

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

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

PAR

SYLVIE MASSÉ

**ÉVALUATION D'UNE PROCÉDURE D'UTILISATION DU PROTOCOLE
D'INTERVENTION RELATIONNELLE
AUPRÈS DES APPELANTS ANXIEUX
DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN INFO-SANTÉ**

AVRIL 2003



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**À une femme merveilleuse,
ma mère.**

RÉSUMÉ

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Info-santé a vu le jour au début de l'année 1995, et comme partout ailleurs au Québec, ce service est assuré par des infirmières. Pour guider les infirmières dans leur travail, différents protocoles d'intervention sont mis à leur disposition. Ces protocoles varient en fonction des clients et des problèmes pour lesquels ils sollicitent de l'aide.

Si de façon générale, les infirmières semblent satisfaites de ces protocoles d'intervention. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le protocole réservé aux interventions auprès des appelants anxieux pour lequel elles éprouvent énormément de difficulté quand vient le temps de l'opérationnaliser. En effet, notre expérience personnelle de quelques années de travail, à titre d'infirmière en Info-santé, nous a amenée à comprendre que le problème ne résidait pas dans le protocole lui-même, mais plutôt dans la procédure suggérée pour son utilisation.

La situation nous apparaissait très préoccupante, d'autant plus que les appelants anxieux ont toujours représenté une proportion importante des clientèles de l'Info-santé.

Cette préoccupation rejoignait aussi un besoin des infirmières en Info-santé de disposer d'une nouvelle procédure d'utilisation du protocole réservé aux interventions auprès des appelants anxieux, la procédure en vigueur leur paraissant comme ayant été conçue pour des interventions face à face et donc moins appropriée pour des interventions téléphoniques. C'est du moins ce qui était ressorti d'une consultation que nous avons effectuée auprès des infirmières en Info-santé du CLSC Le Norois d'Alma dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Au cours de cette même consultation, les infirmières ont également exprimé le besoin de bénéficier d'une formation pour les aider à intégrer la nouvelle procédure et à transférer les acquis théoriques dans leur pratique. Par ailleurs, le souci d'assurer à la population québécoise des interventions infirmières téléphoniques efficaces faisait aussi partie des préoccupations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS).

C'est dans la perspective de répondre à cette préoccupation et de combler cette lacune, que nous avons conçu, proposé et expérimenté, dans le cadre d'un projet de stage de maîtrise en sciences infirmières, une nouvelle procédure d'utilisation du protocole réservé aux interventions auprès des appelants anxieux, une nouvelle procédure qui se voulait plus adaptée aux interventions téléphoniques, donc répondant davantage au besoin des infirmières en Info-santé. Les résultats obtenus, à la suite de l'expérimentation, ont été concluants; les infirmières ont déclaré que la formation leur a été d'une grande utilité, que la nouvelle procédure a rendu plus aisée l'utilisation du protocole réservé aux interventions auprès des appelants anxieux et que leurs interactions avec cette clientèle se sont améliorées.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à monsieur Antoine Lutumba Ntetu, professeur au département des Sciences humaines à l'Université du Québec à Chicoutimi, à titre de directeur de ce projet de maîtrise. Son professionnalisme, ses compétences, ses précieux conseils et ses encouragements m'ont permis de mener à terme ce projet. Je le remercie sincèrement.

Un merci chaleureux à monsieur Serge Thériault, infirmier bachelier à la centrale Info-santé du CLSC Le Norois, pour sa précieuse collaboration et son implication lors de l'expérimentation du présent projet. Son intérêt et ses conseils judicieux m'ont été d'un grand support tout au long de cette démarche.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au personnel de la centrale Info-santé du CLSC Le Norois d'Alma. Leur motivation et leur souci d'améliorer les services destinés à la population sont dignes d'un grand professionnalisme. J'ai bien apprécié qu'ils m'aient accordé leur précieux temps.

Merci à la coordonnatrice de l'Info-santé, madame Lilianne Poulin, pour l'intérêt qu'elle a manifesté à ce projet, dès le cadre initial de son élaboration.

Je remercie ma mère, ma sœur et mon mari pour la confiance qu'ils n'ont cessé de témoigner à moi et à mes capacités, ainsi que pour leurs encouragements, leur générosité et leur support sans réserve.

Merci à mon petit garçon Vincent qui a été ma grande source d'inspiration.

Merci à tous mes amis et aux membres de ma famille pour leur support.

Merci à mon père et à mon fils aîné, Charles-David, qui m'ont quittée au cours de mes études de deuxième cycle ; dans leur absence, je les ai toujours sentis près de moi.

Enfin, que tous ceux et toutes celles qui, de loin ou de près, ont contribué à la réalisation de cette œuvre, veuillent trouver ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	ii
RÉSUMÉ	iii
REMERCIEMENTS.....	v
INTRODUCTION.....	9
PREMIER CHAPITRE : PROBLÉMATIQUE.....	12
1.1 Énoncé du problème	13
1.2 Justification de l'importance du projet.....	14
1.3 Contexte de la réalisation du projet	17
DEUXIÈME CHAPITRE : RÉCENSION DES ÉCRITS	20
2.1 Concepts de l'anxiété.....	21
2.1.1 Ce que l'anxiété est et ce qu'elle n'est pas.....	21
2.1.2 Niveaux d'anxiété et caractéristiques associées.....	24
2.2 États des lieux sur l'écoute téléphonique dans la région 02	25
2.2.1 Centre de prévention du suicide (CPS).....	25
2.2.2 Tel-Aide	26
2.3 Cadre organisationnel des activités infirmières en Info-santé	28
2.3.1 Cadre de l'accessibilité continue 24/7	28
2.3.2 Selon une approche globale et la capacité d'auto-soins	31
2.3.3 Modèle conceptuel régissant les protocoles infirmiers en Info-santé	31
2.4 Synthèse	33
TROISIÈME CHAPITRE : MÉTHODOLOGIE	35

3.1	Cadre de référence pour la réalisation de l'intervention.....	36
3.2	Considérations d'ordre d'éthique	37
3.3	Déroulement des activités.....	38
3.3.1	Étape de l'entrée	38
3.3.2	Étape du contrat.....	39
3.3.3	Étape de l'orientation.....	41
3.3.4	Étape de la planification.....	43
3.3.5	Étape de la réalisation	44
3.3.6	Étape de la terminaison.....	48
QUATRIÈME CHAPITRE : PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....		50
RETOMBÉES DU PROJET, LIMITES ET CONCLUSIONS		57
RÉFÉRENCES		62
APPENDICES.....		67
A	: Centrale multi-services-Info-santé-Modèle centralisé	68
B	: Carte géographique du territoire du CLSC Le Norois.....	70
C	: Lettre d'explication du projet	72
D	: Formule de consentement	74
E	: Formule de déclaration d'honneur.....	76
F	: Questionnaire-guide pour la consultation auprès des infirmières	78
ANNEXES		82
A	: Fiche d'appel Info-santé.....	83
B	: Modèle d'investigation clinique.....	85

INTRODUCTION

En 1990, dans le processus de la réforme du système de santé, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec annonça son intention d'instaurer un service téléphonique régional accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine et qui ferait partie intégrante des Centres locaux des services sociaux (CLSC). Au Saguenay Lac-Saint-Jean ce service, aujourd'hui connu sous le nom "Info-santé" et dont les infirmières bachelières constituent le pivot, a vu le jour au début de l'année 1995.

Parmi les clientèles qui recourent aux services infirmiers, par le biais de l'Info-santé, on retrouve une portion importante des personnes anxieuses. L'anxiété est une expérience courante, tout à fait normale et inhérente à la condition humaine. Il s'agit d'une émotion que l'individu vit quotidiennement et qui lui permet de réagir rapidement devant le danger et de surmonter les épreuves. Toutefois, l'anxiété peut devenir intolérable si l'individu est incapable de la maîtriser.

Les expériences d'intense anxiété, que nous avons personnellement vécues entre les années 1995 et 1997, nous avaient fait vivre différentes émotions et états d'âme. À travers ces expériences, nous avons appris beaucoup et à différents niveaux. Nous aimerions pouvoir mettre des mots, savoir comment rassurer et calmer les personnes anxieuses, bref trouver des moyens pour intervenir efficacement auprès des personnes aux prises avec ce genre de problème.

C'est de là qu'est né notre intérêt premier pour le présent projet qui s'inscrit dans le cadre de nos études, comme exigence partielle pour l'obtention de la maîtrise en sciences infirmières. Il a eu pour but d'évaluer une nouvelle procédure d'utilisation du protocole d'intervention relationnelle auprès des appelants* anxieux, dans le cadre des activités infirmières en Info-santé. Le CLSC Le Norois d'Alma dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean est le milieu qui a été choisi pour expérimenter ce projet dont le principal objectif était d'aider les infirmières à améliorer l'efficacité de leurs interventions auprès des appelants anxieux.

La démarche qui a été suivie, dans la réalisation de ce projet, est décrite dans le présent rapport en quatre chapitres : le premier chapitre présente la problématique; le deuxième chapitre fait la synthèse des écrits relatifs au sujet à l'étude; dans le troisième et le quatrième sont présentés successivement la méthodologie, les résultats obtenus à la suite de l'intervention et la discussion qui en est suivie. La dernière partie, qui présente les retombées du projet, les limites du projet et les conclusions, clôture le rapport.

* Le terme appelant désigne la personne qui appelle à l'Info-santé à la recherche d'une aide.

PREMIER CHAPITRE
PROBLÉMATIQUE

1.1 Énoncé du problème

Notre travail, comme infirmière bachelière en Info-santé, nous a permis d'observer et ce, à maintes reprises, que les infirmières éprouvaient de la difficulté à interagir avec les appelants anxieux. Pour faire une intervention téléphonique, les infirmières disposent de protocoles d'intervention "nursing" et "social" comme outils de travail. Afin d'assurer aux intervenants un support clinique et constamment à jour, une mise à jour des protocoles en vigueur était prévue depuis belle lurette (Gouvernement du Québec, 1994). Mais, de l'avis même des infirmières, ces outils ne s'avèrent pas très appropriés pour intervenir efficacement et de façon spécifique auprès des appelants anxieux. Devant de tels clients, les infirmières se sentent mal à l'aise, puisque moins bien outillées pour répondre à leurs attentes et besoins.

Le travail en Info-santé requiert que l'on se soumette à certaines exigences; la limite de temps d'intervention en est une. En effet, il est demandé aux infirmières de procéder avec chacun de leurs clients à une intervention rapide, de façon à ne pas priver d'autres appelants qui en ont aussi besoin. Dans les recommandations faites aux intervenants, ce principe directeur du cadre de référence de la centrale 24/7 est formulé explicitement en ces termes : « Il faut que cette réponse soit rapide, c'est-à-dire, qu'il y ait peu de temps d'attente pour les appels et que leur traitement se fasse dans un délai le plus court possible, ce qui

évitera l'engorgement du système » (Gouvernement du Québec, 1994).

En conformité avec cette recommandation, les statistiques indiquent que dans 45% des cas la durée d'une intervention téléphonique à la Centrale Info-santé de la région 02 n'excède pas 19 minutes. Dans ce contexte, il est aisé de comprendre qu'il soit difficile aux infirmières de faire une intervention relationnelle ponctuelle efficace, et encore plus difficile en l'absence d'une procédure d'utilisation appropriée comme c'est le cas quand elles interagissent avec des clients anxieux. L'idéal serait que, dans le contexte d'une intervention téléphonique, l'infirmière dispose d'une procédure pouvant l'aider à identifier facilement une situation d'anxiété et à la reconnaître comme cause principale ou secondaire de la somatisation pour ensuite aider l'appelant anxieux à mieux gérer sa situation.

1.2 Justification de l'importance du projet

D'un côté, les appelants anxieux ont besoin d'interagir avec des infirmières capables de répondre de façon satisfaisante à leurs attentes; de l'autre côté, les infirmières ont besoin d'une procédure pouvant leur permettre d'utiliser efficacement, dans les limites de temps imposées, le protocole d'intervention à leur disposition.

Les résultats d'une étude réalisée par Rouillon et collègues (1994) indiquent que l'anxiété et la dépression représentent 90% des problèmes psychiatriques rencontrés par les omnipraticiens. Par ailleurs, selon Guilbault (1994), les coûts sociaux reliés à l'anxiété sont élevés; cela est dû au fait que les personnes, qui en sont affectées, consultent pour différents

symptômes et subissent par conséquent de nombreux tests et examens.

