe expérimental et le groupe témoin. L'ordre des moyennes obtenues dans les dimensions est comparé à celui obtenu dans la recherche de Brunton et Beaman (2000) et Wolf et al. (1994). Ces données vont permettre d'ajouter aux connaissances sur les comportements de caring de l'infirmière obtenus avec l'utilisation de l'outil de Wolf et al. (1994).

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'intervention. Les éléments qui font parti de l'étape d'évaluation de cette intervention sont décrits. Les résultats des dimensions de caring de l'échantillon ainsi que les résultats des tests statistiques sont présentés selon le plan d'analyse planifié.

Étapes de l'évaluation de l'intervention

L'évaluation consiste tout d'abord à mesurer les comportements de caring adoptés avant la formation chez les deux groupes de participants et à les comparer à ceux adoptés après la formation. Le taux de participation au pré test est de 97 % pour le groupe expérimental ($n = 28$) et de 100 % pour le groupe témoin ($n = 17$). Le taux de participation au post-test est de 68 % pour le groupe expérimental ($n = 19$) et de 71 % pour le groupe témoin ($n = 12$). En ce qui a trait au taux d'absence à la formation, il est de 28 %. La valeur Alpha de Cronback obtenue avec les 42 items de l'outil est de 0,953 avec les données du pré test ($n = 45$).

Résultats de la moyenne obtenue dans chacune des dimensions de caring de l'échantillon

Les résultats sont présentés en regardant les moyennes obtenues pour chacune des dimensions de caring selon Wolf et al. (1994) dans le pré test et le post test pour le groupe expérimental et le groupe témoin. Le Tableau 4 qui suit décrit la moyenne pour les cinq dimensions de caring de l'inventaire des comportements de caring dans le groupe expérimental et le groupe témoin.

Tableau 4

Moyennes (M) et écarts types ($ÉT$) des deux groupes dans chacune des cinq dimensions de caring avant et après la formation sur le caring

Groupe	Dimensions				
	1 Le respect envers les autres	2 L'assurance d'une présence humaine	3 La relation positive	4 Les connaissances et les habilités professionnelles	5 L'attention face à l'expérience des autres
Expérimental $n = 28$					
M (Pré)	45,85	45,08	32,00	18,79	14,85
M (Post)	46,53	45,63	32,36	19,02	15,29
$ÉT$ (Pré)	2,4	3,5	3,6	1,7	1
$ÉT$ (Post)	1,7	2,4	2,6	1,1	1
Témoin $n = 17$					
M (Pré)	45,25	44,88	30,74	17,70	15,05
M (Post)	46,03	44,59	30,02	17,33	14,94
$ÉT$ (Pré)	3,2	3,4	4	3,3	1,6
$ÉT$ (Post)	2	3,6	2,9	2,9	1,2

En comparant les résultats du groupe expérimental pour le pré test et le post test présenté dans le Tableau 4, on peut noter qu'il y a eu une légère augmentation de la moyenne dans quatre des cinq dimensions de caring en comparaison avec le groupe témoin pour lequel les moyennes ont diminuées.

Le Tableau 5 présente les dimensions de caring pour le groupe expérimental et le groupe témoin avec leur ordre d'importance dans le pré-test et le post-test. On remarque que l'ordre des dimensions change chez le groupe expérimental entre le pré et le post-test alors qu'il reste inchangé pour le groupe témoin.

Tableau 5

Ordre selon les moyennes des cinq dimensions de caring avant et après l'intervention pour le groupe expérimental et le groupe témoin

Groupe	Dimensions				
	1 Le respect envers les autres	2 L'assurance d'une présence humaine	3 La relation positive	4 Les connaissances et les habilités professionnelles	5 L'attention face à l'expérience des autres
Expérimental $n = 28$					
<i>M (Pré)</i>	3,82	3,75	3,60	3,76	3,71
Ordre	1	3	5	2	4
<i>M (Post)</i>	3,87	3,80	3,6	3,80	3,82
Ordre	1	3	5	3	2
Témoin $n = 17$					
<i>M (Pré)</i>	3,77	3,74	3,42	3,54	3,76
Ordre	1	3	5	4	2
<i>M (Post)</i>	3,84	3,72	3,34	3,47	3,74
Ordre	1	3	5	4	2

Les résultats des tests statistiques

Le test t de Student avec deux échantillons indépendants

Un test t de Student avec deux échantillons indépendants utilisant le logiciel SPSS (version 12) est effectué à partir avec les données du pré test afin de pouvoir déterminer si le groupe expérimental et le groupe témoin sont comparables. Le Tableau 6 affiche les résultats de ce test. On observe aucun résultat significatif ce qui signifie que le groupe expérimental et le groupe témoin sont comparables.

Les tests t de Student pour échantillons pairés

Des tests t de Student pour échantillons pairés fait à l'aide du logiciel SPSS (version 12) pour mesurer si l'intervention a engendré un changement dans les comportements de caring autos rapportées selon l'inventaire des comportements de caring de Wolf. Ce test mesure l'hypothèse de départ pour voir si la formation a effectivement fait une différence auprès du groupe expérimentale. Les données significatives sont choisies avec une probabilité de 0,05 %. Le Tableau 7 décrit les résultats du test t de Student pour échantillons pairés. Les résultats dans chacune des dimensions de caring ne sont pas significatifs. L'intervention éducative sur le caring n'a pas fait une différence pour le groupe expérimental. Comme attendu, le groupe témoin n'a pas eu de résultats significatifs dans les dimensions de caring.

En raison des résultats non significatifs, les tests *t* de Student pour échantillons pairés sont répétés pour regarder les items de façon individuelle selon l'inventaire des comportements de caring (Wolf et al. 1994). Le Tableau 8 représente les résultats des tests *t* pour échantillon pairés avec les items considérés un à un. Malgré les résultats non significatifs des dimensions de caring, il y a cinq items chez le groupe expérimental qui ont démontré des différences significatives entre le pré test et le post test. Les résultats des tests *t* pour ces cinq items sont présentés au Tableau 8. En effet, ce changement significatif dans certains items permet d'avancer qu'il y a eu un début de changement mais non statistiquement significatif quand regarde les dimensions de caring une à une. Les résultats des test *t* pour échantillons pairés avec les items de l'inventaire des comportements de caring chez le groupe témoin a démontré qu'un seul item a obtenu une différence significative entre le pré test et le post test.

