

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Une démarche d'exploration réflexive sur le sens donné à leur pratique
par des infirmières du milieu de la santé
au Saguenay - Lac-Saint-Jean

par

Danielle Poirier

Thèse présentée à la Faculté de théologie et de sciences des religions de
l'Université de Montréal en vue de l'obtention du grade de doctorat en
théologie pratique offert à l'Unité d'enseignement en études religieuses, en
éthique et en philosophie de l'Université du Québec à Chicoutimi

Mai 2011

© Danielle Poirier, 2011

Identification du jury

Université de Montréal

Faculté de théologie et de sciences des religions

Université du Québec à Chicoutimi

Unité d'enseignement en études religieuses, en éthique et en philosophie

Cette thèse intitulée :

Une démarche d'exploration réflexive sur le sens donné à leur pratique par des infirmières du milieu de la santé au Saguenay - Lac-Saint-Jean

présentée par :

Danielle Poirier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jacques Cherblanc, Ph. D., président rapporteur

Pierre Deschênes, Ph. D., directeur de recherche

Jean-Marc Charron, Ph. D., codirecteur

Chantal Cara, Ph. D., membre du jury

Édith Ellefsen, Ph. D., examinatrice externe

André Leclerc, Ph. D., doyen

Résumé

Cette recherche de types exploratoire et descriptif s'intéresse au sens donné à la pratique par des infirmières¹ qui exercent dans un contexte professionnel et organisationnel du milieu de la santé québécois confronté ces dernières années à de nombreuses transformations. La problématique à la base de cette étude est un manque d'accès à la théorie d'usage de ces professionnelles pour prendre conscience de leur réalité fréquemment marquée par de l'insatisfaction, de l'isolement, de la souffrance et un manque de dialogue réflexif sur leur agir professionnel. Des infirmières manquent d'un espace et d'un temps en milieu clinique pour réfléchir en profondeur et partager le sens qu'elles donnent à leur pratique.

Le cadre épistémologique de la science-action, où la théorie procède de la pratique, est un choix qui s'est imposé pour mobiliser des infirmières à vivre une démarche praxéologique de réflexion « dans et sur » leur pratique, donnant accès à cette théorie d'usage. Dans cette perspective, la création d'un espace et d'un temps propices à une réflexion approfondie sur le sens donné à sa pratique a été rendue possible avec la participation volontaire d'une dizaine d'infirmières du milieu de la santé de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean qui désiraient poursuivre un processus d'exploration réflexive sur différentes dimensions alimentant leur pratique. L'apport de cette recherche est de présenter l'émergence d'une théorie d'usage d'un sens donné à une pratique infirmière issue de l'analyse et l'interprétation inductives du contenu de leurs réflexions. Des réflexions recueillies d'abord dans un itinéraire d'exploration réflexive sur ma pratique personnelle, lors de rencontres individuelles et d'écrits d'auteurs, et ensuite, auprès d'un groupe d'infirmières qui ont vécu un itinéraire similaire de réflexion à l'aide de récits de pratique, de cercles de dialogue et de journaux d'itinérance qui ont permis d'approfondir de multiples facettes du sens donné à leur pratique exercée actuellement. Ces réflexions nous amènent à une meilleure compréhension de leur pratique, alimentée de leurs comportements, de leurs croyances, de leurs valeurs, de leurs motivations et de leurs projets. La poursuite de ces itinéraires d'exploration réflexive, le mien et celui d'infirmières, partenaires de notre recherche, représente un processus original d'apprentissage. Il a permis non seulement l'accès à un savoir caché sur le sens donné à une pratique infirmière, mais aussi au développement d'habiletés et d'attitudes favorables à un dialogue réflexif favorisant un rapprochement avec soi et avec d'autres. Il ressort que la mise en place de ce processus d'apprentissage peut ajouter de la valeur à la pratique en milieu clinique et aux enseignements dans la formation infirmière.

Mots clés : Sens, pratique infirmière, souffrance, science-action, praxéologie, exploration réflexive, dialogue, récit de pratique, cercle de dialogue, journal d'itinérance.

¹ Cette thèse utilise le genre féminin, et ce, dans le seul but d'alléger le texte. Cela vaut tout au long du document pour les termes infirmière, étudiante, chercheure, participante et partenaire.

Abstract

This research, of the exploratory and descriptive type, is interested in the meaning given to the proceeding by nurses practicing in a professional and organizational context of Quebec health environment, which has been confronted to numerous transformations in the few years. The problem in this study is the lack of access to the usage theory of these professionals to become aware of their reality frequently marked by dissatisfaction, isolation, suffering, and a lack of reflexive dialogue on their professional action. Some nurses are in need of a space and of time within the clinic environment to reflect in depth and share the meaning they give to their professional action.

The epistemological framework of action-science, within which theory preceding practice is an imposed choice, mobilises nurses to undergo a praxis process “within and on” their practice thus making the usage theory accessible. In this perspective, the creation of a space and a time favourable to an in-depth reflection on the meaning conferred to their practice was given to a group of 10 nurses, working in the health environment of the Saguenay - Lac-St-Jean region, wishing to pursue a reflexive exploration process on the different dimensions sustaining their practice. The goal of this research is to present, firstly, fresh avenues pertaining to new practice knowledge or to a usage theory stemming from the analysis and inductive interpretation of the content of the reflections on the nursing discipline. Reflections collected first from my own experience, from individual interviews, from writings, and subsequently, from groups of nurses with the help of practice narratives, round-tables, and logbooks which have permitted in-detail study of multiple facets of the meaning given to the current nursing practice. These reflections will allow a better comprehension of their practice; sustain their behaviours, their beliefs, their values, their motivation, and their projects. Secondly, the reflexive exploration approach represents an innovative learning process of a quest for sense that not only facilitates access to hidden knowledge, but also to the development of abilities and favourable attitudes in relation to a reflexive dialogue promoting reconciliation with the self as with others. Lastly, the end result of the installation of this learning process may add value to the practice in a clinical environment and in the teaching approach in nurse training.

Key words: meaning, nursing practice, suffering, action-science, praxiology, reflexive exploration, dialogue, practice narrative, round-table, logbook.

Tables des matières

<i>Identification du jury</i>	<i>ii</i>
<i>Résumé</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>iv</i>
<i>Tables des matières</i>	<i>v</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>xiv</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>xvii</i>
<i>Liste des abréviations</i>	<i>xviii</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xix</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>PARTIE 1</i>	<i>9</i>
<i>La science-action et l'approche praxéologique</i>	<i>9</i>
<i>Chapitre 1- Les fondements scientifiques du cadre épistémologique de la science-action et de la démarche praxéologique</i>	<i>11</i>
1.1 Le cadre épistémologique de la science-action	<i>12</i>
1.2 L'approche praxéologique de réflexion « dans et sur » le sens donné à une pratique infirmière.....	<i>13</i>
1.3 La démarche d'exploration réflexive	<i>14</i>
1.4 La nature subjective des réflexions sur le sens donné à sa pratique infirmière....	<i>16</i>
1.5 L'environnement d'apprentissage de l'exploration réflexive	<i>19</i>

1.6 Le caractère inductif et itératif de la collecte, l'analyse et l'interprétation des réflexions des infirmières	21
<i>PARTIE 2</i>	<i>23</i>
<i>Mon itinéraire d'exploration réflexive de chercheure.....</i>	<i>23</i>
<i>Chapitre 2 – Les assises d'un itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à ma pratique infirmière : les premières étapes du parcours de recherche.....</i>	<i>25</i>
2.1 La première étape de mon itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à ma pratique infirmière : mon récit de pratique.....	26
2.1.1 Un contexte de travail optimal.....	27
2.1.2 Un contexte de travail qui se transforme	29
2.1.3 Ma pratique infirmière devenue plus en plus difficile à exercer	30
2.1.4 De l'isolement, une panne d'énergie et de la souffrance	31
2.1.5 Le sens donné à ma pratique infirmière.....	32
2.2 La deuxième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive : des rencontres informelles avec des infirmières	35
2.2.1 De la déception et de l'insatisfaction au travail	36
2.2.2 Un envahissement par des actes de soins à faire.....	37
2.3 La troisième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive : des entrevues individuelles semi-dirigées.....	39
2.3.1 Des changements qui provoquent des malaises	39
2.3.2 Une situation de manque de dialogue qui soutient et qui accueille entre pairs	40

2.4 Le sens donné à leur pratique par des infirmières lors de rencontres informelles et d'entrevues individuelles semi-dirigées	43
2.4.1 Les unités de sens issues de la réflexion sur leur pratique par des infirmières.....	43
<i>Chapitre 3- Une exploration réflexive à l'aide d'auteurs sur l'évolution historique d'un sens donné à la pratique infirmière.....</i>	48
3.1 Des changements survenus sur l'évolution du sens donné à la pratique infirmière	49
3.1.1 La première phase : une pratique vue comme une vocation	50
3.1.2 La deuxième phase : une pratique considérée comme subordonnée	55
3.1.3 La troisième phase : une pratique qui se libère.....	56
3.1.4 La quatrième phase : une pratique devenue autonome	58
3.2 Une synthèse de l'évolution historique du sens donné par les écrits à la pratique infirmière.....	62
<i>Chapitre 4 - Une exploration réflexive à l'aide d'auteurs analysant le contexte actuel influençant le sens donné à la pratique infirmière</i>	65
4.1 Une exploration réflexive sur des éléments de l'environnement externe qui ont des effets sur la pratique infirmière.....	66
4.1.1 Des pressions affectant le développement du système public de santé québécois	66
4.1.2 Une société et un monde du travail évoluant selon une logique d'excellence et de dépassement.....	69
4.1.3 Une pénurie qualitative et quantitative de la main-d'œuvre infirmière ...	70
4.2 Une exploration réflexive sur des éléments de l'environnement interne qui ont des effets sur la pratique infirmière	73

4.2.1 Une pratique reconnue professionnellement et devenue de plus en plus complexe.....	73
4.2.2 La reconnaissance d'une souffrance chez des soignantes.....	75
4.2.3 Le manque d'un temps et d'un espace pour un dialogue réflexif sur sa pratique	80
4.3 Le sens donné à la pratique infirmière avec des auteurs lié au contexte.....	84
<i>PARTIE 3.....</i>	<i>88</i>
<i>L'itinéraire d'exploration réflexive des infirmières cochercheuses de notre étude</i>	<i>88</i>
<i>Chapitre 5 - Le choix d'un dialogue réflexif sur le sens donné à sa pratique : un guide pour l'itinéraire d'exploration réflexive d'un groupe d'infirmières</i>	<i>90</i>
5.1 L'influence de l'approche du dialogue de Bohm	91
5.1.1 Le concept du dialogue de Bohm.....	91
5.1.2 L'objet du dialogue de Bohm	92
5.1.3 Les dimensions du dialogue de Bohm	93
5.2 Des aspects méthodologiques généraux en cohérence entre une approche de dialogue et un itinéraire d'exploration réflexive	97
5.2.1 Une recherche partenariale	97
5.2.2 La certification éthique	99
5.2.3 Le recrutement des infirmières	102
5.2.4 Le profil des infirmières.....	103
5.2.5 Des rencontres préparatoires à la recherche.....	104

<i>Chapitre 6 - L'itinéraire des récits de pratique.....</i>	108
6.1 Les cinq étapes du guide des récits de pratique.....	109
6.2 Les incidents critiques survenus lors de l'écriture des récits de pratique	112
6.3 L'analyse et l'interprétation des réflexions issues des récits de pratique.....	116
6.3.1 L'identification des unités du sens donné à sa pratique infirmière.....	117
6.3.2 La classification des unités de sens en thèmes.....	119
6.3.3 La bonification et la validation des unités de sens et des thèmes retenus	120
<i>Chapitre 7- L'itinéraire des cercles de dialogue.....</i>	123
7.1 Les particularités d'un cercle de dialogue.....	124
7.1.1 La position des participantes en cercle	125
7.1.2 L'absence d'ordre du jour et de prise de décision	125
7.1.3 La composition d'un cercle.....	126
7.1.4 Le rôle des participantes	126
7.1.5 La durée d'un cercle et des cercles	127
7.1.6 Les difficultés à la pratique du cercle de dialogue.....	128
7.2 L'expérience du cercle de dialogue réflexif dans le cadre de notre recherche..	128
7.2.1 Le lieu des cercles de dialogue réflexif.....	129
7.2.2 Le nombre d'infirmières dans le cercle de dialogue réflexif	129
7.2.3 L'âge et les années d'expérience des infirmières	130
7.2.4 Le nombre et l'intervalle entre les cercles de dialogue réflexif.....	131
7.2.5 La durée d'un cercle de dialogue réflexif	131

7.2.6 L'objet de la parole et de l'écoute.....	132
7.2.7 Notre intervention de facilitatrice et de partenaire dans notre rôle de chercheure principale.....	132
7.2.8 L'enregistrement des cercles de dialogue réflexif	134
7.3 L'analyse du déroulement des cercles de dialogue réflexif et une première saisie des unités de sens liées aux thèmes explorés	134
7.3.1 Les thèmes des cercles de dialogue réflexif.....	134
7.3.2 Le cercle de dialogue # 1 : partage sur l'expérience du récit de pratique	135
7.3.3 Le cercle de dialogue # 2 : mes valeurs	138
7.3.4 Cercle de dialogue # 3 : les comportements attribués à ma pratique....	139
7.3.5 Cercle de dialogue # 4 : mes motivations	139
7.3.6 Cercle de dialogue # 5 : mes croyances	141
7.3.7 Cercle de dialogue # 6 : mes projets	142
7.3.8 La classification des unités de sens en sous-thèmes	143
7.4 Le journal d'itinérance.....	145
<i>PARTIE 4.....</i>	<i>147</i>
<i>La fin de l'itinéraire d'exploration réflexive de la chercheure et de celui des infirmières cochercheures de notre étude.....</i>	<i>147</i>
<i>Chapitre 8- La conception d'un modèle provisoire du sens donné à la pratique par des infirmières</i>	<i>149</i>
8.1 Le modèle intégré provisoire, dynamique et évolutif d'une théorie d'usage originale sur le sens donné à la pratique par des infirmières	150
8.2 Les comportements attribués à ma pratique infirmière	155

8.2.1 Les rôles dans ma pratique infirmière.....	155
8.2.2 Les attitudes qui prédisposent à agir dans ma pratique infirmière.....	161
8.3 Les croyances qui alimentent ma pratique infirmière	166
8.3.1 Les croyances sur ma personne.....	167
8.3.2 Les croyances sur ma pratique.....	174
8.3.3 Les croyances sur la profession	186
8.3.4 Les croyances sur le milieu de travail.....	194
8.4 Les motivations forgeant mon identité professionnelle d'infirmière	210
8.4.1 Les racines de mon identité professionnelle	210
8.4.2 Ce qui m'a incité à devenir infirmière	212
8.4.3 Ce qui m'incite à continuer.....	213
8.4.4 Ce qui m'inciterait à quitter la pratique	223
8.5 Les valeurs qui guident ma pratique infirmière.....	228
8.5.1 Les valeurs intellectuelles	229
8.5.2 Les valeurs morales.....	232
8.5.3 Les valeurs professionnelles	238
8.5.4 Les valeurs sociales.....	239
8.5.5 Les valeurs esthétiques	241
8.5.6 Les valeurs spirituelles.....	241
8.6 Les projets qui m'habitent pour donner un sens nouveau à mon identité personnelle ou à ma pratique infirmière.....	245

8.6.1 Continuer de m'actualiser comme personne dans ma pratique infirmière	246
8.6.2 Continuer d'améliorer la qualité de ma pratique infirmière	248
8.6.3 Continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites de ma pratique infirmière actuelle.....	249
8.6.4 Améliorer l'organisation du travail qui influence la qualité de ma pratique infirmière	252
8.7 L'utilisation de la théorie d'usage co-construite	257
<i>Chapitre 9 - Les effets personnels et professionnels du dialogue réflexif....</i>	262
9.1 Les effets du dialogue réflexif sur ma personne.....	265
9.2 Les effets du dialogue réflexif sur ma pratique.....	276
9.3 Les effets du dialogue réflexif sur ma perception de la profession.....	281
9.4 Les effets du dialogue réflexif sur le milieu de travail.....	283
9.5 Le cercle de dialogue, le récit de pratique et leur utilisation dans la formation des infirmières en milieux scolaires et cliniques	290
9.5.1 L'utilisation du récit de pratique	290
9.5.2 L'utilisation du cercle de dialogue réflexif	292
<i>Conclusion.....</i>	301
<i>Références</i>	308
<i>Appendices</i>	321
<i>Appendice A - La déclaration de consentement.....</i>	323
<i>Appendice B - Le résumé du sens donné à la pratique par des infirmières ..</i>	335

Appendice C - Le questionnaire d'évaluation des effets du dialogue réflexif 339

Appendice D - Le résumé des effets du dialogue réflexif..... 342

Liste des tableaux

Tableau I – Les résultats du récit de pratique obtenus à la première étape de mon itinéraire d'exploration réflexive	36
Tableau II - Les résultats de rencontres d'infirmières obtenus à la deuxième et la troisième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive.....	44
Tableau III - Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase de la vocation	54
Tableau IV- Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase de la subordination	56
Tableau V- Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase de la libération.	58
Tableau VI - Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase autonome	61
Tableau VII - Les résultats obtenus à la quatrième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive portant sur l'évolution historique du sens attribué à la pratique infirmière par des auteurs.....	63
Tableau VIII - Titres d'articles parus dans un journal ou une revue au cours des dernières années.....	76
Tableau IX - Les résultats obtenus à la cinquième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive sur le contexte avec des auteurs.....	85
Tableau X – Les règles d'éthique pour le récit de pratique, les cercles de dialogue et le journal d'itinérance.....	100
Tableau XI - Les thèmes du sens donné à la pratique infirmière issus des récits de pratique	121
Tableau XII - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 1.....	136
Tableau XIII - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 2 sur les valeurs	138

Tableau XIV - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 3 sur les comportements attribués à sa pratique.....	139
Tableau XV - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 4 sur la motivation	141
Tableau XVI - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 5 sur les croyances	142
Tableau XVII - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 6 sur les projets.	143
Tableau XVIII - Les thèmes et les sous-thèmes du sens donné à la pratique infirmière issus des récits de pratique et des cercles de dialogue.....	144
Tableau XIX - Les unités de sens caractérisant les rôles dans ma pratique infirmière	156
Tableau XX - Les unités de sens composant les attitudes dans ma pratique infirmière.....	162
Tableau XXI - Les unités de sens relatives à mon identité comme personne	168
Tableau XXII - Les unités de sens composant des croyances sur ma pratique	175
Tableau XXIII - Les unités de sens relatives aux croyances sur la profession infirmière..	186
Tableau XXIV - Les unités de sens composant des croyances sur le milieu de travail.....	195
Tableau XXV - Les unités de sens relatives aux racines de mon identité professionnelle.	211
Tableau XXVI - Les unités de sens relatives à ce qui m'a incité à devenir infirmière	212
Tableau XXVII- Les unités de sens relatives à ce qui m'incite à continuer la pratique infirmière	214
Tableau XXVIII - Les unités de sens relatives à ce qui m'inciterait à quitter la pratique..	224
Tableau XXIX - Les unités de sens relatives aux valeurs intellectuelles	229
Tableau XXX - Les unités de sens relatives aux valeurs morales	232

Tableau XXXI - Les unités de sens relatives aux valeurs professionnelles	238
Tableau XXXII - Les unités de sens relatives aux valeurs affectives	239
Tableau XXXIII - Les unités de sens relatives aux valeurs sociales	240
Tableau XXXIV - L'unité de sens relative aux valeurs esthétiques	241
Tableau XXXV - Les unités de sens relatives aux valeurs spirituelles	241
Tableau XXXVI - Les unités de sens composant le projet de m'actualiser comme personne dans ma pratique infirmière	247
Tableau XXXVII - Les unités de sens composant le projet d'améliorer la qualité de ma pratique	249
Tableau XXXVIII - Les unités de sens relatives au projet de continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites de ma pratique infirmière	250
Tableau XXXIX - Les unités de sens relatives à l'amélioration de l'organisation du travail qui influencent la qualité de ma pratique infirmière.....	252
Tableau XL - Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur personne	266
Tableau XLI - Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur pratique	276
Tableau XLII - Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur perception de la profession	282
Tableau XLIII- Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur milieu de travail	284

Liste des figures

Figure 1 - Le modèle provisoire, dynamique et évolutif d'une théorie d'usage originale sur le sens que des infirmières de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean attribuent à leur pratique.....	153
Figure 2 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les comportements attribués à sa pratique	155
Figure 3 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les croyances	167
Figure 4 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les motivations	210
Figure 5 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les valeurs.....	228
Figure 6 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens relatives aux projets ..	246
Figure 8 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur ma personne	265
Figure 9 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur ma pratique.....	276
Figure 10 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur ma perception de la profession.....	281
Figure 11 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur le milieu de travail ...	284

Liste des abréviations

AEO	Accueil, évaluation et orientation
AIC	Assistante infirmière chef
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARUC-ES	Alliance de recherche universités et communautés en économie sociale
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
OIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAE	Programme d'aide aux employés
SLSJ	Saguenay – Lac-Saint-Jean
TSO	Travail supplémentaire obligatoire
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi

Remerciements

À titre de directeur de recherche doctorale, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur Pierre Deschênes, Ph. D., professeur au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi. Le plus grand des mercis pour votre accueil toujours aussi chaleureux, votre soutien et vos précieux conseils.

À titre de co-directeur de thèse, un merci spécial va également à Monsieur Jean-Marc Charron, Ph. D., professeur de la Faculté de théologie et de sciences des religions de l'Université de Montréal, pour votre présence, votre intérêt et votre implication dans le projet de recherche.

À vous infirmières, partenaires de la recherche, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude. Quel privilège de vous avoir côtoyées durant des mois, merci d'avoir accepté de vivre cette quête de sens. J'ai vraiment apprécié votre grande générosité et votre engagement.

Il y a également ceux et celles, qui de près ou de loin m'ont encouragée et soutenue tout au long du parcours. Bien affectueusement, merci Aline et Claude. Merci à Gérard, Léa, Mario pour votre présence. Merci à Michel et Lyne pour vos leçons de vie. Merci Suzanne, Pauline, Denise, pour votre support. Merci à mes amis et amies ainsi qu'à mes collègues du Module des sciences infirmières et de la santé et du Département des sciences humaines de l'UQAC. Je vous dis merci pour votre écoute, vos paroles, vos questions et votre confiance.

Nous avons besoin de temps et de compréhension, nous vivons dans un monde où tout va trop vite et où nous ne prenons pas le temps de faire ou de dire les choses. Le respect, sous toutes ses formes, devrait être au centre de nos actions autant celui des autres que celui de nous-mêmes. La souffrance est parfois inévitable, il faut savoir la gérer et lui donner l'importance qui lui revient. Lorsqu'elle est présente, il faut l'écouter et analyser les moyens possibles pour la diminuer sans pour autant l'ignorer.
(Infirmière, étudiante au baccalauréat en sc. inf., UQAC, 2007).

Introduction

En juin 2004, l'unité d'enseignement en études religieuses et éthiques de l'Université du Québec à Chicoutimi et la Faculté de théologie et de sciences des religions de l'Université de Montréal, ont mis en place une nouvelle politique de gestion des programmes de maîtrise et de doctorat en théologie pratique à l'UQAC. Cette politique recadre ces programmes, pour répondre aux besoins d'une nouvelle clientèle, issue de disciplines variées en sciences humaines, tels : la psychologie, les sciences infirmières, le travail social et les sciences de la gestion des personnes en milieu de travail. Elle tient compte d'une pratique multidisciplinaire de doctorants et d'une formation aux cycles supérieurs en l'intégrant dans une vision élargie de la théologie. Le champ d'application de la théologie pratique répond, non plus seulement aux pratiques pastorales, mais s'ouvre à divers secteurs d'intervention communautaires, sociaux et organisationnels. Une recherche doctorale en théologie pratique peut alors répondre aux besoins de professionnelles, œuvrant dans ces champs disciplinaires, qui recherchent un sens à leur pratique caractérisée par des interventions singulières auprès de personne.

Dans cette perspective, l'originalité d'une recherche doctorale en théologie pratique, considérée dans son sens séculier et élargi, permet d'explorer une quête de sens (pensée, raison et esprit) et d'insuffler une âme (sensibilité de cœur et intuition) à des pratiques. Il est question de pratiques qui s'inscrivent dans des sources humanistes occidentales qui sont également en lien avec la tradition judéo-chrétienne. À ce sujet, Grand' Maison (2004), à l'origine du programme en théologie pratique, souligne dans un volume sur le *jardin secret à cultiver en soi pour réconcilier l'intériorité et l'engagement*, que :

...beaucoup de contemporains occidentaux sont tributaires d'une culture historique et d'un héritage spirituel qui a fait émerger l'importance de l'individu, de la conscience personnelle, de l'être humain qui vaut par lui-même et pour lui-même, et des profondeurs morales et spirituelles du moi. Bref, un humanisme de la transcendance de la personne. (...) Plus près de nous, même le matérialiste Marx disait, dans son ouvrage sur l'économie politique, qu'une révolution qui n'aboutit pas à la libération de l'individu est une révolution avortée. Plus largement, c'est toute notre histoire occidentale qui nous a amené à une haute et profonde conscience de la transcendance de

la personne humaine (...) La culture et la pratique démocratiques ne sont-elles pas tributaires de la qualité de la conscience du sujet humain libre, responsable, interprète, acteur et décideur, debout en lui-même et dans la cité? (...) Ce qui m'amène à penser que la revalorisation du jardin secret tient d'une urgente priorité, y compris pour faire face aux grands défis du monde actuel. Combien de grands discours et de grandes manœuvres sont peu éprouvés au feu d'une conscience plus critique d'elle-même; autrement dit sans âme. Je dirais la même chose de bien des styles et pratiques de la vie courante. (p.11-12-24)

Cette ouverture d'une théologie, définie dans un sens large d'une recherche d'une âme, d'un sens donné à une pratique disciplinaire, nous offrait l'opportunité de poursuivre une recherche doctorale visant à favoriser une prise de conscience approfondie du sens donné à la pratique par des infirmières d'expérience. Un sens, donné à une pratique infirmière, issue d'un itinéraire d'un dialogue réflexif vécu avec des infirmières du milieu de la santé au Saguenay - Lac-Saint-Jean, une région située dans la province de Québec au Canada. Cet objectif de recherche se situe dans ce courant d'une urgente priorité de revaloriser le jardin secret d'une pratique personnelle, en quête de sens, dans un environnement professionnel et organisationnel de nos établissements de santé en grande transformation.

Cette vision d'une théologie, ouverte au sens d'une pratique, s'intégrait au cadre épistémologique de recherche original de la science-action, postulant que la théorie d'une praticienne procède de sa pratique (Tessier, 1996). La première partie de la thèse, composée seulement du premier chapitre, démontre d'abord la pertinence des fondements scientifiques de la science-action pour explorer une théorie d'usage qui émerge de la pratique (Argyris et Schön, 1999) d'infirmières. C'est-à-dire, un savoir pratiqué distinct d'un savoir professé partant du principe que la théorie précède la pratique.

Puis, nous décrivons, toujours dans ce premier chapitre, que pour être en mesure de cerner cette théorie d'usage d'infirmières, il est important de mettre en place une méthodologie appropriée à recueillir des données qualitatives, les réflexions d'infirmières, laissant émerger leur savoir pratiqué. Dans cette perspective, le choix d'une approche

praxéologique (Argyris, 1995 ; Argyris et Schön, 1974 ; St-Arnaud, 1999 ; Schön, 1994; Tessier, 1996) s'imposait pour aider des infirmières à réaliser un itinéraire d'exploration réflexive favorisant un accès à un niveau de prise de conscience du sens donné à leur pratique. La collecte, l'analyse et l'interprétation des réflexions d'infirmières, appelées à devenir co-chercheuses, pourraient nous amener à co-construire en partenariat un modèle d'une théorie d'usage axée sur le sens donné à leur pratique. Une démarche praxéologique devrait également permettre de cerner si la mise en place d'un itinéraire d'exploration réflexive sur la pratique infirmière s'avère pertinente pour l'enseignement universitaire en sciences infirmières puisqu'il facilite un processus d'apprentissage de la complexité, de la singularité et des dimensions socio-émotives (le niveau III d'apprentissage de Bateson, 1977, 1980) allant jusqu'à transformer et améliorer une pratique de façon significative.

La deuxième partie de la thèse livre le premier itinéraire d'exploration réflexive vécu dans ma démarche de recherche. Ce premier itinéraire personnel se décline en cinq étapes que j'ai² poursuivies au début de mon parcours doctoral. Le deuxième chapitre représente, d'abord, une première étape illustrant que pour comprendre de l'intérieur la pratique d'infirmières, il était important pour la chercheure principale de s'ouvrir à son monde subjectif en s'intéressant particulièrement à la façon dont elle appréhende, ressent et décrit l'itinéraire de sa pratique infirmière. Cette étape relate l'écriture de mon récit de pratique traduisant mes réflexions sur le sens donné à ma pratique des dernières années à titre d'infirmière en milieu communautaire. En second lieu, dans ce deuxième chapitre, nous nous sommes intéressées, au hasard de rencontres non structurées caractérisant l'étape 2 de notre itinéraire, au sens donné par d'autres infirmières. Il s'agit d'étudiantes infirmières, inscrites dans nos programmes de formation universitaire, de collègues syndiquées et de cadres, travaillant, soit dans un hôpital, un Centre local de services communautaires (CLSC) ou un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) québécois, qui

² Lorsqu'il s'agit d'une démarche d'exploration réflexive réalisée par la chercheure principale sur sa propre pratique singulière et pour différencier celle du même genre qui sera faite avec un groupe d'infirmières, l'emploi du je, au lieu du nous de majesté habituellement utilisé dans une thèse, est favorisé.

ont partagé leurs réflexions personnelles sur le sens donné à leur pratique. Finalement, nous avons, lors d'une troisième étape, réalisé deux entrevues exploratoires semi-dirigées avec deux infirmières. Les réflexions recueillies lors de ces rencontres se sont avérées des plus préoccupantes sur la perte d'un sens humain à la pratique infirmière dans un contexte de travail difficile, marqué par de l'insatisfaction, de l'isolement et de la souffrance.

Les trois premières étapes de mon itinéraire d'exploration réflexive ayant permis d'identifier quelques thèmes sur le sens donné à la pratique infirmière, nous avons alors, ressenti le besoin de les explorer dans des écrits en sciences infirmières, en analysant et interprétant les réflexions de quelques auteurs. Certains écrits, présentés dans le troisième chapitre, nous ont permis, lors d'une quatrième étape de notre itinéraire personnel d'exploration réflexive, de progresser dans la compréhension du phénomène complexe du sens donné à la pratique infirmière. Ils ont permis également d'alimenter des questionnements sur des changements survenus sur le sens donné à la pratique infirmière, d'hier à aujourd'hui. Ces réflexions d'auteurs sur l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière, nous ont amenées à poursuivre une exploration réflexive plus approfondie sur quelques éléments de l'environnement, interne et externe, exerçant actuellement une influence sur le sens donné à une pratique infirmière. Le chapitre 4 est consacré à communiquer nos réflexions alimentant cette cinquième étape de notre itinéraire.

Au terme des cinq étapes, balisant notre itinéraire d'exploration réflexive, nous percevions un écart entre la théorie d'usage du sens donné actuellement à la pratique infirmière issue de mon récit de pratique (étape 1), ainsi que des rencontres informelles (étape 2) et semi-dirigées (étape 3) et la théorie professée explorée chez les auteurs lors des étapes 4 et 5. Dans cette perspective, Marchand (2000) soulève l'idée que le savoir pratiqué (issu de la pratique) évolue souvent en tension avec le savoir professé (savoir qui est enseigné), ce qui laisserait peu de place à l'apprentissage de compétences contenues dans l'expérience tacite de la pratique, comme celle de l'infirmière. Des différences importantes

apparaissent, entre le savoir professé et le savoir pratiqué, quand la pratique s'effectue dans un contexte de travail présentant, entre autres, des situations uniques, de la complexité, de l'instabilité, des conflits de valeurs et des mécanismes routiniers de défense (Marchand, 2000) qui caractérisent une organisation surtout lorsqu'elle se transforme.