Les troubles anxieux touchent toutes les couches de la population de tous les âges. La société d'aujourd'hui, par le biais des médias, informe régulièrement sur des situations anxiogènes (abus sexuels, violence familiale, meurtres, suicides, etc.). Avec une prévalence estimée entre 10 et 20%, les problèmes d'adaptation et de recherche d'identité à l'adolescence sont aussi des sources importantes des troubles anxiogènes (Guilbault, 1994). Une étude (Hagan & Caron, 1996) réalisée au CLSC de la Haute-Ville de Québec démontre que 67,8% des usagers se considèrent nerveux ou inquiets lors d'un appel à Info-santé.

Concernant les appels à l'Info-santé au Saguenay-Lac-Saint-Jean, des statistiques pour l'année 1995/1996 démontrent que 4,7% des appels sont d'ordre psychosocial. Parmi ceux-ci 15 à 27% proviennent des appelants dans un état anxieux. Ces appels sont, dans une proportion de 47%, logés de soir et, dans 44%, logés de nuit (voir le tableau 1 à la page 16). Étant la seule fonctionnelle après minuit, la Centrale Info-santé d'Alma gère la majorité de ces appels.

Il est important de signaler que « Le besoin d'assurer à la population du Québec une réponse téléphonique 24/7 appropriée est présent dans les préoccupations du Ministère depuis plusieurs années, et plus particulièrement depuis la Réforme. » (Gouvernement du Québec, 1994, p. 4). Les CLSC ayant à remplir le rôle de porte d'entrée ou de premier point de contact des usagers avec le système de santé, par le biais de ses services courants, « La mise en place du service téléphonique 24/7 dans chacune des régions constitue un pas

important pour améliorer l'accessibilité et faciliter l'orientation des personnes dans le réseau socio-sanitaire. » (Gouvernement du Québec, 1994, p. 24). Le présent projet, qui compte aboutir à des recommandations visant à améliorer la qualité des interventions infirmières, répond en partie à cette préoccupation.

Tableau 1
Fréquence des appels à Info-santé pour la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean
répartis selon les motifs d'appel et les quarts de travail

Dénominateur, données au service des études opérationnelles, MSSS, année 1994							
Détail de "psycho-sociale"							
SOCIAL	Jour	%	Nuit	%	Soir	%	Total
AGRESSION SEXUELLE	3	13,04	3	13,04	17	73,91	23
ALIMENT. LOGEMENT, TRANSPORT	96	47,76	15	7,46	90	44,78	201
COMPORTEMENT AGRESSIF	0	0,00	6	54,55	5	45,45	11
DEMANDE HÉBERGEMENT	5	29,41	1	5,88	11	64,71	17
DPJ	1	12,50	1	12,50	6	75,00	8
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	0	0,00	1	12,50	7	87,50	8
DÉFICIENCE PHYSIQUE	68	35,79	45	23,68	77	40,53	190
HYPERACTIVITÉ	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1
IDÉES, COMPORT. SUICIDAIRES	21	11,86	78	44,07	78	44,07	177
NÉGLIGENCE	1	50,00	0	0,00	1	50,00	2
PROB. RELIÉS SEXUALITÉ	13	28,89	2	4,44	30	66,67	45
PROB. RELIÉS VIE COUPLE	14	16,28	24	27,91	48	55,81	86
PROB. RELIÉS VIE FAMILIALE	21	20,39	15	14,56	67	65,05	103
PROB. ADAPT. SOC. COMPORTEM.	61	25,63	34	14,29	143	60,08	238
PROB. DÉVELOP. CROISS. PERS.	5	17,24	2	6,90	22	75,86	29
PROB. SANTÉ MENTALE	164	19,45	265	31,44	414	49,11	843
PROB. SOCIALES DIVERSES	46	34,07	17	12,59	72	53,33	135
RELATIONS INTERPERSONNELLES	7	24,14	10	34,48	12	41,38	29
TOXICOMANIE	19	8,84	74	34,42	122	56,74	215
VICTIME SINISTRE	0	0,00	3	37,50	5	62,50	8
VIOLENCE FAMILLE	4	8,16	22	44,90	23	46,94	49
ÉTAT ANXIEUX	65	8,53	338	44,36	359	47,11	762
ÉTAT PHOBIQUE	0	0,00	4	22,22	14	77,78	18
Total	614	19,20	960	30,02	1624	50,78	3198

1.3 Contexte de la réalisation du projet

Les heures d'ouverture des sept CLSC de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean sont de 8 h 00 à 18 h 00, du lundi au vendredi. Chaque CLSC dessert un territoire donné. En dehors des heures régulières d'ouverture, les fins de semaine et les jours fériés, tous les appels sont automatiquement dirigés à la Centrale Info-santé. Chaque appareil téléphonique mis à la disposition des infirmières comporte deux lignes principales : la première est celle de l'Info-santé et la deuxième est réservée aux soins à domicile (SAD). Les clients inscrits aux soins à domicile ont un numéro de téléphone pour rejoindre une infirmière du CLSC tous les jours, 24 heures sur 24 heures. Les règles de fonctionnement exigent que la priorité de réponse soit donnée à un appel logé sur la ligne SAD par rapport à celui reçu sur la ligne Info-santé. En d'autres termes, s'il arrive que les deux appareils sonnent en même temps, l'infirmière décrochera en premier le combiné de l'appareil réservé aux SAD.

Le service Info-santé évolue constamment. Depuis quelques années les infirmières gèrent aussi les appels 9-1-1 provenant de la sous-région du Lac-Saint-Jean.. Seuls les appels 9-1-1 provenant de la sous-région du Saguenay sont encore gérés par des centrales 9-1-1. Ces appels ont une priorité sur ceux logés sur les lignes réservées aux SAD et à l'Info-santé et proviennent d'un autre appareil téléphonique de couleur noire à tonalité relativement plus forte. Les infirmières de la centrale Info-santé sont également appelées à répondre au service de la télésurveillance. Ce dernier appel provenant des personnes en

difficulté a la même priorité que celui du 9-1-1. La tonalité est différente des deux autres téléphones avec une fréquence de sonnerie un peu plus accélérée.

La centrale Info-santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean située au CLSC Le Norois à Alma se définit comme une centrale multiservices (voir l'Appendice A). Durant la semaine, de jour, l'équipe d'intervenants est composée de deux personnes supervisées par une assistante infirmière-chef, de cinq personnes le soir et de trois personnes la nuit. Les fins de semaine et les jours fériés, on retrouve six infirmières le jour comme le soir.

Selon les informations puisées dans son dernier rapport annuel 2001/2002, le CLSC Le Norois est un organisme gouvernemental créé et mis en place en 1981 en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La mission d'un Centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir, en première ligne à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, un établissement, qui exploite un tel centre, s'assure que les personnes qui requièrent de tels services, pour elles-mêmes ou pour leur famille, puissent être rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie (à l'école, au travail ou à domicile) ou, si nécessaire, s'assure de les diriger vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Le CLSC Le Norois se définit comme un établissement public en première ligne, qui a pour mission spécifique: d'augmenter la qualité de vie des membres de sa communauté par

une amélioration de leur santé et de leur mieux-être en privilégiant l'autodétermination, la responsabilisation et la solidarité; de travailler de concert avec les individus et la communauté, de manière à favoriser la prise en charge de leurs problèmes sociaux et de santé, et de les soutenir dans leur démarche.

La population desservie par le CLSC Le Norois est celle de la MRC Lac-Saint-Jean-Est, à l'exception de la municipalité de Saint-Ludger-de-Milot. Cette dernière est actuellement desservie par le CLSC des Chutes du centre Maria-Chapdelaine, suite à une entente entre les deux CLSC. Ainsi, le CLSC Le Norois couvre treize municipalités, représentant un bassin de 51 649 personnes (voir la carte géographique à l'Appendice B).

Le siège social du CLSC Le Norois est situé au numéro 100 de la rue Saint-Joseph Sud au Complexe Jacques-Gagnon à Alma. La Centrale Info-santé, le programme « santé au travail » et les services administratifs sont situés dans les locaux de la Villa des Lys sise au numéro 400 du boulevard Champlain Sud à Alma. Le point de chute du secteur Sud est situé au CHSLD de Métabetchouan au numéro 1895 de la route 169, Métabetchouan-Lac-à-la-Croix. Le point de chute du secteur Nord est installé au numéro 3815 de la 3^{ième} Avenue Ouest à l'Ascension. Trois autres points de chute où des services sont dispensés en fonction des besoins et des ressources disponibles sont situés : le premier, au Foyer Le Pionnier sis au numéro 640 de la rue Villeneuve à Hébertville; le deuxième, au Centre communautaire sis rue la Principale à Sainte-Monique et, enfin, le troisième, dans la Résidence Labrecque au numéro 1410 de la rue principale à Saint-Léon.

DEUXIÈME CHAPITRE
RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Concept de l'anxiété

2.1.1 Ce que l'anxiété est et ce qu'elle n'est pas

Il règne aussi bien chez les profanes que chez les professionnels une confusion dans l'utilisation des termes anxiété, stress, angoisse et peur. Ces quatre termes sont souvent utilisés comme synonymes (Chalifour, 1989).

En fait, l'anxiété n'est ni le stress, ni l'angoisse, ni la peur. Le stress est une situation intermédiaire qui mène à l'anxiété, tandis que l'anxiété est la façon dont on réagit au stress (May, 1979), la façon dont l'individu se relie au stress, l'accepte et l'interprète (Chalifour, 1989). Par ailleurs, l'anxiété se manifeste par des symptômes physiques, alors que l'angoisse est une expression élevée d'anxiété qui traduit les dimensions psychologiques de cette émotion. Quant à la peur et à l'anxiété, elles sont très souvent liées. Selon Chalifour (1989), la peur précède généralement l'anxiété; la source de menace est externe et identifiable, et généralement une action directe permet d'éliminer la source de menace (sentiment que la vie est en danger). Par contre, lorsque l'anxiété est dans sa forme primitive, elle arrive avant la peur; la source de menace n'est pas identifiable, il est donc très difficile d'agir sur cette source (sentiment d'inconfort). Comme le résumait si bien Cook et Fontaine (1991), la peur est le sentiment éprouvé face à un danger réel et concret, alors que l'anxiété est provoquée par une cause ambiguë et floue.

De façon plus précise, Cook et Fontaine (1991) définissent l'anxiété comme étant une sensation pénible qui se manifeste en réaction à la peur de souffrir ou de perdre quelque chose d'important. Pour Chalifour (1989), elle est l'expression d'un sentiment plus ou moins diffus de tension vécue par une personne en présence d'une situation de conflit, de menace ou de frustration empêchant la satisfaction d'un besoin ou la réalisation d'un but. Milea (1996) abonde dans le même sens et définit l'anxiété comme étant un état émotionnel fondamental ayant à l'origine un sentiment non différencié d'insécurité anticipatoire, d'imminence d'un danger encore indéfini.

En dernière analyse, on est porté à conclure que l'anxiété est associée à une peur qui paraît parfois irrationnelle et sans fondement. Elle se traduit par des manifestations physiques et psychologiques d'une intensité plus ou moins grande. L'hérédité et les expériences vécues au cours de son développement sont directement liées au degré de fragilité de chaque individu au regard des menaces internes et externes qui semblent peser sur lui. Ces sensations déplaisantes ressenties consciemment sont associées à l'activation du système nerveux central. L'anxiété est aussi décrite en fonction de sa durée; elle peut, en effet, être aiguë et passagère chez certaines personnes, persistante et chronique chez d'autres personnes (Cook & Fontaine, 1991). L'intensité et la durée de la réaction anxieuse sont déterminées par l'importance subjective qu'accorde la personne à la menace et à l'interprétation du degré de dangerosité qu'elle se fait de la situation (Chalifour, 1989).

Les manifestations de l'anxiété sont aussi bien d'ordre physique, intellectuel, émotif,

social que spirituel (Chalifour, 1989 ; Cook & Fontaine, 1991; Lalonde & Grunberg, 1987).