Tableau 6

Test *t* indépendant pré test groupe expérimental et groupe témoin ($n = 45$)

Dimension	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Le respect envers les autres	,881	40	n.s
L'assurance d'une présence humaine	,505	40	n.s
La relation positive	1,768	36	n.s
Les connaissances et les habiletés professionnelles	1,644	43	n.s
L'attention face à l'expérience des autres	-0,127	42	n.s

Tableau 7

Test *t* de Student pour échantillons pairés

Dimension	Groupe expérimental (<i>n</i> = 28)			Groupe témoin (<i>n</i> = 17)		
	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>p</i>
Le respect envers les autres	-.986	18	n.s	-1,262	13	n.s
L'assurance d'une présence humaine	- 1,071	18	n.s	,667	9	n.s
La relation positive	- 1,056	16	n.s	,876	12	n.s
Les connaissances et les habiletés professionnelles	- 1,690	20	n.s	,234	13	n.s
L'attention face à l'expérience des autres	- 1,837	19	n.s	-,353	13	n.s

Tableau 8

Test *t* de Student pour échantillons pairés avec tous les items de l'inventaire
des comportements de caring de Wolf et al. (1994)

Item	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>p</i>
Groupe expérimental (<i>n</i> = 28)			
23. Veiller sur le patient	-2,042	20	* <i>p</i> < 0,05
7. Fournir de l'information	-2,04	20	* <i>p</i> < 0,05
36. Aider à soulager la douleur du patient	-2,179	20	* <i>p</i> < 0,05
38. Administrer les traitements et les médicaments à temps	-2,333	20	* <i>p</i> < 0,05
40. Soulager les symptômes du patient	-2,517	20	* <i>p</i> < 0,05
Groupe témoin (<i>n</i> = 17)			
5. Utiliser le toucher avec le patient pour communiquer le caring	2,889	13	* <i>p</i> < 0,05

Discussion

La prochaine partie reprend l'interprétation des résultats selon l'objectif fixé à l'étape de la planification de l'intervention. On décrit aussi certaines retombées possibles pour les sciences infirmières. Ensuite, les limites et quelques forces du projet d'intervention sont revues pour mieux comprendre la portée de l'intervention. Pour clore cette discussion, des recommandations pour l'établissement de santé et l'accomplissement des objectifs personnels sont décrites.

Résultats selon l'objectif de l'intervention

Objectif général de l'intervention

Après avoir participé à un atelier sur le caring, le personnel infirmier du groupe expérimental rapporte une augmentation significative des comportements de caring auto rapportés selon l'inventaire des comportements de Wolf et al. (1994).

Cet objectif général est mesuré à l'aide de l'inventaire des comportements de caring de Wolf et al. (1994). Pour les tests statistiques paramétriques, les résultats démontrent qu'aucune des cinq dimensions du caring n'a obtenu des résultats significatifs ($*p < 0,05$) pour le groupe expérimental. On ne peut donc pas affirmer qu'un atelier de formation de

trois heures sur la théorie de Watson offert à des infirmières permet d'observer chez elles une augmentation significative des comportements de caring auto rapportés.

Le résultat du coefficient Alpha de Cronback de l'auteure est de 0,953 et celui de Wolf et al. (1994) est de 0,96. Ces résultats nous démontrent que l'outil possède une bonne consistance interne.

Les moyens utilisés pour rencontrer l'objectif

Les moyens utilisés pour rencontrer cet objectif général sont les suivants :

1. Développer et animer un atelier sur les comportements de caring auprès du personnel infirmier du programme de soins continus complexes.

L'atelier est offert en anglais et en français, les 19 et 20 mai 2004 avec la participation au total de 28 infirmières volontaires du programme de soins continus complexes. L'atelier avait été proposé aux 107 infirmières de ce programme. L'atelier est jugé très pertinent pour pouvoir expliquer et discuter avec les infirmières sur le caring. Les infirmières expriment spontanément apprécier l'atelier car celui-ci leurs permet de prendre du temps à l'extérieur de l'unité de soin pour acquérir de nouvelles connaissances. Ces nouvelles connaissances portent sur un concept qui est très important dans leur pratique de soins auprès du patient dans les soins continus complexes.

La bande vidéo utilisée lors de l'atelier comprend des situations vécues par des patients dans des milieux de soins variés et est évaluée comme particulièrement efficace pour faciliter la discussion. Des expériences négatives et positives reliés à l'aspect relationnel du soin sont revues par la bande vidéo (Real Stories, 1995). C'est une bande vidéo qui est recommandée par l'AIIO (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario) dans l'application des lignes directrices sur le soin centré sur le patient.

2. Comparer, avant et après la formation, les données des comportements auto rapportés ciblés du caring chez les infirmières autorisées du programme de soins continu qui participe à l'atelier et chez les infirmières des programmes de réadaptation et des soins palliatifs qui n'ont pas participé à l'atelier à l'aide d'un outil validé de Wolf et al. (1994).

La dimension de caring qui obtient la moyenne plus élevée est « le respect envers les autres » autant avant la formation ($M = 3,82$), qu'après la formation ($M = 3,87$). Cette dimension est également choisie par le groupe d'infirmière des soins aigus de la recherche de Wolf et al. (1994). Cependant dans la présente étude, « La connaissance et les habiletés professionnelles » ($M = 3,76$) passe du deuxième rang avant l'intervention au troisième rang après la formation. Quant à « L'assurance d'une présence humaine » elle demeure en troisième rang ($M = 3,75$ vs $M = 3,80$). La recherche de Brunton et Beaman (2000) auprès des infirmières praticiennes démontre que la dimension « l'assurance d'une présence humaine » est la plus importante auprès de ce groupe

d'infirmière. La dimension « la relation positive » obtient la moyenne la moins élevée tant avant la formation ($M = 3,60$) qu'après ($M = 3,60$). On remarque que la dimension « l'attention face à l'expérience des autres » obtient le quatrième rang ($M = 3,71$) avant la formation et progresse au deuxième rang après la formation ($M = 3,82$).

Fait intéressant à remarquer la moyenne de quatre des cinq dimensions de caring a augmenté entre le pré test et le post test pour le groupe expérimental. Quant au groupe témoin, on observe le contraire c'est-à-dire une diminution de la moyenne pour quatre dimensions sur cinq. Comme attendu, l'ordre des dimensions ne change pas entre le pré-test et le post-test auprès du groupe témoin alors qu'un changement est apparent dans l'ordre des dimensions du groupe expérimental.

La prochaine partie de ce chapitre s'attarde sur les retombées pour la discipline infirmière. Ainsi, les conséquences pour la pratique, la gestion et les limites du projet d'intervention sont élaborées.

Retombées pour la discipline infirmière

Il existe plusieurs retombées à projet d'intervention. D'abord, ce projet suscite une discussion et une réflexion sur l'aspect du caring des soins infirmiers auprès des infirmières du programme de soins continus complexes. L'atelier permet de discuter de

cet aspect du soin dans une atmosphère collégiale avec d'autres infirmières du même programme.

Ce projet d'intervention sert définitivement à l'avancement des connaissances dans la discipline infirmière et particulièrement aux connaissances sur le caring; en démontrant qu'une formation isolée sur le caring n'est pas suffisante pour modifier les comportements de caring des infirmières.

Le score obtenu en pré test lors de la mesure des comportements de caring dans les soins continus complexes démontre que les comportements de caring auto rapportés sont très élevés. En effet, les cotes moyennes des dimensions de caring sont élevées tout comme celles obtenue par Wolf et al. (1994) dans leur étude auprès des infirmières des milieux de soins aigus.

La satisfaction du patient est touchée directement par l'expérience de caring tels que démontré par les recherches de Duffy (1992), Wolf et al. (2003), et Wolf et al. (1998). L'étude de l'influence de ce concept infirmier sur le soin au patient doit se poursuivre avec d'autres recherches non seulement pour son importance mais aussi pour déterminer la priorité de ces actions auprès du patient. Le caring infirmier est un concept qu'il faut continuer à encourager dans la pratique infirmière pour potentiellement augmenter la satisfaction des patients.