Les limites de la littérature en sciences infirmières, de rejoindre la réalité vécue quotidiennement par des infirmières, ainsi que l'expérience positive du récit de pratique personnel, de rencontres informelles et d'entrevues semi-dirigées avec des infirmières, ont conduit à un besoin d'approfondir cet écart. Nous estimions qu'une démarche praxéologique permettrait de mieux comprendre cette distinction entre la théorie professée qui précède la pratique et la théorie d'usage qui transparaît dans l'agir des infirmières en procédant de leur pratique. Pour réaliser cette démarche, nous avons choisi de convoquer un groupe d'infirmières, sujets volontaires et disponibles, pour participer à un itinéraire plus structuré et rigoureux d'exploration réflexive en créant un temps et un espace propices à un dialogue empreint d'expression, d'écoute, de respect et de non-jugement des autres.

La troisième partie de la thèse, qui constitue le cœur de notre recherche, livre le deuxième itinéraire d'exploration réflexive qui a permis à des infirmières (N:10) de donner du sens à leur pratique. Le chapitre 5 est consacré à la description générale des balises de cet itinéraire d'exploration réflexive. Il présente le contexte d'un itinéraire créant un temps et un espace de dialogue réflexif inspiré de Bohm (1996) qui a duré près de 10 mois. Il laisse émerger des réflexions sur des soins dispensés à une clientèle par ces infirmières exposées à de multiples et complexes situations singulières qu'elles vivent auprès des différents acteurs de leur environnement. En effet, notre intuition était que la création d'un dialogue réflexif sur leur pratique nous aiderait à cerner l'émergence d'une théorie d'usage porteuse de sens.

Dans les chapitres 6 et 7, nous présentons l'itinéraire d'exploration réflexive vécu par les infirmières, partenaires de notre recherche, qui ont fait l'expérience d'un dialogue

réflexif avec soi et les autres en écrivant leur récit de pratique, en participant aux cercles de dialogue et en complétant leur journal d’itinérance. Ces méthodes ont balisé cet itinéraire puisqu’elles nous apparaissaient pertinentes dans le cadre épistémologique de la science-action et d’une démarche praxéologique.

La quatrième partie de la thèse complète notre parcours de recherche doctorale. Elle présente, sous la forme d’un modèle systémique (Le Moigne, 1977, 2006), l’organisation que nous avons donnée aux réflexions recueillies, analysées et interprétées lors de notre itinéraire personnel et celui des infirmières, sujets de notre étude. Le chapitre 8 explique les composantes de ce modèle intégré, provisoire, dynamique et évolutif d’une théorie d’usage originale sur le sens qu’une dizaine d’infirmières du Saguenay – Lac-Saint-Jean (SLSJ) (incluant certaines réflexions de la chercheure principale) attribuent à leur pratique en 2009. D’une manière plus spécifique, nous présentons leur compréhension alimentée de leurs comportements, leurs croyances, leurs motivations, leurs valeurs et de leurs projets qu’il a été possible d’induire de leurs réflexions sur le sens donné à leur pratique. En dernière partie de ce chapitre, nous émettons à titre de professeure en sciences infirmières, quelques propositions sur l’utilisation de cette théorie d’usage co-construite.

Non seulement nous avons utilisé les méthodes du récit de pratique, du cercle de dialogue et du journal d’itinérance pour alimenter notre démarche inductive de collecte, d’analyse et d’interprétation des réflexions des infirmières, mais nous avons été sensibles au processus d’apprentissage vécu par celles-ci en intégrant ces méthodes. Le chapitre 9 relève certains effets personnels et professionnels et apprentissages issus de la pratique du dialogue réflexif vécu avec les partenaires de la recherche. Ce sont des effets secondaires sur la prise de conscience de leur perception qu’elles ont de leur personne, de leur pratique, de la profession et du milieu clinique. L’analyse et l’interprétation de ces effets et apprentissages nous confortaient dans la poursuite d’un objectif d’intégrer le récit de pratique et le cercle de dialogue comme méthodes d’apprentissage dans un programme de formation en milieux scolaires et cliniques. Ayant initié et vécu l’ensemble du processus,

du dialogue réflexif, nous complétons cette dernière partie, en ajoutant notre réflexion sur la pertinence de l'intégrer dans un programme de formation à des étudiantes et à des infirmières se trouvant en milieux cliniques.

En conclusion de la thèse, nous présentons un résumé de l'étude et des commentaires concernant des résultats obtenus lors de notre parcours de recherche qui a permis l'écriture d'une théorie d'usage du sens donné à la pratique avec des infirmière en 2009. Pour terminer nous avançons quelques recommandations.

PARTIE 1

La science-action et l'approche praxéologique

Dans cette thèse, nous avons fait le choix de communiquer notre parcours doctoral sous la forme d'un double itinéraire d'exploration réflexive, le mien et celui d'un groupe d'infirmières. Pour que ces itinéraires d'exploration réflexive soient poursuivis d'une manière rigoureuse et significative et nous présentent la réalité vécue par des infirmières, nous avons opté pour des balises scientifiques susceptibles de nous rapprocher le plus possible de la théorie d'usage qui gère une pratique infirmière actuelle complexe. Cette première partie de la thèse décrit ces balises.

Chapitre 1- Les fondements scientifiques du cadre épistémologique de la science-action et de la démarche praxéologique

Le premier chapitre est consacré à la présentation du cadre épistémologique constitué de la science-action, de l'approche praxéologique étroitement liée à ce cadre, de la démarche d'exploration réflexive « dans et sur » une pratique qui en découle. Il traite également de la nature subjective des données qualitatives recueillies, de l'environnement d'apprentissage vécu par les sujets de notre étude de cas et du caractère itératif et inductif de notre collecte, analyse et interprétation des réflexions d'infirmières du milieu de la santé de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean. L'originalité d'une recherche doctorale en théologie pratique utilisant ces balises est de recadrer, selon l'expression de Watzlawick, Weekland et Fisch (1975), la démarche scientifique classique en faisant porter notre attention sur une autre classe d'appartenance, celle de la science-action, tout aussi valide et pertinente que les modèles scientifiques connus et utilisés par les chercheurs.

1.1 Le cadre épistémologique de la science-action

Au terme de notre parcours de recherche doctorale, nous voulions avoir accès à la théorie d'usage qui émerge des réflexions d'infirmières sur le sens donné à leur pratique en milieu de santé. Peu utilisé en recherche, le cadre épistémologique de la science-action, permet de cerner cette théorie d'usage. D'une manière plus spécifique, le concept de science-action (Argyris, 1980, 1995; Argyris et Schön, 1999; St-Arnaud, 1992, 1995, 1999, 2003; Tessier, 1996) ouvre la voie à une épistémologie des savoirs professionnels d'infirmières en postulant que la théorie d'une infirmière, c'est-à-dire sa théorie d'usage, procède de sa pratique. Selon Argyris et Schön (1999), « La théorie d'usage gère le comportement réel du professionnel. Cette théorie d'usage est la manifestation d'une théorie de l'action, habituellement tacite, acquise très tôt par les individus dans leurs relations interpersonnelles et qu'ils continuent de maintenir en pratique ». (p. 350)

Dans la mesure où la théorie d'usage, guidant la pratique quotidienne des infirmières, est issue des significations subjectives qu'elles donnent à leurs actions, il est important qu'elles aient l'opportunité de réfléchir « dans et sur » leur pratique singulière.

1.2 L'approche praxéologique de réflexion « dans et sur » le sens donné à une pratique infirmière

La science-action, étant liée à l'émergence de la théorie d'usage issue d'une pratique, se confond souvent chez les auteurs consultés avec l'approche praxéologique qui précise davantage comment favoriser l'émergence de ce savoir pratiqué. En effet, une démarche praxéologique vise à dégager le savoir compris dans l'action, mais aussi à donner du sens à une pratique pour qu'elle soit plus consciente, voire plus performante ou efficace (Tessier, 1996). La praxéologie est une science de l'action qui entend analyser les conditions de possibilité et d'efficience de la praxis. La praxis étant une activité en vue d'un résultat (Nadeau, 1986).

Pour St-Arnaud (2003):

Des praticiens de plus en plus nombreux contribuent à l'élaboration d'une science originale de l'intervention, une science dont la méthodologie prend en considération le caractère unique de chaque situation (...). Cette science a pour nom la praxéologie, du mot grec *praxis* qui signifie « action ». Le praxéologue est ce praticien qui connaît bien les modèles d'interventions de sa discipline, mais les utilise avec prudence, les adaptant et les faisant évoluer en fonction des particularités de chaque situation qu'il rencontre. Lorsqu'il compose avec l'incertitude et se met à l'école du particulier, il crée souvent de nouvelles techniques, puis élabore de nouveaux modèles d'intervention en mettant à contribution les ressources de son client : il devient praticien chercheur. Pour peu qu'il accepte de conceptualiser et de diffuser ses découvertes, il participe à l'évolution de sa discipline. (p.6-7)

À un premier stade de la praxéologie, St-Arnaud (1999) souligne que la majorité des intervenants se montrent peu intéressés à diffuser leurs trouvailles. Ils réfléchissent « dans et sur » leur pratique singulière pour devenir plus efficaces et cela leur suffit. Toutefois, certains d'entre eux s'intéressent à la recherche d'un nouveau savoir. Par une réflexion systématique « dans et sur » l'action, ils parviennent alors au deuxième stade du processus praxéologique, qui consiste à conceptualiser et à diffuser leurs modèles d'intervention. Ceci a pour avantage de produire des changements de situations particulières, là où la consommation d'un savoir homologué n'est daucun recours.

Pour comprendre autrement le cadre de la praxéologie, empruntons l'idée de Pilon (2005). Deux grandes approches complémentaires s'offrent aux infirmières déjà en emploi dans le milieu de la santé pour réfléchir, développer ou renouveler leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles : soit la consommation d'une théorie professée (savoir disciplinaire, savoir homologué qui précède la pratique), soit la production d'une théorie d'usage (savoir qui procède de la pratique). La première est largement influencée par le modèle de la science appliquée utilisé dans les programmes de formation. Quant à la seconde approche, qui se vit plus particulièrement en milieu clinique, elle repose davantage sur une démarche d'autoformation propre aux caractéristiques d'une infirmière apprenant par une démarche réflexive « dans et sur » son agir professionnel. C'est dans cette deuxième approche que se situe la praxéologie (St-Arnaud, 2003).

En vivant, par le récit de pratique, les cercles de dialogue et le journal d'itinérance, une démarche d'exploration réflexive, les infirmières, sujets de notre étude, peuvent contribuer à co-construire le modèle provisoire de leur théorie d'usage.

1.3 La démarche d'exploration réflexive

Pour parvenir à cerner leur théorie d'usage s'inscrivant dans une approche praxéologique, des infirmières doivent s'insérer dans une démarche d'exploration réflexive, dans les actions qu'elles posent (réflexion « dans » sa pratique) et celles qu'elles ont effectuées (réflexion « sur » sa pratique) (Schön, 1994). La réflexion « sur » sa pratique, comme celle que nous privilégions dans notre étude de cas, se déroule plutôt dans l'après-coup. Une pratique qui peut être, selon Perrenoud (2001) :

(...) par essence fugitive, elle naît, se développe, s'éteint (...) Il n'en reste que des traces, les unes dans la mémoire des personnes, d'autres dans l'environnement. (...) Peu importe que tout se joue en une fraction de seconde ou en plusieurs semaines : une fois achevée (...) l'action appartient au passé, on ne peut que la reconstituer à la lumière des témoignages qu'apportent les personnes, les écrits et les traces matérielles. (p. 5)

Il s'agit d'une reconstitution accompagnée d'un décalage entre l'action et sa représentation *a posteriori* partielle, fragmentaire et non définitive. Une reconstitution néanmoins utile si l'on veut comprendre ce qui se fait, dégager un nouveau savoir, ou encore se préparer à faire mieux ou autrement la prochaine fois.

Habituellement, une approche réflexive se définit comme un processus relevant de la pensée rationnelle, analytique et critique. Selon Marchand (2000), une démarche d'exploration réflexive, peut aussi en contexte d'une construction collective de sens, comme il en est question dans notre étude, être complétée en portant l'attention sur d'autres aspects socio-émotifs constituant une expérience humaine. Pour Marchand (2000), l'exploration réflexive est « un processus selon lequel des interlocutrices engagées dans un dialogue ont recours aux différentes facettes de leur expérience dans le but d'enrichir la construction collective de sens ». (p. 33)

Nous inspirant des différentes facettes de l'expérience d'interlocutrices décrites par Marchand (2000), nous constatons que les infirmières de notre étude, engagées dans un dialogue, auront l'opportunité de :

- faire appel à leur pensée analytique et critique alimentée, à titre d'exemple, par leurs questionnements et présuppositions culturelles et religieuses comme schèmes d'interprétation de la réalité;
- partager leurs suppositions, leurs échelles d'inférence qui les conduisent à adopter un point de vue en particulier; leurs croyances, leurs jugements de valeur, leurs réactions ou opinions par rapport au contenu de leur pratique;
- relater leur expérience relationnelle en réfléchissant sur leurs attitudes d'authenticité, de respect à l'égard de soi et de l'autre, d'écoute attentive et empathique, de vulnérabilité; de respect des points de vue opposés;

- parler de leur expérience émotionnelle et sensorielle en étant consciente de la passion, la colère et autres qui les habitent, de leur vie intérieure vécue ici et maintenant dans le dialogue, de leurs émotions, etc.;
- communiquer leur intuition et sensibilité par rapport au contexte de leur pratique en élargissant leurs perspectives, en créant de nouvelles références ou catégories, en recadrant, ou encore, en découvrant des liens entre les diverses interventions, etc.;
- toucher leur expérience transpersonnelle par l'identification d'une émotion, d'une humeur ou énergie particulière vécue dans l'interaction avec les autres infirmières et par la reconnaissance d'une humanité partagée; etc.

Nous anticipons que ces différentes facettes seront touchées par le dialogue favorisant l'exploration réflexive sur le sens donné à leur pratique par des infirmières. Elles seront alors susceptibles de nous guider pour dégager les unités de sens et les thèmes qui émergeront des réflexions des infirmières.

1.4 La nature subjective des réflexions sur le sens donné à sa pratique infirmière

Les diverses facettes d'une démarche d'exploration réflexive des infirmières, sujets de notre étude, sont étroitement liées au postulat du primat de la subjectivité d'une personne des psychologues humanistes. Pour nous, la nature subjective des réflexions des infirmières se confond avec la quête de sens qui émerge d'une prise de conscience (Pauchant, 1996) de la singularité et de la complexité de leur pratique. De l'avis de Frankl (1967), la quête de sens est inhérente à l'existence humaine. Pattakos (2006) ajoute « Quand nous ne trouvons pas de sens à notre travail, notre vie au travail n'a pas de sens non plus. Et quand notre vie au travail n'a pas de sens, nous devenons inévitablement prisonniers de nos pensées... ». (p. 57). À la fois personnel et partagé, le sens n'est pas statique, mais en changement continu (Parse, 2003). Il se construit sur des stimuli perçus, il comporte certains degrés d'objectivité, mais sa principale composante demeure la subjectivité (Morin et Aranha, 2008).

Ce qui suppose deux choses d'après Lemieux (2008) :

Un sujet humain, individuel ou collectif, qui est conscient de sa singularité, ensuite, la capacité de configurer un ordre global dans lequel cette singularité prend place. Dès lors, cette singularité, consciente de ses limites et de ses potentialités, peut devenir l'assise d'échanges avec les autres et instaurer les bases d'une convivialité. C'est pourquoi j'appelle sens, avec Michel de Certeau, la signification globale qu'un sujet, individuel ou collectif, peut donner à ses pratiques, son discours ou sa situation. (p.10)

Une autre auteure, Morin (1996), nous aide à mieux comprendre en quoi consiste le sens au travail. Cette dernière considère le sens au travail comme une structure affective formée par trois composantes : la signification, l'orientation et la cohérence. La signification implique une façon d'appréhender, de représenter et de comprendre un travail, ainsi qu'une valeur ou une importance attribuée à cette pratique. Pour ce qui est de l'orientation, cela suppose qu'il s'agit d'une direction, un projet, un dessein, une intention qui dirige les actions. Quant à la cohérence, elle exprime l'intégration des données du champ de conscience, même contradictoires, obtenue grâce aux opérations d'équilibration entre la vie intérieure et la vie en société. C'est-à-dire, une recherche de cohérence pouvant se situer entre l'infirmière et sa pratique, entre ses valeurs et les gestes qu'elle pose quotidiennement. Morin (1996) ajoute que le degré d'harmonie ou d'équilibre atteint dans cette relation influence un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui aide à faire face aux épreuves pouvant se présenter dans le travail. La connaissance de ces trois composantes (signification, orientation et cohérence) est utile en praxéologie lorsqu'il est temps de s'interroger sur la façon de concevoir sa pratique, d'établir des situations problématiques, de définir ses valeurs et ses intentions sous-jacentes et d'évaluer le degré de cohérence que ce sens possède relativement à sa pratique.

Ce qui nous amène à poursuivre la réflexion sur la signification d'un non-sens au travail. Morin et Aranha (2008) s'appuyant sur plusieurs auteurs (Ruffin, Frankl, Yalom, Bugental, May, Fromm), le décrit comme « un état de vide dans l'existence, caractérisé par l'ennui, l'apathie et la vacuité, qui tend à se généraliser dans tous les domaines de l'existence ». (p. 6). Elles ajoutent à cela, l'absence de raison d'être, le sentiment de

dépendance et d'inauthenticité et le sentiment d'impuissance. Lemieux (2008) parle de crise de sens lorsque survient une ou des ruptures dans la marche normale de nos vies. La maladie, l'échec, l'incapacité à rester performant face à des exigences socioprofessionnelles et socio-affectives de plus en plus complexes, en sont quelques exemples.

Nous donnons du sens aux réalités comme les objets, les faits et les situations avec lesquelles nous sommes en contact, et ce, en fonction de nous-mêmes, de notre histoire, de nos connaissances, de nos intérêts, de nos intentions, de nos habiletés et de nos relations. Ce qui laisse entendre que le sens donné à une pratique infirmière est surtout le produit d'une expérience subjective et seule la personne qui est concernée peut trouver le sens sur sa pratique, personne ne peut le lui donner. Comme nous le soulignerons tout au long de notre étude, la théorie d'usage du sens donné à la pratique d'une infirmière est de nature subjective puisque le comportement humain et organisationnel ne peut se comprendre et s'expliquer qu'en relation avec les significations que les personnes donnent aux choses et à leurs actions (Hlady Rispal, 2002).

Dans le cadre de la science-action, nous visons à « saisir le sens subjectif et intersubjectif d'une activité humaine concrète, à partir des perceptions et actions des différents acteurs en présence » (De Bruyne , Hermann et De Schoutheete, 1974). Ce cadre permet d'introduire dans l'univers scientifique des conceptions subjectives et singulières qui en raison de leur unicité, de leur degré élevé d'incertitude et de leur instabilité, ne se trouveraient pas nécessairement dans des théories et des techniques de la science, dite traditionnelle, à la recherche de données objectives, mesurables et généralisables (Schön, 1994). C'est ce que soutiennent Barbier et Galatanu (2000) lorsqu'ils mentionnent que le sens est un état individuel, et ce, même si cet état change « C'est un travail de direction de soi-même dont les résultats sont appropriés par le sujet ». (p.70).

Enfin, pour ce qui est de la notion de « pratique infirmière », nous la traduisons dans notre étude par des activités de soins dispensées à une clientèle. Il s'agit de toute activité organisée et finalisée autour de laquelle est engagée une infirmière, qui en est la productrice

et la reproductrice, selon un répertoire partagé de ressources, à la fois concrètes (un espace et du matériel) et symboliques (un langage et un rituel), qu'elle mobilise pour agir (Desgagné, 2005).

1.5 L'environnement d'apprentissage de l'exploration réflexive

Une approche praxéologique favorisant l'exploration réflexive est, selon Lhotellier et St-Arnaud (1994), construite (visée, méthode, processus) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir à tous les niveaux d'interaction sociale, dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans ses conséquences. Il s'agit d'une démarche qui vise à donner du sens et à valoriser la pratique. Ses fondements sont dans la nature même de la praxis, dans la compétence de l'infirmière à construire son agir et dans les contraintes inhérentes aux situations traitées. Ce qui nous amène à présenter l'expérience d'une exploration réflexive comme un processus d'apprentissage de la complexité, de la singularité et des dimensions socio-émotives (les valeurs, les émotions, les sentiments, les attitudes, etc.) vécues par des infirmières en situation de pratique.

Notre étude visant une démarche d'exploration réflexive tend à s'inscrire au niveau III d'apprentissage de Bateson (1977, 1980), qui à titre d'anthropologue s'est intéressé à des règles d'apprentissage allant, d'après Marchand (2000), jusqu'à transformer et améliorer une pratique de façon significative. Une telle approche permet de cerner sa théorie personnelle d'intervention sur des situations singulières, de devenir plus conscientes de ses valeurs et de ses attitudes et de donner un sens à ses pratiques quotidiennes.

Gregory Bateson, cité par Marchand (2000) « voit l'apprentissage comme un processus d'acquisition et de transformation des habitudes de pensée ou modèles mentaux qui déterminent la façon dont une personne interprète la réalité et agit pour la transformer ». (p. 42). Bateson identifie cinq niveaux d'apprentissage (0, 1, 2, 3, 4) mais seulement quatre sont habituellement retenus par les auteurs le fréquentant. Le cinquième et dernier niveau (4) qui est de nature mystique, n'est pas facilement compris et demeure plutôt confus pour la plupart des utilisateurs. Pour mieux cerner le niveau III, dont il est question dans notre

propos, nous trouvons utile de présenter ici ces différents niveaux tel que présenté par Hawkins (1991), Marchand (2000) ainsi que Harlow et Cummings (2002). Ces auteurs nous proposent ces explications que nous avons adaptées à la réalité d'une pratique infirmière.

Le niveau 0 se réfère à un apprentissage non réflexif de réponses à des stimuli. À ce niveau, la débutante absorbe l'information de façon mécanique. Appliquées au milieu scolaire, les caractéristiques de ce niveau correspondent à une habitude, un apprentissage passif, superficiel, sans une démarche réflexive.

Au niveau I, l'apprentissage demeure encore non réflexif et plutôt technique. Le contenu relié à une discipline particulière, par exemple, la physiologie, la pathologie et la pharmacologie, est appris « par cœur ».

Le niveau II marque un tournant très important sur la façon que Bateson conçoit l'apprentissage : l'emphase est mise sur l'examen de la connaissance dans des contextes variés. L'apprentissage devient plus engagé et requiert un rôle réflexif plus actif chez l'apprenante qui a à faire des choix. À ce niveau, une infirmière apprend comment ponctuer son expérience selon le contexte, c'est-à-dire comment lui donner un sens. Elle apprend à adapter son expérience selon les situations singulières, complexes et multiples qui peuvent survenir dans sa pratique de soin. Elle peut maintenant conceptualiser son expérience, adhérer à un paradigme ou à une vue du monde et agir de façon créatrice à l'intérieur de ce paradigme. La théorie professée dans les programmes de formation universitaire des infirmières est un exemple du paradigme central qui guide la pratique infirmière.

Quant au niveau III d'apprentissage, l'accent est mis sur l'apprenante et est en lien avec le sens subjectif qu'elle attribue à la singularité et la complexité de sa pratique. Ce type d'apprentissage est accessible aux infirmières qui veulent développer un niveau plus élevé de prise de conscience de la complexité et de la singularité de leur pratique.

Dans un tel contexte d'apprentissage, les infirmières apprennent à être plus sensibles aux limites de la pensée dualiste et développent une compréhension du caractère relatif et éphémère de tout système d'interprétation de la réalité (Hawkins, 1991). Elles peuvent en utilisant le dialogue s'engager dans une démarche réflexive d'un questionnement socratique en profondeur sur le sens donné à leur pratique. Comme le mentionne Marchand (2000), le niveau III d'apprentissage marque un changement de conscience, car l'infirmière reconnaît qu'il y a d'autres paradigmes que ceux professés en sciences infirmières et qu'il est possible de passer de l'un à l'autre. Berman (cité dans Marchand, 2000) ajoute que l'apprentissage du troisième niveau est comme une expérience dans laquelle une personne, une infirmière, soudainement réalise la nature arbitraire de son propre paradigme apprise d'infirmière. Cette prise de conscience n'est pas une question de compromis, de choix ou de remplacement, le niveau III assume la capacité d'élaborer une vue du monde plus complète et complexe pouvant même contenir des paradigmes apparemment contradictoires à ceux professés en sciences infirmières.

Une praxéologie qui favorise une exploration réflexive aide non seulement à dégager des savoirs issus du sens subjectif donné à la pratique par des infirmières, mais aussi à transformer les infirmières qui sont au cœur de ce processus de recherche.

1.6 Le caractère inductif et itératif de la collecte, l'analyse et l'interprétation des réflexions des infirmières

Le cadre épistémologique de la science-action et de la praxéologie s'inscrit avant tout dans une logique inductive et itérative (Chevrier, 2003, Polit et Beck, 2007). En effet, notre cheminement de recherche est inductif, parce que le modèle provisoire qui traduit la théorie d'usage du sens donné à la pratique infirmière est construit sur la base d'une analyse et interprétation subjective que la chercheure et les co-chercheures font de ce savoir pratiqué. Une manière de comprendre le sens de cette logique inductive est de la comparer avec son opposé, la logique déductive. Chevrier (2003) résume ces deux processus de raisonnement déductif et inductif de la façon suivante. La première démarche, qui part de connaissances théoriques déjà établies pour les valider auprès de données empiriques, est déductive et

vérificatoire. La seconde, qui part de données empiriques pour construire des catégories conceptuelles et des relations, est inductive et générative. Dans la première empirico-déductive, la théorie est en quête de données concrètes, dans la seconde empirico-inductive, la réalité est en quête d'une théorie. Le choix de la démarche inductive est utile et cadre bien avec une étude qui vise à prioriser l'expérience complexe et singulière vécue par des infirmières pour en laisser émerger un savoir pratiqué.

La logique inductive accompagnant le cheminement de notre étude est également itérative puisque le sens donné à la pratique infirmière est induit des réflexions balisant le parcours dynamique et évolutif d'actrices en changement constant.

PARTIE 2

Mon itinéraire d'exploration réflexive de chercheure

Cette deuxième partie de la thèse présente les cinq premières étapes d'un itinéraire relatant une démarche praxéologique personnelle d'exploration réflexive sur le sens donné à ma pratique infirmière ainsi que sur celui donné par des infirmières et des auteurs. La première étape fait part de mon récit de pratique, la deuxième d'une écoute attentive du sens qu'en donnent d'autres infirmières lors de rencontres informelles, et la troisième, de deux entrevues semi-dirigées. Les quatrième et cinquième étapes font ressortir le sens que j'ai recueilli dans mon dialogue virtuel avec des auteurs, à partir de l'évolution historique de la pratique infirmière et des conditions des environnements, externe et interne, influençant cette pratique.

Chapitre 2 – Les assises d'un itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à ma pratique infirmière : les premières étapes du parcours de recherche

Le parcours d'une chercheure postulant pour l'obtention d'un doctorat en théologie pratique est cohérent avec un itinéraire praxéologique d'exploration réflexive considérée comme une quête de sens, qui s'est amorcée dès le premier cours. À cette première étape de mon itinéraire, je fus appelée à rédiger mon récit de formation afin de laisser émerger les réflexions m'ayant conduit à m'engager dans cette voie. Cet exercice a permis d'identifier dans mon histoire de vie des thèmes qui sont devenus des éléments de mon projet de recherche. Ce qui m'a conduit à réaliser mon récit de pratique et à vouloir, au cours d'une deuxième étape, explorer plus en profondeur cette question, du sens donné à sa pratique, lors de moments de dialogue informel avec d'autres infirmières. En poursuivant mon itinéraire, j'ai cru bon à l'intérieur d'une troisième étape, d'approfondir davantage cette question en recueillant des réflexions auprès de deux infirmières dans le cadre d'entrevues individuelles semi-dirigées.

Le deuxième chapitre convie à suivre ces trois premières étapes de mon parcours de recherche qui ont enrichi les premières années de mon itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à ma pratique et sur celui attribué par d'autres infirmières. Chacune des étapes se conclue par un tableau qui présente les thèmes et les réflexions à retenir qui vont participer à l'élaboration progressive d'un modèle du sens donné à une pratique infirmière. S'y trouvent de même, les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage qui alimenteront notre objectif de leur transfert d'une situation de recherche à une intégration dans les programmes de formation en sciences infirmières.

2.1 La première étape de mon itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à ma pratique infirmière : mon récit de pratique

Rarement s'est présenté au cours de ma carrière de plus d'une vingtaine d'années à titre d'infirmière en milieu communautaire dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, et celle plus actuelle, comme professeure en sciences infirmières à l'UQAC, un temps d'arrêt consacré à un exercice de réflexion en profondeur sur le sens donné à ma pratique professionnelle. Une situation qui peut s'expliquer tout simplement

par le fait de ne pas y avoir pensé, ou encore, parce qu'aucune activité dans mes parcours scolaire et professionnel n'a permis un tel exercice. En effet, dans la fébrilité d'une pratique infirmière, il est souvent difficile de prendre un temps et de se donner un espace pour soi où il est possible de lancer une réflexion personnelle sur sa pratique professionnelle. Il est rare de replonger profondément dans ses souvenirs heureux et malheureux et en revoir le sens, identifier ses croyances et ses valeurs, ou encore, revoir ses motivations au travail ou dans ses études. En somme, réfléchir intensément sur ma pratique singulière et complexe pour en dégager la signification profonde ne fait pas nécessairement partie de mes habitudes personnelles, pas plus que des enseignements que j'ai reçus et, encore moins, à l'intérieur des pratiques professionnelles dans lesquelles j'étais engagée.

C'est au début de ma formation au doctorat en théologie pratique, à l'hiver 2005, que j'ai eu l'opportunité par l'écriture et l'analyse de mon récit de pratique, d'amorcer un itinéraire d'exploration réflexive qui devait me permettre d'effectuer un retour sur mes pratiques professionnelles des dernières années.

2.1.1 Un contexte de travail optimal

Mon récit de pratique (Poirier, 2009) débute par des réflexions de ce que j'ai vécu lors des années 90. J'occupe un poste d'infirmière bachelière dans un CLSC faisant partie du système public de santé québécois. J'aime travailler dans cet établissement. J'ai toujours considéré le respect, la relation humaine, le plaisir et la qualité des soins comme des valeurs essentielles et incontournables dans ma pratique infirmière. Le contact avec des personnes présentant différents problèmes de santé, le sentiment de se sentir utile, la multitude de champs cliniques, la possibilité de poursuivre des études et le fait de pouvoir développer de nouvelles compétences et de nouveaux outils, sont les éléments de la pratique que j'apprécie le plus.

Nous sommes dans une période où plusieurs défis se présentent à nous. Même si ce n'est pas toujours facile, c'est avec beaucoup de volonté et de fierté que nous les relevons un à un. Durant cette période, plusieurs services de première ligne se développent et

d'autres voient le jour, dont Info-santé, le service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO) que l'on appelle la clinique des « sans- rendez-vous » et dans laquelle je travaille. Nous avons à adapter et à développer une pratique infirmière de première ligne, ce qui nécessite de faire de nouveaux apprentissages. Je retiens également que le fait de poursuivre en parallèle mes études universitaires et d'apprendre de nouveaux savoirs est d'une grande importance pour moi. Cela permet de développer mes connaissances, d'entretenir le processus réflexif plus en profondeur, de socialiser avec d'autres personnes qui travaillent dans d'autres milieux et de rapprocher, lorsque cela est possible, la théorie et la pratique.