Sur le plan physique l'anxiété est caractérisée par : une transpiration, une dyspnée, des palpitations, une douleur rétro-sternale ou gêne thoracique, des tremblements, un état de fatigue, de l'insomnie, un visage crispé, une sécheresse de la bouche, une pâleur et un refroidissement des extrémités, des problèmes digestifs, la présence de tics. Sur le plan intellectuel, on identifie la présence de pensées réalistes, une difficulté à trouver les mots pour s'exprimer, un accroissement de la vigilance, une diminution de la concentration et de la capacité d'apprentissage, une baisse d'attention volontaire et une difficulté à mémoriser à court terme. D'un point de vue émotif, on observe des manifestations telles que des sentiments de culpabilité, de honte, de tristesse et d'agressivité. Sur le plan social, on remarque des manifestations du besoin d'être près des gens ou d'être seul (appréhensions face à un groupe, attitude d'intolérance à l'égard de l'entourage, facilement porté à blâmer les autres), la personne devient soit volubile ou, au contraire, très silencieuse; elle ne se sent pas en sécurité, quand elle a à prendre une décision. Sur le plan spirituel, les manifestations se traduisent par une peur (peur de mourir, peur de l'échec); il existe une absence de système de valeurs et de croyances ainsi qu'un sentiment de solitude; la vie n'a plus ou n'a que peu de sens, et l'individu manifeste un manque d'intérêt pour les autres. De ce qui précède il ressort que l'anxiété est le résultat d'une composante physique mais aussi d'une interaction entre les composantes intellectuelle, émotive, sociale et spirituelle.

2.1.2 Niveaux d'anxiété et caractéristiques associées

On identifie trois niveaux d'anxiété : 1) l'anxiété légère, 2) l'anxiété modérée et 3) l'anxiété grave. Le premier niveau, l'anxiété légère, est caractérisée par le fait que : la personne est calme et détendue, contenu de la conversation est approprié, son élocution est normale et sa voix est calme; la personne est à l'aise et se sent en sécurité, elle présente un essoufflement occasionnel, un rythme cardiaque légèrement augmenté, des symptômes gastriques légers et un tremblement des lèvres. L'anxiété modérée, qui constitue le deuxième niveau, a comme caractéristiques : l'appelant est inquiet, se sent nerveux, sa loquacité est accrue, le ton et le volume de sa voix sont élevés, il parle rapidement, sa bouche est sèche, il présente fréquemment un essoufflement, des malaises gastriques, un léger tremblement des mains, de l'anorexie, de la diarrhée ou, au contraire, de la constipation, de la difficulté à se détendre et à s'endormir. Quant au troisième niveau, l'anxiété grave (panique), celle-ci est reconnue par les signes suivants : un essoufflement, une sensation d'étouffement ou de suffocation, une hypotension, des étourdissements, une douleur thoracique, des nausées, un tremblement du corps entier, une agitation et un manque de coordination : la personne se sent menacée, un ton et un volume de voix accrus, une voix quelquefois chevrotante ou criarde, un flot de paroles quelquefois incessants et difficiles à comprendre : la personne tient un discours obscur par moment, a des troubles de sommeil.

2.2 États des lieux sur l'écoute téléphonique dans la région 02

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, il existe deux principaux services d'écoute téléphonique : le Centre de prévention du suicide (CPS) et le Tel-Aide.

2.2.1 Centre de prévention du suicide (CPS)

Le CPS offre un service d'aide téléphonique 24h sur 24h tous les jours de la semaine.

Les personnes en crise suicidaire sont celles qui doivent appeler au CPS. La crise suicidaire implique un processus comprenant les étapes suivantes: l'idéation suicidaire, la planification, les menaces et signaux, et la tentative mineure ou majeure (Morissette, 1994). Les répondants font donc une intervention téléphonique plus qu'une simple écoute téléphonique sur le potentiel et le risque suicidaires (Morissette, 1994).

Les répondants qui travaillent au CPS, ceux de jour comme ceux de nuit, sont des bénévoles ayant reçu une formation de 40 heures. La nuit l'équipe est composée d'un psychologue et d'un intervenant social. Les intervenants ont à leur disposition un protocole d'intervention et une grille d'évaluation du risque suicidaire. Le service est confidentiel, mais pas anonyme. Un appelant, qui est évalué comme n'étant pas à risque ou potentiellement pas à risque, est orienté vers d'autres ressources. Tous les moyens socialement acceptables sont bons pour calmer une personne en proie à des idées suicidaires.

Pour permettre l'expression des émotions, l'aidant doit supporter la personne sans la juger, refléter à la personne suicidaire les émotions qu'il perçoit. Il est inutile de confronter

la personne sur des émotions contradictoires, tenter de confronter subtilement les croyances qui sont à la base de son comportement et les perceptions souvent limitées qui l'amènent à ne voir qu'une seule solution : la mort. Pour susciter de l'espoir, l'intervenant doit croire aux changements, aux ressources intérieures et extérieures de la personne; il doit mettre la personne en contact avec quelque chose de significatif pour elle, qui soit autre que la mort.

Selon Morissette (1994), un des objectifs de l'intervention en cas de crise est de briser l'isolement dans lequel la personne déprimée et/ou suicidaire a tendance à se confiner, ou encore d'élargir son réseau social.

2.2.2 Tel-Aide

Un autre service, qui mérite d'être signalé, est Tel-Aide. Ce dernier opère de 16 h à minuit, tous les soirs de la semaine. Le service a un caractère anonyme et confidentiel. Il s'agit d'un service d'écoute à la disposition des personnes en difficulté, c'est-à-dire les personnes en détresse ou en crise émotive (par exemple angoisse) momentanément ou temporairement, à la suite d'un événement difficile. Seuls des bénévoles font de l'écoute téléphonique à raison de quatre heures par semaine, après avoir reçu une formation de trois jours sur l'écoute active. Le module de formation aborde des aspects sur les politiques d'intervention auprès des appelants (Tel-Aide/module de formation, 1992).

La durée de réponse à l'appel d'une personne, qui n'est pas en crise, ne doit pas excéder 10 minutes pour un premier appel, cinq minutes pour un appelant régulier connu

(Tel-Aide/Module de formation, 1992). S'il s'agit d'une personne en crise, la durée de réponse à l'appel est en fonction de l'intensité de la crise; elle peut varier entre 20 et 30 minutes ou plus si la crise est aiguë. Dans les politiques de l'organisme, la durée de l'appel est précisée selon le type d'appel. Dans tous les cas les recommandations sont claires : la notion de durée sert tout simplement de référence pour l'écouter et ne doit pas être utilisée comme raison pour mettre fin à l'interaction (Tel-Aide,/Module de formation, 1992).

L'écoute empathique fut observée et explorée par le psychologue américain Carl Rogers (Rogers, 1967) qui développa une approche de relation d'aide nommée l'Écoute-Active. Cette approche fort simple, mais exigeante fait appel à trois principes de base qui sont : 1) l'acceptation inconditionnelle de l'autre, 2) l'empathie et 3) l'authenticité.

L'acceptation inconditionnelle fait appel au respect, à l'ouverture d'esprit, à l'impartialité et à la capacité de faire confiance à l'autre. Elle se manifeste par la chaleur humaine : la qualité de l'accueil qu'on réserve à l'autre, la douceur, la patience qu'on lui manifeste. L'empathie fait appel à la présence, à l'attention soutenue, à la concentration et se manifeste par le saisi du vécu et la compréhension du monde intérieur et extérieur de l'appelant (pensées, sentiments). Selon Auger (1972), l'empathie augmente la sécurité de l'appelant. Au fur et à mesure qu'il se sent compris, l'individu ressent en général un accroissement de courage pour explorer des régions auparavant inconnues de sa géographie intérieure, pour descendre dans les régions sous-marines de son iceberg émotif. Comme l'affirme Rogers (1982), il est impressionnant de voir des sentiments, qui étaient effrayants,

devenir tout à coup supportables, dès que quelqu'un se met à notre écoute. Une des façons dont l'aidant peut communiquer sa compréhension emphatique est la reformulation. Lorsque l'aidé se reconnaît dans ce que l'aidant lui reflète, il se sent alors compris. La reformulation permet aussi à l'aidant de vérifier si l'aidé a bien compris.

L'authenticité, quant à elle, fait appel à l'honnêteté, à la sincérité et à la simplicité, et se manifeste dans l'expression de ce que l'on est. C'est simplement le fait de croire en ce que l'on fait et faire ce que l'on croit. Être authentique à Tel-Aide c'est aussi ne pas se laisser manipuler. Pour ce faire, l'aidant doit avoir des attitudes de respect chaleureux, d'authenticité et de compréhension emphatique.

2.3 Cadre organisationnel des activités infirmières en Info-santé

Le cadre organisationnel des activités infirmières à l'Info-santé présenté dans ce chapitre se réfère au service téléphonique, accessibilité continue 24/7 selon les orientations ministérielles. C'est dans le cadre d'une approche globale que s'opère la réponse au citoyen considéré dans ses dimensions biologique, psychologique, sociale, culturelle, spirituelle et environnementale. La capacité d'auto-soins est également considérée.

2.3.1 Cadre de l'accessibilité continue 24/7

« En accord avec le concept d'approche globale, ce service devra répondre à toute demande relative à la santé et au bien-être, quelle que soit sa nature, et orienter les personnes

dans le réseau de la santé et des services sociaux. » (Gouvernement du Québec, 1994, p. 14).

Les fonctions dévolues au service en question sont de trois ordres : 1) l'accueil-évaluation, 2) l'information-conseil, et 3) la référence avec ou sans démarche.

Accueil - Évaluation

Cette fonction permet une prise de contact avec l'appelant en l'accueillant. Une collecte des données par une exploration expéditive de la demande permet l'identification du besoin exprimé par l'appelant et d'élucider la demande. Elle permet d'évaluer l'urgence de la situation et de préciser l'intervention appropriée. Selon le type de demande (conseils santé, relation d'aide, informations de base, etc.), cette phase sera plus ou moins approfondie. À partir des besoins exprimés et des informations qu'elle obtient au téléphone, l'infirmière évalue la situation dans laquelle se trouve l'appelant et détermine ses besoins réels. L'infirmière exerce son autonomie et son jugement professionnels dans son évaluation de la situation que présente l'appelant et dans la détermination des actions appropriées à faire.

Information-Conseil

Cette fonction consiste à fournir l'information adéquate sur les services de santé, les services sociaux et les services communautaires disponibles. Elle comporte, en plus, l'aspect conseil de nature générale ne nécessitant pas d'intervention spécialisée immédiate. Elle permet également la transmission des informations à la population lors d'un sinistre ou d'une

catastrophe. Les outils utilisés sont : la fiche d'appel (voir annexe A), les protocoles infirmiers et le répertoire des ressources.

Référence avec ou sans démarche

Cette fonction requiert un certain niveau de soutien de la part de l'infirmière de la centrale Info-santé CLSC, afin de référer la personne en lui indiquant la ressource ou l'organisme le plus susceptible de l'aider à solutionner son problème. Pour éviter la détérioration de la situation d'un appelant ayant besoin d'aide, une référence avec démarche est initiée par l'infirmière, afin d'assurer l'accessibilité 24/7 aux personnes suivies aux soins à domicile (SAD) et dont l'infirmière en Info-santé ne peut stabiliser la situation au téléphone parce qu'une intervention immédiate à domicile s'avère nécessaire. L'infirmière de la centrale de l'Info-santé fait appel aux infirmières qui sont de garde dans les CLSC. Ces dernières effectuent les interventions à domicile selon un modèle d'investigation proposé (voir annexe D). Les objectifs des orientations ministérielles de la Centrale 24/7 sont les suivants : assurer l'accessibilité à une réponse téléphonique professionnelle adéquate; rendre rapidement disponible toute information utile sur les services de santé, les services sociaux et les services communautaires; tenir compte des caractéristiques socioculturelles et linguistiques des appelants ; favoriser l'utilisation des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes compte tenu des ressources disponibles; assurer le lien avec les soins infirmiers à domicile ; assurer le recours aux ressources existantes les

plus aptes à répondre aux besoins des appelants; diminuer l'utilisation des salles d'urgence et de l'urgence sociale pour les besoins ne requérant pas de tels services; assurer une surveillance pré-alerte en santé publique et une prise en charge rapide des situations problématiques.

2.3.2 Selon une approche globale et la capacité d'auto-soins

« En accord avec le concept d'approche globale, ce service devra répondre à toute demande relative à la santé et au bien-être, quelle que soit sa nature, et orienter les personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux. » (Gouvernement du Québec, 1994, p. 14).