Conséquences sur la pratique

On remarque que « le respect envers les autres » est une dimension de caring importante auprès des infirmières du groupe expérimental. Cette dimension est aussi importante pour les infirmières du groupe témoin. Les infirmières dans les milieux de soins continus complexes doivent continuer d'exprimer cette dimension du caring et d'utiliser ce concept dans leur pratique. Il faut aider les infirmières dans les milieux de soins continus complexes pour s'assurer que toutes les dimensions du caring font partie intégrante de leur tâche quotidienne. Wolf et al. (1994) soulignent dans leur conclusion que les dimensions du caring donnent un bon encadrement pour aider les infirmières à mieux comprendre les situations de caring dans leur milieu de travail et les rendent plus sensibles face aux situations de caring entre patients et infirmières. Cette approche pourra aussi certainement les aider à comprendre toute la complexité des soins à donner.

Conséquences sur la gestion

Il est important de revoir avec les patients s'ils ont perçu quelques changements dans le caring infirmier. L'équipe de gestion qui permet une approche éducative pour influencer les perceptions de comportements de caring doit également s'assurer que cette approche avec facteurs caratifs auprès des patients est percevable et influence positivement leur satisfaction à l'égard des soins apportés.

Limites du projet d'intervention

Ce projet d'intervention comporte des limites en ce qui a trait à l'échantillon et l'outil utilisé. Il s'agit d'un échantillon de convenance plutôt qu'un échantillon aléatoire. L'échantillon aléatoire nous aurait permis d'avoir toutes les infirmières, même ceux qui ne sont pas nécessairement intéressées par le caring. Le choix qui est fait quant à la stratégie d'échantillonnage peut avoir eu pour effet que seulement les infirmières déjà consciencieuses ont choisi de répondre et de participer.

En effet, les résultats du pré test sur le caring démontrent aussi déjà des comportements de caring élevés avec des résultats de 3,6 à 3,82 pour le groupe expérimental et de 3,42 à 3,77 pour le groupe témoin sur une échelle Likert de 4 points. Andrews, Daniel et Hall (1996) affirment que la recherche de Wolf démontre également des moyennes très élevées soit de 3,78 sur une échelle Likert de 4 points. Ces auteurs ont testé l'outil de Wolf auprès de 26 infirmières en gestion et ont obtenu des moyennes élevées de 3,50 et plus sur une échelle Likert de 4 points pour l'ensemble des dimensions de caring. Il aurait été intéressant de voir les résultats avec un groupe d'infirmière qui aurait été assigné aléatoirement par les gestionnaires des unités de soins au programme de soins continus complexes.

Une autre limite de l'échantillon est qu'il est petit en comparaison avec d'autres recherches faites sur les perceptions de comportements de caring auprès de patients et

d'infirmières. Ce projet d'intervention ne touche seulement qu'un faible pourcentage; soit 27 % des infirmières du programme de soins continus complexes.

Les résultats non significatifs auprès du groupe expérimental ont peut-être été causés par la période de trois mois qui est choisie entre le pré test et le post test. La période d'attente entre le pré test et le post test peut en effet avoir été mal jaugée, ce qui constitue une limite sur le projet d'intervention pouvant avoir eu un effet sur les résultats. Mentionnons que la période entre le pré test et le post test a coïncidé avec les vacances estivales. Il est permis de se demander si les résultats auraient été différents si il n'y avait pas eu cette interruption correspondant à la période des vacances pour le maintien des comportements de caring.

La traduction du questionnaire de Wolf et al. (1994) qui n'est pas faite selon toutes les étapes de validation transculturelle de Vallerand (1989) est une limite à ce projet. Aussi, il y a un biais de désirabilité du point de vue des participants.

Une autre limite du projet est sans équivoque le fait que l'on n'obtient pas des résultats significatifs avec la mise en œuvre de seulement une intervention isolée. L'un des changements qui peut être apporté à cette intervention pour obtenir des résultats significatifs est de faire plusieurs autres interventions sur le caring infirmier pour soutenir l'intervention initiale. Selon l'étude de Yeahel, Maljanian, Bohannon et Coulombe (2003), la formation sur le caring à elle seule ne va pas changer de façon significative les

comportements de caring chez des infirmières. En effet, Yeahel et al. (2003) démontrent la nécessité de plusieurs interventions sur le caring infirmier pour obtenir un effet à long terme. Leur recherche utilise non seulement la formation sur le caring mais aussi du renforcement par les pairs, l'inclusion des buts du caring dans l'évaluation de la performance du personnel infirmier et afficher des exemples de caring sur les unités de soins. On a aussi demandé au personnel infirmier d'identifier des buts personnels. Les résultats sont significatifs dans la mesure pré et post intervention en ce qui a trait à la satisfaction des patients. Les résultats de cette recherche permettent de démontrer l'importance des interventions multiples sur le caring auprès des infirmières pour pouvoir influencer la satisfaction auprès des patients. Ce projet d'intervention peut bénéficier de plusieurs interventions pour augmenter son efficacité.

Forces du projet d'intervention

Le projet d'intervention a certaines forces; il y en a trois qui se sont avérées importantes : 1) l'appréciation de l'atelier de formation, 2) des retombées positives dans le programme de soins continus complexes, 3) des similitudes avec les études de Wolf et al. (1994) pour certaines dimensions de caring.

L'atelier de formation sur le caring préparé et présenté dans le cadre du projet d'intervention est particulièrement apprécié par les infirmières. Il y a une très bonne

participation de la part des infirmières et elles recommandent de continuer cette formation auprès de leurs pairs.

Ce projet a aussi des retombées positives pour la continuation d'un projet qui porte sur l'approche de l'équipe de soins. Un autre projet est présentement initié dans le programme de soins continus complexes pour continuer l'application des connaissances des infirmières sur le caring et surtout sur une approche de soin centrée sur le patient. Ce projet est élaboré d'après une recommandation faite dans le cadre de l'atelier offert avec cette intervention. Le titre de ce projet est « meilleures approches de soins ». Ce projet permet d'inclure les autres membres de l'équipe de soins soit les infirmières auxiliaires et les préposés de soins aux patients. Ce programme amène des applications pratiques pour le soignant avec des exemples tels que la relation thérapeutique, l'intimité du patient, etc.

Le caring est un concept qui n'est pas facile à cerner d'après la littérature. Les résultats de ce projet d'intervention sont différents de ceux de la recherche de Brunton et Beaman (2000) effectuée auprès d'infirmières praticiennes pour ce qui est du rang en importance des dimensions de caring. En effet, les infirmières praticiennes de l'étude de Brunton et Beaman (2000) placent « l'assurance d'une présence humaine » au premier rang alors que les infirmières du programme de soins continus complexes visés dans le projet placent au premier rang « le respect envers les autres ». Néanmoins, il y a des similitudes avec les résultats de Wolf et al. (1994) pour ce qui est de l'importance de la dimension « respect envers les autres » auprès du groupe expérimental après la formation

sur le caring. La formation sur le caring influence des comportements auto rapportés de caring auprès des infirmières du groupe expérimental car les résultats du questionnaire pré test et du post test sur les comportements de caring affichent un début de changement avec cinq items qui se sont avérés significatifs auprès des infirmières du groupe expérimental.

Recommandations pour l'établissement de santé

L'approche interdisciplinaire est favorisée dans l'établissement de santé choisi pour l'intervention. Une limite du projet est l'exclusion des autres membres de l'équipe interdisciplinaire tels que les infirmières auxiliaires et les préposés de soins aux patients. Les commentaires de l'évaluation de l'atelier font ressortir l'importance que tous les membres de l'équipe doivent avoir des connaissances sur le caring infirmier. C'est un des aspects les plus importants dans les soins apportés aux patients et qui contribue peut-être globalement à la satisfaction des patients selon Wolf et al. (2003) et Wolf et al. (1998). L'auteure recommande la promotion d'une approche de soins basés sur les facteurs caratifs de Watson pour l'établissement de santé pour mieux répondre à la problématique.