Nous avons du plaisir à coopérer, du temps pour réfléchir et pour améliorer la pratique. Nous bénéficions d'une solidarité, d'une qualité dans les relations humaines, d'un travail d'équipe, d'une stabilité du personnel, d'un respect des différences (personnelle et disciplinaire) et d'une confiance, entre nous. Que ce soit durant une pause, lors de l'arrivée ou à travers et entre les consultations, nous prenons le temps de nous saluer, de communiquer et de nous entraider. Le pouvoir d'exercer de façon autonome ma pratique infirmière est grandement apprécié et je suis confortable dans cette situation. Je suis contente de constater que notre pratique infirmière qui s'effectue en première ligne est de plus en plus reconnue et recherchée.

La clientèle nous exprime sa satisfaction. Il s'agit d'une pratique infirmière qui se résume à faire auprès d'une clientèle ambulatoire diversifiée, une première évaluation de leur état de santé, analyser la situation, identifier le ou leurs besoins, dispenser les soins si nécessaire et assurer un suivi s'il y a lieu, ou bien, les orienter vers d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux. Mon objectif ultime consiste à donner un service humain et professionnel de qualité, dans le plus grand des respects, et ce, dans un environnement agréable. Durant cette période, on voit se développer, non sans quelques difficultés, l'interdisciplinarité entre les professionnelles de la santé. Bref, rien de mieux pour exercer de façon optimale une profession des plus humaine que j'aime, en étant

heureuse au travail, dans un environnement qui constitue un déterminant important sur ma santé, et bien sûr, sur ma pratique professionnelle.

Dans cet environnement, où je passe beaucoup de temps, j'ai la possibilité de me réaliser, de me sentir utile, de contribuer à répondre aux besoins de santé d'une population dans une organisation qui fait l'envie, d'avoir de bonnes conditions de travail, de participer à l'organisation des nouveaux services et au développement d'outils cliniques.

2.1.2 Un contexte de travail qui se transforme

Mais voilà qu'arrive, au milieu des années 1990, un tournant dans la gestion du système public de santé au Québec. L'augmentation des coûts entraînant de sérieuses difficultés budgétaires, le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies qui exige de plus en plus de soins, une pratique des différents professionnels toujours plus efficaces, amènent les administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux à faire des changements organisationnels majeurs, dont celui du virage ambulatoire.

À ce moment, il est question pour nous d'une fusion du CLSC dans lequel je travaille avec un autre CLSC situé à proximité. La réorganisation qui en découle est réalisée d'une façon précipitée et se traduit par des départs volontaires à la retraite de plusieurs infirmières qui étaient mes partenaires de travail depuis plusieurs années. Autant de départs, autant de deuil à vivre. Les changements de personnel dans l'organisation s'accélèrent. Pendant que des infirmières partent, d'autres arrivent en provenance de quelques hôpitaux de la région. La plupart de ces dernières arrivent avec plus d'ancienneté ce qui décourage profondément certaines des collègues qui attendent d'avoir un poste depuis plusieurs années, mais se retrouvent avec moins d'ancienneté. Lors de cette phase de transition, quelques-unes vivent un drame, mais d'autres voient une occasion de passer à autre chose, de relever un défi et même d'améliorer certaines conditions de travail. La culture d'un ancien CLSC et celle d'un plus jeune se retrouvant dans une nouvelle bâtie se s'entrechoquent. La culture d'une pratique infirmière développée en milieu hospitalier et celle d'une pratique en milieu

communautaire, également. Nous observons peu à peu que notre mission préventive cède de plus en plus la place à celle du curatif.

Depuis le début de ma carrière, c'est la première fois que je ressens une tension aussi forte générée par un mouvement de résistance au changement chez plusieurs personnes. La méfiance s'installe. Plusieurs expriment verbalement leur frustration vis-à-vis cette situation, mais celles qui apprécient ce renouveau se taisent. Le climat de travail est à son plus bas. Nous essayons toutes tant bien que mal de nous ajuster à cette nouvelle réalité.

2.1.3 Ma pratique infirmière devenue plus en plus difficile à exercer

Durant cette période, j'ai l'impression que le fait de soigner des personnes dans une atmosphère devenue négative rend ma pratique infirmière plus difficile à exercer. Sans doute que le cumul des changements et le stress les accompagnant y contribuent également. À part quelques réunions à caractère administratif, nous n'avons pas d'espace et de moments pour des échanges sur ce que nous vivons, ni pour du soutien de la part des collègues et des supérieurs immédiats qui vivent, eux aussi, la même situation que nous. Comment vivent-ils cette situation? Comment le savoir? Je ne me souviens pas avoir initié ni entendu des « Comment ça va? » accompagnés d'un temps et d'un espace pour en parler plus en profondeur. Pour la première fois dans ma carrière, je ne me sens vraiment pas bien au travail et par protection, je commence à me refermer sur moi-même. Je sais qu'il y a d'autres façons de réagir, mais je ne suis pas capable de faire autrement. Alors, tout ce qui compte désormais ce sont les soins que je donne à mes clients, le reste n'a pas d'importance.

Au risque de perdre le peu d'énergie qu'il me reste à vouloir comprendre ce qui se passe, ou à écouter certaines paroles négatives et décourageantes, ou encore, à m'exposer ou à exposer les autres aux jugements, j'évite de communiquer avec les collègues. Je choisis consciemment de demeurer dans mon bureau de consultation, de bien faire mon travail et de saluer les collègues, sans plus.

2.1.4 De l'isolement, une panne d'énergie et de la souffrance

Prise au piège dans cet isolement et ce silence dans lequel je crois qu'il est bon de m'installer, pour faire face à la tension négative qui prévaut dans l'organisation, pour la première fois en carrière, c'est la panne d'énergie. Cette impuissance génère en moi de la culpabilité, une incapacité à agir ou du moins à m'adapter. Ce qui est certain, dans cette sorte d'impasse, c'est que je ressens une certaine souffrance. Pour m'aider à mieux comprendre cette souffrance que je vivais, j'ai poussé plus loin ma réflexion sur ce que j'avais écrit dans une première version de mon récit de pratique. Chapman et Gavrin (1993) enseignent qu'il s'agit d'un état affectif, cognitif et négatif complexe caractérisé par la sensation d'être menacé dans son intégrité, le sentiment d'impuissance ressenti face à cette menace et par l'épuisement des ressources personnelles et psychosociales qui permettent de l'affronter. Quant à Cassel, (cité dans Musi, 2005), il précise que la souffrance est éprouvée par l'être humain qui perçoit une atteinte également sur les plans relationnel ou existentiel. J'ai saisi qu'il était devenu de plus en plus difficile d'exercer dans un tel contexte qui bousculait, dérangeait et qui surtout perdurait. Le courant négatif dans lequel circulaient les discours et certaines façons de faire qui m'apparaissaient irrespectueuses finissaient par m'affecter. Il devenait tout simplement de plus en plus difficile de rencontrer mes valeurs de respect, de plaisir et d'un environnement de travail agréable. Il devenait tout simplement difficile d'être, ou encore, de demeurer moi-même. Puisque comme le souligne le psychothérapeute et formateur en relations humaines Thomas D'Ansembourg (2008) :

...quand la difficulté se présente,...quand rien de ne va plus,...ce dont nous manquons ce n'est pas de ressources, mais d'accès à ces ressources. Je parle de ressources intérieures comme l'imagination, l'intuition, la créativité, l'intelligence du cœur, la puissance d'action et de transformation, la confiance, la paix et l'amour bienveillant. (p. 17)

Une recension d'études réalisée par Lavoie-Tremblay, Viens et Mayrand-Leclerc (2002) révélera, lors de la cinquième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive, que cette réorganisation en profondeur des services de santé, durant cette période de ma pratique en CLSC, accompagnée d'une rationalisation serrée de l'utilisation des ressources

et du volume des dépenses, a provoqué des bouleversements importants dans les modes de pratique de soins et dans l'environnement de travail du personnel soignant dont je faisais partie. Ces auteures confirment que nous faisions face à de graves problèmes dans notre environnement de travail tels : le bris des équipes de travail, l'instauration d'un climat de méfiance, des conditions d'emploi difficiles, la démobilisation, la déresponsabilisation et l'impuissance. Toujours selon cette recension, des études réalisées auprès de divers groupes d'infirmières font mention d'épuisement, de détresse psychologique et de souffrance.

2.1.5 Le sens donné à ma pratique infirmière

De cette pratique qui a balisé mon parcours d'infirmière dans un CLSC remontant déjà à plus d'une dizaine d'années se dégage ce sens. Je comprends qu'au début de cette expérience, j'ai eu l'opportunité de développer une pratique infirmière autonome de première ligne caractérisée par de nombreux contacts avec des personnes présentant différents problèmes de santé, des fonctions d'évaluation de l'état de santé, de soins infirmiers et médicaux, d'enseignement, de suivi et d'orientation vers d'autres professionnels. Une pratique, qui s'est effectuée en contexte d'interdisciplinarité avec des médecins, des travailleurs sociaux, etc., apte à répondre aux besoins d'une population. Je retiens avoir connu un contexte de travail considéré comme optimal durant les années qui ont précédé le virage ambulatoire caractérisé par un bon climat de travail, de la confiance, où règnent la collaboration et une qualité dans les relations humaines entre collègues.

L'expérience d'un changement organisationnel majeur, marquée dans ma pratique par une fusion entre deux établissements, a été plutôt pénible à vivre et a amené certaines difficultés à exercer cette pratique. Aidée de Dejours (2000), un des sens le plus significatifs que je peux donner à cette expérience est le suivant : les effets constatés de ces changements organisationnels majeurs vécus en groupe concernaient principalement, pour l'ensemble du personnel, l'éclatement de repères de sécurité tels que le collectif de travail et la solidarité entre collègues, mais aussi à mon avis, un manque de temps et d'espace particulier pour un dialogue réflexif entre collègues sur le « comment ça va » ou le

« comment ça se passe », un climat de travail devenu négatif, sans doute avec raison, mais non contrebalancé par un langage plus positif et constructif par la suite, la non-connaissance des valeurs d'une autre collectivité qui se fusionne, la perte de collègues, un manque de préparation aux impacts d'une fusion, une réaction personnelle imprévisible de protection caractérisée par une fuite face à la réaction négative de certaines collègues, ainsi qu'un contexte de travail favorisant une pratique infirmière de plus en plus individuelle propice à l'isolement.

Je crois avoir été insuffisamment préparée pour vivre tous ces changements organisationnels en groupe. Ils ont été effectués rapidement pour le personnel soignant qui poursuivait une intention vertueuse, de redonner un meilleur accès aux services à la population québécoise, mais qui ont été réalisés en minimisant les effets pervers d'une perte de sens au travail chez le personnel soignant. Il s'agissait de changements imposés et plus ou moins expliqués par le Ministère de la Santé et des Services sociaux québécois.

Je constate aujourd’hui qu’une vraie communication entre les différentes actrices, tel un dialogue accompagné de réflexions plus en profondeur favorisant une meilleure prise de conscience sur ce qui était en train de se vivre, aurait permis de mieux comprendre le sens et le non-sens d'une telle expérience. Je réalise aussi qu'il aurait été bon, à titre préventif, de recevoir de la formation sur les possibles conséquences positives et négatives d'une fusion avant que l'on ait à la vivre. Aujourd’hui, cette expérience qui s'est vécue et terminée plus ou moins dans le silence, caractérisée par un repli sur soi et de la souffrance, aurait pu trouver une issue plus positive si l'on se fie aux propos des auteurs Daneault, Lussier et Mongeau (2007). L'expression de cette souffrance à l'intérieur d'un dialogue qui écoute, qui respecte et qui ne juge pas, aurait pu amener à ce moment-là à mieux redéfinir mon rapport au monde, mes valeurs, mes croyances et mes priorités. De cette façon, l'état de cette souffrance n'aurait pas été un processus stérile.

À ce moment, les éléments qui me motivaient à continuer dans la pratique infirmière étaient le contact que j'établissais avec des personnes, le fait de me sentir utile et celui de

pouvoir relever des défis. D'un point de vue professionnel, j'appréciais la possibilité de développer de nouvelles compétences et de pouvoir travailler avec une clientèle diversifiée. À cela venait s'ajouter, la satisfaction de la clientèle, la possibilité de développer de nouveaux outils, l'espoir de retrouver un environnement de travail agréable, le fait de répondre à des besoins de santé d'une population, d'avoir de bonnes conditions de travail et de participer à l'organisation de nouveaux services. Pour ce qui est des projets, l'écriture du récit de pratique a permis de faire émerger celui de donner un service humain et de qualité, celui de rapprocher la théorie de la pratique et cet autre, de poursuivre des études.

Sur le plan personnel, je retiens aujourd'hui de cette expérience, la grande importance que j'accorde au respect entre les personnes et entre l'institution et les personnes, et à la qualité du « climat » dans un environnement de travail. Un climat qui se situait à ce moment, selon ma perception, dans un système organisationnel en manque de relations humaines significatives et constructives. À ce sujet, Hedge (1982) m'aide à mieux comprendre ce phénomène lorsqu'il mentionne qu'une personne qui accomplit une tâche complexe, exigeante et satisfaisante (ce qui était le cas dans ce service de première ligne) a tendance à exprimer plus d'insatisfaction lorsque les conditions environnementales ne répondent pas à ses attentes. De plus, dans un tel contexte de changements majeurs qui bouleversent et qui génèrent de l'insécurité, il peut être facile de passer dans le rang de la victimisation, d'autres fois dans celui de la paranoïa, dans celui de la résistance, ou encore, dans le rang de la fuite (Dejours, 2000).

Je retiens de l'écriture de mon récit de pratique, l'importance accordée à la réflexion, non seulement dans la pratique comme nous le faisons tous les jours, mais aussi sur la pratique *a posteriori*. Il est possible, grâce à cette démarche de rédaction et d'analyse du sens d'une tranche importante de notre histoire de vie, de favoriser une démarche réflexive qui exige une ouverture à une telle expérience et de bien prendre le temps de revisiter le passé lointain ou à proximité, d'y retrouver de bons moments, mais aussi certaines blessures laissées en suspens, et de leur donner du sens. Il s'agit d'un exercice réflexif personnel, et avec quelques auteurs, qui m'a fait du bien en me permettant de développer

une pensée réflexive approfondie, en élevant mon niveau de conscience sur une période importante de ma pratique et en rendant possible de dégager des apprentissages. Ce moment de dialogue avec moi-même, alimenté par la fréquentation d'auteurs, m'a permis de dégager certaines leçons éthiques sur l'importance de vivre de tout son être, de se responsabiliser, de composer avec les autres, de mieux cerner son environnement de travail, et ce, dans le but de rendre sa pratique professionnelle, plus consciente, plus heureuse et plus efficace.

Pour terminer cette première étape de mon itinéraire d'exploration réflexive, nous présentons dans le tableau I, les unités de sens qui ont émergé d'une analyse de mon récit de pratique. D'une part, ce contenu de mes unités de sens et de réflexions, vient participer à l'élaboration progressive d'un modèle de sens donné à une pratique infirmière. D'autre part, les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage que j'ai intégrés viennent alimenter notre objectif d'un transfert d'une situation de recherche à leur éventuelle intégration dans les programmes de formation en sciences infirmières.

2.2 La deuxième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive : des rencontres informelles avec des infirmières

Cette expérience positive du récit de pratique m'a amenée à vouloir approfondir, lors d'une deuxième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive, le sens donné à leur pratique en recueillant des réflexions d'autres infirmières. Cependant, ces rencontres étaient empreintes d'un décalage de près de 15 ans dans le temps entre ma propre expérience clinique dans un CLSC et l'expérience de ces infirmières. En effet, au cours des dernières années, ayant fait le passage de la pratique infirmière à l'enseignement universitaire, j'ai eu l'occasion, dans mon rôle de professeure, d'observer avec un peu plus de recul, l'impuissance, l'insatisfaction et la souffrance chez des soignantes. Même si j'ai quitté « le

Tableau I – Les résultats du récit de pratique obtenus à la première étape de mon itinéraire d'exploration réflexive

Les unités de sens et les réflexions à retenir de mon itinéraire d'exploration réflexive		<i>Les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage</i>	
Les unités de sens issues de mon récit de pratique	Les réflexions à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive	<i>Les ingrédients du processus d'apprentissage</i>	<i>Les effets du processus d'apprentissage</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Contexte de travail optimal • Fonctions autonomes • Interdisciplinarité • Contexte de travail qui se transforme • Difficultés dans la pratique • Silence, isolement, panne d'énergie et souffrance • Perte de sens 	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions environnementales optimales et tâches complexes vont de pairs. • La souffrance n'est pas uniquement reliée à l'organisation, mais aussi à une construction personnelle et que sa personnalité joue un rôle dans cette construction. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Récit de pratique</i> • <i>Exploration réflexive</i> • <i>Dialogue avec soi</i> • <i>Dialogue avec des auteurs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensée réflexive sur sa pratique a posteriori qui fait du bien et donne du sens.</i> • <i>Élève la conscience pour mieux comprendre ce qui se passe ou ce qui s'est passé, atteinte du niveau III d'apprentissage de Bateson.</i> • <i>Leçons éthiques</i>

terrain » de la pratique, il m'arrive de côtoyer des étudiantes infirmières en classe et en stage en milieux cliniques et aussi des infirmières et ex-collègues. Une écoute attentive, associée à un peu de temps et un espace empruntés ici et là, m'a amenée au hasard de rencontres en milieux scolaire universitaire et clinique, à recevoir des confidences de quelques-unes de ces infirmières.

2.2.1 De la déception et de l'insatisfaction au travail

Comme la plupart des personnes de notre époque, les infirmières rencontrées lors de cette étape, disent s'investir dans plusieurs activités à la fois. Elles développent des

stratégies d'adaptation, mais deviennent parfois insatisfaites de leurs résultats. Concilier la vie privée, la famille, le travail et les études relève de l'exploit.

Afin de répondre aux besoins de plus en plus grands de l'organisation, celles qui sont plus jeunes peuvent travailler dans plusieurs endroits dans un milieu de santé. Ce qui n'est pas nouveau comme situation. Ce qui semble nouveau, c'est qu'elles assument plus souvent le temps supplémentaire obligatoire, en raison d'un manque de personnel, en plus de remplacer des infirmières parfois épuisées sous le poids de plus grandes responsabilités. Pour ces débutantes, la barre est parfois très haute. Ces nouvelles infirmières se plaignent de ne pas être écoutées par les administrateurs et les administrateurs se plaignent de ne pas être écoutés par elles. Dans un contexte où il existe une instabilité des équipes de travail et un manque de personne, il est plus facile d'observer un manque de communication entre les collègues (Shields et Wilkins, 2006).

Qu'elles soient infirmières d'expérience ou débutantes, plusieurs d'entre elles se disent déçues, insatisfaites d'une pratique s'exerçant dans un contexte de travail difficile, en continue transformation ayant comme conséquences de bousculer leurs valeurs, leurs besoins ainsi que leurs manières de faire. Ces conditions difficiles de pratique les amènent à une perte de sens allant jusqu'à éteindre leur passion. Une perte de sens qui se manifeste par le fait de ne plus aimer leur travail, de ne plus y croire et d'en être insatisfaites (Kristensen, 1996). Cette notion de perte de sens peut également se traduire, en empruntant les mots de Morin (citée dans Pauchant et Mitroff, 1995), « soit par un manque de définition de visions, de directions pour l'avenir, normalement fondées sur les images ou les mythes multiples et personnels des membres d'une organisation, soit par l'absence d'assise de ces visions sur les valeurs profondes qui donnent normalement un sens aux personnes, une raison de vivre ou de travailler ».

2.2.2 Un envahissement par des actes de soins à faire

Dans la poursuite de notre quête, en vue de mieux saisir le sens donné à la pratique par des infirmières, nous retenons ce témoignage d'une infirmière, publié dans un journal

québécois et qui rejoint les réflexions des infirmières rencontrées. Ce témoignage fait état d'un déséquilibre entre « le faire » et « l'être » et d'un écart entre le modèle professée et la théorie d'usage.

Avoir la philosophie du *caring* et ne pas pouvoir l'appliquer crée une grande souffrance. Pour moi, le savoir être est primordial. Le savoir être, c'est l'écoute, l'empathie, la délicatesse du geste et du comportement. Il est rare d'avoir le temps de s'arrêter d'écouter le patient avec attention. On finit trop souvent par le considérer comme un ensemble d'actes qu'on doit effectuer, car il y en a plusieurs à effectuer, pour plusieurs personnes, et que toutes y ont droit avec un minimum de qualité (L'heureux, 2005).

Ces propos laissent voir une sorte d'envahissement par des actes de soins à faire sur la façon d'être. Cette infirmière exécute des actes. Le patient et elle-même perdent leur identité puisqu'ils se transforment en acte de soins que l'on comptabilise. Cette déshumanisation des soins rejoint cette pensée D'Asembourg (2008) qui mentionne qu'en « planifiant ainsi toujours plus de choses à faire dans nos vies, tôt ou tard, il y a forcément moins de vie dans les choses que l'on fait... et nous venons à manquer de l'essentiel : de vie, de sensation de vie, de sens à nos vies » (p.9) que nous traduisons ici par un manque de sens humain dans le travail.

Par ses réflexions, cette infirmière exprime son insatisfaction à pouvoir donner des soins « humains ». Elle se trouve, à l'instar des infirmières avec qui j'ai vécu un moment de dialogue, dans un dilemme entre le respect des valeurs humanistes personnelles et professionnelles et celles utilitaristes du réseau de la santé. Ces infirmières font état d'une grande souffrance liée à la distance qui sépare, d'un côté la forte pression du modèle productiviste qui influence l'organisation du réseau de la santé, et de l'autre, les idéaux éthiques d'une pratique du soin humain qui semble très difficile, voire impossible à atteindre. Bien que les compétences techniques soient indispensables, ce témoignage soulève la question, de plus en plus importante, de la place accordée aujourd'hui à une pratique humanisante. Celle empreinte d'attitudes de *caring* telles : le respect de soi et des autres, la sensibilité ou le souci de l'autre, la gentillesse, l'amour de soi et d'autrui,

l'authenticité, la présence, le calme, la patience, l'honnêteté, la confiance, ainsi que la compétence humaine (Watson, 1998).

2.3 La troisième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive : des entrevues individuelles semi-dirigées

Dans notre pratique enseignante, il arrive de prendre un temps pour instaurer un moment de dialogue en classe avant le début d'un cours avec quelques étudiantes. Lorsque nous réfléchissons sur les obstacles rencontrés et des moyens à prendre pour les surmonter, l'expression de leurs visages change, quelques-unes s'expriment, d'autres gardent le silence. Le courant passe, nous sentons qu'elles ont beaucoup à dire. Malheureusement, le temps passe, le cours doit commencer et nous devons cesser ce dialogue laissé en suspens empreint d'humanité. Une situation qui se vit également en milieux cliniques lorsque nous rencontrons des infirmières. La plupart du temps, nous devons terminer un dialogue, sans avoir eu le temps nécessaire pour échanger en profondeur afin de donner un sens, positif ou négatif, à ce qu'elles vivent. Pour combler ces lacunes d'un manque de temps et d'un lieu propice à vivre un moment plus intense de dialogue, nous avons introduit une troisième étape à notre itinéraire d'exploration réflexive en réalisant des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de deux infirmières invitées à réfléchir davantage sur leur pratique.

2.3.1 Des changements qui provoquent des malaises

De ces entretiens, nous retenons d'abord les propos d'une infirmière qui compte une trentaine d'années d'expérience. En peu de mots, celle-ci témoigne de son vécu et exprime plusieurs malaises touchant des aspects d'ordre organisationnel, communicationnel, relationnel, professionnel et affectif.

On a vécu beaucoup de changement dans notre organisation. Mais jamais on ne nous a demandé notre avis. ...Aujourd'hui, on enlève des infirmières pour mettre des préposées. Ce n'est pas qu'on est contre les préposées. Ce n'est pas pareil. On a compartimenté les tâches. L'infirmière fait ça, la bachelière fait ça. La préposée fait ça. L'auxiliaire fait ça. La préposée lave les patients. L'infirmière a d'autres tâches. Elle a tellement de tâches qu'elle n'a plus le temps d'aller voir ses patients. Ce n'est pas de même que ça marche. Ce sont

tous des humains qui soignent des humains. Ce n'est pas des machines qui soignent d'autres machines. Si on commence à compartimenter les classes de travailleurs, les gens vont dire « Ta job, moi je m'en mêle pas ». Il n'y a plus cette unité que l'on avait avant. Il y a 10 ou 15 ans, on était tissé serré. Nous avions une complicité, une fraternité. Maintenant, c'est je fais ma job et si on n'est pas contente, on s'en va (Infirmière 1, 2005).

Cette infirmière d'expérience nous dit que personne n'est venu la consulter avant de faire des changements touchant l'organisation des soins, et par le fait même, l'organisation de sa pratique. Elle dénonce un manque de dialogue avec des décideurs, un manque de reconnaissance du temps qu'elle doit consacrer aux patients et de sa capacité à contribuer, d'une manière significative, à une réorganisation du travail devenue nécessaire dans le réseau de la santé. Cette insatisfaction touche également le mode de distribution de tâches devenues de plus en plus compartimentées. À première vue, cette façon de faire porte atteinte au principe d'une approche holistique longtemps préconisée dans la pratique singulière de la profession d'infirmière. Elle laisse la place à des principes quantitatifs sous prétexte que par un contrôle des actes de soins, il devient possible d'assurer une continuité des soins dans l'ensemble du réseau de la santé.

Pour ce qui est du manque de temps pour entrer en contact avec le patient, exprimé par cette infirmière, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un malaise très souvent exprimé dans notre profession qui mériterait d'être étudié plus en profondeur.

Ces malaises exprimés par cette infirmière renforcent l'existence d'un fossé qui sépare d'un côté, la forte pression de rentabilité du modèle productiviste et utilitariste (l'hôpital-entreprise) qui influence l'organisation du service de santé, et de l'autre, les idéaux éthiques d'une pratique du soin transmis par les modèles humanistes professés qui semblent très difficiles à atteindre (Bouvet et Sauvaige, 2005).

2.3.2 Une situation de manque de dialogue qui soutient et qui accueille entre pairs

Une autre réflexion, exprimée cette fois-ci par une deuxième infirmière, en emploi dans le milieu de la santé depuis trois ans, laisse voir les effets d'une situation d'un manque de

contact et d'échange de paroles signifiantes avec des patients. Elle expose également une situation d'un manque de soutien entre pairs au travail.

Je travaille à temps partiel occasionnel sur appel, à la dernière minute on ne sait jamais où on s'en va...des fois on est en chemin pour l'hôpital et ils peuvent nous changer de départements... on ne connaît pas nos patients... ça devient lourd à la longue quand tu fais 5 départements dans une semaine. Ce n'est pas très évident. Des fois on fait les 3 quarts de travail dans la même semaine. Des fois de jour, le lendemain de soir et le surlendemain la nuit. Ça finit qu'on est ben mêlée... dans les équipes ça devient lourd, une journée sur un département le lendemain sur un autre... ils ne font pas attention à ce qu'on soit sur le même département deux jours de file... ce qui fait que les équipes nous accueillent en disant... encore une nouvelle aujourd'hui. On se dit Oh! Le beau chiffre en perspective... On n'est pas ben motivé dans ce temps-là et y faut que tu fasses tes preuves encore plus. (Infirmière 2, 2005).

Cette infirmière exprime qu'elle se sent loin d'un dialogue avec des consœurs en évoluant dans un tel environnement de travail. Nous pensons ici à un type de dialogue qui représente une compétence éthique, ce que Ricœur (1990) nomme le souci de soi, le souci de chacun et le souci d'autrui. Il s'agit d'un environnement de travail loin d'un dialogue entre pairs qui reconnaît les limites de l'expertise professionnelle que possède chaque personne (pouvant être plus marquée chez une jeune infirmière), ainsi que le manque de capacité à trouver des moyens à prendre pour surmonter les obstacles (Patenaude, 2002).

Même si cette réflexion personnelle ne peut être généralisée à l'ensemble des pratiques infirmières, ni aux organisations du travail de tous les centres de santé, il n'en demeure pas moins une pénible réalité qui mérite sérieusement d'être questionnée. Cette réflexion ramène le questionnement sur certaines valeurs éthiques de la pratique infirmière, soit le respect, l'écoute et le non-jugement des autres. Elle soulève l'importance de la satisfaction au travail, de l'accueil et de la chaleur humaine pouvant survenir dans les relations avec les collègues. Peut-on considérer un tel environnement de travail comme étant favorable au dialogue, à l'épanouissement personnel sur les plans physique, psychologique, social et spirituel? Conciliant la plupart du temps la famille, le travail et souvent, les études, cette infirmière novice se retrouve dans un contexte de travail difficile, aux conditions de travail

qui ont des conséquences négatives sur son bien-être, sa qualité de vie au travail et sur le travail qu'elle a à accomplir.

Lors de ce même entretien exploratoire, cette infirmière témoigne des effets sur la santé mentale d'une situation d'un manque de soutien et d'échange de paroles signifiantes dans un environnement de travail en perte de sens humain.

Il y a beaucoup de congés de maladie, des dépressions, des *burnout*, il y a plus de monde qui appelle pour dire qu'elles sont malades, ça monte en flèche...il y a une fille qui est partie 3 x depuis les coupures... l'équipe ne fait rien pour l'aider...il la traite vraiment comme si elle n'était bonne à rien... il y a de la jalousie maintenant avec les bachelières... il y en a beaucoup qui ont lâché leur poste de bachelière. Ça brasse beaucoup de choses (Infirmière 2, 2005).

Cette infirmière présente par ses réflexions une réalité de travail potentiellement dangereuse pour l'équilibre d'une personne. Une réalité qui est loin d'un contexte optimal de travail. Sa réflexion sur les congés de maladie rejoint les propos d'une étude canadienne (Shields et Wilkins, 2006) que nous avons consultée. Cette étude fait mention qu'en 2005, 61 % des infirmières canadiennes et 48 % des infirmières québécoises se sont absentes du travail pour des raisons de santé. Les infirmières canadiennes qui se sont absentes ont manqué en moyenne 23.9 jours de travail. En 2008, une étude semblable de Statistique Canada mentionne qu'une employée à temps plein du milieu de la santé s'est absenteé du travail pendant 14.9 jours comparativement à 7.9 chez les employés à temps plein dans la population en général.

Ces réflexions font ressortir qu'une infirmière débutante est loin d'une situation idéale, d'un dialogue qui soutient et qui accueille la différence entre pairs, en milieu de travail. Nous remarquons dans cette situation un problème de manque de soutien et d'entraide dans l'équipe. Nous observons une jalousie qui se manifeste par un sentiment hostile éprouvé en voyant une autre infirmière ayant une formation universitaire qu'elle ne possède pas. Ce qui nous amène à questionner le fait de retrouver différents types de soignants (préposé,

auxiliaire, technicienne, bachelière) dans un milieu et cette situation d'un manque de dialogue.

2.4 Le sens donné à leur pratique par des infirmières lors de rencontres informelles et d'entrevues individuelles semi-dirigées

L'analyse et l'interprétation de nos réflexions issues de mon récit de pratique, balisant la première étape de mon parcours doctoral, ont conduit à dégager des unités de sens donné à ma pratique singulière. Nous répétons le même exercice, en faisant émerger les significations que nous attribuons aux moments de dialogue avec des infirmières, ceux issus de rencontres non formelles lors de notre deuxième étape, et ceux, qui ont émergé de dialogues plus approfondis, lors des deux entrevues individuelles de la troisième étape.

2.4.1 Les unités de sens issues de la réflexion sur leur pratique par des infirmières

Le tableau II présente les unités de sens qui ont émergé des réflexions des infirmières rencontrées lors de la deuxième et de la troisième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive. Nous rappelons que le contenu de ces réflexions participe à l'élaboration progressive d'un modèle du sens donné à une pratique infirmière actuelle que nous cherchons, de plus en plus, à mieux comprendre. Nous retenons de plus, les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage qui alimenteront notre objectif de leur transfert d'une situation de recherche à leur intégration dans les programmes de formation en sciences infirmières.