« La philosophie à la base du service d'intervention téléphonique, privilégie l'approche globale qui intègre les dimensions biologiques, psychologique et sociale. » (Gouvernement du Québec, 1994, p.13). « Le service téléphonique 24/7 doit être axé sur le maintien ou le renforcement de l'autonomie des personnes. » (Gouvernement du Québec, 1994, p. 13). Cette approche suppose également de la part de l'appelant, la prise en charge de sa santé et de son bien-être.

2.3.3 Modèle conceptuel régissant les protocoles infirmiers en Info-santé

L'intervention infirmière vise à promouvoir l'indépendance de l'appelant et à le maintenir dans son milieu naturel. En axant sur la promotion de la santé et sur la prévention, l'infirmière favorise l'autodétermination et l'autoresponsabilisation de l'appelant.

Les protocoles infirmiers sont des outils importants pour l'infirmière dans le traitement d'un appel; ils permettent d'uniformiser et de légaliser les réponses téléphoniques.

Le concept « santé », qui oriente les interventions infirmières en Info-santé, s'énonce comme suit : « La capacité de la personne de fonctionner de façon indépendante en relation avec 14 besoins fondamentaux. » (Henderson citée dans Kérouac, Pépin et al., 1994, p. 46). À Info-santé les protocoles sont conçus selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson. Cette dernière a construit son modèle à partir de postulats et de valeurs qui reflétaient sa perception des soins et de l'individu, cible de l'intervention de l'infirmière. Les postulats sont : tout être humain tend vers l'indépendance et le désire; l'individu forme un tout caractérisé par des besoins fondamentaux; lorsqu'un besoin demeure insatisfait; l'individu n'est plus complet, entier, indépendant (Henderson, 1969).

Selon Henderson, le but de la profession est de maintenir et rétablir l'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux ou de lui procurer une mort paisible. La cible des interventions infirmières est l'individu vu comme une entité qui a quatorze besoins fondamentaux qui sont : 1) respirer, 2) boire et manger, 3) éliminer, 4) se mouvoir et maintenir une bonne posture, 5) dormir et se reposer, 6) se vêtir et se dévêtir, 7) maintenir la température du corps dans les limites de la normale, 8) être propre, soigné et protéger ses téguments, 9) éviter les dangers, 10) communiquer avec ses semblables, 11) agir selon ses croyances et ses valeurs, 12) s'occuper en vue de se réaliser, 13) se recréer, 14) apprendre (Henderson, 1969; Gasse & Guay, 1997).

Pour Henderson, ces quatorze besoins représentent la conception de la personne perçue comme un tout complet et indépendant ayant des besoins fondamentaux à satisfaire. Ces besoins fondamentaux sont tous de la même importance et sont interreliés. Sa conception de la santé se résume en ces termes : l'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux (Kérouac & al., 1994). Quant au rôle de l'infirmière, il se définit comme étant un rôle de suppléance aux besoins fondamentaux que l'individu est incapable de satisfaire lui-même. Les interventions contribueront donc à remplacer, compléter, substituer, ajouter, renforcer ou augmenter. En référence au modèle d'Henderson, la personne, qui appelle à Info-santé à la recherche de l'aide, est perçue comme un être unique en interaction constante avec son environnement et dont la santé repose sur la satisfaction de ses besoins fondamentaux et sur l'apprentissage qu'elle réalise en composant avec les situations qu'elle rencontre.

2.4 Synthèse

Il existe dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean un CPS et une agence Tel-Aide qui offrent des services d'écoute téléphonique. Le CPS se concentre davantage sur l'intervention téléphonique à faire auprès des personnes en proie à une crise suicidaire. Autant du côté du CPS que de Tel-Aide, on retrouve des éléments importants de l'écoute téléphonique. Les notions d'empathie, de respect et d'authenticité sont présentes. L'écoute téléphonique est un service gratuit et confidentiel qui permet aux appelants de se confier à des bénévoles

disposés à les écouter et à les aider. Le service est ouvert tous les jours de la semaine.

Le service Info-santé est ouvert 24 heures tous les jours de la semaine. Il est assuré par des infirmières bachelières et est limité dans le temps. Au CLSC Le Norois, qui sert de milieu d'expérimentation dans le cadre du présent projet, seul le jugement de l'infirmière détermine la durée d'une intervention téléphonique. Dans tous les cas la règle est de s'en tenir à une intervention dont la durée ne doit pas dépasser 20 minutes. Le service opère selon une approche globale et la capacité d'auto-soins. Les fonctions sont de trois ordres : 1) l'*accueil-information* permet d'accueillir l'appelant et d'évaluer l'urgence de la situation; 2) l'*information-conseil* permet de fournir l'information adéquate selon l'aide demandée; et 3) la *référence*, avec ou sans démarche, permet de référer l'appelant vers la ressource appropriée le plus susceptible à l'aider. L'infirmière peut faire la démarche si nécessaire afin d'assurer l'accessibilité 24/7. L'infirmière vise à promouvoir l'indépendance de l'appelant et à le maintenir, dans la mesure du possible, dans son milieu naturel. L'autonomie professionnelle de l'infirmière et son jugement clinique demeurent essentiels dans l'évaluation de la situation d'un client. Le modèle conceptuel, qui régit les protocoles d'intervention infirmiers en Info-santé, est celui de Virginia Henderson. En référence à ce modèle, les protocoles d'intervention sont divisés en quatorze besoins fondamentaux.

TROISIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

3.1 Cadre de référence pour la réalisation de l'intervention

La démarche de notre intervention comme consultante s'inspire largement du modèle de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (1996). Ces auteurs utilisent le concept de consultant qui, selon eux, se distingue de l'expert-conseil en ce sens que l'aide fournie appuie davantage sur les ressources du milieu dans lequel on intervient. Le consultant est ainsi perçu comme un expert du processus dont l'action s'inscrit dans une perspective de développement de l'autonomie.

La gestion du processus de consultation est divisée en six étapes qui permettent au consultant d'aider le client qui se trouve à être le demandeur, c'est-à-dire la personne ou le groupe qui établit le premier contact avec le consultant et lui formule la demande d'une intervention. Le système-client est l'ensemble des personnes et des groupes qui sont invités à participer à certaines étapes de l'intervention ou qui sont directement affectés par l'intervention. Les six étapes principales du processus sont: 1) l'entrée, 2) le contrat, 3) l'orientation, 4) la planification, 5) la réalisation et 6) la terminaison.

L'entrée est la première étape, celle du début d'un processus. L'objectif de l'entrée est de prendre une décision éclairée sur le fait de préparer ou non un document décrivant les grandes lignes d'une éventuelle collaboration. Le contrat, la deuxième étape du processus, est concrétisé par une entente formelle verbale ou écrite entre le client et le consultant. Il

consiste à déterminer la direction que l'on veut donner au changement. C'est au cours de cette étape que l'on assure la diffusion de l'information, que l'on établit un plan de travail et que l'on suscite le choix des priorités. L'étape suivante est celle de la planification. Elle consiste à traduire les priorités d'action en résultats attendus, puis à prévoir les activités qui devront conduire à l'atteinte de ces résultats. Lors de la cinquième étape, la réalisation, le consultant présente le plan d'action aux membres du système-client, il coordonne les activités, favorise la concertation, évalue les progrès et assure l'autorégulation. C'est au cours de cette étape que le consultant gère les manifestations de résistance au changement et tente de maintenir la coopération. Comme son nom l'indique, la terminaison est la dernière étape du processus au cours de laquelle le consultant évalue l'intervention, pense aux suites à donner et clos la relation. Elle permet au client de s'approprier la nouvelle situation, et au consultant de faire un pas de plus dans un processus de formation continue.

3.2 Considérations d'ordre éthique

Des rencontres ont eu lieu avec la coordonnatrice et les infirmières qui travaillent en Info-santé. Elles ont visé à les informer largement sur la nature, le but et les objectifs poursuivis par le projet. Ces rencontres ont fourni des occasions de répondre aux interrogations que suscitait la participation à un tel projet, d'expliquer aux participants leurs droits et leurs rôles dans la réalisation des objectifs du projet. En plus, un document reprenant les objectifs, la nature et les implications du projet a été remis à chaque infirmière.

Tout ceci a permis de jeter les bases d'un consentement libre et éclairé quant à leur collaboration. Le consentement fut définitivement officialisé par écrit, après que chaque infirmière ait été largement informée sur les avantages et les inconvénients liés à sa participation au projet, ait reçu la garantie quant à l'anonymat et la confidentialité qui devaient entourer les réponses aux questionnaires, et ait apposé, librement, en toute indépendance d'esprit et en toute connaissance de cause, sa signature au bas du formulaire de consentement. Le lecteur trouvera aux Appendices C, D et E, respectivement un exemplaire de la lettre d'explication du projet, un exemplaire du formulaire de consentement et un exemplaire du formulaire de déclaration d'honneur. Il est important de signaler que le projet avait préalablement été soumis à l'approbation des comités de déontologie de l'Université du Québec à Chicoutimi et du CLSC Le Norois d'Alma.

3.3 Déroulement des activités

3.3.1 Étape de l'entrée

Mise au courant de notre intérêt pour la problématique des appelants anxieux, la coordonnatrice en Info-santé demande de nous rencontrer à ce sujet. Sa demande consista en la conception d'une stratégie de soutien aux infirmières qui se sentaient démunies dans leurs interactions téléphoniques avec les appelants anxieux. À l'occasion d'une deuxième rencontre, nous lui fûmes part de notre acceptation du mandat. Pour officialiser nos pourparlers, la coordonnatrice formula sa demande par écrit.

3.3.2 Étape du contrat

Un contrat fut signé entre la cliente et la consultante. Les termes principaux de ce contrat sont:

- 1 La consultante s'associera avec un infirmier du milieu pour former une petite équipe de travail. Cette deuxième personne sera un pivot lors de l'intervention et pourra répondre aux questions des infirmières, en l'absence de la consultante.
- 2 Les mois d'août et de septembre 2002 sont retenus pour effectuer les étapes de la réalisation et de la terminaison du projet.
- 3 La cliente et la consultante agiront en partenariat pour tenter d'améliorer une situation.
- 4 Le contrat prévoit des rencontres périodiques ou du moins des échanges téléphoniques entre les deux partenaires qui permettront de faire l'état de l'évolution du projet.
- 5 Au besoin, la consultante pourra, en toute confidentialité, avoir accès aux enregistrements sonores des conversations entre les infirmières et leurs clients.
- 6 Les infirmières auront à répondre à deux questionnaires: le premier visera à identifier les difficultés qu'elles rencontrent dans leurs interactions avec les appelants anxieux; le deuxième questionnaire aura pour but d'évaluer l'efficacité de l'intervention. À chaque fois les questionnaires leur seront transmis individuellement et déposés dans leur casier à lettres à Info-santé. Le tableau 2 à la page 40 présente le calendrier de réalisation de l'ensemble des activités relatives au projet.

3.3.3 Étape de l'orientation

Pour assurer la diffusion de l'information, la consultante s'est présentée en personne à chaque quart de travail pour présenter aux infirmières le projet et répondre à leurs questions. Ensuite un mémo fut déposé le 16 août 2002 dans le casier à lettres de chaque infirmière pour l'aviser qu'elle aura à répondre à un questionnaire dans un très proche avenir (voir modèle du questionnaire à l'Appendice F). C'est le jeudi 22 août 2002 que le questionnaire fut envoyé aux infirmières.

La population cible a été celle des infirmières en Info-santé du CLSC Le Norois (Ville d'Alma dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, province de Québec). Trente-et-un questionnaires ont été ainsi déposés dans les cases postales. En réalité le maximum des réponses attendues était de 18, puisque 13 infirmières étaient absentes au moment de l'enquête: quatre étaient en vacances, quatre autres en congé de maternité, deux en congé-maladie et trois bénéficiaient d'un congé sans solde. En ne tenant compte que des 18 infirmières accessibles, le taux des réponses enregistrées fut donc de 88,8%, puisque 16 exemplaires du questionnaire furent complétés et retournés dans le délai fixé. La répartition des 16 infirmières selon certaines caractéristiques démographiques donnait le tableau suivant : 1) les 16 infirmières avaient moins de cinq ans d'expérience en Info-santé ; 2) huit d'entre elles travaillaient à temps complet; 3) sept à temps partiel et une sur appel.