Les instruments qui mesurent le caring sont testés surtout auprès des infirmières dans les milieux de soins hospitaliers en soins aigus (Wolf et al. 1994). Ce projet d'intervention teste l'instrument auprès des infirmières anglophones et francophones dans le milieu de soins continus complexes. L'utilisation de cet instrument avec un plus

grand échantillon d'infirmières francophones permettrait de valider cet instrument pour son utilisation dans des milieux de santé francophones. Le développement d'un instrument validé en français contribue à l'avancement de l'évaluation des comportements de caring. L'instrument traduit en français pour l'intervention est un pas dans cette direction mais il doit être validé avec un plus grand échantillon.

Si le problème de satisfaction des patients persiste, il est recommandé d'utiliser plusieurs types d'intervention pour mieux influencer les comportements de caring. Pour permettre de cibler également les infirmières qui ne voient pas nécessairement l'importance d'une intervention sur le caring, les infirmières doivent être assignées aléatoirement par les gestionnaires des unités de soins du programme de soins continus complexes. Il faut aussi avoir un plus grand échantillon que celui du projet d'intervention. Les résultats peuvent ainsi s'avérer plus significatifs.

Une autre recommandation est la mise en œuvre d'une autre intervention utilisant un devis longitudinal avec un protocole comprenant une mesure répétée après l'intervention. La distribution du post test tout de suite après la formation et puis six mois après la formation peut déterminer s'il y a des différences significatives.

Les résultats sur les objectifs personnels d'apprentissage

Les objectifs personnels d'apprentissage lors de ce projet d'intervention clinique sont :

1. Élaborer, mettre en œuvre et évaluer une intervention développée par une infirmière spécialisée dans mon milieu de travail.
2. Mieux comprendre mes compétences et mes difficultés à faire une formation efficace en tant qu'infirmière ressource en pratique avancée.
3. Approfondir mes connaissances du cadre théorique de Watson et chercher s'il existe des façons de l'appliquer pour satisfaire les besoins des infirmières autorisées du programme de soins complexes continus.
4. Maîtriser l'évaluation quantitative des comportements ciblés du caring.
5. Approfondir mes habiletés dans l'utilisation du logiciel SPSS.

L'intervention est très bénéfique surtout pour approfondir mes connaissances sur la théorie de Watson. La théorie de Watson donne une identité à l'infirmière et elle peut se rendre compte de l'impact de la relation thérapeutique sur l'expérience du patient. Il y a aussi eu le partage d'expériences et de certains enjeux vécus sur les unités de soins lors de l'atelier qui sont demeuré confidentiel entre les participants. Les infirmières sont aussi très intéressées par le sujet. Elles posent plusieurs questions sur la façon d'agir dans certaines situations de soins. Le groupe s'est aussi soutenu et exprime une certaine fierté d'être infirmière autorisée en discutant de ce sujet qui amène de belles expériences. Le groupe est très ouvert aux questions et à tous les exercices utilisés.

Dans l'ensemble, l'atelier de formation s'est bien déroulé et tous les participants apportent des aspects différents de leur pratique infirmière favorisant l'utilisation des comportements de caring auprès du patient. Les infirmières verbalisent que cet atelier leur est très utile pour leur rappeler l'importance de cet aspect du soin infirmier. C'est un aspect qui est parfois oublié ou moins expliqué dans les réunions des équipes interdisciplinaires. Le caring est important pour les patients des soins continus complexes et ils ont exprimé leur insatisfaction lors du sondage fait en 2002 (Smaller World Communication). Il ne faut pas sous-estimer le pouvoir de la relation thérapeutique sur le bien-être total du patient.

Le quatrième objectif personnel d'apprentissage fixé est de pouvoir maîtriser l'évaluation quantitative des comportements ciblés du caring. Cet objectif est atteint par ce projet d'intervention qui permet de pouvoir démontrer utiliser un questionnaire validé pour pouvoir noter les différences entre les comportements de caring auto-rapportés avec deux groupes d'infirmières.

Le cinquième objectif est d'approfondir mes habiletés dans l'utilisation du logiciel SPSS. Cet objectif est atteint partiellement par la pratique de l'entrée de données et les différents tests statistiques qui sont effectués. Il y a encore des apprentissages nécessaires en ce qui a trait à la manipulation de variables avec les tests paramétriques.

Conclusion

Le caring fait partie intégrante de la pratique infirmière. Le caring est important pour maintenir des soins de qualité auprès des patients dans le milieu de soin continus complexes. De nombreuses recherches démontrent l'influence positive qu'apporte le caring infirmier sur l'expérience du patient (Gardner et al. 2001; Wolf et al. 1998). Il est donc nécessaire de continuer les efforts dans la pratique pour promouvoir et utiliser les facteurs caratifs de Watson dans les interventions infirmières.

Afin de tenter d'aider à remédier à un problème de satisfaction des patients de l'établissement de santé par rapport aux soins, une intervention sur le caring est effectuée auprès des infirmières. Cette intervention a pour but de tenter de changer les comportements de caring auto rapportés des infirmières du programme des soins continus complexes. En dirigeant les infirmières vers une approche plus axée vers les besoins du patient, les recherches rapportent une influence positive sur la satisfaction du patient (Wolf et al. 1998; Wolf et al. 2003)

L'intervention choisie est de donner un atelier de formation sur le caring aux infirmières. Un outil est utilisé pour mesurer les comportements de caring. Un pré-test mesurant les comportements de caring (Wolf et al. 1994) est distribué aux 28 infirmières participantes de l'atelier de même qu'à 17 infirmières n'ayant pas participé à l'atelier constituant un groupe témoin. Un post-test est distribué au groupe expérimental ainsi qu'au groupe témoin trois mois après l'intervention. Des tests statistiques sont effectués pour discerner s'il y a eu un changement auto rapporté dans les comportements de caring.

Ces tests démontrent qu'il n'y a pas de changements significatifs dans les comportements de caring auto rapportés par les infirmières participants au projet.

Ce projet tente de démontrer qu'une approche éducative peut influencer les comportements de caring auto rapportés de l'infirmière. Ce projet ajoute aux données déjà présentes sur le caring auprès des infirmières des soins continus complexes et propose une intervention éducative au sein même de l'établissement de santé. Il est important de considérer le caring infirmier comme étant primordial pour les soins infirmiers. La recherche de Coulombe et al. (2003) présente qu'il faut plusieurs interventions pour pouvoir influencer la satisfaction du caring infirmier auprès des patients. Il faut poursuivre cette démarche à l'intérieur du établissement de santé avec les infirmières et voir à améliorer certains aspects de l'intervention pour mieux vérifier l'efficacité d'une approche éducative.

Wolf et al. (1994) propose, en conclusion de leur étude sur les dimensions du caring, que ces dimensions du caring donnent un bon encadrement pour aider les infirmières à mieux comprendre les situations de caring dans leur milieu de travail et augmentent leur sensibilisation aux situations de caring entre patients et infirmières. Les résultats significatifs de cinq items dans le groupe expérimental portent à démontrer qu'effectivement une formation sur le caring permet un début de changement de certains comportements de caring par les infirmières. Il est possible qu'avec une approche

éducative sur le caring infirmier, on peut influencer les perceptions des comportements de caring auprès des infirmières.