Tableau II - Les résultats de rencontres d'infirmières obtenus à la deuxième et la troisième étape de mon itinéraire d'exploration réflexive

Les unités de sens et les réflexions à retenir dans mon itinéraire d'exploration réflexive		<i>Les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage</i>	
Les unités de sens issues de rencontres avec des infirmières	Les réflexions à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive	<i>Les ingrédients du processus d'apprentissage</i>	<i>Les effets du processus d'apprentissage</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Déception, insatisfaction et manque de reconnaissance au travail • Souffrance exprimée • Changements qui provoquent des malaises • Situation d'un manque de dialogue entre collègues • Envahissement par des actes de soins à faire • Idéaux éthiques d'une pratique difficile à atteindre • Écart entre la théorie et la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'un dialogue constructif qui invite à la réflexion entre collègues qui éclaire, soutient et fait du bien. • Dans un contexte où il existe une instabilité des équipes de travail et un manque de personnel, il est plus facile d'observer un manque de communication entre les collègues. • En planifiant ainsi toujours plus de choses à faire dans nos vies, tôt ou tard il y a forcément moins de vie dans les choses que l'on fait... et nous venons à manquer de l'essentiel : de vie, de sensation de vie, de sens à nos vies. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Exploration réflexive</i> • <i>Dialogue avec des infirmières lors de rencontres informelles et lors d'entrevues semi-dirigées</i> • <i>Témoignages</i> • <i>Dialogue avec des auteurs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Réflexion plus en profondeur</i> • <i>Soulagement de la souffrance</i> • <i>Motivation à enrichir la démarche d'exploration réflexive sur le sens donné à la pratique avec des auteurs.</i>

Même s'il y a un écart de presque 15 années entre les deux moments de pratique, ce tableau, présentant les réflexions d'autres d'infirmières, rejoint le sens que nous avons donné à nos réflexions émergeant de notre récit de pratique. D'une manière spécifique, une première et deuxième unité de sens indiquent une décennie et demie plus tard, la même déception ou insatisfaction au travail qui provoque une profonde souffrance chez ces soignantes. Cette déception et cette souffrance au travail, surtout de nature relationnelle, peuvent être considérées comme un problème complexe et multifactoriel bien présent dans les organisations actuelles du réseau de la santé.

Une troisième unité de sens, issue de la réflexion sur le sens donné à leur pratique par les infirmières, est liée à leur confrontation à de nombreux changements qui exercent de fortes pressions sur cette pratique. Ce qui rappelle notre expérience difficile de pratique vécue il y a plusieurs années. Les infirmières font face à des changements qui touchent leur vie professionnelle. Cela s'illustre par : une pratique devenue plus autonome et plus complexe, un idéal de soins difficile à atteindre, une absence d'accompagnement face aux changements, un écart entre la théorie humaniste professée et leur théorie d'usage, et aussi, par un manque de reconnaissance. Puis, elles sont confrontées aux changements organisationnels, tels : une modification dans la distribution des soins, un manque de personnel, le temps supplémentaire obligatoire, des novices qui remplacent des infirmières qui ont de grandes responsabilités, une instabilité des équipes de travail et un manque de communication. Finalement, nous ajoutons qu'elles sont soumises à des changements économiques liés à la capacité du gouvernement de supporter les coûts du maintien d'un réseau de la santé et de services sociaux³, au vieillissement de la population et à la chronicisation des pathologies. Les réflexions des infirmières montrent que ces changements ont eu surtout pour conséquence de les bouleverser dans leur engagement à donner des soins humains.

³ La part du budget du gouvernement s'établit à 44.2 %, caractérisé par une médecine de plus en plus spécialisée et technicienne qui bénéficie fortement pour financer son développement de l'existence d'un système de dépenses socialisées. Un système que l'on cherche de plus en plus à privatiser (Rapport Castonguay, 2008).

Une quatrième unité de sens, qui émerge des réflexions des infirmières, réside dans un manque de dialogue, de soutien, de complicité et de paroles signifiantes avec les collègues, ainsi qu'un manque de contact humain avec les patients. Ce qui soulève l'idée d'un besoin de construire un dialogue qui invite à la réflexion entre pairs et avec les supérieurs qui éclaire, soutient et fait du bien. Cette mise en place d'un espace et d'un moment de dialogue réflexif nuancerait certaines croyances qui stipulent que les infirmières ne sont jamais consultées, qu'elles ne savent jamais où elles vont, ou encore, qu'il y a atteinte à l'approche globale associée depuis longtemps à leur pratique infirmière.

Cette brèche à une approche holistique de la pratique infirmière est caractérisée par la fragmentation des tâches⁴ où l'aspect technique semble, selon une infirmière, dominer sur le sens humain. Une situation aux allures mécanistes qui mérite toute notre attention si elle favorise, en plus, un manque d'accès à l'intériorité par un trop-plein d'extériorité. Une pratique conduisant, selon une cinquième unité de sens, à un dépassement du « faire » au détriment de la capacité « d'être » qui implique normalement les attitudes humanistes et respectueuses du *caring*.

Une sixième unité de sens qui se dégage des réflexions des infirmières est liée à notre pratique actuelle de professeure universitaire. En exerçant ce rôle, nous sommes plus sensibles au phénomène de l'écart entre la théorie professée alimentant la pratique et la théorie d'usage (Lescarbeau, Payette et St-Arnaud, 2003) qui émergent des réflexions des infirmières rencontrées. Affirmer qu'il y a un écart entre la théorie et la pratique nourrit cette dichotomie bien familière entre le savoir rigoureux universitaire et celui des professionnels (Schön, 1994). Même si le savoir systématique fondamental de la profession infirmière est de plus en plus bien balisé, standardisé et spécialisé, pour combler cet écart et pour surmonter les défis qu'elle rencontre dans sa pratique, l'infirmière a, selon St-Arnaud

⁴ Par exemple, une patiente alitée en milieu hospitalier peut recevoir dans la même heure, les services d'une préposée, une infirmière auxiliaire, une infirmière technicienne et une infirmière bachelière (Observation de la chercheure principale, 2008).

(2003), à apprendre à utiliser un principe d'autorégulation dans sa pratique singulière de soin. Elle a à s'affranchir des modèles connus pour inventer, dans le feu de l'action, lors de situations de singularité, d'incertitude, d'instabilité et de conflit de valeurs, une stratégie qui lui semble la plus efficace (Marchand, 2000). Ce faisant, elle développe, grâce à une démarche réflexive, un savoir original qui ne s'enseigne pas et dont la source se trouve dans l'agir professionnel lui-même (Schön, 1994). Un savoir caché qui cherche à s'exprimer, à se dire et à se faire à son tour théorique (Schön, 1994).

Nous gardons de ces étapes de réflexion avec quelques infirmières, le souvenir de rencontres avec des personnes jeunes et moins jeunes, heureuses, mais aussi d'autres qui souffrent, qui semblent avoir peur, qui pleurent. Des personnes fatiguées qui ont besoin de s'exprimer et d'être écoutées, qui risquent d'abandonner la profession, en raison de passions éteintes ou par des réactions de défense qui peuvent anéantir la capacité de penser de quelqu'un qui devient submergé par ses émotions. Je retiens de ces rencontres, un heureux sentiment d'avoir permis à des personnes de s'arrêter pour réfléchir sur ce qu'elles vivent et d'y donner du sens. Je me souviens d'avoir fait du bien en écoutant ces personnes souffrantes engagées à soulager la souffrance des autres.

Ces rencontres ont éveillé, pour l'évolution des quatrième et cinquième étapes de notre itinéraire, un réflexe de professeure/chercheure à poursuivre un dialogue virtuel avec quelques auteurs sur le sens donné à la pratique infirmière.

Chapitre 3- Une exploration réflexive à l'aide d'auteurs sur l'évolution historique d'un sens donné à la pratique infirmière

Les trois premières étapes de notre itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à sa pratique infirmière ont consisté à vivre des moments de dialogue. Un, intérieur à l'aide de mon récit de pratique, et d'autres, avec des infirmières pour alimenter nos réflexions personnelles. La quatrième étape de notre itinéraire propose un rendez-vous virtuel avec des auteurs qui se sont intéressés à l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière. La collecte, l'analyse et l'interprétation que nous faisons des réflexions de ces auteurs visent à nous aider à mieux saisir les changements évolutifs au sens donné à la pratique infirmière. Il s'agit d'un sens caractérisé par plusieurs phases constituant les racines profondes du sens donné à la pratique par une infirmière en 2009, que nous ne pouvons ignorer.

3.1 Des changements survenus sur l'évolution du sens donné à la pratique infirmière

Pour exposer le sens donné à la pratique infirmière, une façon de faire consiste à emprunter ces images de Blondeau (2002) : servante du seigneur, auxiliaire du médecin, mère substitut, domestique, technicienne, clinicienne, avocate pour la défense des clients et professionnelle autonome. L'intérêt que nous portons à cette approche qui ne vise pas, comme le mentionne cette auteure, à retracer fidèlement l'évolution historique de la profession, vient de sa capacité à identifier quatre grandes phases à ces changements de sens donné à la pratique. Il s'agit de : la vocation, la subordination, la libération et la poussée autonomiste. Nous allons parcourir les quatre phases en nous attardant plus particulièrement aux deux dernières phases qui rejoignent davantage, selon nous, le contexte actuel du sens donné à la pratique infirmière.

En reprenant la définition que Kérouac, Pepin, Ducharme et Major (2003) donnent au concept de paradigme, comme étant un courant de pensée, une façon de voir et de comprendre le monde qui influence l'enrichissement des savoirs, savoir-être et des savoir-faire des disciplines, nous suivrons l'évolution de ces phases en essayant de cerner les paradigmes qui les décrivent. Tout au long de cette exploration des écrits sur les phases de l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière, il faut garder à l'esprit que les

paradigmes décrivant cette pratique peuvent se chevaucher et coexister. Ce qui fait en sorte que « les infirmières vont et viennent entre les différents paradigmes, et ce, souvent à leur insu » (Kérouac et al. , 2003, p. 8). Ces phases sont interreliées de telle sorte que les paradigmes décrivant une phase peuvent continuer de coexister avec ceux d'une autre phase.

3.1.1 La première phase : une pratique vue comme une vocation

La pratique de soins d'une personne est sans doute la plus vieille de l'histoire du monde selon Collière (1982) qui mentionne : « dès qu'il y a la vie, il y a les soins ». (p. 23). Selon une genèse élaborée par cette auteure, la pratique du soin a été, pendant des milliers d'années, et ce, jusqu'à la fin du moyen âge en occident, le fait de toute personne qui aidait quelqu'un d'autre à assurer ce qui était nécessaire pour continuer à vivre, à se développer et à lutter contre la mort. Cette pratique visait par des soins différenciés à entretenir la vie, comme manger, boire, se vêtir, etc. Il s'agissait de soins considérés comme innés aux femmes, parce qu'associés à l'amour maternel et relevant de la générosité de la femme, de son dévouement et de ses qualités féminines; des soins élaborés autour de la fécondité, du corps souffrant (femmes, femmes consacrées, devenues gardes-malades), de l'image du corps (devenues esthéticiennes), de la maladie (femmes devenues infirmières) et de l'accouchement (devenues sages-femmes); une pratique de soins assurée aussi par des hommes afin de faire reculer la mort par la dénonciation (shamans, sorciers), l'isolation (prêtres/clercs) et la réduction du mal (devenus médecins); une pratique de soins assurée par des hommes afin de réparer le mal venant de blessures et d'accidents (guerriers soignants, infirmiers militaires, barbiers), réparer le mal par résection (devenus chirurgiens) ou encore, contenir par la force, le mal physique (devenues chiropraticiens, kinésithérapeutes) et le mal social (devenus gardiens, infirmiers) (Collière, 1982).

La première phase de pratique infirmière que Blondeau (2002) identifie de vocation est associée à la pratique des soins par des religieuses servantes du Seigneur dont le but consistait à secourir les malades, les pauvres et les démunis. « Les religieuses Augustines de Paris ont été la première congrégation hospitalière de femmes créée au XIII^e siècle »

(Collière et Diébolt, 1988, p. 27). Pour elles, servir les pauvres, c'est aussi rester pauvre avec les pauvres. Malgré une valorisation sociale et spirituelle, soigner oblige à faire abstraction de soi, de n'être rien soi-même. Selon Collière (1982) « La pratique des soins se fonde essentiellement sur des valeurs religieuses et morales qui définissent le rôle et la place de la femme dans la société, sa soumission à Dieu, dont les hommes, hommes d'Église, hommes de l'Art, sont par essence les représentants ». (p.63). Il va en être de même jusqu'à la fin des années 1960 au Québec où nous observons, selon les écrits de Daigle (1991), une pratique de soins dispensée par des religieuses caractérisée par les soins du corps et de l'âme, l'utilisation de rituels religieux, une différenciation des soins en *cure*, en «*care*» et en fonction domestique, un apprentissage par l'observation et sur le tas, un travail à deux, et enfin, un silence autour du malade.

Cette pratique vocationnelle et religieuse, qui se divise en catégories d'actes de soins, peut se rattacher au paradigme de la catégorisation (Kérouac et al., 2003) caractérisant la pratique infirmière de la fin du dix-neuvième siècle et d'une grande partie de vingtième. Si l'on réfère à ce paradigme, la pratique infirmière est vue comme un phénomène divisible, dont les éléments sont définis, mesurables, ordonnés et séquentiels et dans laquelle la relation est de types linéaire et causale. Dans ce paradigme, la pratique infirmière est orientée vers la santé publique et la maladie affirment les auteures. Suivant les règles et les consignes apprises sur la santé publique (mesures d'hygiène, procédés de soins, tâches déléguées), la pratique infirmière consiste à « fournir le meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent la guérison ou préservent la santé d'une personne » (Kérouac et al., 2003, p. 26).

La pensée de Florence Nightingale au milieu du XIXe siècle se situe dans ce paradigme. Selon cette infirmière, « la pratique infirmière est basée sur la compassion, l'observation, l'expérience, les données statistiques, la connaissance en hygiène publique et en nutrition et sur les compétences administratives » (Kérouac et al. , 2003, p. 8). L'activité infirmière vise d'après Nightingale, « à fournir le meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent la guérison; le maintien et le recouvrement de la

santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement de modes de vie sains et le maintien des conditions sanitaires » (Kérrouac et al., 2003, p. 8). Dans ce paradigme de la catégorisation, le soin est orienté vers la maladie, les problèmes ou les incapacités du patient. Le champ de compétence de l'infirmière est très lié à celui de la profession médicale qui assure majoritairement l'enseignement des infirmières. L'exercice du soin maintient le patient dans une dépendance.

« C'est durant cette période que se développe la dimension éthique de la pratique infirmière » affirme Blondeau (2002, p. 64). Les valeurs, telles : l'amour du prochain, la charité, la dignité et le respect de la personne sont essentiels. Aussi, les religieuses manifestent leur compassion dans le don de soi, l'effacement et le sacrifice. Avec le temps, le besoin d'augmenter le nombre de soignantes, pour venir en aide aux religieuses ou pour seconder les médecins, va permettre aux laïques d'accéder à la pratique de soignante. Pour répondre aux exigences d'une pratique déjà bien rodée, il devient alors nécessaire pour les religieuses de s'assurer qu'elles reçoivent une bonne formation (Daigle, 1991). En retour, elles s'attendent à ce que les gardes-malades, qu'elles forment à leur image, agissent comme elles. Les laïques à cette époque font preuve d'une dévotion religieuse (le célibat dans 90 % des cas avant la Seconde Guerre mondiale de 1939-45) et d'une discipline militaire (Cohen, 2000). Elles ont à accomplir une mission, ce qui nécessite, une vocation, un oubli de soi afin de se dévouer aux personnes soignées. Collière (1982) reprend les écrits de la Révérende Mère Catherine de Jésus en 1936 qui définit la vocation en ces termes :

La vocation d'infirmière, c'est un appel qui résonne en nous secrètement, c'est un appel spontané, c'est un élan irrésistible de tout l'être vers ceux qui ont besoins d'être soulagés, soutenus, rafraîchis, consolés. Obéir à cette attraction, c'est se déclarer prête à tous les renoncements. (p. 81)

Nous retenons que la religion et les valeurs morales judéo-chrétiennes et humanistes ont fortement influencé, comme l'illustre le tableau III, le sens donné à la pratique infirmière au fur et à mesure de son évolution historique lors de cette phase vocationnelle

(Blondeau, 2002). Nos observations personnelles et celles d'auteurs, tels, Lebfevre, Perreault et Adib (2001), nous enseignent que le milieu de travail actuel, incluant celui de la santé, prend des distances par rapport aux enjeux spirituels et religieux.

Puisque le sens de la vocation constitue une racine profonde de la profession et semble toujours présent dans l'esprit de plusieurs, il sera intéressant de lui porter une attention lors de l'étape formelle de collecte, d'analyse et d'interprétation des réflexions que nous allons réaliser auprès des infirmières. Comme nous l'avons identifié lors des trois premières phases de notre itinéraire personnel d'exploration réflexive, il sera important de continuer d'explorer les liens entre ces valeurs judéo-chrétiennes et humanistes et l'éthique infirmière observés dans le milieu de la santé qui favorise un bien-être individuel et collectif en s'appuyant sur des valeurs telles : l'amour, le respect et la compassion qui sont demeurés au fil du temps inscrits dans la pratique infirmière.

Cette phase de la vocation rejoint, d'après nous, cette idée que l'on exprime encore aujourd'hui qu'il faut la vocation pour être infirmière, c'est-à-dire qu'il faut cette sorte de mouvement intérieur et spirituel par lequel une personne se sent appelée par la pratique des soins infirmiers. Tout au long de notre itinéraire d'exploration réflexive nous aurons l'occasion d'observer certaines de ces caractéristiques dans la pratique actuelle.

Tableau III - Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase de la vocation

- Aider quelqu'un d'autre.
 - Entretenir la vie, comme manger, boire, etc.
 - Soins allant de soi aux femmes généreuses et dévouées et innés parce qu'associés à l'amour maternel.
 - Secourir des malades, pauvres et démunis.
 - Servir les pauvres c'est aussi rester pauvre.
 - Venir en aide aux religieuses et seconder les médecins (premier accès à la pratique soignante laïque).
 - Structure de dépendance hiérarchique.
 - Compassion dans le don de soi, l'effacement et le sacrifice.
 - Soigner oblige à faire abstraction de soi, à n'être rien soi-même.
 - Valeurs religieuses et morales définissent le rôle.
 - Prières et exercices religieux font partie du rituel soignant.
 - Faire preuve d'une dévotion religieuse et d'une discipline militaire.
 - Soigner le corps et l'âme.
 - Utilisation de rituels religieux.
 - Travail divisé selon les fonctions rattachées au *cure*, au *care* et aux fonctions domestiques.
 - Pratique s'acquierte auprès du malade et par observation.
 - Travailler à deux.
 - Garder le silence autour du malade.
 - L'infirmière fait pour un malade qui ne participe pas à ses soins (élimine les problèmes, comble les déficits et supplée ses incapacités).
 - Pratique basée sur la compassion, l'expérience, les données statistiques, les connaissances en hygiène publique, en nutrition et sur les compétences administratives.
 - Objectif de fournir un meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent la guérison.
 - Accomplir une mission ce qui nécessite une vocation, un oubli de soi afin de se dévouer aux personnes que l'on soigne.
 - Valeurs chrétiennes: amour du prochain, charité, dignité et respect.
-

3.1.2 La deuxième phase : une pratique considérée comme subordonnée

La deuxième phase de l'évolution du sens donné à la pratique infirmière est, selon Blondeau (2002), celle de la subordination qui fait référence à une structure de dépendance hiérarchique déjà présente à la phase de la vocation. La pratique infirmière est vue comme celle d'une auxiliaire comportant un lien de subordination qui rattache l'infirmière à un lien d'autorité. Dans ce paradigme, servir est la base et la finalité de la pratique infirmière. « Servir n'apparaît pas comme un service offert comme on en retrouve dans plusieurs métiers, mais comme une manière d'être basée sur un ensemble de qualités qu'il faut avoir ou s'efforcer d'acquérir » (Collière, 1982, p. 79).

Tout revient à forger la personnalité de l'infirmière. Il faut qu'elle sache allier la dextérité d'une technicité de plus en plus centrée sur la maladie, tout en assumant constamment ce qui est dicté par sa vocation. Ce qui veut dire, selon Collière (1982), à « ...servir les malades. ... savoir concilier la résolution des problèmes humains, sans autre ressource que la morale professionnelle, et, savoir se servir de la technique médicale dans la limite des prescriptions qui lui sont faites ». (p. 86)

Toujours d'après Collière (1982), être célibataire et porter un uniforme dans un tel contexte est de mise. De plus, servir les malades, c'est aussi servir les médecins, l'institution soignante et ses représentants. C'est aussi appliquer à la lettre les soins prescrits par les médecins. Sous l'impact de la pression médicale, la pratique infirmière se transforme en fonction traitante. Ce qui fait perdre le sens premier de soigner. C'est le médecin qui détermine et ordonne l'activité de l'infirmière. L'infirmière est le trait d'union entre les malades et les chefs de service qui les voient quelques instants.

En faisant référence au rôle de subordonnée, joué par des infirmières durant la Première Guerre mondiale, « l'infirmière incarne le dévouement pour laver, panser, consoler, aider à mourir, tâches considérées éminemment subalternes, mais valorisées par la guerre, réclamant douceur et gentillesse, subordination et obéissance aux médecins qu'elle doit vénérer comme un « soldat » à l'égard de ses chefs » (Collière et Diébolt, 1988, p. 34). « Il

n'y a qu'un pas entre la soumission au Seigneur et au clergé et la subordination au père ou au médecin » souligne Blondeau (2002, p. 65). Dans ce modèle de pratique de mère substitut, soigner un malade rendu vulnérable, démunie et dépendant comme s'il s'agissait d'un enfant, a du sens. Le tableau IV présente des caractéristiques du paradigme d'une pratique infirmière considérée comme subordonnée que nous venons d'énoncer.

Tableau IV- Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase de la subordination

-
- Structure de dépendance hiérarchique
 - Pratique comme une mère substitut, une auxiliaire rattachée à une autorité.
 - Servir est la base et la finalité comme une manière d'être basée sur un ensemble de qualités qu'il faut avoir ou acquérir.
 - Servir la technique médicale dans la limite de prescriptions.
 - Être célibataire et porter un uniforme.
 - Servir les malades, les médecins et l'institution.
 - Appliquer à la lettre les soins prescrits par les médecins.
 - Pratique infirmière se transforme en fonction traitante.
 - Sens premier de soigner se perd.
 - Médecin détermine et ordonne l'activité de l'infirmière.
 - Infirmière est le trait d'union entre les malades et les chefs de service qui les voient quelques instants.
 - Rôles joués par l'infirmière durant la Première Guerre : dévouement, douceur, gentillesse, subordination et obéissance aux médecins.
-

Selon nos observations, quelques caractéristiques de cette phase, considérée comme celle de la subordination, s'observent dans la pratique actuelle. Nous pensons, entre autre, au rapport hiérarchique, plutôt que de collaboration, avec les médecins qui perdure parfois dans la pratique quotidienne d'une infirmière. La poursuite de notre itinéraire d'exploration réflexive avec des infirmières nous permettra de revenir sur cette affirmation.

3.1.3 La troisième phase : une pratique qui se libère

Une troisième phase, qui amène une transformation importante sur le sens donné à la pratique infirmière, est celle de la libération (Blondeau, 2002). Selon Cohen (2000) « Les

pionnières réussissent à sortir les soins de l'ornière domestique, charitable et bénévole, dans laquelle ils sont englués pour en faire une profession dûment constituée et légalement reconnue par la loi d'enregistrement de 1920 ». En d'autres termes « ...de la recherche de la qualité de la personne soignante elle-même, on se dirige vers la qualité du geste à accomplir. ...La vertu seule ne suffit plus pour soigner!...Désormais sont exigés savoirs, compétence et efficacité : connaître pour mieux soigner. C'est dans cette optique qu'émerge la « dimension technicisée » (Blondeau, 2002, p. 69). Dans le même sens, cet auteur mentionne que « l'évolution scientifique en soins infirmiers et en médecine et la ramifications des domaines de l'hygiène publique accroissent les exigences de formation des infirmières. » Daigle (1991) renchérit qu'à l'apprentissage par l'observation dans les différents départements hospitaliers, se sont ajoutés des cours formels en anatomie, physiologie, hygiène, diététique, pharmacologie, médecine, chirurgie, obstétrique et pédiatrie.

Selon Blondeau (2002), « La pratique infirmière en vient donc à reposer sur une base scientifique qui domine sur la dimension morale initiale ». (p. 69). Durant cette période, caractérisée par un mouvement de libération, on voit apparaître un système fonctionnel de prestation de soins en plusieurs tâches. C'est dans ce modèle technique que le patient est perçu comme un client, c'est-à-dire, un consommateur de soins. Par exemple, « une infirmière effectue les prélèvements sanguins, une autre distribue les médicaments, une autre encore fait les pansements et l'infirmière-chef a la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers pour tous les patients...» (Kérrouac et al., 2003). C'est ce qu'elles appellent une gestion centralisée, une pratique encore très actuelle en 2011.

Bien que l'infirmière soit libérée d'une forte dépendance d'un lien d'autorité pour gouverner sa pratique, une approche technique du malade éloigne des valeurs éthiques humanistes caractérisant les phases de la vocation et de la subordination. Cette vision morcelée, technique, impersonnelle du patient entraîne une déshumanisation des soins qui amène des infirmières à se questionner sur le sens humain de leur pratique. La notion de *caring* en tant qu'idéal moral au sein des rapports humains refait surface (Blondeau, 2002).

Le tableau V présente quelques caractéristiques liées à une pratique infirmière considérée comme libérée.

Tableau V- Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase de la libération

-
- On passe de la qualité de la personne soignante elle-même vers la qualité du geste à accomplir (être → faire).
 - Pratique légalement reconnue en 1920.
 - Soigner exige des savoirs, des compétences plus efficaces, connaître pour mieux soigner.
 - Émergence de la dimension technicisée.
 - Exigence plus élevée dans la formation.
 - Pratique repose sur une base scientifique qui domine la dimension morale.
 - Patient devient un client consommateur de soins.
 - Pratique est fragmentée en plusieurs tâches.
 - Amène une vision morcelée du client et une déshumanisation des soins.
 - Notion de *caring* en tant qu'idéal moral au sein des rapports humains refait surface.
-

D'après nos observations, toutes ces caractéristiques d'une pratique infirmière liée à la phase de la libération sont encore bien présentes dans la pratique actuelle. Quelques-unes seront abordées plus en profondeur dans notre démarche d'exploration réflexive sur le sens donné à la pratique actuelle par des infirmières.

3.1.4 La quatrième phase : une pratique devenue autonome

La quatrième phase de cette évolution du sens donné à la pratique infirmière se caractérise à partir des années 1950 et 1960 par la poussée autonomiste (Blondeau, 2002). Cette phase s'inscrit également dans un deuxième paradigme, celui de l'intégration (Kérouac et al., 2003) des différentes dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle du malade. Selon ces auteures, ce second paradigme se différencie par son ouverture sur la totalité organisée de ces dimensions caractérisant une personne considérée comme un tout « bio- psycho-socio-spirituel ». La pratique infirmière développe une approche holistique de la personne. Ainsi, des éléments multiples, complexes et différenciés des soins aux personnes sont intégrés en un tout par des liens de types circulaire et interactionnel entre eux. S'éloignant du lien de dépendance à une autorité

médicale ou de gestion ainsi qu'à une phase de pseudo libération créant un lien de passivité envers la personne malade, l'infirmière tient compte désormais des perceptions et de la globalité de la personne pour déterminer les besoins d'aide.

En se référant à des connaissances spécifiques en sciences infirmières, au développement de la technologie médicale et à l'utilisation de plans de soins selon la démarche de résolution de problèmes appliquée à sa pratique, l'infirmière peut se définir comme une experte-conseil. À ce titre, « elle aide à choisir les comportements relatifs à la santé les mieux adaptés » (Kérouac et al., 2003, p. 26). De plus, la référence au champ des sciences humaines, surtout celui de la psychologie en ce qui concerne la relation d'aide au malade considéré comme une personne, et non comme un patient, renforce le développement d'une approche globale. Il est question d'une pratique du soin qui tient compte des dimensions biologique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle de la personne soignée. Bien que mentionnée dans la formation d'une infirmière, notre expérience d'étudiante et de professeure universitaire nous indique qu'il y a peu d'enseignement et peu de temps qui sont consacrés à la dimension spirituelle dans la pratique d'une infirmière.

Lors de cette phase d'autonomie progressive, les compétences, qui se traduisent par l'union de savoirs, de savoirs-être et de savoirs faire de l'infirmière, tendent à être de plus en plus reconnues et son pouvoir décisionnel augmente (Kérouac et al., 2003). C'est aussi durant cette période qu'on assiste au début de l'élaboration d'un corpus de connaissances spécifiques à la profession (Blondeau, 2002). Une arrivée tardive d'écrits qui peut s'expliquer par des pratiques qui se sont perdues au fil des siècles, et encore, parce que celles qui les prodiguaient demeuraient dans l'ombre (Collière et Diébolt, 1988). À ce sujet, Gélis (cité dans Collière, 1988) mentionne :

Les historiens des pratiques de santé ont été longtemps des médecins soucieux d'écrire le passé de leur profession : les aides, les gardes, les soignants, les accoucheuses n'étaient à leurs yeux que des auxiliaires. Ils « participaient sans doute au progrès médical, mais n'étaient que des exécutants. (...) il paraissait

normal qu'ils soient absents d'une histoire toute à la gloire des grandes personnalités et des grandes découvertes. (p.13).

Il faut souligner, qu'il s'agissait d'un contexte dans lequel se trouvait le médecin, reconnu pour être le seul référent du savoir. Sur ce, Collière (1982) mentionne que « la pratique des soins a été élaborée et transmise par les femmes au cours des siècles, une pratique contrainte d'être progressivement réduite au silence par l'Église, pour se voir ensuite soumise aux prérogatives de la médecine des hommes ». (p. 37)

En somme, tout ce qui relevait de la singularité de la pratique quotidienne de l'infirmière, du savoir acquis par l'expérience des femmes soignantes, demeurait non consigné pour composer son histoire. La présente thèse veut contribuer à corriger, comme le font les auteurs de notre exploration d'écrits sur l'évolution historique de la pratique infirmière, cette perte de la théorie d'usage de cette pratique.

Heureusement aujourd'hui, de plus en plus d'ouvrages sur la pratique infirmière peuvent être consultés. Plus particulièrement au Québec, nous retrouvons celui de Kérouac et al., (2003). Il présente de nombreuses conceptions des soins infirmiers qui ont été élaborées par des théoriciennes nord-américaines au cours du XXe siècle. Ce travail de mise au jour, rend accessibles des notions fondamentales de la discipline aux infirmières en exercice en leur donnant accès à de nombreuses théories pour les aider à donner du sens à leurs pratiques professionnelles. Des pratiques caractérisées par des activités de soins, de formation, de gestion et de recherche. Dans cet ouvrage, se trouvent plus d'une vingtaine de conceptions des soins originales regroupées dans six écoles de pensées. Il s'agit des écoles : des besoins, de l'interaction, des effets souhaités, de la promotion de la santé, des *patterns* et du *caring*. Des conceptions toutes aussi intéressantes les unes que les autres, riches de sens, qui se complètent, qui évoluent et dans lesquelles se trouve une signification pour chacun des quatre concepts clés associés à la pratique infirmière, c'est-à-dire : la personne, l'environnement, la santé et le soin. C'est précisément grâce à la façon particulière qu'ont les infirmières d'aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin que se clarifie le champ de la discipline infirmière (Kérouac et al., 2003).

C'est aussi durant ce courant autonomiste qu'on assiste à une transformation, sur le plan éthique, par la révision de codes de déontologie. Les rapports de subordination, entre médecins et infirmières, tendent vers des rapports de collaboration. Le contexte social caractérisé par la reconnaissance des droits de la personne et un envahissement technologique favorise une pratique infirmière responsable, professionnelle, dotée d'un cadre éthique. Le tableau VI présente des caractéristiques liées à une pratique infirmière considérée comme autonome.