L'analyse des réponses obtenues et des commentaires recueillis, avec ce premier questionnaire, a permis de dégager les principaux éléments suivants: la majorité des

infirmières (11) ont dit interagir régulièrement avec des appelants anxieux ; la moitié d'entre-elles (8) éprouvait de la difficulté à gérer la situation des appelants anxieux ; dix infirmières ont jugé le protocole en vigueur comme n'étant pas approprié, précisément la procédure de son utilisation, et ont avoué éprouver de la difficulté à s'en servir. Dans leurs commentaires toutes ont dit croire que la procédure d'utilisation du protocole d'intervention auprès des appelants anxieux avait été conçue pour servir dans un contexte où les interventions se déroulent face-à-face, qu'elle n'était pas appropriée dans des cas d'interventions téléphoniques. Enfin, toutes les répondantes ont exprimé le désir d'avoir à leur disposition une procédure d'utilisation plus adaptée à l'intervention téléphonique.

À la suite de ces données recueillies auprès des infirmières, une piste de solution semblait se dégager : créer des conditions rassurantes pour les infirmières et renforcer les attitudes relationnelles essentielles (au téléphone) pour les aider à intervenir avec efficacité dans le respect de la limite de temps imposée.

Les données recueillies par le biais du questionnaire confirment ce que la consultante avait déjà eu comme commentaires dans ces échanges antérieurs avec quelques-unes de ses collègues infirmières en Info-santé, précisément sur leurs interactions de soins avec les appelants anxieux. Plusieurs infirmières avaient alors reconnu qu'elles se sentaient mal à l'aise et moins bien outillées pour interagir efficacement avec les appelants anxieux. Toutes ces informations n'ont fait que confirmer la nécessité et le besoin d'une nouvelle procédure d'utilisation du protocole et d'une formation pour les infirmières.

Un appel a été fait à la coordonnatrice de la centrale Info-santé le 3 septembre 2002 pour fixer un rendez-vous, afin de lui faire part des résultats de l'enquête et lui expliquer comment la phase de réalisation du projet allait se dérouler. Lors de cette rencontre la cliente (coordonnatrice) signifia à la consultante, qu'en raison de la pénurie d'infirmières, elle ne pouvait libérer les infirmières pour participer à une activité de formation supplémentaire. Pour contourner cette difficulté, il a été convenu de donner cette formation en complément d'une autre activité de formation déjà planifiée et qui devait avoir lieu incessamment, précisément en date du 26 septembre 2002. Les ajustements à la formation ont été facilités par le fait que le formateur retenu trouvait à être le même infirmier qui faisait partie de l'équipe de travail formé pour les fins du présent projet d'intervention.

3.3.4 Étape de la planification

Après discussion avec le directeur du projet de maîtrise le 6 août 2002, nous en sommes venus à conclure de la pertinence du diagnostic qui a été posé. En effet, il paraissait nécessaire de proposer aux infirmières une nouvelle procédure d'utilisation du protocole et d'organiser une séance de formation à cette fin, une formation qui les aidera à développer des attitudes relationnelles adaptées aux interventions téléphoniques ponctuelles auprès d'une clientèle anxieuse et qui les rassurera davantage dans leur travail.

Les infirmières devaient s'inscrire volontairement à la formation donnée par l'infirmier de l'équipe de travail prévue pour le 26 septembre 2002. Afin d'accomoder les infirmières

et respecter les exigences administratives du milieu, il a été décidé, de commun accord avec la coordonnatrice et l'infirmier de l'équipe de travail, que la consultante donne sa formation à la suite de cette première activité de formation. Deux séances de formation de trois heures chacune avec l'infirmier de l'équipe, tenues en dates du 16 et du 17 septembre 2002, ont été nécessaires pour agencer les deux activités de formation.

3.3.5 Étape de la réalisation

Au cours de cette étape la consultante assumait la responsabilité d'orchestrer les différentes activités prévues dans le plan d'intervention. Pour ce faire, elle a choisi de rencontrer les infirmières en petits groupes de travail. Une telle approche permet de favoriser la concertation et de susciter le dynamisme de la part des participantes. Les infirmières en Info-santé, ont été sensibilisées au fait qu'elles avaient les ressources et le potentiel nécessaires pour s'approprier la nouvelle procédure d'utilisation du protocole qu'on leur proposait, qu'elles pouvaient en tout temps compter sur le soutien de la consultante et de l'infirmier de l'équipe restreinte de travail. Les échanges entre les participantes étaient fortement encouragés dans le but de les amener à verbaliser leurs émotions. S'il y a des problématiques particulières, la consultante rencontrerait individuellement la personne concernée. En maintenant une présence constante sur les quarts de travail durant la période de réalisation et en utilisant les ressources du milieu, la responsable du projet en facilitait l'enracinement.

La formation fut donnée à la centrale Info-santé dans une salle de conférence. La salle a été disposée de façon à réunir les participantes, par petit groupe de trois ou quatre personnes, autour d'une même table. Des crayons et du papier ont été fournis. Quinze infirmières se sont présentées le jour et à l'heure prévus. Initialement cédulée de 13h30 à 15h30, la durée de la formation a été allongée d'une demi-heure et la formation se termina à 16h. L'approche par problèmes (APP) a été utilisée comme approche pédagogique pour dispenser le contenu du cours. Selon Saint-Jean (1994), l'approche par problèmes est une façon d'élaborer et d'organiser un curriculum à partir de problèmes réels rattachés à la vie professionnelle. Sans connaissance préparatoire, l'apprenant fait face à un vrai problème qu'il tente de comprendre et de résoudre en cherchant l'information pertinente et en bénéficiant de l'appui d'une personne-ressource. De son côté Thériault (2002) affirme que le processus de réflexion en cours d'action et sur l'action est celui qui permet au professionnel de développer l'art réflexif; ceci est facilité par des approches pédagogiques de type approche par problèmes.

Au début de la formation, les infirmières ont reçu des détails sur le contenu de la formation et des instructions sur la façon de fonctionner en petit groupe. La formation a débuté par une étude de cas écrit sous la forme d'une situation de soins rencontrée couramment par les infirmières. La situation proposée pour commencer la formation est

celle d'un appelant anxieux qui présente des douleurs rétro-sternales (DRS). En petits groupes, les infirmières ont été invitées à définir une personne anxieuse, les éléments de la situation leur indiquant que la personne souffre d'anxiété et les solutions qu'elles proposent pour entrer en relation d'aide avec l'appelant. De ces échanges, il en est ressorti qu'à cause de la limite de temps, il était difficile d'offrir à l'appelant anxieux une seule démarche pour l'amener à relaxer, surtout quand il est question de le faire avec lui. Il est également ressorti qu'il était nécessaire de faire une technique de relaxation avec lui plutôt que de lui en suggérer plusieurs qu'il pourra avoir de la difficulté à maîtriser. À titre d'exemple, quand on suggère au client de faire une technique de relaxation, on le lui explique au téléphone et on lui demande de le pratiquer par la suite pour s'assurer qu'il a bien compris les consignes; lors des exercices respiratoires, on demandera au patient de placer sa main sur son ventre et de se concentrer sur sa respiration. Pour s'assurer qu'il le fait correctement, il faut lui poser la question s'il voit sa main se surélever à l'inspiration.

Avec cette façon d'interagir avec les participantes, la consultante (formatrice) se conduit en une experte-conseil par le fait que, non seulement, elle donne de l'information, elle suggère et amène des pistes de solutions. La consultante se conduit en une guide active, quand elle observe et oriente les échanges entre les participantes. Elle

joue son rôle d'animatrice de groupe, en plus d'assumer la responsabilité de créer des conditions de fonctionnement optimal et de les maintenir.

ÉLÉMENTS DE RENFORCEMENT LORS DE LA FORMATION EN TENANT COMPTE DU PROTOCOLE EN VIGUEUR

ACCUEILLIR (7 MINUTES)

Créer un climat de confiance

Respect

Empathie

Authenticité

Rassurer

Ton de voix rassurant et bas (pas trop fort)

Attitude calme

Évaluer et rassurer

ÉVALUER (8 MINUTES)

Amener l'appelant à définir la situation anxiogène

Amener l'appelant à analyser la façon dont il a surmonté l'anxiété dans le passé

Si l'anxiété est vécue de soir, proposer à l'appelant de prendre dix minutes dans sa journée pour revivre l'événement qui est à l'origine de l'anxiété

Rassurer

Normaliser l'expérience

Soutenir émotivement

RÉFÉRER (5 MINUTES)

Offrir à l'appelant d'autres moyens et ressources (intervenante sociale, par exemple).

Pratiquer des exercices de relaxation avec l'appelant,
en tenant compte de ses capacités et limites.

Une attitude calme et un ton de voix rassurant (doux, pas trop fort) aident à calmer le client. Il est important que l'appelant se sente suffisamment en confiance pour se

débarrasser de ses mécanismes d'adaptation inadéquats, ce qui l'aide à diminuer son anxiété (Cook & Fontaine, 1991).

À la fin de la formation, les infirmières ont été invitées à mettre en pratique la nouvelle procédure apprise, et à la demande de la consultante, toutes acceptèrent de donner leur nom pour répondre au deuxième questionnaire.

3.3.6 Étape de la terminaison

À la mi-octobre, c'est-à-dire près de trois semaines après qu'elles aient suivi le cours et eu l'occasion d'utiliser la nouvelle procédure, le deuxième questionnaire fut distribué aux infirmières. Celui-ci comportait des questions ouvertes et visait à recueillir les commentaires sur l'efficacité de la nouvelle procédure d'utilisation du protocole.

Quant à l'évaluation proprement dite, elle a porté sur les aspects suivants : le degré de l'atteinte des objectifs du projet et l'impact de l'intervention sur la pratique des infirmières dans leurs interactions avec les appelants anxieux. La technique retenue pour collecter les données est un questionnaire écrit comportant trois questions ouvertes formulées comme suit: 1) La formation a-t-elle répondu à vos attentes ? Si oui, commentez, si non, commentez ; 2) Selon vous, la procédure enseignée permet-elle une utilisation plus efficace du protocole prévu pour vos interventions téléphoniques auprès

des appelants anxieux ? Si oui, commentez, si non, commentez ; 3) Avez-vous des commentaires d'ordre général ? Si oui, prière de nous en faire part.

Après quoi, chaque infirmière reçut dans sa boîte postale à la centrale Info-santé une lettre la remerciant d'avoir participé à la formation et d'avoir répondu aux questionnaires. Les infirmières ont été invitées et encouragées à demeurer des ressources essentielles dans leur milieu. La consultante a également rencontré l'infirmier de l'équipe de travail pour le remercier de sa collaboration. La coordonnatrice a été rejointe au téléphone. À cette occasion, dans le souci de répondre aux besoins manifestés par les infirmières, il lui a été fortement suggéré de prévoir d'autres activités de formation du même genre portant sur les interactions avec les appelants anxieux ; ce à quoi elle s'est montrée très ouverte. L'évaluation d'une nouvelle procédure d'utilisation d'un protocole d'intervention relationnelle a été ainsi réalisée en équipe infirmière.

QUATRIÈME CHAPITRE

PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les réponses au questionnaire ont été compilées le 23 octobre 2002 et analysées par la suite, selon la méthode d'analyse de contenu en six étapes proposée par Collaizzi (1978) :

- 1) la lecture de chaque description et la saisie de l'impression qui s'en dégage ; 2) le dégagement des énoncés significatifs et l'établissement des liens avec les dimensions à l'étude ; 3) l'analyse de la signification des énoncés retenus et la tentative de les reformuler clairement ; 4) le regroupement des unités de signification en thèmes plus globaux ; 5) le rassemblement des résultats de l'analyse et la tentative d'une description exhaustive du phénomène à l'étude ; 6) la validation de la description exhaustive ainsi obtenue auprès de quelques répondants.

Satisfaction des attentes par rapport à la formation reçue

Des 15 infirmières qui ont répondu au deuxième questionnaire, 14 ont apprécié la formation sur l'utilisation du protocole. Cette formation a été très utile et très efficace, selon les dires des répondantes. Les appréciations portaient aussi bien sur le contenu que sur l'approche utilisée pour enseigner le contenu. Les commentaires ci-après sont révélateurs des sentiments de satisfaction manifestés par les répondantes à l'égard de la formation qu'elles ont suivie :

« J'ai bien aimé l'approche utilisée lors de la formation et les trucs donnés pour répondre à ce type de clientèle ».