Suite à ce projet et aux recommandations obtenues lors de l'atelier de formation, cette intervention éducative se poursuit avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire de soins pour continuer la réflexion sur ce concept des soins infirmiers. C'est un pas important dans la poursuite de l'utilisation de cet élément clé du soin – le caring – auprès des patients du programme des soins continus complexes de l'établissement de santé.

Références

- Andrews, L.W., Daniel, P., & Gregory, A. (1996). Nurse caring behaviors: Comparing five tools to define perceptions. *Ostomy and Wound Management*, 42, 28-37.
- Aucoin-Gallant, G. (1990). La théorie du caring de Watson. *L'infirmière Canadienne*, 86, 32-35.
- Balursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung*, 31, 67-75.
- Beauchamp, C.J. (1993). The centrality of caring: A case study. Dans P.L Munhall & Bryds (eds). *Nursing Research: A qualitative perspective* (2nd ed. pp. 338-358), New York: National League for Nursing.
- Bilodeau, M. (2002). Rapport annuel du Service de Santé XXX. *Scope*, 9.
- Bouchard, S., & Cyr, C. (2000). *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Brunton, B., & Beeman, M. (2000). Nurse practitioners perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12, 451-456.
- Burns, N., & Groves, S. K. (2005). *The practice of nursing research*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Cara, C. M. (2001). The apprenticeship of caring. *International Journal for Human Caring*, 33-41.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 13-23.
- Chinn, P. L., & Kramer, M.K. (2004). *Theory and nursing* (5th ed.) Mosby: Toronto.

- Coates, C. J. (1997). The caring efficacy scale: Nurses self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3, 53- 59.
- Coulombe, K., Yeakel, S., Maljanian, R., & Bohannon, R. W. (2002). Caring Behaviors Inventory: Analysis of responses by hospitalized surgical patients. *Outcomes Management*, 6, 138-141.
- Cronin, S. N., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 17, 374-380.
- Duffy, J. (1992). *The impact of nurse caring on patient outcomes*. In D. Gaut (Ed), The presence of caring in nursing (pp. 113-136). New York: National League for Nursing.
- Erci, B., Ayse, S., Tortumluoglu, G., Kilic, K., Sahin, O., & Gungormus, Z. (2003). Effectiveness of Watson's caring model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 130-139.
- Falk Rafael, A. R. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23, 34-49.
- Fox, R. C., Aiken, L. H., & Messikomer, C. M. (1990). The culture of caring: AIDS and the nursing profession. *Milbank Quarterly*, 68, 226-256.
- Garder, A., Goodsell, J., Duggan, T., Murtha, B., Peck, C., & Williams, J. (2001). Don't call me sweetie!. *Collegian*, 8, 32-38.
- Gramlin, L., & Nugent, K. (1988). Teaching caring within the context of health. *Nurse Educator*, 23, 47-51.
- GRASP® (Grace Reynolds Application Study Peto) (2004). Rapport anecdotiques sur la tâche des infirmières.

- Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngäs, H. (1998). Nurse caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 927-932.
- Greggs-McQuilkin, D. (2003). Caring is essential. *Medsurg Nursing*, 12, 141-142.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1981). A patient satisfaction instrument. Precision by replication. *Nursing Research*, 31, 170-191.
- Hoover, J. (2002). The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 79-86.
- Huggins, K. N., Gandy, W. M., & Kohut, C. D. (1993). Emergency department patient's perception of nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 22, 356-364.
- Jensen, K. P., Back-Petterson, S.R., & Segesten, K. M. (1993). The caring moment and the green thumb phenomenon among Swedish nurses. *Nursing Science Quarterly*, 6, 98-104.
- Jensen, K. P., Back-Petterson, S. R., & Segesten, K. M. (1996). Catching my wavelength. Perception of the excellent nurse. *Nursing Science Quarterly*, 9, 115-120.
- Judkins, S. K., & Eldridge, C. (2001). Let's put caring back into healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 31, 509-511.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2^{ième} éd.). Laval : Beauchemin.
- Kitson, A. (1999). The essence of nursing. *Nursing Standard*, 13, 42-47.
- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nurse Forum*, 11, 46-50.

- Lea, A., & Watson, R. (1996). Caring research and concepts: A selected review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 5*, 71-77.
- Lenninger, M. M. (1980). Caring: A central focus of nursing and health care services. *Nursing and Health Care, 1*, 135-143.
- Lenninger, M. M. (1984). *Care: The essence of nursing and health*. Thorofare: Charles B. Slack.
- Marini, B. (1999). Institutionalized older adults' perceptions of nurse caring behaviors. *Journal of Gerontological Nursing, 5*, 11-16.
- Mc Cance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1999). Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 1388-1395.
- Mc Kay, P., Rajacich, D., & Rosenbaum, J. (2002). Enhancing palliative care through Watson's carative factors. *Canadian Oncology Nursing Journal, 1*, 34-38.
- Mendyka, B. (2000). Exploring culture in nursing: A theory-driven practice. *Holistic Nursing Practice, 15*, 32-41.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science, 13*, 1-14.
- Mullins, I. L. (1996). Nurse caring behaviors for persons with acquired immunodeficiency syndrome – human immunodeficiency virus. *Applied Nursing Research, 9*, 18-23.
- Nyberg, J. (1990). The effects of care and economics on nursing practice. *Journal of Nursing Administration, 20*, 13-18.
- Parsons, E. C., Kee, C. C., & Gray, D. P. (1993). Perioperative nurse caring behaviors. *AORN Journal, 57*, 1106-1114.

- Real Stories. (1995). Toronto : Deveaux-Babin Productions, bande vidéo.
- Ritter-Teitel, J. (2002). The impact of restructuring on professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 32, 31-41.
- Roach, (1987). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association.
- Schultz, A. A., Bridgham, C., Smith, M. S., & Higgins, D. (1998) Perceptions of caring. *Clinical Nursing Research*, 7, 363-378.
- Smaller World Communication (2002). *Ontario complex continuing care resident and family evaluation survey*. Richmond Hill: Ontario.
- Smith, M. (2004). Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, 17, 13-25.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française, *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. NewYork: National League for Nursing.
- Watson, J. (1998). *Le Caring*. Paris : Seli Arslan. Traduction de Josiane Bonnet.
- Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer.
- Wolf, Z. R. (1981). The concept of caring: Beginning exploration. Candidacy paper, University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia, USA.

- Wolf, Z. R., Miller, P. A., & Devine, M. (2003). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *MEDSURG Nursing, 12*, 391-396.
- Wolf, Z. R. (1986). The caring concept & nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing, 8*, 84-93.
- Wolf, Z. R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M. S., & Giardino, E. R. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *MEDSURG Nursing, 7*, 99-105.
- Wolf, Z. R., Giardino, E.R., Osborne, P.A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimension of nurse caring. *Journal of Nursing Scholarship, 26*, 107-111.
- Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R.W., & Coulombe, K. (2003). Nurse caring behaviors and patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 33*, 434-436.