Tableau VI - Des caractéristiques d'une pratique infirmière liées à la phase autonome

- Infirmière fait avec la personne.
- Tiens compte dans sa pratique de la personne soignée.
- Relation est de type circulaire et interactionnel.
- Infirmière tient compte de la globalité de la personne pour déterminer les besoins d'aide.
- Développement de l'approche globale bio-psychosociale-culturelle et spirituelle.
- Pratique contextuelle et variable.
- Éléments de la pratique sont multiples.
- Début de l'élaboration d'un corpus de connaissances spécifique à la profession.
- Démarche de soins et utilisation de plans de soins.
- Infirmière est une experte-conseil qui aide à choisir les comportements relatifs à la santé les mieux adaptés.
- Pratique infirmière responsable, professionnelle et dotée d'un cadre éthique
- Jugement professionnel est une composante essentielle.
- Fonctions consistent à soigner, éduquer, collaborer, coordonner et superviser.
- Utilisation des principes de la relation d'aide.
- Pouvoir décisionnel augmente.
- Exige de grandes compétences.
- Tendance à un rapport de collaboration entre infirmière et médecin.
- En se rapprochant de la pratique médicale (aspect technique ex. prise de la tension artérielle) que s'est opérée une distanciation de la filiation religieuse.
- Développement de la technologie.

La pratique infirmière d'aujourd'hui témoigne d'une véritable évolution. Comme le mentionne Blondeau (2002) « ... d'un état de servitude la liant d'abord au clergé, puis à l'autorité médicale, la profession est passée à une pratique autonome ». (p. 76). En d'autres mots, Collière (1982) résume ainsi ce parcours : « la construction du rôle de l'infirmière s'est élaborée sur l'appartenance à une double affiliation, la filiation religieuse matrilineaire et la filiation médicale patrilineaire. Chacune de ses filiations intégrées à des réseaux institutionnels a conditionné totalement l'apprentissage du rôle ». (p. 193). Elle ajoute, que c'est en se rapprochant de la pratique médicale, plus précisément de son aspect technique que s'est opéré une distanciation de la filiation religieuse. La filiation médicale jouant un rôle d'émancipation, mais qui demeure toujours bien présente en 2011.

3.2 Une synthèse de l'évolution historique du sens donné par les écrits à la pratique infirmière

La quatrième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive nous a permis d'explorer, chez certains auteurs, l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière. Elle a aussi motivé à tisser quelques liens avec nos observations d'une pratique actuelle.

En nous basant sur notre dialogue virtuel avec les auteurs et sur leurs réflexions balisant les quatre (4) phases de la pratique infirmière, le tableau VII présente les unités de sens et les réflexions que nous retenons de ces auteurs ainsi que les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive.

Tableau VII - Les résultats obtenus à la quatrième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive portant sur l'évolution historique du sens attribué à la pratique infirmière par des auteurs

Les unités de sens et les réflexions à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive		<i>Les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage</i>	
Les unités de sens issues du dialogue virtuel sur l'évolution historique du sens avec des auteurs.	Les réflexions à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive.	<i>Les ingrédients du processus d'apprentissage</i>	<i>Les effets du processus d'apprentissage</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Changements survenus sur le sens donné à la pratique infirmière : <ul style="list-style-type: none"> - vocation - subordination - libération - autonomie • Contexte professionnel varié et qui se transforme • Pratique infirmière devenue complexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs sens donnés à la pratique d'hier à aujourd'hui et leurs influences sur la pratique actuelle. • Les paradigmes décrivant le sens donné à la pratique peuvent se chevaucher et coexister faisant en sorte que les infirmières vont et viennent entre les différents paradigmes, et ce, souvent à leur insu. • Besoin de donner du sens à sa pratique actuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Exploration réflexive</i> • <i>Dialogue avec des auteurs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alimente notre motivation à poursuivre le dialogue avec d'autres auteurs sur le contexte et son influence sur le sens donné à sa pratique actuelle.</i>

Ces écrits d'auteurs, qui ont alimenté notre besoin de mieux saisir l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière, nous motivent à formuler quelques questions. Qu'en est-il de l'influence des différentes phases sur le sens donné à une pratique par une infirmière? Qu'en est-il du sens de la vocation? L'infirmière d'aujourd'hui définit-elle sa pratique en termes de dévouement ou de don de soi? Lorsqu'elle s'exprime sur ses relations interprofessionnelles, peut-on observer les signes d'une pratique subordonnée ou collaborative ? Lorsqu'elle dialogue sur le sens donné à sa pratique, est-ce que l'infirmière parle d'autonomie? Ou encore, vu de l'extérieur, comment la population ou les autres professionnels perçoivent-ils la pratique actuelle des infirmières? Etc. La poursuite de notre démarche d'exploration réflexive avec des infirmières permettra d'aborder quelques-unes de ces questions.

Chapitre 4 - Une exploration réflexive à l'aide d'auteurs analysant le contexte actuel influençant le sens donné à la pratique infirmière

La cinquième étape, de mon itinéraire d'exploration réflexive, nous a conduits à prendre en considération que la pratique infirmière n'évolue pas comme un système fermé. Elle est grandement influencée par des éléments du contexte socio-économique en ce début du troisième millénaire. C'est pourquoi il s'est avéré important de réfléchir à ces éléments et à leur lien avec le sens donné à la pratique infirmière en 2009. Une pratique qui se situe, d'une part, dans un système de santé québécois complexe, composé de personnes avec leurs différences et leurs ressemblances et d'autre part, d'une manière macroscopique, dans un système social qui change et qui influence cette pratique. Dans ce chapitre, nous ferons porter d'abord nos réflexions sur certains éléments de l'environnement externe qui ont des effets sur la pratique infirmière. Puis, nous effectuerons une démarche réflexive sur des éléments de l'environnement interne à la profession infirmière qui en modifient sa pratique.

4.1 Une exploration réflexive sur des éléments de l'environnement externe qui ont des effets sur la pratique infirmière

La pratique infirmière est tributaire de facteurs environnementaux qui en influencent le sens. Dans cette partie, nous portons notre réflexion sur les pressions affectant le développement du système public de santé québécois et sur une vision d'une société post moderne. Il y est question d'une vision axée sur la productivité d'une économie marchande, évoluant selon une logique d'excellence et de dépassement des personnes, privilégiant le savoir et le savoir-faire au détriment du savoir-être. Ces deux éléments ont des effets importants sur le réseau de santé québécois comme en témoignent une pénurie qualitative et quantitative de la main-d'œuvre infirmière et un danger d'un manque de sécurité pour les patients de ce réseau.

4.1.1 Des pressions affectant le développement du système public de santé québécois

Souvent considéré comme une cible privilégiée par les politiciens, le système de santé et de services sociaux public québécois a connu ces dernières années son lot de changements profonds. Tout cela, pour maintenir ses caractères originaux d'universalité, d'intégralité et d'accessibilité à des services de santé et de services sociaux qui en

constituent ses valeurs de base (Gaumer, 2008). Ces changements sont avant tout structurels et conjoncturels. Nous pensons qu'ils peuvent s'expliquer par des facteurs d'ordre économique, politique, démographique (ex. le bilan migratoire négatif des régions), épidémiologique, administratif ainsi que par une hyperspecialisation professionnelle et technique. Gaumer (2008) souligne que ces transformations se sont produites au cours des dernières décennies, non seulement dans le système de santé québécois, mais aussi dans celui de tous les pays industrialisés confrontés à poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, tout en contrôlant la croissance des dépenses publiques de santé.

Au Québec, ces changements ont été, pour la plupart, précédés par la création de plusieurs Commissions d'enquête ou Comités d'études. Ces derniers ont été mandatés par les différents gouvernements en place, afin de définir certaines problématiques et proposer des solutions visant à améliorer le réseau, tout en contrôlant une augmentation vertigineuse de ses coûts de développement. Parmi ces enquêtes et ces études, nous citons d'abord, celle du Comité Sylvestre sur les services de santé du Québec en 1948 et celle sur l'assistance publique du Comité Boucher qui en 1960 a traité du passage du milieu religieux au milieu public. Puis, un peu plus tard, en 1966, celle de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social Castonguay et Nepveu, qui s'est penchée sur les éléments fondamentaux du développement social du Québec basé sur la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu des citoyens. Par la suite, devant l'augmentation des besoins d'une population vieillissante, de la hausse des coûts du développement des technologies médicales et des médicaments, le réseau s'essouffle. En 1985, une nouvelle commission d'enquête, la Commission Rochon, analyse l'état des services de santé et services sociaux. Cette commission recommande que ces services s'orientent davantage vers la médecine ambulatoire et la proximité du milieu de vie des usagers afin d'enlever de la pression sur les ressources hospitalières au profit du soutien à domicile et des services de jour. Les travaux de cette commission, en plus d'un document d'orientation laissé par la ministre de la Santé du moment, madame Thérèse Lavoie-Roux, amèneront monsieur Marc-Yvan Coté à présenter en 1990 une réforme du système de la santé et de services sociaux axée sur le citoyen.

Malgré tout, cette réforme majeure n'empêche pas la montée importante des coûts du système de santé québécois. C'est pourquoi il devient nécessaire en 2000 de revoir une fois de plus l'organisation et le financement du réseau. Ce sera le tour de la Commission Clair qui témoigne de l'état de morosité dans lequel se trouve le personnel de la santé. À la même époque, nous assistons ensuite à la création de la Commission Romanow commandée par le gouvernement fédéral. Dans le rapport de 2002 de cette dernière commission qui traite de l'avenir des soins de santé au Canada, des recommandations viennent assurer la viabilité d'un système universel, accessible et publique offrant des services de qualité aux Canadiens. On y trouve aussi la recherche d'un juste équilibre entre les domaines de la prévention et le maintien de la santé et l'investissement axé sur les soins et le traitement.

Pendant ce temps au Québec, un mandat est donné à un nouveau comité de travail, le Comité Bédard, portant sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. En février 2008, monsieur Claude Castonguay, alors président d'un groupe de travail, dépose un rapport dans lequel sont formulées diverses recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé (Poirier, 2005, Gaumer, 2008).

Toutes ces commissions, ces réformes et tous ces différents comités, et leurs lots de changements, parfois majeurs, du système de santé québécois et canadien, rappellent de nombreux souvenirs. Ils nous portent à nous demander comment depuis plusieurs décennies la pratique infirmière a-t-elle pu se vivre et se développer dans un tel contexte? Rappelons les nombreuses fermetures et fusions d'établissements, les changements de mission d'établissements du réseau de santé, comme l'illustre le « virage ambulatoire » des années 1990, les changements de structures organisationnelles des établissements comme une gestion par programme qui a amené des infirmières à se spécialiser et d'autres à faire des deuils sur certaines de leurs compétences, les compressions budgétaires qui se font de façon régulière, les départs volontaires à la retraite d'infirmières soignantes, d'enseignantes et de gestionnaires vécus en 1996-1997, ou bien ceux plus actuels parce qu'elles sont épisées.

On peut aussi se demander comment il se fait qu'il y ait eu cette diminution d'appui et de soutien clinique, comme cela s'est produit de 1996 à 1999, lors du contingentement des programmes de formation en soins infirmiers, privant ainsi le réseau d'une relève suffisante. On peut aussi se demander comment il se fait qu'il y a eu une grève des infirmières, comme celle de 1999, marquée par des sanctions sévères infligées par le gouvernement, et plus près de nous, une fuite d'infirmières du réseau public vers un réseau privé. Nul ne doute que tout ce brassage contextuel affecte l'ensemble du personnel des établissements et par le fait même, le sens donné à leur pratique.

4.1.2 Une société et un monde du travail évoluant selon une logique d'excellence et de dépassement

Notre exploration réflexive nous conduit à reconnaître que, lié aux pressions d'une économie en mutation constante, il est également important de s'inquiéter de la pratique des soins dans notre monde. Selon Capra (1982), Gélenot (1992) et Lemieux (2000), il s'agit d'un monde qui vit des difficultés globales, complexes et ingérables. Un monde marqué par des valeurs de plus en plus hédonistes, individualistes et compétitives. Les infirmières évoluent dans cet environnement social qui, selon Morin (2008), s'accroche à cette tendance d'utiliser une logique d'excellence et de dépassement qui renforcent ces valeurs de compétition et d'individualisme au détriment des valeurs de coopération et de communauté. Pour Lemieux (2000), il s'agit d'un monde saturé d'un sens qui impose, un sens de plus en plus totalitaire puisqu'il ne laisse de place qu'à une pensée unique, dans une logique économique de marchés et de technologies.

Nous partageons ces réflexions d'Aubert (2008) sur un système social « moderne », devenu « postmoderne », puis rendu de nos jours « hypermoderne ».

En fait, la société « hypermoderne » est le fruit de la mondialisation de l'économie et de la flexibilité généralisée qu'elle entraîne, avec ses exigences de performance, d'adaptabilité et de réactivité toujours plus grandes, induisant une modification profonde de nos comportements. La révolution survenue dans les technologies de la communication y joue un rôle essentiel, impliquant une mutation de notre rapport au temps, une obligation de réagir dans l'immédiat et

une impossibilité de vivre des valeurs de long terme. C'est une société dans laquelle tout est exacerbé, poussée à l'excès, à l'outrance même, une société dans laquelle tout est « hyper », qu'il s'agisse de la concurrence, du profit, de la recherche de jouissance, de la violence ou, plus récemment, du terrorisme ou du capitalisme... Marquée par le triomphe de la logique marchande et l'éclatement de toutes les limites ayant jusque-là structuré la construction des identités individuelles, la société « hypermoderne » est une société dans laquelle tout semble possible, mais qui rejette impitoyablement ceux qui ne réussissent pas à rester dans la course. Elle repose sur deux modes de comportement très caractéristiques : d'un côté l'hyperconsommation (Lipovetsky, 2003), de l'autre ce qu'on pourrait appeler l'hyperperformance (Aubert, 2006) pour exprimer cette exigence de performance poussée à l'extrême qui s'impose à tous les individus et aboutit à un clivage entre ceux qui suivent le rythme et ceux qui n'y parviennent pas. (p. 24)

La prépondérance de ces valeurs d'une société à la recherche d'une hypermodernité n'est pas sans avoir des effets importants sur les personnes que Bigler (2008) résume ainsi :

Ainsi, stress, urgence, compétition et individualisme sont les valeurs actuelles de notre société. Dans cette course folle, le travailleur se sent souvent isolé et manque parfois cruellement de soutien, alors que l'on exige de lui un niveau de qualification qui augmente et davantage de disponibilité. Pointent à l'horizon tour à tour, surinvestissement, désenchantement, perte de sens, déception, découragement et surmenage. (p. 136)

Au Québec, c'est sans doute ce qui explique qu'entre 1990 et 2002, les réclamations pour lésions professionnelles reliées au stress, à l'épuisement professionnel et à d'autres facteurs d'ordre psychologique ont doublé à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). À cela s'ajoutent, les indemnités versées en remplacement de revenu qui ont quadruplé au cours de la même période (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

4.1.3 Une pénurie qualitative et quantitative de la main-d'œuvre infirmière

Les pressions économiques exercées ces 20 dernières années sur le système de santé québécois, associées à un modèle de société axé sur l'excellence et le dépassement, pourraient expliquer en grande partie, selon notre perception, la pénurie qualitative et

quantitative de main-d'œuvre infirmière. Une pénurie qualifiée de modérée à sévère selon les régions du Québec.

Pour Basu et Gupta (2007), plusieurs arguments servent à expliquer cette situation de pénurie. Il y a ceux fondés sur une faible demande de nouvelles infirmières liée aux restrictions budgétaires imposées au réseau au milieu des années 1990, ainsi que la détérioration des conditions de travail. Le virage ambulatoire dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec au milieu des années 1990 est un exemple d'une volonté de réduction de personnes hospitalisées.

À ce sujet, il est intéressant de retenir une réflexion de Gaumer (2008). Ce dernier affirme que malgré certains efforts visant à orienter les soins vers la communauté, qui est un objectif du virage ambulatoire des années 1990, le développement demeure encore timide dans l'implantation des réseaux intégrés de services ou des groupements de médecine de famille (GMF). Le réseau de santé demeure toujours fortement centré sur l'hôpital, faisant en sorte que le système socio-sanitaire du Québec éprouve encore de sérieuses difficultés à développer son volet communautaire. Par exemple, alors que l'on mise depuis plusieurs années sur les soins à domicile pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et atteinte souvent de plusieurs problèmes de santé, ces derniers accaparent seulement 3 % des dépenses publiques de santé. Ce qui fait penser qu'en fin de compte, ce ne sont peut-être pas les changements qui posent problème, mais plutôt une résistance du système-hôpital-entreprise à changer.

Pour expliquer la pénurie de personnel en milieu de santé en France, Jasseron, Estryn-Behar, Le Nezet et Rahhali (2006) notent sept facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Il s'agit de 1) l'insatisfaction quant aux perspectives professionnelles; 2) les difficultés à remplir les responsabilités familiales; 3) des troubles de la santé mentale pour les soignants non suivis médicalement; 4) l'insatisfaction concernant le soutien psychologique; 5) la fatigue; 6) des troubles musculosquelettiques diagnostiqués par le médecin et 7) l'insatisfaction concernant l'utilisation des compétences. À cet exemple de la

France, s'ajoutent d'autres causes : un plus large éventail de possibilités professionnelles dans d'autres secteurs, ce qui rend la rétention dans la profession d'infirmière plus difficile, le peu de valorisation sociale attachée aux soins infirmiers, les perceptions négatives des conditions de travail et un effectif infirmier vieillissant porté à réduire leurs heures de travail ou à prendre leur retraite (Basu et Gupta, 2007).

Ce contexte de pénurie de personnel soignant s'accompagne paradoxalement d'une augmentation de la demande en services infirmiers. Pour illustrer la croissance de la demande en services infirmiers dans le futur, Basu et Gupta (2007) rapportent l'exemple de la Nouvelle-Écosse. Ces auteurs mentionnent qu'il sera possible d'observer par exemple, une hausse significative de soins de 36 % pour traiter les maladies du système circulatoire, de 29 % pour les cancers et de 25 % pour les maladies endocriniennes. Ils ajoutent que tout indique que la situation ira en s'aggravant au cours des 15 prochaines années. Cette demande accrue de soins alimentera le cycle, aujourd'hui insoluble dans un contexte social de productivité, d'un manque de ressources qui amène une charge de travail accrue, du temps supplémentaire obligatoire, du stress, une exposition aux blessures pouvant entraîner une invalidité, un épuisement professionnel et de l'absentéisme. Enfin, tout ce qu'il faut pour favoriser des coupures dans les services et une perte de sens de la pratique pour une infirmière.

4.1.4 Le danger d'un manque de sécurité pour la clientèle

Même si en général, les clients se disent satisfaits ou très satisfaits des services rendus, une fois qu'ils ont reçu ces services (Rocheleau, Végiard, Tremblay, Camirand, Neill et Traoré, 2008, Gaumer, 2008), il n'en demeure pas moins que de plus en plus, la sécurité des clients s'inscrit parmi les plus graves problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé de par le monde (Hunter et Giardino, 2007). Une étude de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ) (2001) sur la qualité des soins fait ressortir plusieurs problèmes associés à une surcharge de travail en volume et en intensité. Parmi ces problèmes figurent : une augmentation des lésions de pression, des chutes et des erreurs de

médication, l'omission de soins et de traitements, une augmentation des maladies nosocomiales, un manque de respect des droits des clients, une utilisation abusive de contentions chimiques, des difficultés entourant la gestion des risques d'infection et de la prévention des accidents, etc.

4.2 Une exploration réflexive sur des éléments de l'environnement interne qui ont des effets sur la pratique infirmière

Dans sa pratique, l'infirmière a souvent peu de pouvoir sur les éléments économiques faisant obstacle au développement et au maintien d'un système public de santé bien portant. Elle a aussi peu de pouvoir sur un modèle de société basé sur une logique de l'excellence et du dépassement. Il en va toutefois autrement, pour les éléments de l'environnement interne, où les infirmières ont plus de pouvoir que souvent, elles ne prennent pas. Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous réfléchissons, à l'élément interne d'une pratique reconnue professionnellement et devenue de plus en plus complexe, et à cet autre élément beaucoup moins positif d'une perte de sens chez des infirmières qui inquiète de plus en plus. Nous terminons avec quelques observations sur le manque de temps et d'espace pour un dialogue réflexif sur sa pratique.

4.2.1 Une pratique reconnue professionnellement et devenue de plus en plus complexe

La quatrième phase autonomiste de la pratique infirmière de Blondeau (2002) se confond également avec le paradigme d'une transformation croissante de la pratique infirmière. Pour Kérouac et al. (2003), ce paradigme se caractérise par une pratique qui doit constamment s'ajuster à des phénomènes de dispensation des soins uniques, complexes et globaux dont les éléments en interaction sont continus, réciproques et simultanés. Dans cette pratique, l'infirmière et la personne qu'elle soigne sont vues comme des partenaires dans des soins devenus individualisés. Elle accompagne la personne dans ses expériences de santé et de maladie. La transformation de la pratique infirmière, liée à la dignité de l'être humain et à sa qualité de vie, devient alors plus sensible à une vision holistique de soin global et singulier à prodiguer à une personne (Kérouac et al., 2003).

L'Office des professions du Québec, qui a reconnu l'exclusivité de l'exercice infirmier et le titre en 1974, a également été interpellé par ce paradigme de la transformation des soins singuliers aux personnes et s'est engagé à définir le champ d'exercice de douze professions du domaine de la santé, dont celui des infirmières. En collaboration avec les différents acteurs du réseau de la santé, il a revu le partage des champs d'exercices professionnels. Le projet de Loi 90, entré en vigueur en janvier 2003, confirme la reconnaissance de compétences et de responsabilités des professionnels de la santé. L'article 36 stipule que « l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne (famille, groupe et collectivité), à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Sur la base d'une ordonnance collective, la Loi 90 permet à une infirmière de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques sans attendre une ordonnance individuelle (Gouvernement du Québec, 2002). Elle reconnaît l'autonomie et la prise de décisions cliniques par les infirmières qui ont donné lieu à des modifications à la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec. Dans cette dernière loi, il y est reconnu que « les infirmières peuvent évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ». Le plan thérapeutique infirmier sert à déterminer et à inscrire le portrait clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires des besoins d'un client. Il constitue un outil de collaboration interprofessionnelle utile puisqu'il permet à l'infirmière de colliger ses décisions cliniques à partir de son évaluation, assurant ainsi le suivi clinique du client (OIIQ, 2006). Nous constatons que ces 15 dernières années, la pratique singulière des infirmières québécoises se complexifie en se voyant accorder un plus grand rôle d'évaluation, de surveillance et de suivi auprès de la clientèle.

En plus de se complexifier, la pratique des infirmières s'exerce dans une variété d'organismes publics et privés. Dans le réseau public de santé, elles interviennent dans les Centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui incluent les missions CLSC et les CHSLD, dans les organismes communautaires intervenants auprès de clientèles vivant avec des problèmes de santé chroniques, dans les agences régionales de santé et services sociaux, dans les GMF et dans les services Info-santé. Toujours dans le réseau public, elles pratiquent dans le réseau de l'éducation en tant que dispensatrices de soins et de responsable de programmes de prévention, elles exercent leur profession à titre de professeures aux niveaux collégial et universitaire et elles s'impliquent dans les instances politiques liées aux syndicats, à la gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux et autres. Finalement, les infirmières sont présentes de plus en plus dans les entreprises privées de soins, dans les pharmacies, etc. Encore là, cette diversité de lieu d'intervention représente un indice de la complexité actuelle de la pratique infirmière.

Selon leur niveau de formation collégiale ou universitaire, elles occupent des postes de techniciennes, de cliniciennes ou de praticiennes spécialisées. Elles prodiguent des soins généraux et spécialisés auprès de diverses clientèles (âges, religion, culture, langue) lors de situations critiques ou complexes ou encore qui nécessitent une surveillance. Elles exercent des fonctions de gestionnaire d'équipes de soins, de liaison visant la continuité des soins, de suivi d'épisodes de soins et de suivi systématique de clientèles.

4.2.2 La reconnaissance d'une souffrance chez des soignantes

Les écrits précédents que nous avons consultés pour explorer l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière ainsi que les éléments du contexte de travail actuel qui l'influence, nous conduisent à une réflexion récurrente tout au long de notre itinéraire, sur la reconnaissance d'une souffrance chez les soignantes. Des soignantes qui ont du mal à mettre en œuvre leur idéal de soin dans les conditions actuelles de pratique. Nous pensons que le contexte global d'une pratique infirmière qui a changé, qui change et changera encore, impose une adaptation continue pour prévenir et surmonter cette souffrance.

Comment faire pour prendre soin des soignantes qui souffrent, et ce, le plus souvent dans le silence et l'isolement? Comment faire pour éviter qu'elles ne deviennent à leur tour des soignées?

Pour alimenter notre réflexion sur la souffrance chez les soignantes, nous avons choisi, comme le présente le tableau VIII, de faire une brève incursion dans le monde de la presse écrite (Poirier, 2009) afin de recueillir ce qui est véhiculé par des médias, au Québec et en France au cours des dernières années (2004 à 2008).

Tableau VIII - Titres d'articles parus dans un journal ou une revue au cours des dernières années

-
- Prévenir la souffrance au travail : une priorité du gouvernement. (Ministre de la Santé, France, mars 2008).
 - Infirmière, une profession en mutation. (La Presse, 2007).
 - La souffrance des professionnels de la santé. (Douleurs, 2007).
 - La pénurie d'infirmières s'amplifiera. (Le Quotidien, 2007).
 - Tu prends ça trop à cœur, tu vas te rendre malade! (La Presse, 2006).
 - Personnel infirmier à bout de souffle! (Le Quotidien, 2006).
 - Pas facile le travail d'infirmière. (La Presse, 2006).
 - Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. (Soins, cadres de santé, 2006).
 - Souffrance cachée des soignants : quelles réponses? (Médecine palliative, 2005).
 - Infirmières, des conditions de travail encore plus difficiles. (Revue Soins, février 2005).
 - Le mal-être quotidien du soignant. (Éthique et santé, mai 2004).
-

Ces titres, qui laissent entrevoir un portrait plutôt sombre de l'état de santé et des conditions dans lesquelles peut s'exercer la pratique infirmière, présentent une image non négligeable d'une reconnaissance dans l'espace public de la souffrance chez le personnel soignant. Ils rejoignent des études qui apportent des observations sur ce phénomène. Une enquête réalisée en 2005 auprès de 19 000 personnes soignantes, de toutes les provinces et

tous les territoires canadiens, livre de précieux renseignements sur leur état de santé. Shields et Wilkins (2006), les responsables de cette étude, soulignent :

...l'état de santé général passable ou mauvais chez les infirmières canadiennes était lié à des facteurs de stress au travail, notamment le degré élevé de tensions et de contraintes, le manque de soutien de la part de leur superviseur ou de leurs collègues de travail, ainsi que les exigences physiques excessives. D'autres facteurs comme le manque d'autonomie et de contrôle sur la pratique ou de respect de la part des supérieurs, les mauvaises relations entre infirmières et médecins et la surcharge de travail étaient aussi associées à un état de santé général passable ou mauvais. (p. XVI)

Au Québec, Trudel, Vonarx, Simard, Vézina, Vinet, Brisson et Bourdonnais, (2006) affirment que « les problèmes de santé mentale surpassent, dans certains milieux, les troubles musculosquelettiques qui étaient au premier rang des raisons d'absence du travail ». (p. 6). Selon ces derniers :

Des problèmes de santé surviennent lorsque les travailleurs sont exposés à une demande psychologique élevée (quantité de travail, exigences intellectuelles requises et contraintes de temps), à une faible latitude décisionnelle (utilisation et développement des compétences, autonomie dans le travail et participation aux décisions) et à un faible soutien social (aide et reconnaissance des collègues et des superviseurs). L'exposition à un déséquilibre entre les efforts fournis au travail (efforts extrinsèques et intrinsèques) et les récompenses (la rémunération, l'estime [respect, traitement juste] et le contrôle sur le statut professionnel) engendrent également des problèmes de santé (Trudel et al., 2006, p. 5)

Une autre étude effectuée auprès de 18,262 soignantes œuvrant dans 55 établissements de santé situés dans 10 pays européens, dresse un portrait semblable de la santé, de la satisfaction au travail et de l'abandon du métier de soignante (Estryn-Behar, 2004). Il est intéressant de constater que 86,9 % des soignantes interrogées sont fières ou plutôt fières de leur métier. Cependant, cette étude dénote avec un pourcentage de plus de 60 % une insatisfaction liée :

- au soutien psychologique au travail;
- aux conditions physiques de travail;

- au chevauchement pour les transmissions des informations;
- au salaire par rapport aux besoins financiers;
- à leur pouvoir de donner les soins adéquats;
- à l'utilisation des compétences et les perspectives professionnelles;
- à la pénibilité morale;
- au manque de travail en équipe;
- à leurs inquiétudes sur la qualité des soins, la pénibilité physique ainsi que les horaires et planifications;
- au désinvestissement relationnel;
- à la diminution du sentiment d'accomplissement personnel;
- à la pression par le temps et les exigences du travail.

Plus de 60 % des soignantes interrogées mentionnent également une perturbation due aux efforts physiques, mais aussi, à l'augmentation des tâches administratives qui est un facteur déclaré « très perturbant ».

Une infirmière qui a participé à cette enquête affirme :

Le plus pénible pour moi aujourd’hui c'est le fait de n'être plus en communion avec mon idéal du soin (prendre soin) et les soins que l'on nous demande d'accomplir. Je ne serai jamais une infirmière performante et productive. Je suis une infirmière qui souhaite écouter la souffrance de l'autre, et pour cela il faut du temps. Une seule infirmière pour 30 patients me semble une aberration ». Changement : « une meilleure organisation des soins. Un respect mutuel de la fonction de chacun. Une communication réelle, parce que personne ne s'écoute entre monde médical et administration. Avoir du temps pour être auprès des patients, car c'est d'abord pour eux que je viens travailler. (Estryn-Behar, 2004, p. 24).

Une recherche-action, celle de Bouvet et Sauvage (2005) réalisée en France, permet de mieux comprendre sur le plan éthique, le malaise exprimé par les infirmières face à une impossibilité de mettre en œuvre leur idéal de soins dans les conditions actuelles de pratique. L'analyse d'une trentaine d'interviews auprès d'infirmières françaises et belges a permis d'identifier ces principaux malaises :

- une identité professionnelle introuvable;
- un idéal de soins infirmiers inapplicable;
- un sentiment de non-reconnaissance de la profession, par les infirmières elles-mêmes et par les autres professionnels;
- un niveau de la relation avec le client caractérisé par un patient trop souvent réduit à n'être qu'un objet;
- une clientèle considérée comme plus exigeante;
- un contexte de travail contrariant;
- une relation mitigée avec l'équipe et avec les médecins. À ce sujet se trouve une reconnaissance de la richesse d'une équipe multidisciplinaire, mais aussi des limites, dont une relation « obligée » avec les médecins non satisfaisante;
- des structures (budget, directives, protocoles, etc.) qui empêchent d'offrir une qualité des soins; les infirmières déplorent à avoir à se soumettre à un système hiérarchisé qui leur impose des décisions d'en haut et dénoncent le fait que l'hôpital soit devenu une entreprise;
- les changements qui affectent autant l'organisation, la pratique des soins et les relations;
- un manque de temps et de moyens pour être plus présent avec les patients; les infirmières se plaignent en plus de ne plus avoir le temps de réfléchir à ce qu'elles font ou à comment elle pourrait faire autrement. (Bouvet et Sauvaige, 2005)

D'autres études que nous avons consultées, notamment, celle de l'Unité des Sciences Hospitalières et médico-sociales de l'Université catholique de Louvain par Dierckx de Casterlé, Milisen et Darras (2003), celle de Zeytinoglu et Denton, (2005) et cet autre de Priest, (2006) font état également de ces malaises exprimés par des infirmières d'ici et d'ailleurs.

À la lecture de ces écrits et de ces études s'intéressant au thème de la souffrance des soignantes, nous avons été éveillée à l'importance d'alimenter notre réflexion en recueillant

les réflexions sur ce thème du sens donné à la pratique auprès d'infirmières que nous côtoyons de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean. En effet, en tant que professeure d'une université située dans cette région, nous sommes devant le défi de former des infirmières débutantes à des valeurs et attitudes humanistes. Et ce, tout en les préparant à travailler dans des environnements de travail caractérisés par une grande complexité, aux prises avec de nombreux problèmes socio-économiques, et dans lesquels il peut être facile d'y observer une perte de sens à l'activité humaine et une souffrance qui risque de se profiler tout au long de leur carrière.