« Les suggestions apportées pendant cette courte formation ont pu être utiles et ont été utilisées lors de mes interventions : par exemple, la reformulation, l'utilisation d'un ton de voix calme ».

« La formation m'a permis de me remémorer les techniques de communication telles que le reflet, la reformulation ».

« Cette formation m'a permis de moins banaliser le problème que vivent certaines personnes aux prises avec l'anxiété. Elle m'a permis d'être plus consciente de mon anxiété personnelle ».

« Le besoin de formation sur ce sujet est vraiment nécessaire ».

« J'ai appris que les personnes aux prises avec l'anxiété ont un vocabulaire bien à elles ».

« La formation m'a confirmé ce que je connaissais des patients anxieux ; comment ils s'expriment ».

Efficacité de la nouvelle procédure

Toutes les répondantes jugent la nouvelle procédure plus efficace et plus appropriée aux interventions téléphoniques. La démarche rend plus aisée l'utilisation du protocole d'intervention réservée aux interactions avec les appelants anxieux. Les quelques réponses ci-après illustrent l'évaluation positive que les infirmières ont fait de la nouvelle procédure :

« J'ai beaucoup aimé la manière d'adapter nos conseils de relaxation à chaque individu. Je trouve que ce moyen touche les gens dans ce qu'ils sont vraiment et peut les aider davantage, en leur permettant d'utiliser un moyen plus efficace pour eux ».

« Il ne faut jamais oublier qu'il faut être à l'écoute de l'appelant car, en certaines occasions, c'est tout ce qu'il demande. Il faut aussi insister sur les techniques de relaxation que l'on peut utiliser à la maison ».

« Cela m'a permis d'éclaircir certains points et d'améliorer mon intervention auprès de cette clientèle ; je ne me gêne plus pour faire du reflet ».

« La démarche est très utile pour arriver à établir des liens de confiance nécessaires pour débiter une relation aidante. Les protocoles sont faits de

façon à panser les bobos et non à aller voir ce qui se passe à la base ».

« Les trucs apportés m'aident à mieux utiliser les consignes contenus dans le protocole ».

« M'aide à cibler les éléments importants du protocole, et m'a fait prendre conscience de l'importance de l'écoute et du respect des silences ».

« L'efficacité de mon intervention est sûrement augmentée ».

« Elle m'a fait prendre conscience que notre façon d'être et notre voix ont beaucoup d'influence sur cette clientèle ».

« La formation m'a aidée ; j'utilise des moyens simples. Les clients n'ont pas besoin d'entendre des choses compliquées ».

« Le protocole jusqu'à maintenant m'inspirait peu et je l'utilisais très peu. Depuis cette formation je me rends compte que ces clients n'ont pas besoin d'entendre des choses trop compliquées à faire ».

Nécessité d'une formation additionnelle

Cependant, le besoin d'une formation additionnelle, plus longue et plus poussée sur la problématique des appelants anxieux a été exprimé par les infirmières. En fait, c'est un type de formation avec des exercices, des mises en situations d'appels téléphoniques qui est manifesté. De l'avis des infirmières, un tel exercice les aidera à mieux intégrer la procédure enseignée et à l'utiliser de manière plus efficace :

« Période de formation trop courte. On nous a apporté tout de même quelques bonnes pistes d'intervention. Mais, pour moi qui a de la difficulté avec ce genre de clientèle, disons que même avec les pistes données le tour est vite fait. Ce qui serait intéressant c'est des exemples concrets d'appels ».

« La période de temps allouée à la la formation m'a semblé très courte ».

« Il serait intéressant d'utiliser une formule de mise en situation téléphonique avec des acteurs et de s'exercer à utiliser la procédure enseignée pour nous amener à développer un certain automatisme ».

« Une formation unique et plus élaborée sur la clientèle anxieuse serait une perspective intéressante ».

« J'aimerais avoir des volumes ou des articles intéressants et pertinents sur l'anxiété. Ces documents pourraient être laissés à la Centrale Info-santé et seraient accessibles ».

Réflexions

De l'analyse des données obtenues, il est ressorti que la majorité des infirmières ont apprécié la formation et que les suggestions apportées ont été d'une grande utilité et ont amélioré l'efficacité de leurs interventions. Certaines infirmières se sont remémorées les techniques de relation d'aide et de communication qui leur avaient été enseignées. L'approche utilisée pour assurer la formation a été aussi beaucoup appréciée. La plupart des infirmières ont, toutefois, trouvé la formation trop courte, bien qu'elles aient jugé intéressantes et très efficaces les pistes d'intervention qui leur furent proposées.

Le questionnaire a permis de vérifier si la procédure enseignée permettait une utilisation plus efficace du protocole prévu pour les appelants anxieux ; ce qui semble être le cas. Les commentaires sont très positifs et les infirmières ont bien aimé la formation qu'elles ont reçue. Le temps leur permettra sûrement de mieux intégrer la nouvelle procédure d'utilisation du protocole. En résumé la formation a permis aux infirmières de mieux utiliser le protocole et de recourir à des moyens simples pour venir en aide aux appelants anxieux. Elle a également aidé les infirmières à avoir plus confiance en elles-mêmes dans leurs interactions avec des appelants anxieux. La formation reçue leur a permis d'éclaircir certains points et d'améliorer leurs interventions auprès de la clientèle anxieuse.

« J'aimerais avoir des volumes ou des articles intéressants et pertinents sur l'anxiété. Ces documents pourraient être laissés à la Centrale Info-santé et seraient accessibles ».

Réflexions

De l'analyse des données obtenues, il est ressorti que la majorité des infirmières ont apprécié la formation et que les suggestions apportées ont été d'une grande utilité et ont amélioré l'efficacité de leurs interventions. Certaines infirmières se sont remémorées les techniques de relation d'aide et de communication qui leur avaient été enseignées. L'approche utilisée pour assurer la formation a été aussi beaucoup appréciée. La plupart des infirmières ont, toutefois, trouvé la formation trop courte, bien qu'elles aient jugé intéressantes et très efficaces les pistes d'intervention qui leur furent proposées.

Le questionnaire a permis de vérifier si la procédure enseignée permettait une utilisation plus efficace du protocole prévu pour les appelants anxieux ; ce qui semble être le cas. Les commentaires sont très positifs et les infirmières ont bien aimé la formation qu'elles ont reçue. Le temps leur permettra sûrement de mieux intégrer la nouvelle procédure d'utilisation du protocole. En résumé la formation a permis aux infirmières de mieux utiliser le protocole et de recourir à des moyens simples pour venir en aide aux appelants anxieux. Elle a également aidé les infirmières à avoir plus confiance en elles-mêmes dans leurs interactions avec des appelants anxieux. La formation reçue leur a permis d'éclaircir certains points et d'améliorer leurs interventions auprès de la clientèle anxieuse.

En étant sensibilisées par une expérience vécue, elles sont plus sensibles au vécu des personnes anxieuses qui, de l'avis même des infirmières, forment une proportion importante de leurs clientèles. Les infirmières sont très conscientes et expriment le fait qu'il y aura toujours des limites à leurs interventions auprès des appelants anxieux, limites liées à la nature même d'une intervention téléphonique. Comme le reconnaît et l'exprime l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans ses lignes directrices en rapport avec les activités en Info-santé : « L'évaluation par téléphone d'une situation de santé comporte un degré élevé de difficulté ... » (OIIQ, 1998, p. 8).

En effet, il n'est pas facile dans un court laps de temps d'évaluer si l'appelant a d'autres problématiques de santé mentale. Selon Leclerc et al. (2003), les bénéfices attendus des services Info-santé dépendent, entre autres choses, des habiletés des infirmières à communiquer l'information et de la capacité des utilisateurs à la comprendre. Selon Auger (1972), l'empathie augmente la sécurité de l'appelant. Une des façons pour l'infirmière de communiquer sa compréhension empathique est la reformulation. Ceci permet aussi de vérifier si l'appelant a bien compris. L'infirmière en Info-santé exerce son autonomie dans l'évaluation lors d'un appel d'une personne anxieuse et, dans la détermination des actions proposées, son jugement demeure donc une habileté très importante. En échangeant et en discutant avec les autres membres de l'équipe, l'infirmière apprend à justifier les connaissances qu'elle a acquises, à les confronter de façon critique aux connaissances des autres, à les préciser, à les nuancer et à les communiquer de façon claire afin d'être comprise.

Les tenants de l'approche de formation par problème soutiennent, en effet, que de tels échanges forcent l'infirmière à approfondir ses connaissances, à les comprendre et à les intégrer. Hagan (2000) avance que les infirmières doivent se donner des assises scientifiques solides pour mieux comprendre les processus dans lesquels elles interviennent ; notamment les processus physiologiques et pathologiques, les processus d'apprentissage et les processus relationnels.

Les infirmières souhaitent recevoir une formation plus approfondie sur la clientèle anxieuse qui appelle à l'Info-santé. Nous sommes également de l'avis qu'une formation plus élaborée préparera mieux les infirmières à transférer dans leur pratique les conseils reçus et à utiliser avec plus d'aisance la procédure proposée. La coordonnatrice de la centrale Info-santé a été informée par écrit de ce besoin de formation exprimé par les infirmières.

CINQUIÈME CHAPITRE

RETOMBÉES DU PROJET, LIMITES ET CONCLUSIONS

Ce stage effectué au CLSC Le Norois à Alma a permis de conclure que les infirmières en Info-santé avaient réellement besoin d'une nouvelle procédure pour une utilisation plus efficace du protocole en vigueur, une procédure qu'elles voulaient plus appropriée aux interventions téléphoniques. Elles souhaitaient, en plus, recevoir un support, en termes de formation, dans la façon d'opérationnaliser cette procédure. La réponse à ces besoins manifestés par les infirmières se justifiait, dans la mesure où ces professionnelles travaillent aussi de soir et de nuit, et qu'elles sont durant ces quarts de travail les seules répondantes à tous les appels à l'aide logés dans les sept CLSC de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Nous aurions souhaité une participation de toute la population des infirmières en Info-santé. Cela aurait permis de recueillir davantage de commentaires et d'éléments sur lesquels nous nous serions appuyés pour ajuster la nouvelle procédure proposée et d'en assurer la vulgarisation dans le milieu. Le fait de bénéficier de la collaboration d'un infirmier du milieu, à titre de membre de l'équipe restreinte de travail, a d'une certaine façon pallié à cette lacune. Aussi, du fait que les infirmières étaient, pour la plupart, très jeunes dans le métier, leur dynamisme et leur ouverture d'esprit ont été des éléments facilitateurs pour induire le changement proposé.

Par contre, le peu de temps dont nous avons disposé pour donner la formation et échanger avec les infirmières a été une limite importante de notre stage. Nous aurions souhaité bénéficier d'une période de formation et d'échange plus longue, étant donné que la majorité des infirmières avaient moins de cinq ans en Info-santé donc plus besoin de support, mais nous avons dû nous soumettre aux directives du milieu d'accueil.

Par ailleurs, pour assurer un suivi dans le support à apporter aux infirmières, dans l'utilisation de la nouvelle procédure, nous aurions souhaité les rencontrer en groupe pour échanger sur l'opérationnalisation de la nouvelle procédure d'utilisation du protocole, après qu'elles l'aient expérimentée dans leur pratique. Ceci aurait permis d'aller chercher des informations que le questionnaire n'a pu recueillir.

Néanmoins, ce stage a permis de répondre, du moins en partie, à des besoins des intervenantes du milieu d'accueil. Depuis notre passage au CLSC, des demandes pour une formation ne cessent d'être formulées par le personnel infirmier, ce qui nous fait croire que la formation sous la forme d'approche par problèmes utilisant des mises en situation a plu énormément aux infirmières.

Malgré les contraintes liées à la pénurie d'infirmières (pas de libération supplémentaire) et à la durée de l'intervention, tout s'est bien déroulé et les objectifs ont été atteints. Ce stage effectué au CLSC Le Norois a permis de créer des conditions rassurantes pour les infirmières et de renforcer leurs attitudes relationnelles essentielles au téléphone afin d'établir une relation d'aide efficace tout en respectant la limite de temps

imposée. Les infirmières ont bien apprécié cette formation sous forme d'approche par problème et l'ont jugée très utile.