Appendice A

Contrat avec le milieu

APPROBATION DU PROJET D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : Josette Roussel Code permanent : RouJ29596607

Constituante d'attache : UQTR UQAC UQAR UQO

Première session d'inscription au programme : Hiver 2003

Titre du projet d'intervention: L'évolution des comportements de caring chez les infirmières suite à un atelier de formation

Résumé du projet d'intervention : problématique (contexte théorique, cadre théorique et objectifs visés) et planification de l'intervention (lieu, rôles des partenaires, précautions éthiques, calendrier, évaluation)

RÉSUMÉ DE L'INTERVENTION

Le caring pour l'infirmière est ce qui nous identifie comme professionnel de la santé (Greggs-McQuilkin, 2003). La théorie du caring de Watson (1979,1988, 1998) nous permet de pouvoir transmettre ces connaissances dans le soin auprès des patient. Les facteurs caratifs sont au cœur de la théorie et peuvent guider l'infirmière dans ces interventions pour ainsi contribuer au plan de soin du patient. Cette théorie est à la base de l'intervention qui a été effectuée par l'auteure auprès des infirmières autorisées du programme des . L'atelier sur le caring infirmier a été développé en utilisant le cadre théorique de Watson.

Le projet d'intervention vise à pouvoir répondre à la problématique présentée par les résultats du sondage de la satisfaction des patients du programme de soins continus complexes qui démontraient des piètres résultats dans l'aspect relationnel des soins infirmiers. Les comportements de caring de l'infirmière influencent la satisfaction des patients. De nombreuses recherches ont démontré l'influence positive qu'apporte le caring infirmier sur l'expérience du patient (Garder, Goodsell, Duggan, Murtha, Peck, & Williams, 2001; Wolf, 1988; Marini, 2001). L'atelier devait donc apporter une meilleure

Isabelle Rivest
Signature de l'étudiante ou de l'étudiant

Isabelle Rivest
Signature de la personne du milieu

Christine St-Onge
Signature de la directrice ou du directeur d'essai

Martin Raymond Pectuc
Signature de la personne responsable du
programme ou de la professeure ou du professeur
nommé(e) au Comité de programmes

Date : 2005-02-09

Appendice B

Lettre d'information pour le groupe expérimental



À toutes les infirmières autorisées des Soins Continus Complexes

Un Atelier sur le caring infirmier sera offert le 19 mai 2004 de 07:30 à 11:00 ou 11:30 à 15:00 et le 20 mai 2004 de 07:30 à 11:00 ou 11:30 à 15:00 à la salle Jeanne Mance au 6B, **et c'est Gratuit !!!** Inscription limitée aux possibilités de remplacements...premiers arrivés premiers servis

Êtes-vous intéressées à une nouvelle expérience d'apprentissage?

Si oui, envoyez votre réponse par courriel (jroussel@on.ca) ou par le courrier interne à Josette Roussel, Infirmière ressource en pratique avancée, avant le 5 mai 2004 et plus de détail vous serons fournis.

Je suis intéressée à participer,

Nom (SVP Imprimer) : _____ Unité : _____

Merci !!

Appendice C

Lettre de recrutement pour le groupe témoin



À toutes les infirmières autorisées en réadaptation et des soins palliatifs

Je suis présentement à la recherche d'infirmières intéressées à participer à un projet sur le caring infirmier. Votre participation vous amènera à remplir un questionnaire qui comporte 42 items se rapportant aux dimensions du caring. Ce questionnaire prendra environ 15 minutes à compléter.

Êtes-vous intéressées à participer à ce projet?

Si oui, envoyez votre réponse par courriel (jroussel@on.ca) ou par le courrier interne à Josette Roussel, Infirmière ressource en pratique avancée, avant le 10 mai 2004 et plus de détail vous seront fournis.

Je suis intéressée à participer,

Nom (SVP Imprimer) : _____ Unité : _____

Merci !!

Appendice D

Permission d'utiliser l'inventaire des comportements de caring de l'auteur

Dear Josette:

Thank you very much. Best of luck with your research.

Zane Robinson Wolf

-----"Josette Roussel" <jroussel@hs.on.ca> wrote: -----

To: <wolf@lasalle.edu>

From: "Josette Roussel" <jroussel@hs.on.ca>

Date: 03/15/2004 12:26PM

cc: "Josette Roussel" <JROUSSEL@hs.on.ca>

Subject: Permission to use The Caring Behaviors Inventory (CBI)

Dear Dr. Wolf,

I have attached the completed questions from the release form for The Caring Behaviors Inventory (CBI). If you need further information please contact me by email or by telephone.

Regards,

Josette Roussel

Advanced Practice Resource Nurse

Appendice E

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement
L'évolution des comportements de caring chez les infirmières

Responsable du projet d'intervention : Josette Roussel, infirmière-ressource en pratique avancée de l'équipe ressource clinique.

Le projet d'intervention se déroule comme suit : Dans un premier temps, les infirmières autorisées travaillant au programme de soins continus complexes du Établissement de santé seront invitées à participer au projet d'intervention. Le projet d'intervention consiste à la mise en œuvre d'un atelier de formation de trois heures sur le caring pour les infirmières travaillant au programme de soins continus complexes du Établissement de santé. Le personnel infirmier aura à remplir un questionnaire avant de participer à l'atelier de formation sur le caring. Ce questionnaire comporte 42 questions correspondant aux dimensions sur le caring. Il prendra environ 15 minutes à compléter. Le questionnaire sur le caring sera aussi distribué à d'autres infirmières travaillant dans les programmes de réadaptation et des soins palliatifs qui ne participeront pas à l'atelier de formation.

Dans un second temps (près de 6 mois à la suite de la première évaluation), il y a une seconde évaluation des comportements du caring faite selon les mêmes procédures que la précédente auprès des infirmières qui auront soumis le premier questionnaire.

Inconvénients et risques

Les renseignements obtenus sur les comportements en caring des participants dans le cadre de ce projet seront traités de façon confidentielle en assignant un numéro afin de ne permettre à personne de l'équipe du projet d'intervention de vous identifier. La conservation des données sera pour un maximum de 5 ans et elles seront détruites par la suite.

La participation à ce projet est volontaire. Les participants sont donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et de retirer leur participation à tout moment, sans que leur refus nuise aux relations avec leur milieu de travail. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des question relatives à l'aspect éthique du projet, vous pouvez contacter le président du comité d'éthique, André Durivage, au 595-3900 poste 1781.

Pour de plus amples renseignements au sujet de ce projet, communiquer avec la responsable du projet d'intervention; Josette Roussel, au numéro de téléphone 233-4041 poste : 2151. Deux copies du formulaire seront produites dont une sera envoyée au participant.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de ce projet et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de ce projet en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité de mes rapports avec mon milieu de travail. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné, accepte de participer à ce projet :

Nom du sujet :	Signature :	Date :
Code :		

Appendice F

Inventaire des comportements de « caring » pré-test

1^{er} inventaire des comportements de « *caring* » Wolf et al. (1994)

Directives : Les infirmières font de nombreuses interventions lorsqu'elles soignent les patients. Voici une liste d'interventions qui peuvent être représentatives du *caring*. Veuillez lire chacun des énoncés ci-dessous, puis indiquez si vous êtes d'accord ou pas.

S.V.P utiliser l'échelle ci-dessous et encrercler votre réponse après avoir lu chaque item.