4.2.3 Le manque d'un temps et d'un espace pour un dialogue réflexif sur sa pratique

Une explication à cette observation d'un manque d'accès au sens subjectif donné à une pratique infirmière singulière vient des infirmières et de nos expériences d'enseignante et d'infirmière. Il réside dans la difficulté à créer, dans nos milieux cliniques et nos milieux d'enseignement, un temps et un espace propice à la réflexion issue d'un dialogue, intérieur avec soi, avec d'autres infirmières et personnes significatives. Un temps et un espace qu'il importe « de créer d'une façon inséparable et synergétique » (Grand' Maison, 1978, p. 83) pour avoir accès à son univers intérieur.

À ce manque de temps, en lien avec les soins fréquemment, exprimé par des infirmières, Collière (1996) mentionne que :

Les soins sont inscrits dans la dynamique du temps, dimension interférant constamment et pourtant si méconnue. Elle n'est ressentie que sous forme d'une oppression permanente de « manque de temps » ... « pas le temps »... Assurer de soigner dans la durée, scandée de rythmes de travail très exigeants avec des moments d'une extrême intensité, ne va pas de soi. ... Les difficultés rencontrées par les soignants toujours confrontés à un temps découpé, saccadé, sont d'autant plus grandes que formés à répondre aux situations dans « l'ici et maintenant », ils ne maîtrisent pas du tout ou rarement la lecture du temps qui demeure le plus souvent pour eux un temps qui les écrase, sans avoir de prise sur la façon dont se joue cette dynamique du temps. (p.180)

D'abord perçu comme une denrée rare et précieuse dans notre société occidentale, et par le fait même dans nos milieux de travail, Aubert (2003) nous invite à distinguer deux types de temps. Il y a le temps physique, celui des horloges qui mesurent et limitent et dans lequel se succèdent des événements. Puis, le temps subjectif qui, intangible, est celui de la conscience qui se trouve à l'intérieur de soi et qui s'écoule de façon non uniforme et hors d'un temps mesurable.

En étudiant différents secteurs d'activité humaine : industrie pharmaceutique, assurance, automobile, etc., Aubert (2003) observe que le rapport au temps, dans le monde du travail serait temporel et caractérisé par « le règne de l'urgence, de l'instantanéité, de l'immédiateté et la vitesse qui les unit » (p. 20). Trois notions générées par l'avènement de la mondialisation économique et financière à partir du milieu des années 1980. Elle-même rendue possible par la révolution, à cette époque, des télécommunications.

Il s'agit « d'un type de culture d'urgence tout à fait propice à une survalorisation de l'action (envahissement du quantitatif) vue comme un antidote à l'incertitude du futur » (Aubert, 2003, p. 102). Un « type de culture organisationnelle qui se démarque par un phénomène de compression du temps, du personnel et des compétences toujours plus polyvalentes. Cela se traduit par la nécessité de faire toujours plus, avec toujours moins de personnes et en toujours moins de temps » (Aubert, 2003, p. 102). Selon Aubert (2008), il n'est pas rare de trouver dans un tel contexte, des travailleuses portées à « hyperréagir » ou à devenir « hyperperformante ». Des travailleuses qui n'ont pas le temps nécessaire pour un recul et une réflexion sur ce qui se passe, ni un espace pour se mettre à distance.

Shield et Wilkins (2006) apportent des données illustrant le rapport physique au temps dans lequel prend place la pratique infirmière. Selon ces auteurs, plus de la moitié (54 % des 19, 000 infirmières interrogées) ont déclaré qu'elles arrivaient souvent tôt au travail ou qu'elles restaient tard afin d'accomplir leurs tâches et 62 % ont déclaré qu'elles travaillaient pendant leurs pauses. En outre, deux tiers (67 %) avaient souvent l'impression d'avoir trop de travail et 45 % ont dit qu'elles n'avaient pas assez de temps pour s'acquitter

de leurs tâches. Des infirmières seraient dans un cercle devenu infernal d'un manque d'un temps physique en raison d'une pression au travail qui s'accumule, des délais de plus en plus courts et un climat d'urgence généralisé. Nous serions devant l'absence d'un temps subjectif propice à la réflexion sur sa pratique infirmière.

L'absence d'un temps de réflexion s'accompagne inévitablement d'une absence d'un temps de dialogue avec soi et les autres. Nous observons une perte des capacités relationnelles qui exigent du temps subjectif. Pour Aubert (2008), « les relations durables ont laissé la place aux relations dites liquides et éphémères » (p. 38). En raison d'un manque de temps pour échanger avec les autres, le lien social se perd. Un lien jugé essentiel qui permettrait de surmonter maintes difficultés.

Ce qui nous amène à conclure que des infirmières se trouvent dans des contextes de travail qui offrent peu de temps pour vivre un réel dialogue réflexif, jugé fondamental, sur le sens qu'elles donnent à leur pratique. Nous nous côtoyons, professeures, infirmières et collègues, nous occupons un même espace où nous communiquons sans avoir nécessairement le temps d'exercer un véritable dialogue réflexif significatif sur nos pratiques. Des pratiques qui risquent fortement de s'exercer dans les contextes professionnel, organisationnel et social, déficients. Ce rapport au temps chronologique ne favorise pas le rapprochement entre professeures et les étudiantes infirmières dans les milieux d'enseignement, ni entre les collègues dans un même service. Il nous prive de précieuses réflexions sur le sens donné à une pratique en lien avec les différentes problématiques actuelles.

Tout comme le temps, les lieux dans lesquels nous travaillons façonnent nos manières d'être et nos comportements. C'est ce qu'affirme Fischer (1989). Pour cet auteur, le lieu de travail est un endroit dans lequel on vit et même s'il n'appartient pas à la personne, il est vécu comme un espace personnel où chaque personne a tendance à s'approprier un espace vital. Cela permet d'exprimer son identité et son statut sur l'échelle de l'organisation. Plus l'espace est personnalisé plus la marge d'autonomie est grande.

Selon Fischer (1989), l'espace est une composante du fonctionnement technique et social qui s'enchevêtre. Il conduit à l'adoption de comportements spécifiques qui peuvent produire ou empêcher une conduite déterminée. L'espace physique de travail, comme ceux en milieux cliniques ou une salle de cours, constituerait à la fois un espace instrumental répondant à une fonctionnalité et un espace symbolique auquel sont attachées des valeurs. Ils seraient structurés de la même façon qu'une communication non verbale qui livre un message sur la qualité d'une dynamique interactionnelle et relationnelle. L'espace d'un département occupant un étage ou une partie d'un étage d'un hôpital, tout en étant instrumental, livre également ce type de message symbolique témoignant de la dynamique relationnelle vécue par les personnes qui l'habitent. Il en va de même pour une salle de cours dans un cégep ou à l'université. Ces espaces physiques sont porteurs de symboles pouvant être froid, chaleureux, propice au dialogue, etc.

Il est aussi intéressant de constater que l'habitation ou la cohabitation d'un espace de travail comporte à la fois une fonction instrumentale, temporelle et symbolique. Toujours d'après Fischer (1989), un espace peut se définir par son ambiance et peut comporter plusieurs aspects : un aspect social (le type d'échange), un aspect esthétique (l'harmonie) et un aspect systémique (les relations entre les diverses composantes et les événements environnementaux). La perception de cet espace se joue à plusieurs niveaux qui sont inséparables : le niveau cognitif (interprétatif), le normatif (évaluation, qualité, codes) et l'affectif.

Nous n'avons pas trouvé d'études communiquant les perceptions d'infirmières sur leur espace de travail, et en ce qui nous concerne, sur l'opportunité d'y vivre des moments de dialogue. Par expérience, nous savons que les infirmières utilisent rarement un temps et un espace particulier pour créer entre elles un dialogue réflexif plus en profondeur sur le sens qu'elles donnent à leur pratique. Toutefois, tout au long de notre itinéraire d'exploration réflexive, nous avons fait l'expérience qu'il fallait non seulement se donner du temps subjectif pour entrer en dialogue avec soi et avec les autres, mais également habiter un espace physique rendant possible de vivre intensément ce dialogue réflexif. Dans la

préparation et la réalisation de l'itinéraire d'exploration réflexive, que nous proposerons à des infirmières, sujets de notre étude, nous sommes conscientes que le dialogue réflexif devra se dérouler dans un temps subjectif et un espace particulier favorisant l'éclosion et l'évolution de ce genre de démarche.

Encore là, nous reconnaissions qu'au-delà de l'espace physique, il y a un méta-espace qui est ce que Grand' Maison (2004) nomme le jardin secret à cultiver en soi pour réconcilier l'intériorité et l'engagement. Ce jardin secret englobe et donne un sens à l'espace physique occupé, quel que soit son temps et son lieu.

4.3 Le sens donné à la pratique infirmière avec des auteurs lié au contexte

Le chapitre 4 nous a permis de faire porter notre exploration réflexive sur des éléments des environnements interne et externe qui ont des effets sur la pratique infirmière actuelle. Nous retenons qu'il s'agit d'une pratique infirmière qui s'exerce dans un système professionnel en évolution, mais qui se trouve dans un système organisationnel d'une grande complexité qui a du mal à la soutenir. Des systèmes exposés à la diversité des clientèles, à l'amélioration constante des soins dispensés et aux problématiques financières récurrentes des milieux de soins. Une pratique contrainte à relever de nombreux défis, comme : la surcharge de travail, une pénurie qualitative et quantitative de personnel, une augmentation de la demande de soins, des conflits de rôle, et ce qui nous apparaît préoccupant, celui du passage d'une pratique « soignante » à une pratique de gestionnaire de cas (Desrosiers, 2009), ou encore, à une pratique devenue de plus en plus « médicale ».

Le tableau IX présente les unités de sens et les réflexions issues du dialogue avec des auteurs liés au contexte, les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage à retenir de notre itinéraire d'exploration réflexive.

Tableau IX - Les résultats obtenus à la cinquième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive sur le contexte avec des auteurs

Les unités de sens et les réflexions à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive	<i>Les ingrédients et les effets du processus d'apprentissage</i>		
Les unités de sens liées au contexte issues du dialogue virtuel avec des auteurs.	Les réflexions à retenir dans notre itinéraire d'exploration réflexive.	<i>Les ingrédients du processus d'apprentissage</i>	<i>Les effets du processus d'apprentissage</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Éléments de l'environnement externe qui ont des effets sur la pratique infirmière : <ul style="list-style-type: none"> - Pressions affectant le développement du système public de santé québécois. - Société et un monde du travail évoluant selon une logique d'excellence et de dépassement. - Pénurie qualitative et quantitative de la main-d'œuvre infirmière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de santé publique québécois a connu ces dernières décennies son lot de changements profonds. • Depuis plus de 20 ans, ce système cherche à maîtriser ses coûts. On est passé d'un discours priorisant le soin à celui priorisant l'économie. • Pratique considérée comme non optimale par des infirmières. • Contexte de travail qui a du mal à supporter une pratique optimale. • Système professionnel d'une grande complexité, 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Exploration réflexive</i> • <i>Dialogue avec des auteurs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Motivation à poursuivre notre démarche d'exploration réflexive sur le sens donné à sa pratique avec un groupe d'infirmières.</i> • <i>Motivation pour la création d'un temps et d'un espace pour un dialogue réflexif sur sa pratique.</i>

(suite) Les résultats obtenus à la cinquième étape de notre itinéraire d'exploration réflexive
sur le contexte avec des auteurs

<ul style="list-style-type: none"> • Danger d'un manque de sécurité pour la clientèle. • Éléments de l'environnement interne qui ont des effets sur la pratique infirmière : <ul style="list-style-type: none"> - Pratique reconnue et devenue de plus en plus complexe. - Reconnaissance d'une souffrance chez des soignantes. - Manque d'un temps et d'un espace pour un dialogue réflexif sur sa pratique. 	<p>hautement hiérarchisé avec une formation sur plusieurs paliers.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souffrance bien souvent reliée à une pratique prise en tension entre l'idéal du soin transmis par l'histoire et la science, les exigences de la clientèle et les impératifs de rentabilité d'une organisation de services de santé-entreprise. • Difficultés qui nécessitent de revoir le sens donné à sa pratique. • Manque d'un temps et d'un espace pour un dialogue réflexif sur le sens donné à sa pratique. 		
---	--	--	--

Lors de cette deuxième partie de ma thèse, il a été possible de suivre mon itinéraire d'exploration réflexive à la recherche d'un sens à donner à la pratique infirmière. L'étape 1 a permis de faire ressortir mes réflexions sur ma pratique infirmière dans un CLSC par la présentation des grandes lignes de mon récit de pratique. Lors d'une seconde et d'une troisième étape, l'accès à des réflexions recueillies lors de moments de dialogue avec d'autres infirmières a aidé à faire progresser, dans ma démarche réflexive, itérative et inductive, un sens donné à la pratique infirmière actuelle. Les quatrième et cinquième étapes ont consisté à vivre un dialogue virtuel avec des auteurs qui se sont intéressés à l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière et aux éléments des environnements, interne et externe, qui influencent actuellement cette pratique. Ce dialogue avec les auteurs a apporté une valeur ajoutée à mes réflexions personnelles et a, par conséquent, bonifié mon itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné *a posteriori* à ma pratique infirmière.

Ces cinq étapes m'ont permis d'apprivoiser des conditions favorables à une démarche praxéologique d'exploration réflexive qui m'ont aidée à découvrir l'intériorité et le jardin secret de ma pratique infirmière. J'ai été en mesure de développer, selon l'expression de Bateson (1977, 1980), une écologie de l'esprit du sens donné à ma pratique infirmière. J'ai saisi, par l'expérience de mon itinéraire d'exploration réflexive, que les infirmières doivent avoir accès à leur expérience subjective et singulière vécue quotidiennement dans leur pratique pour en faire émerger un sens. Pour atteindre l'objectif principal de mon parcours doctoral, j'ai voulu recréer cette écologie avec des infirmières, sujets de ma deuxième partie de recherche doctorale, en les conviant à vivre, après le mien, un second itinéraire d'exploration réflexive leur permettant de réfléchir sur le sens qu'elles donnent en 2009 à leur pratique.

PARTIE 3

L'itinéraire d'exploration réflexive des infirmières cochercheures de notre étude

Mon cheminement, lors des cinq premières étapes de mon itinéraire d'exploration réflexive, a été une opportunité de cerner des premières unités du sens donné à la pratique infirmière. Une démarche qui a permis, tout en apprenant à apprendre, à créer un temps subjectif pour cultiver son jardin intérieur par un dialogue réflexif avec soi et les autres. Ces premières étapes nous confortaient dans notre objectif principal de recherche de permettre à des infirmières de vivre également un itinéraire d'exploration réflexive. Un itinéraire balisé par la création de moments et d'espaces de dialogue, afin de les aider à découvrir le sens qu'elles donnent à leur pratique. Au terme de cet itinéraire, nous aurions accès à une richesse de réflexions constituant les composantes (les thèmes, les unités de sens, les apprentissages et autres) de la théorie d'usage du sens donné à leur pratique infirmière. Nous espérions ainsi avoir accès à l'ensemble des données pour co-construire un modèle, provisoire et évolutif de ce sens, d'une pratique professionnelle centrale dans le maintien et le développement d'un réseau de santé québécois de qualité.

Cette troisième partie de la thèse porte sur la description des balises qui ont guidé le parcours du dialogue réflexif d'infirmières ($N=10$) qui ont accepté d'être des sujets, des partenaires et des co-chercheuses dans notre recherche du sens donné à la pratique infirmière. Parmi ces balises, le cinquième chapitre situe certains fondements du dialogue réflexif et les conditions préalables que nous avons mises en place pour établir une relation de confiance avec les partenaires de notre étude. Le sixième chapitre présente la méthodologie du récit de pratique de même qu'une première analyse et interprétation des réflexions recueillies par cette démarche. Le septième chapitre, relate l'itinéraire poursuivi lors des cercles de dialogue et du journal d'itinérance ainsi qu'une première analyse et interprétation des réflexions recueillies tout au long de ce parcours.

*Chapitre 5 - Le choix d'un dialogue réflexif sur le sens donné à sa pratique :
un guide pour l'itinéraire d'exploration réflexive d'un groupe d'infirmières*

Le cinquième chapitre porte d'abord sur la description de l'approche d'un dialogue, inspirée de Bohm (1996). Un dialogue particulier qui a mené à la création, d'un temps subjectif et d'un espace où chacune des infirmières, en faisant l'expérience d'un groupe de réflexions et d'apprentissages, a vécu un itinéraire personnel d'exploration réflexive pour prendre conscience du sens qu'elle donne à sa pratique. Nous présentons ensuite notre posture de chercheure principale qui a choisi de convier des infirmières à être, sur une période de près de 10 mois, des sujets, des co-chercheuses et des partenaires impliquées à co-construire un modèle du sens donné à leur pratique. Pour compléter ce chapitre, nous livrons des composantes méthodologiques de notre recherche partenariale : les éléments de la certification éthique exigée par l'Université du Québec à Chicoutimi lorsque nous effectuons une étude auprès de sujets humains ainsi que les stratégies de recrutement et de préparation à la recherche.

5.1 L'influence de l'approche du dialogue de Bohm

5.1.1 *Le concept du dialogue de Bohm*

Bohm (1996) donne au mot « dialogue » un sens un peu différent de celui qui est communément accepté d'un échange entre deux personnes. « Dialogue » vient du grec *dialogos*. « *Logo* » veut dire « mot, discours ou parole », porteur d'un sens ou d'une signification. « *Dia* » veut dire « à travers » ou « par ». Cette vision du dialogue rejoue celle du philosophe Buber (1959) dans son volume « *La vie en dialogue* » énonçant que la personne en dialogue devient un Je « à travers » ou « par » un contact avec un Tu. « Le vis-à-vis paraît et s'efface, les phénomènes de relation se condensent ou se dissipent, et c'est dans cette alternance que s'éclaircit et croît, de proche en proche, la conscience du partenaire qui demeure le même, la conscience du Je » (p. 25). C'est dans cette perspective que Bohm émet l'idée que le dialogue, comme activité communicationnelle ou échange de paroles, facilite un courant de sens, de signification qui coule entre, parmi et à travers les personnes en communication les unes avec les autres. Le dialogue n'est pas avant tout la transmission matérielle d'un discours, il est une mise en relation avec soi à travers l'autre.

Bohm (1996), définit le dialogue comme une exploration réflexive collective non seulement du contenu de ce que des personnes disent, pensent et ressentent, mais aussi de leurs motivations, présuppositions, convictions, conceptions ou croyances sous-jacentes. La plupart du temps, ces composantes sous-jacentes à leur discours sont défendues quand elles sont remises en question par d'autres. Les personnes ne peuvent s'empêcher de les défendre et elles le font avec une grande implication émotionnelle. Cette dimension émotionnelle peut avoir un effet négatif dans l'interaction avec l'autre. Dans cette perspective, Bohm, Factor et Garrett (1991) affirment :

Dans notre culture moderne, les hommes et les femmes peuvent interagir de diverses façons : ils peuvent chanter, danser et jouer ensemble sans trop de difficulté, mais leur aptitude à parler de sujets qui les touchent profondément semble les conduire invariablement à la dispute, à la division et souvent à la violence.

Pour contrer cette valence négative, Bohm (1996) utilise l'approche d'un dialogue suspensif⁵ pour explorer toutes ces pressions émotives qui sont derrière les motivations, présuppositions, convictions, conceptions ou croyances des personnes, et non seulement pour considérer leurs représentations. Ce qui est ressenti est aussi important que ce qui est dit. De là, l'importance d'avoir accès, par le dialogue suspensif, à l'expérience subjective et socio-émotive des infirmières sujets de notre étude. Ce type de dialogue exige que les infirmières se fassent confiance. Une confiance qui s'établit d'une façon graduelle et qui permet au dialogue de s'approfondir pouvant aller jusqu'à voir émerger soudainement un sens collectif de tout cela.

5.1.2 L'objet du dialogue de Bohm

L'objet du dialogue suspensif, mentionne Bohm (1996), « n'est pas d'analyser les choses ou de gagner un débat, qui ajoute à la fragmentation qui existe dans le monde, ou

⁵ Dans cette thèse, le concept de dialogue de Bohm et ceux de dialogue suspensif et de dialogue réflexif sont synonymes.

d'échanger des opinions, il s'agit plutôt d'écouter ce qui se dit et de considérer toutes les opinions, de les suspendre, de les regarder et de voir ce que tout cela signifie. » À ce sujet, Bohm (1996) ajoute :

Le partage de l'esprit, de la conscience, est plus important que le contenu des opinions. De toute façon, ces opinions sont limitées. Il se peut que la réponse ne soit pas du tout dans les opinions, mais ailleurs. La vérité ne provient pas des opinions, elle émerge de quelque chose d'autre, peut-être d'un mouvement plus libre de l'esprit tacite. Nous devons donc avoir des sens cohérents si nous voulons percevoir la vérité ou en faire partie. Voilà pourquoi j'affirme avec tant de force la valeur du dialogue. Si nos sens sont incohérents, comment pourrons-nous participer à la vérité?

Le dialogue suspensif de Bohm (1996) vise une communication vraie et cohérente. Il est un antidote aux discussions qui opposent les interlocuteurs, les uns les autres, et ajoutent à la fragmentation qui existe dans le monde. En dialoguant, chaque personne contribue à l'élaboration de significations communes. Pour Pauchant et Mitroff (1995), le dialogue de Bohm offre beaucoup d'avantages. Il permet de mieux réaliser sa cohérence et ses différences. Il favorise l'exploration d'un questionnement, une démarche de recherche et la création d'un langage innovateur entre les partenaires. Il rend également possible, l'émergence dans le groupe d'une éthique toujours mouvante, provisoire et incertaine. Il facilite des prises de conscience. Celles sur l'influence des cultures organisationnelle et sociétales, et celles sur le danger des mécanismes de rationalisation institutionnalisée. Il permet, enfin, de créer une fonction spirituelle ou méditative.

5.1.3 Les dimensions du dialogue de Bohm

Pour Marchand (2000), s'inspirant de Cayer (1996), les dimensions du dialogue suspensif de Bohm se résument ainsi : « un dialogue comme :

- ***une conversation ayant pour vision de parler ensemble sans intention précise***, - être à l'écoute de l'autre et de soi-même, - être à l'écoute de l'être tout entier, - écouter sans juger, - respecter l'autre, - avoir de l'empathie, - avoir le souci de l'autre, - de la réceptivité, - de la sollicitude, - de

comprendre l'expérience de l'autre, - une participation interpersonnelle, - un raisonnement interpersonnel, et de la réciprocité;

- ***un mode de questionnement pour rendre visibles les présuppositions qui sous-tendent les propos des interlocuteurs***, - si tout est sujet à questionnement, - ne pas chercher nécessairement de réponse, - un questionnement du contenu et du processus qui exige ouverture et courage, - un art de questionner, - favorisant des prises de conscience, - une introspection, une réflexivité, - une démarche de désapprendre pour mieux apprendre;
- ***la création d'un sens commun*** qui est rendu possible quand le sens circule dans le groupe se nourrissant de la diversité des points de vue, pour qu'il y ait un sens partagé, - une expérience où les participants doivent accepter le risque d'être transformés, - un flot et une circulation de sens autour et à l'intérieur des participants, - une diversité des points de vue, - un contenu commun de la conscience, - facilitant l'émergence d'un sens qui a le pouvoir de créer, - la suspension de tout jugement, - une forme de thérapie sociale;
- ***une méditation collective*** qui est liée à la qualité d'attention, - amenant une prise de conscience de son expérience du moment en ne laissant pas la pensée couper cette expérience et en analysant plutôt qu'en la vivant, une attention portée sur soi et sur le groupe, - une acceptation de la réalité du moment présent sans tentative de changer les autres, - un raffinement de l'attention, sur les comportements, les situations, - une forme d'intelligence subtile allant au-delà de la dualité observatrice/observée, - une attention dirigée individuellement et collectivement vers le processus de la pensée, la créativité sociale et l'illumination;

- *un processus participatif* où existe une reconnaissance qu'il n'y a pas de séparation entre les membres du groupe et que chacun participe à créer ce qui se passe, - une vision cosmique du monde où tout est relié, - un sentiment de communion, sans hiérarchie, - un *empowerment* ou une autonomisation des participants, - une façon de voir le monde, une nouvelle forme de conscience, une perception du fait que nous sommes intimement liés, moins d'attachement au langage conceptuel, - si l'existence même de chaque chose prend naissance dans la participation ». (p. 83-87)

Ces dimensions laissent entrevoir que la pratique d'un dialogue suspensif favorise un questionnement éthique qui est, selon Fortin et Parent, (2004), une manière d'interroger l'action humaine. Deux approches éthiques s'offrent à l'infirmière pour l'aider à réfléchir dans et sur sa pratique et guider sa pratique : l'éthique hétérorégulatoire et l'éthique autorégulatoire. Par l'éthique hétérorégulatoire, l'infirmière se réfère à une source extérieure pour réguler ses attitudes et ses comportements. Elle est tributaire des règles, des normes et des valeurs culturelles et communautaires, que l'on retrouve dans des codes d'éthique organisationnels et déontologiques (Campeau et Jutras, 2007) comme celui de l'OIQ, enseignées dans les programmes collégiaux et universitaires de formation. Considérée comme un produit de la rationalité technique découlant de l'ère moderne, cette approche traditionnelle de la formation en éthique professionnelle correspond au modèle de la formation professionnelle en général (Patenaude, 1996).

Quant à l'éthique autorégulatoire, elle vient des valeurs et des attitudes intérieures de l'infirmière lorsqu'elle se demande par exemple : « Était-ce la meilleure chose à faire dans les circonstances, considérant que la décision qui a été prise avait des conséquences sur soi, sur les autres et sur l'environnement. » (Fortin et Parent, 2004). Dans cette perspective, Patenaude (1996) ajoute que le développement de la compétence éthique passe par l'apprentissage du dialogue bien compris, comme un mode à privilégier en vue de rencontrer cet agir responsable. Qui plus est, s'habiliter à dialoguer en vue de donner du sens à travers la diversité et la différence entre collègues, par exemple, ouvre à la

coopération, à l'agir communicationnel et intersubjectif régulé et lance un défi à l'interpersonnel.

Patenaude (1996) mentionne :

Partager des valeurs, le sens d'une pratique, c'est partager un horizon de signification par-delà la négociation ou la simple adhésion aux valeurs du groupe. Aussi, partager des valeurs issues du dialogue, c'est partager des normes, et non des sanctions, afin de prendre la mesure du partage de ces valeurs. Ainsi peut-on répondre de, c'est-à-dire être responsable. (p. 220)

Ainsi, l'agir responsable, qui se traduit par l'observance des comportements régis par un code de pratique, peut aussi faire place au partage de sens dans un dialogue qui oriente la pratique en posant les personnes comme libres et responsables. Ces deux types d'éthique opposés visent une même finalité, favoriser l'agir responsable des professionnels.

Notre intérêt à vouloir nous inspirer du dialogue de Bohm rejoint également la dimension d'une intérieurité porteuse d'une spiritualité liée au sens donné à la pratique infirmière. Pepin et Cara (2001) affirment qu'une spiritualité est possible si l'infirmière est en dialogue ou en relation avec elle-même, les partenaires de soins, les collègues, les autres, l'environnement et ce qui peut être plus grand qu'elle, c'est-à-dire, Dieu. La spiritualité est l'essence de la personne qui permet la mise en action. Elle est une recherche d'un sens profond à la vie et aux événements de la vie. Ces auteures affirment que la spiritualité touche la motivation et l'engagement envers les valeurs telles que l'amour, l'espoir, la beauté, la transcendance et le dépassement de soi.

Pour Grand-Maison (2004) « Le nouvel intérêt pour les valeurs spirituelles tient d'un besoin de donner plus de profondeur à sa vie, à son sens, à ses pratiques, à ses relations humaines, à ses amours, à sa mission propre. ... C'est dans notre jardin secret que notre âme trouve son langage, sa parole unique, le sens qu'elle donne à la vie » (p. 16). « C'est dans ce jardin secret qu'il est bon de se ressourcer et se retirer parfois lors de coups durs. C'est aussi là qu'on y trouve des richesses intérieures insoupçonnées et qu'on se parle à

soi-même avec le plus de vérité » (Grand' Maison, 2004, p. 29). Cette dimension de la spiritualité ainsi que celles citées par Cayer (1996) sont des composantes importantes de la pratique d'un dialogue suspensif qui vont nous permettre d'approfondir la théorie d'usage du sens donné par des infirmières à leur pratique.

5.2 Des aspects méthodologiques généraux en cohérence entre une approche de dialogue et un itinéraire d'exploration réflexive

Les chapitres 6 et 7 s'intéressent plus particulièrement aux aspects méthodologiques de la recherche. Ils vont développer les composantes spécifiques du récit de pratique, du cercle de dialogue et du journal d'itinérance. Ce sont les méthodes de recherche que nous avons retenues pour recueillir, analyser et interpréter les réflexions émergeant du dialogue réflexif balisant l'itinéraire d'exploration réflexive d'infirmières sur le sens donné à leur pratique. Pour que ces approches soient utilisées avec tout le potentiel d'exploration réflexive qu'elles supportent, il était important de mettre en place des aspects méthodologiques généraux de recherche pour favoriser l'éclosion de ce potentiel. Dans cette perspective, la recherche partenariale, l'élaboration d'une certification éthique et le choix des infirmières, co-chercheuses et partenaires de la recherche, constituaient des bases solides pour amorcer un itinéraire d'exploration réflexive sur le sens donné à sa pratique infirmière.

5.2.1 Une recherche partenariale

Pour être cohérente avec les intuitions du dialogue de Bohm, et afin de favoriser une démarche d'exploration réflexive en groupe, nous privilégions une approche de recherche partenariale. Il nous apparaissait important que la chercheure principale et les infirmières, considérées comme des co-chercheuses, développent une relation de coopération nécessaire afin d'atteindre les objectifs de recherche, et ce, tout en retirant un bénéfice mutuel au terme de cette étude.

Sutton (2007) et des collaborateurs se sont intéressés à réfléchir sur un modèle de recherche partenariale dans le cadre de l'Alliance de recherche universités et communautés en économie sociale (ARUC-ES). Pour ces chercheurs :

La recherche partenariale exige (...) une mise en proximité et une mobilisation des chercheurs et des praticiens de façon à combiner leurs savoirs, leurs méthodes et leurs ressources pour réaliser des projets de recherche qui seront autant pertinents pour le milieu universitaire que pour le milieu de la pratique. (p.6).

Différentes composantes, issues des réflexions de ce groupe de recherche, s'appliquent particulièrement bien à la présente étude partenariale où nous voulons :

- recueillir des données personnalisées;
- établir une rétroaction des infirmières au cours de la démarche de recherche rendant le modèle de la théorie d'usage sur le sens donné à leur pratique évolutif et dynamique;
- privilégier une information circulant de façon continue entre les partenaires en contexte de dialogue;
- favoriser un transfert de connaissances se produisant en temps réel, de façon bilatérale, au fur et à mesure de l'avancement de notre étude;
- créer des opportunités de diffusion des apprentissages;
- développer des activités de réflexion, de recherche ainsi que de valorisation des connaissances suscitant de multiples occasions de réseautage et de nouvelles alliances;
- permettre le développement de compétences nouvelles et faire de la recherche « avec » plutôt que « sur » les infirmières.

Dans le cadre d'une recherche partenariale, différents rôles spécifiques relèvent avant tout de la chercheure principale. Il y a celui, de conceptrice du projet de recherche, de responsable de la démarche d'approbation éthique, de facilitatrice au cours des différentes méthodes de la recherche favorisant le dialogue réflexif et de responsable de l'analyse et de l'interprétation dans le traitement des données. L'exercice de ces rôles vise à aider les infirmières à réaliser celui qui leur est proposé, d'être des partenaires qui participent activement à communiquer un sens donné à leur pratique pour en dégager une théorie d'usage et en co-construire un modèle.