L'infirmière en Info-santé exerce son autonomie dans l'évaluation lors d'un appel, son jugement demeure très important. En partant d'un problème de santé physique lors de la formation, les infirmières ont réalisé que l'anxiété est souvent présentée sous le couvert de problèmes physiques. En utilisant l'approche par problème, les infirmières apprennent à confronter leurs connaissances, à les préciser et les confronter de façon critique à celles des autres, et à les communiquer de façon claire afin d'être comprises, la communication étant une composante essentielle du succès d'une intervention téléphonique.

Le projet réalisé, dans le cadre du présent stage, ouvre la porte à diverses recommandations :

1. Nous croyons que si la période de temps d'utilisation de la procédure proposée du protocole d'intervention relationnelle avait été plus longue, les résultats auraient été encore plus concluants. C'est pourquoi nous recommandons qu'une autre enquête d'évaluation de la nouvelle procédure soit faite dans six ou huit mois auprès des infirmières qui ont suivi la formation et qui ont eu des occasions d'utiliser la nouvelle procédure.
2. Nous recommandons qu'une formation plus soutenue, plus poussée et donnée en petits groupes sous la forme d'apprentissage par problème soit organisée en faveur des infirmières de façon à les aider à intégrer davantage la nouvelle procédure.
3. Nous constatons que l'approche par problème est une méthode efficace de formation

en cours d'emploi pour les infirmières. Elle leur permet d'établir plus facilement les liens entre la théorie et la pratique. Elle se révèle aussi comme une meilleure façon de fournir aux infirmières des assises théoriques solides qui les aident à mieux comprendre les processus dans lesquels elles interviennent. Ce sont là les raisons pour lesquelles nous recommandons que cette approche soit utilisée pour enseigner aux infirmières des moyens de gérer d'autres problèmes qu'elles rencontrent dans leur pratique.

4. Enfin, nous recommandons de disséminer l'expérience dont il est question dans le présent rapport dans d'autres CLSC, afin d'en faire bénéficier à un plus grand nombre d'infirmières.

RÉFÉRENCES

- Auger, L. (1972). *Communication et épanouissement personnel, la relation d'aide*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Badger, J.M. (1994). Calming the anxious patient. *American Journal of nursing*, 3 (5), 46-50.
- Banque royale du Canada (1979). *Écouter et se faire écouter*, 90 (1), 11-13.
- Blanchette, D.D. (2002). Explorer l'anxiété chez la personne âgée. *AIIS: Bonnes Nouvelles*, No 8, 4-5.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers une perspective holistique-humaniste*. Montréal : Gaétan Morin.
- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique*, vol.1, Boucherville: Gaétan Morin.
- CLSC Haute-Ville (1994). *Info-santé Québec*. Québec.
- CLSC Le Norois (1996). *Base de données des fiches d'appel Info-santé-CLSC*, période du 17 avril 1995 au 16 avril 1997. Alma : Centrale Info-santé, CLSC Le Norois.
- Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. Dans R. S. Valle, & M. King (Éds.). *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York : Oxford University Press.
- Cook, J.S. & Fontaine, K.L. (1991). *Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Montréal: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Cyr, M. (1993). Les troubles anxieux. *Santé*, novembre, 13-23.
- Doenges, M, & Moorhouse, M.F.(1991). *Diagnostics infirmiers et interventions, guide pratique*. Ottawa : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Gasse, J.M. & Guay, L. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. Cap Rouge: Les Presses Inter Universitaires.

- Gouvernement du Québec (1985). *Un cri d'alarme*. Québec : ministère des Affaires sociales, direction des Communications.
- Gouvernement du Québec (1994). *Accessibilité continue 24/7, service téléphonique*. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux, 7-35.
- Gouvernement du Québec (1999). *Évaluation provinciale des services Info-santé CLSC. Recommandations finales du comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur des services*, Québec. Ministère de la santé et des services sociaux, décembre, 1-12.
- Guibault, M (1994). Les troubles anxieux, méconnus et peu diagnostiqués. *L'Omnipraticien*, 2 (23), 23-27.
- Guy, D.H. (1995). Telephone Care for Elders. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(12), 27-34.
- Hagan, L. (2001). Affirmer notre savoir-faire: les enjeux et les conditions de réussite. *L'infirmière du Québec*, 4 (8), 11-20.
- Hagen, L., & Garon, G. (1996). *Info-santé CLCS, région de Québec. Un service infirmier efficace? Étude sur l'évaluation de la satisfaction et de la capacité d'auto-soin chez les usagés du service téléphonique Info-santé de la région de Québec*. Québec :Centre de recherche sur les Services communautaires, Université Laval.
- Henderson, V. (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. NewYork: S. Karger Basel.
- Hensey-Fawcett, A.(2001). Les défis de la pratique soignante au XXIe siècle. *L'infirmière du Québec*, 4 (8) , 41-42.
- Howden, J. & Kopiec, M. (2000). *Ajouter aux compétences: enseigner, coopérer et apprendre au secondaire et au collégial*. Montréal : Chenelière, McGraw-Hill.
- Johnson, M.J. & al. (1995). Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients in an intensive care unit. *Applied nursing research*, 8 (1), 42-43.
- Kérouac, S., Pépin, J. & al. (1994). *La pensée infirmière*. Laval : Études vivantes.

- Laberge, D. (1995). *Formation en soins psychiatriques et en santé mentale*, à l'intention du personnel des Services de base du CLSC des Coteaux, phase 6 : *Les principes de la relation d'aide*, Chicoutimi.
- Lalonde, P. & Grunberg, F. (1987). *Psychiatrie clinique : approche contemporain*. Chicoutimi : Gaétan Morin.
- Lescarbeau, R., Payette, M. & St-Arnaud, Y. (1996). *Profession : consultant (3^e éd.)*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Macmaster, E., Goldenberg, D., Beynon, C. & Wasiw, C. (1999). Health information telephone service for senior. *The Canadian nurse*, 3 (95), 38-41.
- Milea, S. (1996). L'anxiété : du symptôme à la maladie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 44 (1-2), 32-34.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1999). *Évaluation provinciale des services Info-santé CLSC*. Rapport final 1994-1999. Montréal : Gouvernement du Québec .
- Monbourquette, J., Ladouceur, M. & Desjardin-Proulx, J. (1996). *Je suis aimable, je suis capable: Parcours pour l'estime et l'affirmation de soi*. Ottawa : Éditions Multi, publié par Novalis, Université Saint-Paul.
- Moreau, D. (2000). Promotion de la santé et stratégie de communication. *The Canadian nurse*, 3 (96), 33-36.
- Morissette, P. (1984). *Le suicide, démystification, intervention, prévention*. Québec, synthèse faite par Pauline Lessard en nov. 94. Québec: Centre de prévention du suicide de Québec.
- O.I.I.Q. (1996). Les infirmières en Info-santé et le virage ambulatoire. *Le Journal*, 4 (1), 7.
- O.I.I.Q. (1998). Direction de la qualité de l'exercice. *Lignes directrices. L'exercice infirmier à Info-santé*. Montréal : OIIQ.
- Répertoire des protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique*. (1995) (Mise à jour 1998). CLSC Haute-Ville des Rivières, Québec, Sogique.
- Robitaille-Tremblay, M., Bouchard, S. & Giguère, L. (2000). *Info-santé CLSC: Projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale (Projet no Qc 430)*, octobre, Hull.

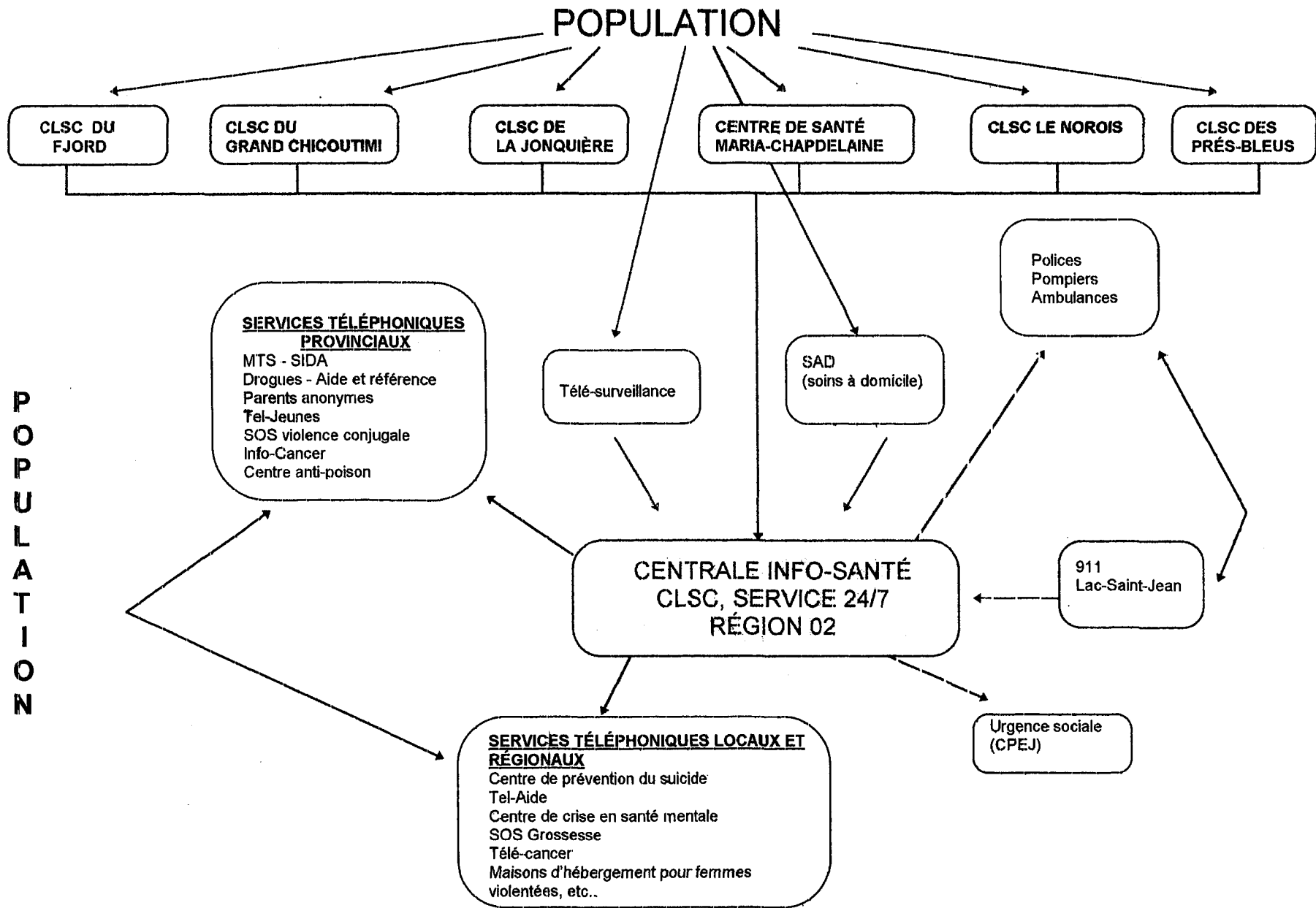
- Rogers, C. (1967). *Le développement de la personne*. Paris : Éditions Dunod.
- Rouillon, F., Thalassinas, M., Ferreri, M., Parquet, P. & Samuelian, J.C. (1994). Étude clinique et épidémiologique du trouble "anxiété généralisée" en médecine générale. *L'encéphale*, 20 (2), 103-110.
- Saint-Jean, M. (1994). *L'Apprentissage par problèmes dans l'enseignement supérieur*. Montréal: service d'aide à l'enseignement, Université de Montréal.
- Santé Québec (1993). Enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et adolescents de 6 à 14 ans. *Santé Québec*, 5, (1).
- Savard, F. (1997). *Étude sur la réponse téléphonique au regard de la crise psychosociale*. Présentée au Comité aviseur de la centrale Info-santé CLSC par le comité ad hoc, mars.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif: À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Les Éditions pédagogiques.
- Teasdale, K. (1995). Theoretical and practical considerations on the use of reassurance in the nursing management of anxious patients. *Journal of advanced Nursing*, 22, 79-86.
- Tel-Aide (1992). *Cours de formation à l'écoute active*. Saguenay-Lac-Saint-Jean, document non publié.
- Tel-Aide (1992). *Module de formation pour les bénévoles*. Saguenay-Lac-Saint-Jean, document non publié, 7 mai.
- Thériault, S. (2002). *Guide explicatif. Pratique infirmière: Évaluation de la santé et physiopathologie*. Chicoutimi : Université du Québec à Chicoutimi.
- Vollmerhaus, L. (1999). Call-in for kids. *The Canadian nurse*, 9 (95), 33-36.
- Wheeler, B.R. (1988). Crisis intervention, Recognizing and helping Patients overcome anxiety. *AORN Journal*, 47 (5), 1242-1248.