1 = Absolument pas d'accord

2 = Pas d'accord

3 = D'accord

4 = Entièrement d'accord

1. Écouter attentivement le patient.	1	2	3	4
2. Donner des directives au patient ou faire un enseignement.	1	2	3	4
3. Traiter le patient comme une personne à part entière.	1	2	3	4
4. Passer du temps avec le patient.	1	2	3	4
5. Utiliser le toucher avec le patient pour communiquer le <i>caring</i> .	1	2	3	4
6. Avoir de l'espoir pour le patient.	1	2	3	4
7. Fournir de l'information au patient pour qu'il prenne une décision éclairée.	1	2	3	4
8. Témoigner du respect au patient.	1	2	3	4
9. Être un soutien pour le patient.	1	2	3	4
10. S'adresser au patient par le nom qu'il préfère.	1	2	3	4
11. Être honnête avec le patient.	1	2	3	4
12. Faire confiance au patient.	1	2	3	4
13. Avoir de l'empathie pour le patient ou s'identifier à lui.	1	2	3	4
14. Aider le patient à progresser.	1	2	3	4
15. Fournir un confort physique ou affectif au patient.	1	2	3	4
16. Être à l'écoute du patient.	1	2	3	4
17. Avoir de la patience ou ne pas se lasser envers le patient.	1	2	3	4
18. Aider le patient.	1	2	3	4
19. Habileté à donner des injections, thérapies intraveineuses, etc.	1	2	3	4
20. Faire preuve d'assurance avec le patient.	1	2	3	4
21. Parler au patient avec une voix douce.	1	2	3	4
22. Démontrer des connaissances et des habiletés professionnelles.	1	2	3	4
23. Veiller sur le patient.	1	2	3	4
24. Manipuler le matériel avec compétence.	1	2	3	4
25. Être de bonne humeur avec le patient.	1	2	3	4
26. Laisser le patient exprimer ses sentiments sur sa maladie et son traitement.	1	2	3	4

27. Impliquer le patient à la planification de ses soins.	1	2	3	4
28. Traiter les renseignements concernant le patient de façon confidentielle.	1	2	3	4
29. Être une présence rassurante.	1	2	3	4
30. Retourner voir le patient de façon volontaire.	1	2	3	4
31. Parler avec le patient.	1	2	3	4
32. Encourager le patient à appeler s'il y a un problème.	1	2	3	4
33. Répondre aux besoins explicites et implicites du patient.	1	2	3	4
34. Répondre rapidement à l'appel du patient.	1	2	3	4
35. Valoriser le patient comme être humain.	1	2	3	4
36. Aider à soulager la douleur du patient.	1	2	3	4
37. Démontrer qu'on se soucie du patient.	1	2	3	4
38. Administrer les traitements et les médicaments du patient à temps.	1	2	3	4
39. Faire particulièrement attention au patient s'il s'agit d'une première hospitalisation, de premiers traitements, etc.	1	2	3	4
40. Soulager les symptômes du patient.	1	2	3	4
41. Donner la priorité au patient.	1	2	3	4
42. Fournir de bons soins physiques.	1	2	3	4

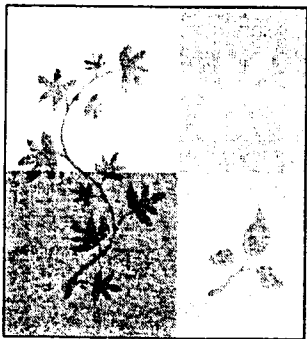
Appendice G

Brochure de l'atelier de formation

*Education Continue-
Continuing Education*

*Veillez noter qu'un certificat
de présence avec 3 heures
d'éducation continue sera re-
mis aux participants*

*Please note that 3 hours of
continuing education will be
provided*



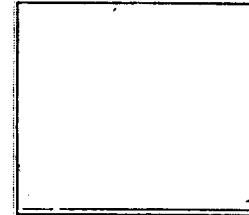
**Pour de plus amples renseignements téléphoner au
For more information about this workshop please**

Merci pour votre participation / Thanks for your participation

*Atelier sur le caring
infirmier
Nursing caring
workshop*

*Pour de plus amples
renseignements téléphoner au*

*For more information about this
workshop please call*



**Votre inscription est confirmée
Your registration has been confirmed**

Nom:

Appendice H

Lettre de confirmation pour la participation à l'atelier



Cher/Chère ; _____

Votre inscription est confirmée pour le : _____

Veillez signer le consentement ci-joint qui explique plus en détails le projet. Aussi, pour le besoin d'évaluation du projet, un pré-test devra être complété par tous les participants. Vous devez retourner les deux documents à Sylvie Corbeil, APRN, avant le 18 mai 2004.

Votre participation est très appréciée !

Josette Roussel

Appendice I

Présentation PowerPoint de l'atelier de formation

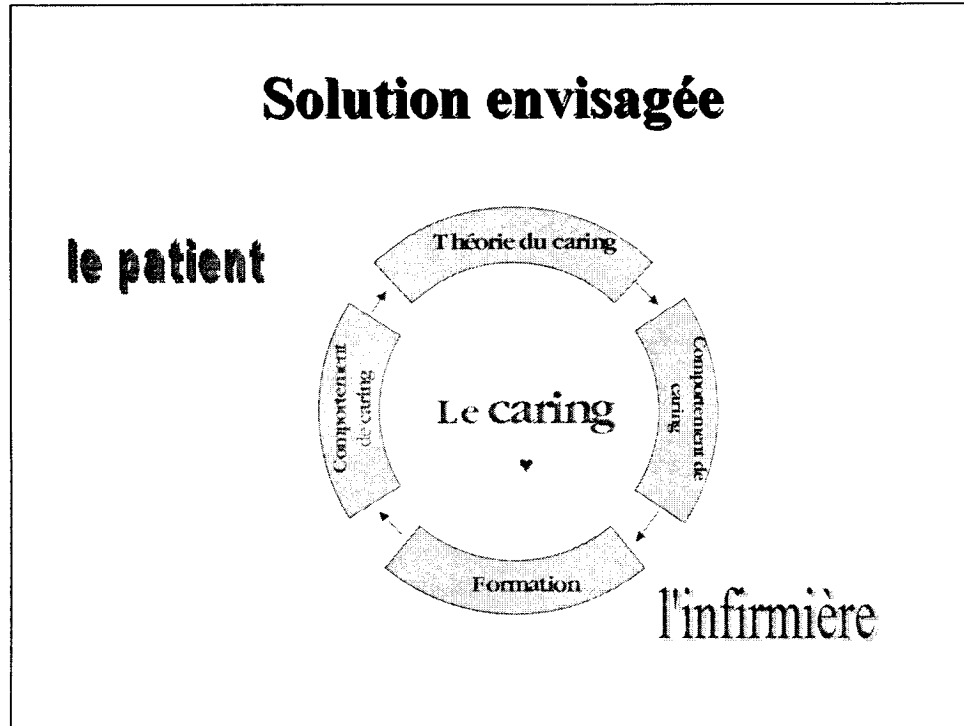
Atelier sur le caring infirmier



Josette Roussel
Infirmière ressource en pratique avancée

Objectifs de l'atelier

- Identification de ses propres comportements de caring
- Démontrer l'utilisation du caring dans la pratique infirmière
- Favoriser la réflexion infirmière sur ce concept central de la pratique infirmière



Définition

Le caring est une **valeur**, une **philosophie** et une **façon d'être**, c'est l'ontologie des soins infirmiers (Cara, 2001).

De plus, le caring est un **facteur interactif** qui prend place lorsqu'il y a des **échanges** entre le patient et l'infirmière (Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino, 1998) et qui est démontré dans l'application des 10 facteurs caratifs dans sa démarche de soin (Watson, 1998)

Le caring

- Votre définition

Pouvez-vous définir la signification de ce concept central des soins infirmiers selon votre pratique infirmière au ?