Le cadre d'une recherche partenariale peut s'avérer riche sur le plan de la réalisation des activités de réflexion, de recherche, de diffusion et de transfert de connaissances. En fait, la production de savoirs et la valorisation des connaissances sont beaucoup plus effectives lorsque les milieux concernés sont impliqués et associés au processus de la recherche.

5.2.2 La certification éthique

Ces dernières années, les universités québécoises ont généralisé l'adoption d'une certification éthique lorsque les recherches font appel à des sujets humains. L'UQAC s'est dotée d'une telle démarche en formant un comité éthique de recherche qui reçoit, analyse et se prononce sur l'admissibilité d'une certification éthique et sur ses modifications tout au long de la durée d'une recherche. Pour pouvoir amorcer nos activités de recherche, avec des infirmières, nous avons élaboré et obtenu cette certification éthique.

La certification éthique situe les trois niveaux de confidentialité qui sont impliqués dans notre étude. Un premier niveau, implique une participation qui amène des infirmières à se confier mutuellement leur expérience personnelle, sur le sens qu'elles donnent à leur pratique, à l'intérieur d'un dialogue réflexif. Un second niveau, touche une pratique singulière qui s'exerce dans plusieurs contextes organisationnels et qui exige un respect de l'intimité de ces organisations. Enfin, un troisième niveau, concerne le rapport privilégié entre la chercheure principale et chacune des partenaires à la recherche.

Pour ce qui est du premier niveau de confidentialité, nous avons proposé des règles d'éthique qui devaient être acceptées, validées et signées par les partenaires avant de commencer la mise en place de nos trois méthodes de recherche, le récit de pratique, les cercles de dialogue et le journal d'itinérance. Considérant les particularités de ces méthodes, nous avons adopté la position d'autres chercheurs et nous avons soumis au groupe des règles qui renvoient à des devoirs et des principes découlant de valeurs promues par ces approches. Ces règles tiennent principalement compte des dimensions suivantes : la confidentialité entre les partenaires, les attitudes individuelles comme le respect,

l'empathie, l'attention, la réceptivité, la sollicitude et la réciprocité. Le tableau X présente les règles, qui ont été proposées et acceptées par les partenaires, pour vivre un dialogue constructif lors du récit de pratique, des cercles de dialogue et du journal d'itinérance.

Tableau X – Les règles d'éthique pour le récit de pratique, les cercles de dialogue et le journal d'itinérance.

- La participation à une démarche de dialogue, favorisant l'exploration réflexive visant la construction personnelle et collective du sens donné à la pratique infirmière, exige une implication personnelle importante et comporte des règles d'éthiques vis-à-vis vous-même et les autres personnes. C'est pourquoi, des règles d'éthique, exigées par cette approche, sont extrêmement importantes. En voici les principales règles inspirées de Laîné (1998) et utilisées par Bourdages (2005).
 - Le respect de soi. Le récit de soi, sous forme écrite ou orale, n'est pas chose facile pour toutes et demande une capacité d'implication personnelle et d'introspection importantes. Toutefois, vous demeurez entièrement libre d'exprimer seulement ce que vous désirez. Il est important de respecter vos limites en faisant authentiquement des choix sur ce que vous voulez communiquer ou ne pas communiquer.
 - Le respect de l'autre. Vous aurez à écouter et à partager avec d'autres personnes des témoignages et cela doit se faire dans le plus grand respect. Il ne s'agit en aucun cas de porter des jugements ou de faire des interprétations de quelque nature que ce soit. La démarche de groupe est importante parce que le récit sur l'expérience de l'autre peut vous faire découvrir des choses par rapport à votre propre récit, auxquelles vous n'auriez pas pensé.
 - Le respect de la confidentialité. Il va de soi que cette règle est incontournable. Tout ce qui sera échangé entre vous et les autres partenaires ainsi qu'entre les personnes de l'équipe de recherche demeure confidentiel.
-

Le second niveau de confidentialité correspond aux différents milieux cliniques. La confidentialité à ce niveau se traduit par une interdiction de divulguer un nom d'établissement ou un indice pouvant les identifier, autant dans les formes orale, qu'écrite. Finalement, le troisième niveau de confidentialité se situe entre la chercheuse et les infirmières. Nous avons adopté l'utilisation de pseudonymes par l'emploi d'un prénom fictif dans la transcription des *verbatim* et dans tout autre ouvrage relié à cette étude. Nous nous sommes engagées à ne citer aucune référence nominale véridique tout au long de la

recherche, ni dans le processus de validation chercheure-infirmières, ni dans le rapport final, ni par la suite. En effet, l'anonymat par l'emploi d'un pseudonyme sera conservé en tout temps si publication.

Les enregistrements des dialogues sur audiocassettes et leur conversion en documents écrits et fichiers électroniques sur clé *USB* ont été doublés. Une version de ces documents a été conservée en lieu sûr dans un classeur sous clé situé dans le bureau du directeur de thèse à l'UQAC. L'autre version sera déposée dans un classeur sous clé situé dans le bureau de la chercheure principale situé également à l'UQAC, qui est professeure en sciences infirmières. Une version de ces deux documents sera conservée pour une période de 7 ans après le dépôt de la thèse. Passé cette échéance, elle sera détruite. Tout au long de la démarche de recherche, ces documents ainsi que les récits de pratique, les journaux d'itinérance, les courriels qui auront été imprimés en format papier et autres notes diverses écrites auront été traités avec confidentialité et classés sous clé. Les données en format électronique, comme les fichiers des *verbatim*, auront été accessibles dans l'ordinateur uniquement par l'utilisation d'un mot de passe. Grâce à l'utilisation de différents pseudonymes, les récits de pratique ainsi que les journaux d'itinérance pourront être remis aux partenaires lors du dépôt de la thèse. Si cela s'avère impossible, le document sera détruit. Les courriels qui auront été imprimés en format papier et toutes autres notes diverses écrites et électroniques seront détruits immédiatement après le dépôt de la thèse.

Toutes ces informations sur les trois niveaux de confidentialité et sur la confidentialité des documents ont fait l'objet de la « Déclaration de consentement » (voir l'Appendice A), qui a été acceptée et signée par les infirmières, sujets de notre étude. Il est à noter que cette déclaration fait partie de la certification éthique donnée par le Comité éthique de la recherche de l'UQAC.

Un élément important de la certification éthique est la déclaration d'honneur que doivent signer toutes les personnes impliquées, autres que les sujets de l'étude, dans la collecte ou l'utilisation des données confidentielles. Pour notre étude, ces personnes sont la

chercheure principale, le directeur et le codirecteur de thèse et une assistante de recherche. En effet, nous avons informé le comité d'éthique ainsi que les partenaires de la possibilité d'engager une auxiliaire de recherche. Si tel devenait le cas, celle-ci aurait à signer également une déclaration d'honneur reliée à la confidentialité. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit lorsqu'une étudiante du baccalauréat en sciences infirmières de l'UQAC, boursière de la FRSQ pour un stage d'initiation à la recherche en santé, s'est jointe à nous à l'été 2009.

5.2.3 Le recrutement des infirmières

En lien avec le dialogue de Bohm, nous avons utilisé lors du recrutement des infirmières une approche dite, subjective, discrétionnaire ou intentionnelle. Nous nous sommes impliquées directement dans le recrutement des infirmières qui étaient volontaires, disponibles et ouvertes à vivre un dialogue axé sur une démarche réflexive liée au sens donné à leur pratique infirmière singulière. Cette posture de proximité, que nous avons occupée lors du processus de recrutement des infirmières, est tout à fait congruente avec la visée d'établir, dès le début de l'itinéraire d'exploration réflexive, un climat de confiance nécessaire à créer un espace et un temps de dialogue réflexif entre infirmières. Nous pensons que le fait de recruter chacune des infirmières par la chercheure, ou par l'intermédiaire d'autres infirmières, n'a pas d'incidence sur leur liberté de vouloir participer ou pas à une expérience de dialogue ainsi que sur la qualité des résultats à obtenir. Le sens donné au savoir pratiqué que nous recherchons nous est présentement inconnu, unique à chaque partenaire et non généralisable. Les données recueillies ne seront pas empreintes de désirabilité sociale, face aux intentions de recherche de la chercheure principale, puisque ces données sont singulières à chaque partenaire et reposent sur leur savoir pratiqué.

Sur cette base d'invitation au dialogue réflexif, trois activités de recrutement différentes ont été utilisées. Suite à l'approbation des professeures du Module des sciences infirmières et de la santé de l'UQAC, une rencontre a été effectuée par la chercheure principale au début de quatre cours, dans des classes où se trouvaient des infirmières étudiantes

universitaires du premier cycle en emploi dans le milieu de la santé. Les objectifs étaient d'informer sur les principaux aspects de la recherche et d'inviter des étudiantes infirmières à participer à la recherche. Une lettre d'invitation regroupant les explications fournies lors de la rencontre était disponible pour chaque étudiante infirmière intéressée à vivre l'expérience. Cette approche n'ayant pas donné de résultat positif, une seconde demande de collaboration a été formulée auprès des collègues professeures et chargées de cours afin qu'elles puissent recommander des infirmières volontaires dans leur entourage. Deux infirmières volontaires ont alors accepté de vivre le projet de recherche.

Des invitations ont également été faites par la chercheure principale qui a téléphoné ou envoyé des courriels à des infirmières susceptibles de vouloir participer à la recherche. Deux anciennes collègues et 10 anciennes étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières ont accepté de participer à la recherche. En dernier recours, il avait été prévu de proposer aux infirmières qui constitueraient le groupe initial à donner à la chercheure les coordonnées d'autres infirmières qui pourraient devenir partenaires (échantillonnage cumulatif). Cette stratégie de recrutement n'a pas été nécessaire.

Suite aux activités de recrutement, 14 infirmières en emploi dans le milieu de la santé de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean ont accepté l'invitation à réfléchir, individuellement et en groupe, sur le sens qu'elles donnent à leur pratique et ainsi participer à la recherche. Malheureusement, nous notons l'absence d'hommes. Lors d'une rencontre en classe, un seul s'est montré intéressé, mais en raison d'un manque de temps, il a préféré prioriser ses études. Il s'agit donc d'infirmières ayant un droit de pratique de l'OIIQ sans lien de parenté, ni de lien hiérarchique dans l'emploi avec une autre partenaire, ni avec la chercheure principale. Considérant que la chercheure principale est professeure aucun lien d'enseignement au moment de la recherche n'a été permis.

5.2.4 Le profil des infirmières

La moyenne d'âge des partenaires se situe à 34 ans (de 24 à 56 ans). Toutes travaillent à temps plein sauf une infirmière qui travaille quatre jours par semaine. Elles ont différents

statuts professionnels qui vont de novice à experte. Le nombre d'années d'expérience varie entre, de trois ans et demi à 34 ans. De façon volontaire et avec la liberté de pouvoir se retirer en tout temps, elles ont accepté de participer à la recherche.

Il est important de signaler que ces 14 infirmières offrent des soins directs à une clientèle et occupent un emploi dans un établissement du réseau public de la santé sur le territoire du SLSJ. Les milieux de pratique sont diversifiés, ce qui amène une grande variété au niveau des expériences de travail.

Nous pensons que cette diversité a favorisé la sensibilité au contexte diversifié et complexe du réseau de la santé, une facette de l'exploration réflexive décrite par Marchand (2000) comme un élargissement des perspectives pour comprendre une situation, créer de nouvelles références, recadrer et découvrir des liens entre les divers éléments. Le fait de constater qu'elles vivent parfois les mêmes expériences, ou préoccupations, les a rassurées à plusieurs reprises au cours de leur itinéraire d'exploration réflexive.

5.2.5 Des rencontres préparatoires à la recherche

Un itinéraire d'exploration réflexive intense sur sa pratique infirmière exige une préparation. Pour ce faire, les partenaires de recherche ont été invitées à assister à deux rencontres préparatoires. La première portait sur les différents aspects de la recherche afin qu'elles puissent bien saisir leur rôle et fournir un consentement éclairé. La seconde, avait été planifiée afin de donner de la formation sur la première méthode de collecte de leurs réflexions, le récit de pratique.

Selon la disponibilité des 14 infirmières, des rencontres ont été nécessaires (2009-03-23 : N=1, 2009-03-24 : N=1, 2009-03-26 : N=8, 2009-03-31 : N=1, 2009-04-01 : N=2, 2009-04-02 : N=1) sur les différents aspects de la recherche, au lieu d'une comme prévu au départ dans notre étude. Lors de la troisième rencontre (2009-03-26), trois infirmières ont préféré recevoir, en plus, la formation sur le récit de pratique. La durée moyenne de ces

rencontres a été de deux heures. Celles-ci avaient aussi pour but de répondre aux questions et d'offrir un délai pour la réflexion avant de prendre la décision de vivre l'expérience.

Au cœur de cette première rencontre, nous avons présenté le formulaire de « Déclaration de consentement » à participer à notre étude. À cette occasion, nous avons insisté sur le fait qu'il s'agit d'une étude exploratoire avec une date de début, et une date de fin, et sur le fait que les partenaires puissent se retirer en tout temps de la recherche. Ce ne sera pas le cas toutefois avec leurs données qui auront déjà fait l'objet d'un enregistrement ou d'un traitement parce qu'elles seront fondues aux autres données, donc, non retracables. La déclaration de consentement a permis de communiquer la description et l'évaluation des risques et des avantages prévisibles de participer à la recherche. Les principaux avantages sont les suivants : prendre du temps pour réfléchir sur le sens actuel de sa pratique comme infirmière amène une meilleure connaissance de soi, de ses valeurs, ses croyances et de ses compétences relationnelles; apprendre par les pairs; améliorer sa pratique; participer au développement des connaissances en sciences infirmières; pratiquer le respect, la suspension, l'écoute et l'expression; pratiquer l'exploration réflexive, l'acceptation des différences et le questionnement en groupe; apprendre à être ensemble, à partager des expériences et des compréhensions.

Pour ce qui est des risques de participer à la recherche, nous avons signalé que participer à l'écriture d'un récit de pratique et d'un journal d'itinérance, ainsi qu'à six cercles de dialogue, exige un don de temps très important. De plus, le dialogue étant un espace d'apprentissage qui permet de se distancer et de changer de paradigmes sur sa pratique infirmière, il est un exercice qui peut être inconfortable. En effet, prendre conscience que nos présupposés et nos jugements peuvent soulever un enjeu important autour du dévoilement de soi implique une certaine vulnérabilité. Par exemple : « lorsqu'une personne partage ce qu'elle croit vraiment, son geste s'accompagne de vulnérabilité et d'un sentiment qu'elle pourrait être jugée par les autres » (Pilon, 2005, p. 87). Il y a aussi le risque de se sentir coupable, et celui de se sentir en déséquilibre et confuse suite à une prise de conscience de ses agir professionnels.

Si des soins de nature psychologique, en lien avec les activités de cette étude, devenaient nécessaires, nous avons invité les partenaires à nous aviser en tout temps et à utiliser le service de psychothérapie rattaché au PAE de leur établissement de santé. Afin de recevoir de plus amples informations quant à son accès, nous leur avons conseillé de communiquer avec le service du personnel de leur établissement. Enfin, dans un souci de rendre encore plus facile l'accès à une telle ressource, un second service, celui offert par la Clinique de psychologie de l'UQAC a également été proposé. Les frais reliés à deux consultations pouvaient être réclamés à la chercheure principale.

Dans le but d'assurer un certain confort et d'avoir à assumer le moins de coûts possible, les partenaires ont été avisées que des breuvages et des aliments leur seraient offerts lors des cercles de dialogue. Elles ont été informées que du matériel pédagogique tel que cahiers et crayons pour prise de notes leur serait remis pour qu'elles puissent réaliser un journal d'itinérance. Pour terminer, nous avons pris soin de remettre à toutes les participantes une feuille contenant la déclaration d'honneur dans laquelle la chercheure principale s'est engagée à respecter les droits et à accepter qu'une partenaire puisse se retirer de la recherche en tout temps, sans préjudice.

Même si elles avaient tout le temps nécessaire pour prendre la décision de participer ou non à la recherche, les 14 infirmières ont accepté de vivre l'expérience d'une démarche praxéologique d'exploration réflexive en signant la « Déclaration de consentement ». Elles se sont engagées à respecter les règles d'éthique et à débuter leur itinéraire en rédigeant un récit de pratique, la première méthode de collecte de réflexions sur le sens donné à leur pratique.

La seconde rencontre a été consacrée à donner une formation sur l'utilisation et le déroulement du récit de pratique. Dans le respect des horaires éclatés des infirmières, cette rencontre s'est tenue à des moments différents. D'abord, trois d'entre elles ont été formées à leur demande, à la fin de la première rencontre. Puis, deux infirmières ont été formées à un moment (2009-04-01) convenant à leur emploi du temps et neuf autres à un autre temps

(2009-04-02) selon leur disponibilité. Un document explicatif a été remis à chaque infirmière. Une période de 21 jours a été proposée pour l'élaboration du récit de pratique.

Chapitre 6 - L'itinéraire des récits de pratique

L'écriture du récit de pratique constitue la première activité de l'itinéraire d'exploration réflexive proposée aux 14 infirmières. Elle visait à recueillir leurs réflexions sur le sens donné à leur pratique. Il devenait possible par la suite d'effectuer une analyse et une interprétation de ces réflexions afin de cerner des thèmes qui alimenteraient le déroulement des cercles de dialogue, la seconde activité de leur itinéraire d'exploration réflexive.

6.1 Les cinq étapes du guide des récits de pratique

Comme le dit Balleux (2007), le récit de pratique est une méthode de collecte de données qualitatives qui « donne la parole aux acteurs et constitue ainsi, pour eux-mêmes ou pour autrui, des occasions uniques d'accéder à leurs dynamiques individuelles, à leurs aspirations, à leurs prises de conscience et à leurs évolutions » (p. 403). D'après Laîné (1998), l'histoire de vie dans laquelle s'imbrique un récit de pratique professionnelle est « l'énonciation par un sujet de sa vie passée » (p. 142). Jacques Gélis auteur de la préface dans Collière et Diébolt (1988) mentionne, « Nous sommes plus dépendants que nous le pensons d'un passé que nous ignorons ou que nous connaissons mal : « Façons de dire » et « Façons de faire » d'autrefois envahissent encore notre horizon de chaque jour; mais bien souvent nous ne savons plus les interpréter » (p. 13).

Écrire son récit de pratique, et par extension son histoire de vie, consiste pour la personne à laisser émerger de son passé, mais aussi de son présent, des événements, des lieux, des personnes, des valeurs, des croyances ou autres qui marquent son existence. Selon Pineau et Legrand (1993), il correspond à « une recherche et une construction de sens à partir de faits temporels personnels » (p. 3). Pattakos (2006) ajoute que « c'est seulement quand nous connaissons le sens de notre vie que nous pouvons découvrir le sens de notre travail » (p. 59). Ce qui fait dire, que l'enracinement de la pratique professionnelle ne vient pas seulement des expériences de formation scolaire ou de perfectionnement professionnel, mais de tous les faits et événements significatifs qui ont marqué la personne, tant dans l'environnement familial que social, professionnel, culturel ou politique.

Ayant fait l'expérience d'écrire mon récit de pratique au début de mon parcours doctoral, j'ai vécu cette richesse d'un dialogue avec soi pour éclairer le sens donné à ma pratique par la connaissance de mon histoire de vie. C'est pourquoi, nous avons proposé aux infirmières de construire leur récit de pratique, incluant leur histoire de vie, pour en arriver à réfléchir plus spécifiquement sur le sens qu'elles donnent à leur pratique professionnelle. Comme il s'agit d'aller explorer les racines de sa propre existence, le récit de soi n'est pas chose facile et demande une capacité d'implication personnelle et d'introspection. Ce que la personne raconte n'est pas le fruit du hasard, ajoute Bruner (1996). De plus, Carter (1993), qui a utilisé le récit dans le domaine de l'enseignement, témoigne de la capacité du récit à définir un objet de recherche et à servir de mode d'apprentissage.

Plusieurs façons d'écrire un récit de pratique existent. Nous avons retenu un guide inspiré de Bourdages (1998, 2001, 2005) avec lequel nous étions familiers pour l'avoir expérimenté. Ce guide est constitué de cinq étapes. À la première étape, chacune des infirmières amorçait la collecte de matériaux pour alimenter l'écriture du récit de pratique. Il s'agissait d'identifier, dans ses expériences de vie passées et présentes, des faits ou des événements, à partir d'objets (exemples : photo, bibelot, objet fétiche, diplôme, etc.), de souvenirs de sa vie personnelle (heureux ou malheureux) et de thèmes (exemples : amour, famille, amitié, sport, etc.) ayant une signification particulière. Ensuite, l'infirmière était invitée à écrire une phrase, ou un paragraphe, pour raconter ce qui lui était arrivé et ce qui l'avait marqué concernant chacun des objets, souvenirs et thèmes retenus. Ces phrases sur chacun de ces trois éléments constituaient, à ce moment, les morceaux du casse-tête de son parcours de vie. Au cours de cette étape, Bourdages (2005) signale que le plus difficile est de commencer. Il est possible que l'infirmière se demande comment, par quel moment ou par quel événement commencer. De plus, puisqu'il était question de « l'intimité et du privé » (Astier, 2008, p. 60), il était important qu'elle respecte ses limites en faisant authentiquement des choix sur ce qu'elle voulait communiquer ou ne pas communiquer. Elle demeurait entièrement libre d'exprimer seulement ce qu'elle désirait (Lainé, 1998).

La seconde étape s'intéressait à la représentation du parcours de vie à partir des matériaux retenus dans la première activité. Il s'agissait de construire une image plus précise, sous forme d'un collage ou d'un dessin, à partir de ces matériaux. Encore une fois, il était possible pour l'infirmière qu'elle puisse ne pas trop savoir par où commencer et qu'elle ait de la difficulté à identifier ce qui faisait sens pour elle. Si cette situation survenait, il leur avait été conseillé de se laisser guider par leur intuition. Ce montage que nous avons suggéré de faire représentait une étape importante dans la démarche d'histoire de vie qui constituait « un essai de rabouter, de mettre bout à bout des matériaux hétérogènes, de créer une forme avec ce qui est difforme ou multiforme, du sens avec ce qui n'en a pas » (Pineault et Jobert, 1989, p. 16). Tout cela pouvait sembler en désordre, un peu chaotique, mais comme le dit Gingras (2000) « le mouvement de mon activité créatrice va du désordre vers un ordre croissant » (p. 199). Et cet ordre recherché n'était pas purement rationnel, il impliquait l'émotion et la sensibilité. Cela exigeait également de la patience afin de laisser mûrir la forme à naître de l'agencement des divers morceaux du casse-tête de son parcours de vie. Nous souhaitions que cette représentation symbolique puisse les aider à découvrir le fil conducteur de leur parcours vers la pratique infirmière.

La troisième étape était consacrée à l'écriture d'un récit à partir des matériaux et des phrases recueillis à la première activité et de la forme donnée au collage, ou au dessin, lors de la seconde. Afin de guider cette écriture, l'infirmière a été invitée à répondre aux questions suivantes : En quoi ces objets, souvenirs et thèmes, vous ont-ils incitée à devenir infirmière? Vous incitent-ils à continuer? Vous inciteraient-ils à quitter ce rôle? Donnent-ils un sens à votre pratique? Vous font-ils regretter certains aspects de votre pratique? En écrivant le récit, il était possible chez certaines infirmières qu'elles puissent ressentir diverses émotions liées à certains événements plus difficiles. Il s'agissait alors pour elles de ne pas s'inquiéter, car le fait de les écrire permet de libérer des émotions parfois insoupçonnées. Au terme de ces trois premières étapes, le récit de pratique pouvait être présenté sous différentes formes, mais de préférence en texte dactylographié (six à huit pages) et en format informatique.

La quatrième étape était sous la responsabilité de la chercheure et consistait à analyser, interpréter et identifier des thèmes dans le récit de pratique de chacune des infirmières. Cette étape visait à dégager ce qu'il y avait de particulier dans le récit de pratique personnel et de soutenir l'infirmière dans une démarche de construction de sens. Pour ce faire, la chercheure a fait la lecture du récit de pratique, a procédé à son analyse et à son interprétation, a identifié des thèmes et a noté ses réflexions, ce qui faisait écho, ses associations d'idées, l'expression d'émotions ainsi que les questions suscitées par le récit. Les commentaires de la chercheure ont été inscrits directement sur le document.

À la cinquième étape, le récit de pratique analysé, interprété et commenté a été transmis à chacune des infirmières pour alimenter un dialogue entre la chercheure et chacune des infirmières, lors d'une rencontre individuelle. L'infirmière décidait du lieu de rencontre et sa durée pouvait varier en fonction du contenu ou de sa disponibilité. Suite aux échanges, celle-ci était maintenant prête à rédiger la version définitive de son récit de pratique, dans lequel, il était devenu possible de dégager le sens qu'elle donnait à sa pratique infirmière.

6.2 Les incidents critiques survenus lors de l'écriture des récits de pratique

Nous avons proposé une période de trois semaines pour la réalisation des trois premières étapes du récit de pratique. Une relance téléphonique ou l'envoi d'un courriel, durant la période du 16 au 23 avril 2009, a été proposée à mi-parcours par la chercheure principale dans le but de soutenir les partenaires dans cette activité. À la demande des infirmières, nous avons dû modifier notre échéancier de trois semaines afin de permettre une réflexion personnelle plus approfondie. Des relances téléphoniques ont donc eu lieu jusqu'au 22 mai 2009.

Au cours de ces appels, un premier incident critique est survenu. Quatre infirmières ont décidé de se retirer de la recherche. Pour ce qui est de Kathleen, nous relatons ce que nous avons écrit le 20 avril 2009 dans notre journal de bord de chercheure principale :

Kathleen constate qu'elle n'a pas d'objet dans son environnement pour commencer son récit de pratique. Cela lui fait prendre conscience de l'existence d'un vide de 10 ans dans sa vie. Une période de 10 années qui se sont écoulées depuis un drame familial qu'elle a vécu. Dis qu'elle s'est mise à pleurer de toutes ses larmes. A pris conscience que le temps s'est comme arrêté à ce moment. Me dit qu'elle a quelques objets, mais ils sont dans des tiroirs. Suite à ce constat, elle en a parlé avec sa grande amie qui lui a dit que c'était le temps de reconstruire. Soulagée, elle n'a pas cru bon de communiquer avec la chercheure. Dis qu'elle comprend pourquoi il y a des références en psychologie dans le devis de recherche. Se demande ce qu'elle doit faire maintenant. Proposition : Utiliser les objets significatifs qu'elle a cachés dans ses tiroirs et les utiliser pour réaliser son récit de pratique. Utiliser les références en psychologie si elle juge en avoir besoin. Communiquer avec la chercheure en tout temps si besoin. Dit être en vacances et qu'elle a du temps pour continuer. Le mois suivant, elle m'informe qu'elle a changé de poste et que dorénavant elle travaillera le soir ce qui fait qu'elle ne pourra plus participer aux cercles de dialogue. Se retire donc de la recherche.

Une autre infirmière, Louise, très intéressée par le projet a jugé préférable de ne pas poursuivre. Voici l'explication qu'elle nous a fournie :

Dis qu'elle ne peut plus participer au projet de recherche. Y pense depuis trois semaines. Dis avoir vécu trop de problèmes à son travail dernièrement. Un problème important persiste au travail, ce qui lui donne de la difficulté à s'asseoir pour écrire quelque chose. Pensait que ça lui ferait du bien de faire l'exercice du récit de pratique, mais c'est le contraire qui arrive. Trouve qu'il s'agit d'un beau projet, mais préfère se retirer. (Journal de bord de la chercheure principale, Louise, 13 mai 2009).

Quant à Manon, celle-ci « nous annonce qu'elle a accouché il y a trois jours. Une grossesse qui se termine un mois à l'avance. Elle préfère se retirer de la recherche et prendre soin de son bébé ». (Journal de bord de la chercheure principale, Manon, 24 avril 2009). Enfin Nathalie, qui se situe en fin de carrière « ...nous avise qu'elle se retire de la recherche. Cette expérience arrive dans « une drôle de période de sa vie ». Trouve qu'il s'agit d'un beau projet, mais elle ne peut plus continuer » (Journal de bord de la chercheure principale, Nathalie, 27 avril 2009).

Le fait que quatre infirmières se sont retirées, dès le début de leur itinéraire, nous indique que l'écriture d'un récit de pratique est une activité exigeante. En plus de susciter une importante remise en question, cette activité a provoqué une grande réaction émotive chez Kathleen. De telle sorte qu'un retour dans les expériences passées peut ramener à la surface un pénible souvenir chargé d'émotions. De plus, même si elle ne pouvait participer à l'automne aux cercles de dialogue, prévus dans la recherche en raison d'un changement d'horaire de travail, il demeurait possible pour elle de terminer son récit de pratique. Quant à Louise et Nathalie, on peut reconnaître chez elles, une capacité à dire non qui demande du courage.

Au bilan, 10 infirmières sur 14 ont réalisé un récit de pratique sous forme de texte dactylographié et mis en fichier (cinq à 10 pages à simple interligne). Un second incident critique est lié à la façon dont ces 10 infirmières ont utilisé le guide en cinq étapes du récit de pratique et vécu cette expérience. La seconde étape, qui s'intéressait à la représentation du parcours de vie sous forme d'un collage ou d'un dessin à partir de ces matériaux a été moins populaire (Bourdages, 2005). Seulement trois infirmières sur 10 ont réalisé cette activité. De ce nombre, deux l'ont fait parvenir à la chercheure principale. Lors d'une entrevue, seule une infirmière mentionne qu'elle a aimé faire son collage. Même si cette étape n'a pratiquement pas été réalisée, cela n'a pas empêché l'écriture des récits.

Le temps prévu de trois semaines pour le dépôt de la première version écrite du récit de pratique a été également une variable que nous avons eu à prendre en considération. Les récits de pratique nous ont été acheminés dans des délais variant entre 28 et 84 jours. Cette différence de délai, entre le dépôt du dernier récit et celui de 21 jours qui avait été planifié, peut s'expliquer avant tout, par un besoin de temps plus important pour la réflexion au cours de la première étape. Celle qui sert à amorcer la construction du sens qu'elles donnent à leur pratique à partir d'objets, de souvenirs et de thèmes enfouis dans la mémoire à long terme, recueillis dans leurs expériences de vie passée et dans leur vie professionnelle actuelle. Lors d'une rencontre individuelle, prévue avec chaque infirmière à la suite de

l'écriture du récit de pratique, Ariane témoigne de cette étape difficile déjà identifiée par Bourdages (2005) :

Au début je trouvais cela ardu. Je me demandais par où commencer et qu'est-ce que cela allait donner. J'ai commencé par une idée et la suite à bien été. Aussi, je me demandais si ce que je faisais était correct. Si ce que je faisais était bien ce que la chercheure voulait vraiment. (...). (Ariane, entrevue, 30 juin 2009).

Édith soulève la difficulté de l'écriture :

J'étais intéressée par le projet, mais je n'ai pas trouvé cela facile. Ça m'a pris deux semaines avant de commencer. Je me demandais bien de quelques façons j'allais écrire cela. Je trouve que retourner dans le passé ou à la base et de trouver les raisons qui font que je suis devenue infirmière, je le savais sauf que l'écrire c'est une autre histoire. Trouver des objets, des souvenirs et faire des liens, transposer cela n'a pas été facile sauf qu'à un moment donné je me suis mise à écrire et cela a bien été. Tellement que la première fois, j'ai écrit le tiers du texte. À certains moments, je me demandais si c'était correct de dire des choses avec lesquelles je n'étais pas très à l'aise comme la maladie de mon père. (Édith, entrevue, 8 juillet 2009).

Une autre difficulté identifiée par France a été de prendre du temps pour soi :

J'ai trouvé super difficile de m'isoler dans un coin et de devenir le centre de moi-même. On n'écrit pas un roman. On se centre aussi sur nos bibittes. Je n'ai pas trouvé cela simple d'où l'importance d'être seule dans un bureau, isolée de ma famille, de mon mari et de mon fils. J'ai fait mon récit d'un trait. (France, entrevue, 1^{er} juillet 2009).