APPENDICES

APPENDICE A

Centre multi-services – Info-santé CLSC – modèle centralisé

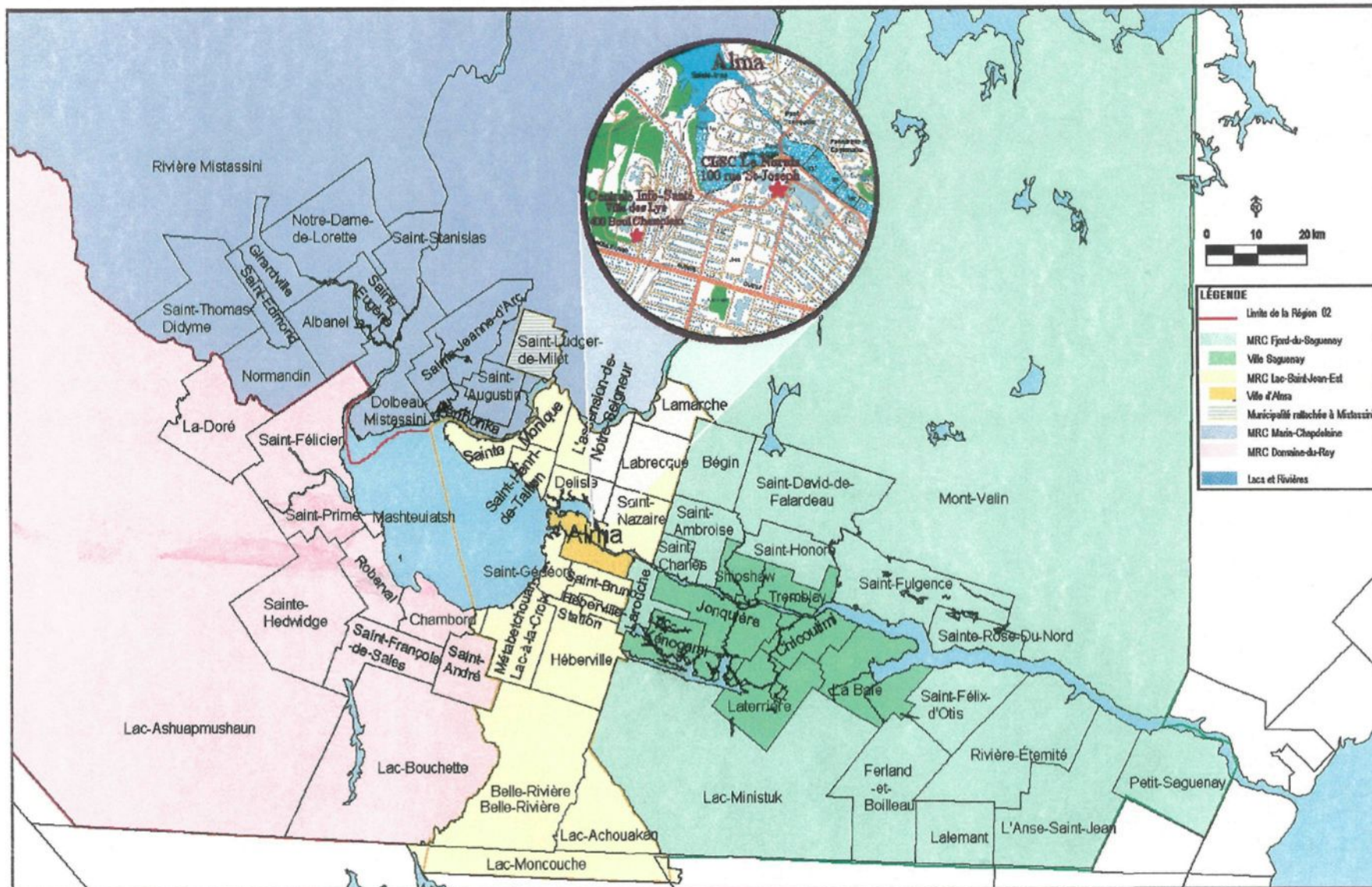
CENTRALE MULTISERVICES, INFO-SANTÉ CLSC, MODÈLE CENTRALISÉ



nes d'urgence : ———→
 pondus en priorité après les
 nes d'urgence : ———→

APPENDICE B

Carte géographique du territoire du CLSC le Norois



APPENDICE C

Lettre d'explication du projet

**Évaluation d'une procédure d'utilisation du protocole d'intervention
relationnelle auprès des appelants anxieux, dans le cadre des activités
infirmières en Info-santé**

Ce projet est réalisé par Sylvie Massé, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
à l'Université du Québec à Chicoutimi.

EXPLICATION DU PROJET

Accepter de collaborer à ce projet signifie accepter de répondre à deux questionnaires qui vous demanderont, à chaque fois, environ 15 minutes de votre temps. Le premier questionnaire vise à identifier les difficultés que vous éprouvez à interagir avec les appelants anxieux, dans le cadre de votre travail en Info-santé. Le deuxième questionnaire cherchera à connaître votre appréciation sur la nouvelle procédure d'utilisation du protocole d'intervention auprès des appelants anxieux, après que vous aurez eu l'occasion de l'appliquer. Les questionnaires sont anonymes et la confidentialité des données, que vous fournirez, est garantie. Les questionnaires seront conservés sous clé dans un classeur du directeur et seront détruits en avril 2003, à la fin de la session.

Pour vous préparer à utiliser adéquatement la nouvelle procédure, une formation d'une durée maximum de 60 minutes vous sera donnée. Dans tous les cas, vous serez libre d'accepter ou de refuser de répondre aux questionnaires et suivre la formation. Cependant, votre collaboration est précieuse, elle sera une grande contribution dans ce processus de recherche des voies et moyens pour améliorer les interventions infirmières destinées à venir en aide aux personnes anxieuses qui recourent aux services de l'Info-santé.

Nous vous remercions très sincèrement de votre gracieuse collaboration.

Sylvie Massé
Étudiante à la maîtrise à l'UQAC

Antoine Lutumba Ntetu
Professeur, superviseur du stage

APPENDICE D

Formule de consentement

**Évaluation d'une procédure d'utilisation du protocole d'intervention
relationnelle auprès des appelants anxieux, dans le cadre des activités
infirmières en Info-santé**

Ce projet est réalisé par Sylvie Massé, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
à l'Université du Québec à Chicoutimi.

CONSENTEMENT

Je comprends qu'accepter de collaborer à cette étude signifie accepter de répondre à deux questionnaires qui demanderont chacun 15 minutes de mon temps. L'objet du premier questionnaire est d'identifier les difficultés que j'ai à interagir avec les appelants anxieux, dans le cadre de mon travail en Info-santé. Le deuxième questionnaire cherchera à connaître mon appréciation sur la nouvelle procédure d'utilisation du protocole d'intervention auprès des appelants anxieux, après que j'aurai eu l'occasion de l'appliquer.

Il est entendu que les questionnaires seront anonymes et garantiront la confidentialité des données que j'aurai à fournir. Aussi, pour me préparer à utiliser adéquatement la nouvelle procédure, j'aurai à suivre une formation dont la durée n'excédera pas 60 minutes.

Je reconnais avoir toute la liberté d'accepter ou de refuser de répondre aux questionnaires comme de suivre la proposée, et de mettre fin à ma collaboration à ce projet à tout moment de mon choix et ce, sans préjudice aucun.

Signature du participant / de la participante

Date

APPENDICE E

Formule de déclaration d'honneur

**Évaluation d'une procédure d'utilisation du protocole d'intervention
relationnelle auprès des appelants anxieux, dans le cadre des activités
infirmières en Info-santé**

Ce projet est réalisé par Sylvie Massé, étudiante à la maîtrise à
l'Université du Québec à Chicoutimi.

DÉCLARATION D'HONNEUR

Je, soussignée _____, déclare avoir l'obligation d'informer toute personne sollicitée pour participer à l'étude, en lui donnant les explications sur les objectifs et la nature du projet et sur les modalités de sa collaboration. Je m'engage à lui soumettre, pour signature, sans contrainte une feuille de consentement.

Je m'engage à utiliser, pour recueillir les données, une codification qui ne peut en aucun cas être identifiée nommément. Les données ainsi recueillies ne pourront être utilisées que pour les fins de la présente recherche et après accord de la personne autorisée.

Signature du chercheur :

Date :

Signature du professeur superviseur :

Date :

APPENDICE F

Questionnaire-guide pour la consultation auprès des infirmières

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire vise à identifier les besoins des infirmières de l'Info-santé dans la perspective d'améliorer leurs interventions auprès des appelants anxieux. En répondant à ce questionnaire, vous fournirez des éléments qui vont aider à proposer une démarche plus appropriée d'utilisation du protocole infirmier destiné à cette clientèle.

Directives pour répondre :

- Cochez la case correspondant à la réponse choisie.
- Complétez l'information dans quelques cas.
- Déposez le questionnaire, une fois complété, dans la case de monsieur Serge Thériault au plus tard le 30 août 2002.

ANONYMAT :

**N'INDIQUEZ NI VOTRE NOM NI TOUT AUTRE INDICE QUI
PUISSE PERMETTRE DE VOUS IDENTIFIER.**

PARTIE BIOGRAPHIQUE

1 Ancienneté comme infirmière à l'Info-santé :

- ☐ Moins de cinq ans
- ☐ Cinq ans et plus

2 Statut d'emploi :

- ☐ Temps complet
- ☐ Temps partiel
- ☐ Sur appel

3 Principul quart de travail :

- ☐ Jour
- ☐ Soir
- ☐ Nuit

PARTIE NARRATIVE

1 Dans le cadre de votre travail à l'Info-santé, vous est-il arrivé d'interagir avec des appelants anxieux ?

- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Pas du tout

2 Éprouvez-vous des difficultés particulières à interagir avec cette clientèle ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3 Comment évaluez-vous le protocole actuellement à la disposition des infirmières pour des interactions avec les appelants anxieux ?

- ☐ Approprié
- ☐ Non approprié

4 Éprouvez-vous des difficultés particulières à l'utiliser ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5 Si vous répondez oui à la question précédente, expliquez en quelques lignes en quoi consistent précisément ces difficultés et quelles solutions proposez-vous pour les éliminer ?

Merci de votre collaboration!

ANNEXES

ANNEXE A

Fiche d'appel Info-santé



CLSC Le Norois

Fiche d'appel Info-Santé CLSC

CLSC	Dossier
Ppppp	
Nom à la naissance	Prénom
Date de naissance	

Adresse	Ville	Code postal	Téléphone
---------	-------	-------------	-----------

Collecte de données

Motif de l'appel/Données pertinentes/Manifestations/Réseau de soutien:

Démarches Antérieures:

A consulté:

Quand:

Traitement suivi:

Résultat obtenu:

Précisions:

Diagnostics infirmiers / Identification du problème:

Raison

0
0

Intervention

Conseils selon protocoles:

--	--	--

Précisions/Autres conseils:

Rôle-Action

0
0

Consultation:

Heure:

Références:

Suite

Intervenant:

Heure:

Délai pour la prise en charge:

S'il n'y a pas d'amélioration d'ici:

Consultez:

☐ L'utilisateur autorise la transmission de ses coordonnées dans le cadre d'une référence avec démarches

Évaluation

☐ Usager capable d'exprimer les conseils donnés

☐ L'utilisateur se dit satisfait relativement à ses besoins et attentes

Précisions:

Nom appelant si différent:

Lien:

Cat. d'appelant

Téléphone:

ATS:

--

Établissement:

Relance prévue:

Heure:

Langue de l'appel: FRANCAIS

Intervenant: Sylvie Massé

Date d'appel: 1997-11-21 06:07:53

Durée: 5 Min.

Poste:

Fin appel: 1997-11-21 06:12:27

ANNEXE B

Modèle d'investigation clinique

Modèle d'investigation clinique