Le caring est:

- une valeur, une philosophie, une façon d'être; c'est l'ontologie des soins infirmiers (Cara, 2001)

En prenant quelques minutes, partager avec le groupe un mot de votre définition qui représente un de ces concepts.

Définition

- De plus, le caring est un facteur interactif qui prend place lorsqu'il y a des échanges entre le patient et l'infirmière (Wolf, Colahan, Costello, Warwick, Ambrose, & Giardino, 1998)

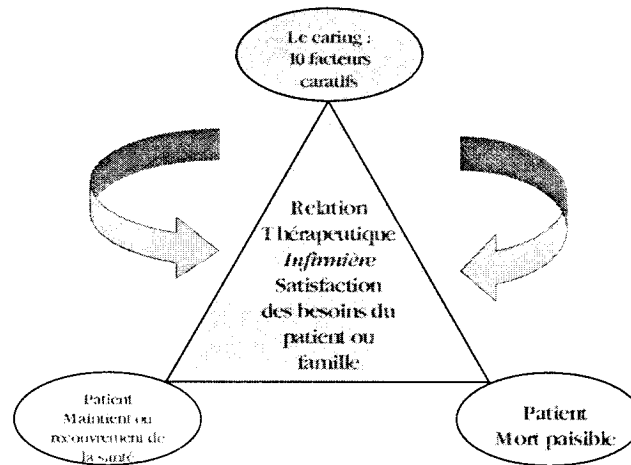
Pouvez-vous décrire une situation particulière dans votre pratique infirmière?

Définition

- qui est démontré dans l'application des 10 facteurs caratifs dans sa démarche de soin (Watson, 1998)

Nous allons revenir à cette application par la démonstration de situations cliniques.

La théorie de Watson



Les dix facteurs caratifs de Watson

- 10 facteurs qui sont essentiels pour mettre en application le caring dans votre pratique infirmière
- Perspective holistique des soins infirmiers
- S'applique très bien à la démarche des soins infirmiers des soins continus complexes

Les dix facteurs caratifs de caring selon Watson(1998)

- Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste
- La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir
- La culture d'une sensibilité à soi et aux autres
- Le développement d'une relation d'aide et de confiance
- La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs

- L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision
- La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel
- La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction
- L'assistance dans la satisfaction des besoins humains
- La prise en compte des facteurs existentiels-phénoménologiques

La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir

- Relié au premier facteur caratif et à l'interaction existant dans une relation interpersonnelle
- Il est important de reconnaître ce qui a du sens pour le patient
- Il faut aussi supporter d'autres systèmes de croyances dont la méditation ou les médecines alternatives
- Les soins infirmiers reliés à la fin de vie utilisent des interventions pour soutenir le système de croyance et l'espoir chez le patient

Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste

- Fondement philosophique
- Gentillesse, affection, amour de soi et d'autrui
- Un engagement à recevoir en donnant: une source de satisfaction
- Il faut savoir apprécier la diversité et l'individualité
- Ce n'est pas un modèle de sacrifice
- Ce sont des soins professionnels

**Le développement d'une relation d'aide et de confiance
et la promotion et l'acceptation de l'expression de
sentiments positifs et négatifs**

- Dépend de l'application des trois premiers facteurs caratifs
- Comprend des assises scientifiques explicatifs de la science du caring
- Communication thérapeutique
- Considérer le patient comme un être humain
- Congruence, empathie
- La cognition et les sentiments doivent être considérés

**L'utilisation systématique de la méthode scientifique
de résolution de problème dans le processus de prise
de décision**

- Base de connaissances scientifiques
- Méthode de résolution de problème
- Prise décision sur des problèmes complexes
- Demander des clarifications sur des traitements ou amener des suggestions suite à la collecte de données
- La démarche des soins infirmiers

La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel

- Processus impliquant l'infirmière et le patient
- L'enseignement est essentiel dans la réduction du stress d'une nouvelle admission
- Reconnaître les réactions possibles du patient ou de la famille
- Importance de la relation personnelle entre l'enseignant et l'apprenant

La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et ou de correction

- Le confort
- L'intimité
- La sécurité
- Le cadre de vie propre-esthétique

La prise en compte des facteurs existentiels-phénoménologiques

- Admet l'identité de chaque personne
- Donner un sens à la vie
- Intégration de la personne globale

L'assistance dans la satisfaction des besoins humains

- Hiérarchie des besoins de Maslow
 1. Besoins de s'alimenter et de s'hydrater
 2. Besoin d'éliminer
 3. Besoin de respirer
 4. Besoin d'activité ou d'inactivité
 5. Besoin de sexualité
 6. Besoin d'accomplissement
 7. Besoin d'appartenance
 8. Besoin d'actualisation de soi

La culture d'une sensibilité à soi et aux autres

- La compassion
- L'empathie
- L'infirmière intervient dans le confort, une diminution de la douleur et de la souffrance
- L'infirmière apprend à connaître le patient

Le caring

- Premier exercice: regarder attentivement cette vignette d'un échange entre l'infirmière et sa patiente
 - Quelles sont les barrières à la relation thérapeutique ?
 - Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment?
 - Décrivez ce qui devait être fait par l'infirmière?

Le caring

- C'est ce qui nous définit
- C'est ce qui peut-être communiqué en très peu de temps
- Très significatif pour la satisfaction des patients et de leurs proches

Les 5 'C' du caring

Les possédez-vous?

(Roach, 1987)

- **Compassion**



- **Conscience**



- **Compétence**



- **Confiance**



- **Compromettre ou engagement**



Exercice individuel (#2)

- Prenez 5 minutes pour pouvoir décrire une expérience vécue de caring dans votre milieu de soin
- Cette expérience peut-être aussi un exemple d'un ou d'une collègue qui a démontré le caring dans sa pratique

Partager une expérience de caring

- Quel est l'aspect du caring démontré?
- Qu'est-ce qui a fait que c'est une expérience de caring?
- Quels sont les facteurs que vous reconnaissez comme essentiel pour des soins de qualités et pourquoi?

Le caring

Histoire de cas (exercice #3)

Nommer 2 facteurs caratifs qui seraient importants pour cette patiente ou sa fille.

Vignette

Histoire de cas (exercice #4)

Regarder ces situations et déterminer les facteurs qui empêchent la relation thérapeutique et le caring infirmier.

Les soins infirmiers

- ... la complexité des soins infirmiers ne se limite pas nécessairement sur les défis que comportent les tâches mais sur la préparation exigée pour que les infirmières puissent accomplir des tâches multiples de telle sorte que l'humanisme et l'individualité de la personne pour qui elles prodiguent des soins soient protégés

(Kitson, 1999)

Appendice J

Lettre explicative



Cher/Chère ; _____

Veillez retourner ce questionnaire pour le besoin d'évaluation du projet à Sylvie Corbeil, APRN, avant le 31 août 2004.

Votre participation est très appréciée !

Josette Roussel

Appendice K

Lettre de confirmation du président du comité d'éthique
de l'Université du Québec en Outaouais



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Notre référence : dossier 292

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

L'évolution des comportements de caring chez les infirmières

Source de financement: Aucune (Maîtrise en sciences infirmières)

et soumis par : Josette Roussel
Étudiante
Maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable pour une année à compter de maintenant.

Au nom du Comité,

André Durivage
Président du Comité d'éthique de la recherche

2 mai 2004

Date d'émission