D'autres raisons viennent expliquer le délai pour écrire le récit de pratique. Il s'agit d'un manque de disponibilité pour bien le faire. Ce manque de temps s'explique par la réalisation d'un projet ou un événement survenu en cours de route, tel : des travaux académiques à remettre en fin de trimestre universitaire, un voyage, l'achat d'une maison, un décès dans la famille, ou encore, une surcharge de travail durant cette période comme le souligne Gina :

Je n'ai pas trouvé ça facile de faire mon récit. J'ai pris beaucoup de temps pour le commencer, d'abord parce que je n'avais pas de temps en raison d'une surcharge de travail qui prenait tout mon temps. Je trouvais important de prendre mon temps pour bien le faire. Je ne pouvais pas faire cela sur le coin d'un bureau. (Gina, entrevue, 12 août 2009)

Toutefois, Julie nous livre ces commentaires positifs sur l'expérience de son récit de pratique :

Je n'ai pas eu de difficulté à commencer mon récit. Trouver des objets n'a pas été difficile. Je les ai sortis dans les 15 premiers jours suivant notre première rencontre. Je les ai mis sur le bureau de ma chambre. J'avais une quinzaine d'articles. J'ai procédé par élimination. J'ai enlevé des choses comme des pansements, des dessins d'enfance. J'ai choisi ce qui était le plus important pour moi et ce qui me procurait le plus d'émotions. Je me suis demandé pourquoi je les avais choisis. Je les ai choisis dans le même ordre que j'ai fait mon récit. (Julie, entrevue, 19 août 2009)

Ces témoignages d'infirmières, nous permettent d'observer qu'il est difficile de vivre intensément une expérience d'exploration réflexive que représente l'écriture de son récit de pratique ou histoire de vie. Prendre du temps pour soi, dire des choses avec lesquelles nous sommes moins à l'aise et avoir, en raison de divers projets ou événements qui se présentent dans la vie de tous les jours, toute la disponibilité nécessaire pour bien le faire ne sont pas des exercices habituels dans un environnement de travail et de vie peu propice à la réflexion sur soi et sa pratique professionnelle. Par contre, accepter de faire face à l'inconnu en écrivant son récit de pratique peut-être une expérience enrichissante, très utile, qui permet d'atteindre une meilleure connaissance de soi et du sens que prend sa pratique infirmière.

6.3 L'analyse et l'interprétation des réflexions issues des récits de pratique

Nous avons déjà souligné que le guide utilisé pour le récit de pratique comprenait cinq étapes dont les deux dernières étaient consacrées à dégager un sens, donné aux réflexions sur leur pratique, recueillies auprès de 10 infirmières. La quatrième étape était l'œuvre de la chercheure qui devait analyser et interpréter les réflexions contenues dans chacun des récits

de pratique pour en faire émerger un sens. En effet, lors de la rédaction de leur première version du récit de pratique, les infirmières, comme c'est le cas pour la majorité des personnes qui expérimentent l'écriture de leur récit de pratique, se contentent de réfléchir et de communiquer par écrit les composantes significatives de leur histoire de vie. Elles ne se livrent pas nécessairement à une analyse et une interprétation de toute la richesse contenue dans cette première version. C'est pourquoi il était important que la chercheure, ayant acquis la confiance des partenaires, effectue une lecture attentive de chacun des récits de pratique pour approfondir les significations tacites contenues dans ces réflexions. Sur la base de cette analyse et interprétation de chacun des récits de pratique, il devenait possible de réaliser la cinquième étape qui consistait à vivre un moment de dialogue entre la chercheure et chacune des infirmières lors d'une rencontre individuelle. Suite à cette rencontre, l'infirmière était en mesure d'écrire la dernière version de son récit de pratique enrichie par une analyse et une interprétation ayant permis de laisser émerger des significations non perçues lors de la rédaction de la première version.

Il faut également rappeler que la première activité d'écriture du récit de pratique était le début de l'itinéraire des infirmières ($N=10$) qui préparait le terrain pour la seconde activité des cercles de dialogue. Dans ce contexte de notre recherche, la quatrième étape d'analyse et d'interprétation des réflexions, contenues dans les récits de pratique, ne poursuivait pas seulement l'objectif d'aider les infirmières à approfondir le sens de leur récit de pratique, mais également celui de dégager les thèmes communs aux 10 récits de pratique. Nous voulions établir des liens entre ces thèmes afin d'entrevoir un début d'organisation, ou d'un modèle de la théorie d'usage du sens donné à la pratique infirmière actuelle.

6.3.1 L'identification des unités du sens donné à sa pratique infirmière

Pour effectuer l'analyse et l'interprétation inductives des réflexions contenues dans les récits de pratique, nous avons utilisé une approche développée par Blais et Martineau (2006). Dans le but de mieux cerner cette approche inductive, nous avons également consulté d'autres chercheurs, dont Gauthier (2003), l'Écuyer (1987, 1990), Miles et

Huberman (2003), Paillé et Mucchielli (2003) et Bardin (2007). Pour notre recherche, cette démarche d'analyse et d'interprétation a d'abord consisté à dégager des unités de sens reliées à la pratique infirmière contenues dans les réflexions recueillies. Puis, nous avons regroupé ces unités de sens en thèmes et sous-thèmes. Finalement, nous avons établi des liens entre les objectifs de la recherche et des catégories découlant de l'analyse et l'interprétation, afin de développer un tout organisé ou un modèle reliant ces thèmes et sous-thèmes.

Concrètement, après avoir transposé les récits de pratique dans un format commun (police Times New Roman, 12 points, simple interligne), nous avons attribué un pseudonyme à chacune des infirmières pour respecter leur anonymat et nous avons effectué une copie de sauvegarde conservée sous clé. Par la suite, nous avons réalisé une lecture attentive des récits de pratique pour en faire une première analyse et une interprétation inductives et ajouter nos commentaires et réflexions pour les rencontres individuelles des infirmières (N=10).

Les infirmières ont été avisées à l'avance de cette façon de commenter leur récit de pratique. Nous avons ajouté dans les récits de pratique des énoncés en faisant référence à des écrits scientifiques, fait le soulignement d'éléments de sens, formulé des questions, partagé des émotions et des réflexions personnelles écrites en noir foncé directement sur le récit de pratique. Cette première analyse et interprétation des récits de pratique a ainsi permis à la chercheure principale de préparer la rencontre individuelle. Ce moment de dialogue, portant sur une rétroaction de commentaires à chacune des infirmières, devait alimenter leur réflexion dans l'écriture d'une version finale de leur récit de pratique, dans les cercles de dialogue et leur journal d'itinérance.

Alors que la première lecture des récits de pratique avait pour objectif d'accompagner chacune des infirmières dans leur processus de construction du sens donné à leur pratique singulière, une deuxième lecture a été effectuée afin d'identifier les unités de sens relatives à un sens donné à leur pratique infirmière. Nous avons surligné en jaune directement dans

le récit de pratique de chacune des infirmières, notre sélection d'unités de sens. Il s'agissait de segments de texte qui présentaient pour la chercheure principale une signification spécifique en lien avec le sens donné à la pratique infirmière. Cette sélection a servi à identifier les principaux événements et points de repère de leur parcours de vie personnelle et de pratique professionnelle dans un rôle d'infirmière.

6.3.2 La classification des unités de sens en thèmes

Nous avons continué notre travail d'analyse et d'interprétation des unités de sens retenues pour les regrouper dans des thèmes traduisant plus adéquatement le sens donné à leur pratique par les infirmières. Ce travail rejoint la démarche d'une analyse inductive qui consiste à développer des catégories (des thèmes) à partir de données brutes (unités de sens), pour ensuite les intégrer dans un cadre de référence ou un modèle (Gauthier, 2003). En reprenant la lecture des 10 récits de pratique, nous avons écrit en vert, et mis entre parenthèses directement sur le texte, le thème correspondant à chaque unité de sens ayant été retenu.

Au terme de ce travail, nous avions situé les unités de sens communes à chacun de ces thèmes retenus : les comportements attribués à leur pratique, les croyances, les motivations, les valeurs et les projets. Pour parvenir à ces résultats, Blais et Martineau (2006) mentionnent, qu'ils doivent provenir des multiples interprétations de la chercheure qui est responsable de la sélection des unités de sens et des thèmes, les regroupant en lien avec les objectifs de sa recherche. Nous avons fait ce choix à partir de notre expérience d'infirmière, professeure et chercheure et de notre itinéraire d'exploration réflexive qui nous a aidée dans le processus de prise de décisions dans l'identification des unités de sens et les thèmes exprimés par les partenaires dans leur récit de pratique.

A posteriori, nous n'ignorons pas que l'émergence de ces thèmes qui catégorisent l'ensemble des unités de sens peut s'expliquer, en partie, par la présence de ces cinq questions proposées pour faciliter l'écriture du récit de pratique. « En quoi ces objets, souvenirs et thèmes vous ont-ils incitée à devenir infirmière? » « En quoi ces objets,

souvenirs et thèmes vous incitent-ils à continuer? » « En quoi ces objets, souvenirs et thèmes vous inciteraient-ils à quitter ce rôle? » « En quoi ces objets, souvenirs et thèmes donnent-ils un sens à votre pratique? » « En quoi ces objets, souvenirs et thèmes vous font-ils regretter certains aspects de votre pratique? »

De plus, nous constatons que nous avons été influencés par des définitions suggérées par nos lectures de Morin (1996) et Bohm (1996). D'abord, l'influence de Morin porte sur les thèmes et sous-thèmes des « significations », « valeurs » et « intentions », parce qu'ils constituent des composantes du sens donné à leur pratique par les infirmières. Ensuite, l'influence de Bohm est liée à la définition qu'il donne à un dialogue réflexif : « Une exploration réflexive collective non seulement du contenu de ce que des personnes disent, pensent et ressentent, mais aussi des motivations, présuppositions et croyances sous-jacentes. » Puisque la méthode du récit de pratique représente un dialogue réflexif sur soi, sur le sens personnel donné par chacune des infirmières à sa pratique, l'émergence de ces thèmes, centrés sur le sens subjectif donné à une pratique, nous est finalement apparue cohérente avec des bornes balisant un itinéraire d'exploration réflexive. Avec cette classification en cinq thèmes regroupant toutes les unités de sens formulées par chacune des infirmières, nous avions un tableau (voir le tableau XI) pouvant guider notre dialogue lors d'une rencontre individuelle.

6.3.3 La bonification et la validation des unités de sens et des thèmes retenus

Pour que cette analyse et interprétation inductives des réflexions des infirmières puissent les mobiliser dans la démarche partenariale de co-construction d'un modèle du sens donné à leur pratique, nous avons vérifié la clarté des thèmes et validé leur pertinence. Pour ce faire, une rencontre individuelle a été réalisée avec chaque infirmière (Claudine : 2009-06-29, Ariane : 2009-06-30, France : 2009-07-01, Maryse : 2009-07-02, Édith : 2009-07-08, Brigitte : 2009-07-13, Gina : 2009-08-12, Julie : 2009-08-19, Hélène : 2009-08-21, Isabelle : 2009-08-26). Afin de respecter la disponibilité de chacune, la chercheure principale a rendu possible un rendez-vous durant le jour ou le soir. Toujours au choix de la

Tableau XI - Les thèmes du sens donné à la pratique infirmière issus des récits de pratique

<i>Premier thème :</i>	<i>Deuxième thème :</i>	<i>Troisième thème :</i>	<i>Quatrième thème :</i>	<i>Cinquième thème :</i>
Les comportements : Écrire ou dire dans ses mots en quoi consiste ses rôles et ses attitudes.	Les croyances : À partir de ses connaissances, expériences, observations ou perceptions, l'infirmière émet une opinion sur elle-même, sur sa pratique, la profession et sur le milieu de travail.	Les motivations : Constituées de facteurs intrinsèques et extrinsèques qui ont poussé à devenir infirmière, qui incitent à le demeurer, et d'autres, qui inciteraient à quitter sa pratique actuelle.	Les valeurs : Ce qui est d'une grande importance pour être bien et aussi pour mener à bien sa pratique.	Les projets : Une intention, un objectif personnel, un rêve ou une proposition incluant une solution.

partenaire, divers lieux pour effectuer cette rencontre ont été utilisés : le bureau de la chercheure principale, une résidence privée, ou encore, un endroit tranquille et plutôt discret dans un restaurant. Le temps accordé à cette activité a varié entre une heure et trois heures. Exceptionnellement pour une infirmière, il a été de 30 minutes. Cette différence de temps pour ces rencontres s'explique par la disponibilité des infirmières, ou encore, par une saturation de données dans l'élaboration de la version définitive du récit de pratique.

Cette rencontre a aidé chaque infirmière à faire une « relecture » de son récit de pratique. Elle a permis de supporter l'infirmière dans l'élaboration de la version définitive de son récit par la transmission de commentaires de la chercheure principale et la présentation des unités de sens sélectionnées et regroupées sous cinq thèmes. Au cours de ce moment de dialogue réflexif, l'infirmière avait l'opportunité de recevoir une rétroaction,

de bonifier et de terminer son récit de pratique si besoin. En tant qu'étudiante chercheure accompagnatrice et partenaire dans la construction du sens donné à leur pratique, ces rencontres laissent le souvenir d'un dialogue réflexif empreint d'un grand respect, d'une liberté d'expression, d'une extraordinaire écoute, bref, d'une grande humanité.

Pour rejoindre la démarche habituelle d'écriture d'un récit de pratique, cette rencontre individuelle a permis non seulement à la chercheure de valider et bonifier l'organisation en cinq thèmes du sens donné à la pratique infirmière, mais à aider chacune des infirmières à l'importance d'analyser plus en profondeur leur version initiale. Étant donné que nous avions analysé et interprété chacun des récits de pratique pour en dégager les unités de sens et les classifier dans des thèmes, il a été convenu avec les infirmières, qu'une nouvelle version écrite de leur récit de pratique s'avérait facultative. Suite à cette rencontre individuelle, nous avons plutôt invité les infirmières à continuer leur démarche personnelle d'exploration réflexive et de communiquer leurs nouvelles découvertes lors des cercles de dialogue et de l'écriture du journal d'itinérance.

Chapitre 7- L'itinéraire des cercles de dialogue

La deuxième activité de l’itinéraire d’exploration réflexive est le cercle de dialogue vécu avec les infirmières, partenaires de notre étude. Le cercle de dialogue représente un type d’échanges de paroles particulier qui vise à faire émerger de façon inductive un approfondissement du sens donné à sa pratique infirmière, à partir d’un thème ou une unité de sens déjà identifié dans les récits de pratique. Ce chapitre présente les particularités d’un cercle de dialogue, les difficultés de la pratique du dialogue, notre expérience des cercles de dialogue, l’analyse et l’interprétation des réflexions recueillies lors de ces rencontres de dialogue, ainsi que les apports de l’activité complémentaire du journal d’itinérance aux cercles de dialogue.

7.1 Les particularités d’un cercle de dialogue

Depuis 1990, la pratique du cercle de dialogue a été observée dans de nombreuses organisations et entreprises de par le monde. La méthode a été utilisée en Europe, aux États-Unis et au Canada, par la Banque Impériale, les compagnies IBM et Xerox. Au Québec, plus près de la population de notre projet de recherche, cette approche a été développée dans le milieu public de la santé, où une vingtaine de cercles ont été organisés à Montréal et Québec (Pauchant, 2002). Entre 1998 et 2011, soulignons l’existence d’un cercle de dialogue regroupant des acteurs du réseau de la santé dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean supervisé par messieurs Serge Marquis et Yvan Roy. Nous avons été en mesure d’approfondir cette expérience régionale pour comprendre de l’intérieur comment se déroule un cercle de dialogue. Le livre « *Guérir la santé. Un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l’éthique dans le réseau de la santé* » de Pauchant (2002) a été une référence importante pour notre recherche puisqu’en plus des ingrédients de base pour la tenue d’un cercle de dialogue, il présente la transcription écrite de cercles de dialogue.

En plus de cette expérience de Thierry Pauchant (2002), nous avons été également inspirée par la contribution du chercheur Mario Cayer (1996), professeur de l’Université Laval, qui a introduit la pratique du dialogue au Québec en 1990. Dans le giron des travaux

de ce chercheur, nous citons : la thèse de doctorat de Johanne Patenaude, professeure de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, qui s'est penchée sur les fondements éthiques du dialogue; le mémoire de maîtrise de Christiane Laberge (1999) qui a réalisé une étude sur les effets de la pratique du dialogue; la thèse de doctorat de Marie-Ève Marchand (2000) qui a analysé l'exploration réflexive et le processus d'un groupe de gestionnaires; et celle de Kim Lien Do (2003) qui a réalisé une recherche sur l'exploration du dialogue comme approche d'apprentissage, constituant ainsi, les premières recherches au Québec. Ces auteurs nous ont inspirés pour décrire les caractéristiques du cercle de dialogue.

7.1.1 La position des participantes en cercle

La stratégie du cercle semble être la plus utilisée pour favoriser le dialogue en groupe. Il favorise l'émergence du sens personnel et commun puisqu'il représente un espace ouvert empreint de respect qui invite à la communication, à l'interaction, au partage de la parole et à l'écoute et au non-jugement des personnes. Comme le mentionne Marchand (2000), être assis en cercle exprime l'égalité entre tous, le groupe entier devient un miroir pour chaque personne, et chaque personne pour les autres. Ce qui vise à faciliter une attention particulière à chaque personne qui émet son point de vue sur sa pratique. L'espace vide au centre du cercle représente, de façon symbolique, l'endroit où des personnes peuvent déposer leurs points de vue et leurs suppositions, pour qu'ils soient observés de tous. Vouloir utiliser le cercle de dialogue, c'est aussi se rapprocher de la tradition des Autochtones d'Amérique du Nord qui considèrent le cercle comme un lieu sacré de guérison des blessures physiques, émotionnelles et spirituelles. Un espace qui doit être purifié avant la venue des esprits (Défense nationale et les Forces canadiennes, 2009).

7.1.2 L'absence d'ordre du jour et de prise de décision

Dans un cercle de dialogue, il n'y a pas de décisions à prendre à propos de quoi que ce soit. Il n'y a pas d'ordre du jour, mais uniquement la suggestion d'un thème utilisé pour initier le dialogue. Le dialogue ne doit pas être utilisé pour atteindre des objectifs, comme celui de réaliser une tâche qui vient imposer des limites à une exploration réflexive. La

communication est libre dans le sens où il n'y a pas de but, pas de conclusion à trouver, ni d'obligation de parler.

7.1.3 La composition d'un cercle

N'importe quel nombre de personnes peut prendre place dans un cercle de dialogue pourvu que l'esprit du dialogue soit présent. S'il est constitué à partir d'une vingtaine de personnes, formant un ensemble hétérogène de personnes provenant d'horizon culturel diversifié, il forme une microculture et a normalement assez de diversité pour refléter la culture plus large que les diverses cultures d'appartenance des personnes impliquées dans ce cercle. Cependant, un dialogue réflexif peut être présent dans des petits groupes et dans les relations interpersonnelles à deux ou trois personnes. En ce qui concerne le cercle de dialogue réflexif exploratoire que nous voulons créer avec une dizaine d'infirmières, nous estimons que la diversité des milieux cliniques reflète assez bien la culture d'un plus large réseau, celui de la santé au Québec, à tout le moins, celui du milieu d'appartenance de chacune de ces infirmières.

7.1.4 Le rôle des participantes

Il n'y a pas de *leader* dans le cercle de dialogue sauf un rôle de facilitatrice qui est exercé par la chercheure principale dans notre étude. La facilitatrice cherchera à éviter, par exemple, que le dialogue ne se transforme en débat ou en discussion plus traditionnelle, dans lesquels les personnes essaient de se convaincre. Son rôle est de créer les conditions visant à optimiser la démarche réflexive en évitant de mettre en place des principes d'autorité et de hiérarchie qui cohabitent mal avec l'esprit du dialogue réflexif.

S'il est associé aux conditions de respect, de suspension, d'expression et d'écoute (Isaac, 1999), le cercle offre l'image d'un îlot culturel proposant un environnement favorable à la naissance d'un dialogue réflexif, créateur de sens. Pour mettre en place des conditions de réussite d'un cercle de dialogue, Cayer, cité par Marchand (2000), fait ressortir neuf comportements chez les personnes : 1) suspendre le jugement; 2) rendre

explicites les présuppositions implicites; 3) reconnaître et honorer la personne qui parle; 4) accueillir les différences; 5) déposer ses vues au centre du groupe; 6) tolérer l'exploration sans consensus, compromis ou décision; 7) porter attention au sens émergent; 8) garder une attitude de pleine conscience (*mindfulness*) par rapport au processus, et 9) parler quand on se sent mû par une force intérieure. Nous retenons l'importance d'une écoute attentive entre les personnes pour avoir un état de calme, de quiétude, de recul, apte à décupler les facultés de mémoire et de synthèse. Comme le dit Gasparutto (1990 : IX), écouter c'est « adopter une attitude empathique, de bienveillance vis-à-vis d'autrui : par mon attitude réceptive et ouverte, je montre que je prends en compte ce que tu me dis et que dans tous les cas, cela est digne d'attention et d'intérêt ».

7.1.5 La durée d'un cercle et des cercles

Selon Pauchant et Mitroff (1995), il ne s'agit pas de créer un groupe fixe et permanent, mais plutôt un qui dure suffisamment longtemps pour que des changements puissent prendre place. Il est préférable qu'un groupe se rencontre régulièrement pour que cela en vaille la peine. Le dialogue ne sera pas toujours divertissant, ni apparemment utile. La tentation sera forte d'abandonner si cela devient difficile. Il est important de persévérer, même au milieu des frustrations.

En ce qui concerne le temps accordé à la pratique d'un cercle de dialogue, certaines expériences réalisées au Québec nous révèlent qu'il peut se situer entre 1h30 et 2h00. À titre d'exemple, nous avons personnellement observé un temps de 1h30 pour un cercle de dialogue que nous avons vécu en 2007 avec Serge Marquis et Yvan Roy ; dans leur recherche doctorale Do (2003) et Marchand (2000) ont tenu des cercles de dialogue d'une durée de 2h00 chacun; Pauchant (2002) a également fait mention d'une durée moyenne de 2h00 pour des cercles de dialogue avec des intervenants dans le domaine de la santé.

L'intervalle retenu entre chacun des cercles de dialogue varie entre, une fois par semaine à une fois par mois. Dans le cadre de leur recherche, Marchand (2000) a réalisé 16 cercles sur une période de cinq mois, Pauchant (2002) a effectué 10 dialogues sur deux

périodes (1997 et 2001) et Do (2003) a fait 10 cercles sur une période de huit mois. Quant à Laberge (1999), elle a réalisé six cercles de dialogue. D'après Bohm (1996), un cercle de dialogue doit être poursuivi sur un an ou deux pour que des changements puissent prendre place.

7.1.6 Les difficultés à la pratique du cercle de dialogue

Bien qu'il y ait plusieurs avantages à la pratique du cercle de dialogue, il peut être aussi une expérience difficile pour des participantes. Comme le souligne Bohm (1996), cela peut être le cas pour les personnes qui parlent facilement, veulent s'affirmer ou qui aiment dominer. Il peut être aussi difficile pour d'autres, qui au contraire, manquent de confiance en elles, parlent peu et gardent leurs opinions en présence de personnes dominantes. D'autres malaises viennent s'ajouter si certaines personnes ressentent un besoin urgent de s'exprimer afin de faire valoir leur point de vue, ou bien, lorsqu'elles se préparent à ce qu'elles vont dire tout en essayant de réfléchir à ce qu'elle entende. D'une façon ou d'une autre, il peut arriver, comme conséquence, que peu de personnes soient disponibles pour accueillir ce qui se dit. C'est pourquoi il apparaît nécessaire que chaque personne vise, par respect, un certain équilibre dans le débit de ses interventions. Il suffit de laisser un espace de parole pour chaque partenaire en développant cette capacité de suspendre son intervention pour être à l'écoute de soi et de l'autre. Une dernière difficulté exprimée par Bohm (1996) est la possibilité qu'il y ait une polarisation qui s'installe dans le groupe. Pour que cette situation cesse, le rôle de la facilitatrice est d'aider les sous-groupes à lâcher prise. Heureusement, il n'a pas été nécessaire d'exercer ce rôle au cours des cercles de dialogue. Enfin, comme le mentionne Bohm (1996) il demeure important de s'entendre sur la raison d'être du groupe et sa manière de fonctionner.

7.2 L'expérience du cercle de dialogue réflexif dans le cadre de notre recherche

C'est sur la base de la recension des écrits sur le cercle de dialogue et sur celle de notre propre expérience vécue de participation et de facilitation de cercles de dialogue que nous prolongeons l'itinéraire d'exploration réflexive avec le groupe d'infirmières. Notre objectif

est de faciliter, par la tenue de six cercles de dialogue, une réflexion plus en profondeur sur certains thèmes identifiés au terme de notre analyse et interprétation des récits de pratique. Pour relater cette expérience, nous nous attardons d'abord aux aspects organisationnels et procéduraux, pour ensuite faire part, sous la forme de résumés des unités de sens qui ont émergé de façon libre et spontanée des cercles de dialogue.

7.2.1 Le lieu des cercles de dialogue réflexif

La pratique du dialogue réflexif a été réalisée dans un local à l'UQAC à Chicoutimi. Un lieu qui pouvait être changé au besoin. Malgré l'absence de fenêtres dans le local, qui a été vécu plus difficilement par Brigitte, ce lieu a été apprécié par les partenaires. Aussi, un lieu distinct de l'Université aurait peut-être été préférable selon un commentaire émis par Édith.

7.2.2 Le nombre d'infirmières dans le cercle de dialogue réflexif

Suite au premier cercle, une infirmière a dû se retirer de la recherche en raison d'un conflit d'horaire avec une autre activité. C'est donc dire que neuf infirmières ont accepté de poursuivre l'exploration réflexive et vivre l'expérience des cercles de dialogue réflexif. Bien que nous visions au départ la présence de ces neuf infirmières, entre trois et huit infirmières ont constitué les différents cercles. En ajoutant la participation de la chercheure, ces nombres ont varié de quatre à neuf personnes. En théorie, selon Bohm (1996), un dialogue peut prendre place entre n'importe quel nombre de personnes. Toutefois, un groupe trop petit peut ne pas bien fonctionner. Dans un groupe de cinq ou six personnes, elles peuvent s'ajuster les unes les autres afin de ne pas dire les choses qui les dérangent. Suite à notre expérience, nous pouvons dire qu'il y a eu certains inconvénients, mais aussi des avantages à être en petit groupe si l'on se rapporte aux commentaires de Gina recueillis à la suite du cercle de dialogue # 4 constitué de quatre personnes :

J'ai remarqué que l'on se répondait plus. Je trouve que c'est correct. D'habitude on réfléchit de notre côté, mais là on perd moins nos idées et on peut prendre le bâton plus vite. Je nous voyais nous faire des signes de tête. Je me disais ce n'est pas ce qu'on doit faire. On n'est pas censé faire ça. (Gina, cercle # 4, 29 octobre 2009).

Pour Édith, la pratique du dialogue réflexif en petit groupe lui a permis de faire quelques constatations :

En même temps on était consciente de ça aussi, mais ça nous a permis d'avoir un autre genre de discussion. Plus on est ensemble, je n'ai pas manqué une rencontre, plus on avance, plus ça nous permet d'avoir une cohésion que l'on n'a pas au début. C'est vrai qu'on a eu tendance à se regarder. Il faudrait se réajuster. Mais d'un autre côté, c'est ça, entrer en relation. C'est dur pour nous de se mettre des œillères. On est habitué de regarder le monde quand on parle. Moi j'ai aimé ça. De voir qu'il n'y avait pas beaucoup de monde ce soir, j'ai fait un peu le saut, mais ça ne m'a pas surprise. Pour toutes sortes de raisons. En avançant dans le temps aussi. J'ai trouvé ça aussi enrichissant que les autres fois si non, même plus. Personnellement peut-être que le sujet était intéressant pour moi. (Édith, cercle # 4, 29 octobre 2009).

Quant à Hélène, elle donne son avis de la façon suivante :

C'est vrai qu'en étant 4, j'ai trouvé que Danielle a plus parlé. Comme si tu avais plus de temps pour parler pour ne pas prendre le temps de tout le monde. On est allé plus profond. On a donné plus d'exemples. On est sorti plus du cadre. Ce que j'aimais du grand nombre c'est l'apport de chacune. Même si on se répète des fois, c'est normal quand on entre dans la théorie. C'est incroyable que chaque personne ait un petit mot, une phrase. Je me rappelle au moins d'une phrase dite par chacune des personnes qui m'a marquée. « C'est bon ça »... Plus qu'on est, plus qu'on a la chance d'écouter. (Hélène, cercle # 4, 29 octobre 2009).

7.2.3 L'âge et les années d'expérience des infirmières

Les neuf infirmières qui ont participé aux cercles de dialogue étaient âgées entre 26 et 56 ans (moyenne : 35 ans). Les années d'expérience variaient de trois ans et demi à 34 ans. Cette différence d'âges et d'expérience a permis de faire certaines prises de conscience et apprentissages sur le plan intergénérationnel. Surtout pour Ariane qui a exprimé certains « jugements favorables » à cet égard lors des deux premiers cercles de dialogue:

Je trouve que ce n'est pas gênant. Je ne trouve pas tellement de différence entre les plus jeunes et nous les plus vieilles. J'ai des enfants de leur âge. Je ne pensais pas que l'on vivait les mêmes affaires. Je trouve ça l'fun. Je trouve qu'elles ont beaucoup de respect face à ce qu'elles vivent. Elles ne sont pas

agressives. Elles ont une belle éducation. (Ariane, cercle de dialogue # 1, 17 septembre 2009).

Ariane ajoute :

Je trouve ça le l'fun de voir que les jeunes vivent la même chose que l'on vit. Je trouve qu'elles ont un beau bagage. Elles ont intéressantes et je trouve ça plaisant. Je ne sens pas de rivalité. C'était ma crainte au début. Je me suis dit que peut-être qu'on ne pensera pas pareil. C'est quand même une autre génération. Je suis contente. Tout va bien. (Cercle # 2, 1 octobre 2009).

7.2.4 Le nombre et l'intervalle entre les cercles de dialogue réflexif

Au total, six cercles de dialogue réflexif ont été réalisés avec les infirmières à un intervalle d'un cercle tous les 15 jours sur une période de trois mois. Cette période de trois mois pouvait s'agir, selon Bohm (1996), d'une limite à une démarche qui vise à faire des changements puisque ce dernier recommande un à deux ans. Même si les cercles de dialogue de notre étude n'ont duré que trois mois, il ne faut pas ignorer que la démarche réflexive était déjà commencée. Elle a été amorcée en mars 2009 par la phase de rencontres individuelles pour le recrutement des infirmières pour notre étude, par des rencontres préparatoires et par l'expérience intense du récit de pratique et des rencontres individuelles d'analyse et d'interprétation des réflexions contenues dans ces récits personnels. Nous étions en mesure de constater que des changements significatifs avaient déjà pris place comme le démontrent les effets, personnels et professionnels, que nous avions identifiés au terme de l'expérience des récits de pratique.

7.2.5 La durée d'un cercle de dialogue réflexif

La durée totale pour une rencontre fixée avec les partenaires a été de 1h30. Toutefois, cette durée prévue pour un cercle de dialogue pouvait être variable en fonction de la fin d'une prise de la parole. La durée de la période de rétroaction, sur ce que les infirmières venaient de vivre lors de leur moment de dialogue réflexif, s'est déroulée entre 10 et 30 minutes. Suite au temps de rétroaction, une période de 10 minutes a été offerte pour

l'écriture d'un journal d'itinérance pour recueillir des réflexions personnelles sur l'expérience vécue lors d'un cercle de dialogue.

7.2.6 L'objet de la parole et de l'écoute

Sensibles à l'importance du dialogue suspensif, nous avons utilisé un objet de la parole et de l'écoute pour favoriser la démarche d'exploration réflexive. Dans tous les cercles, une petite branche d'arbre, ramassée par la chercheure sur le bord de l'eau, a servi à chaque fois qu'une partenaire désirait prendre la parole et recevoir de l'écoute. Une fois qu'elle avait terminé de s'exprimer, elle déposait ce symbole de la prise de parole au centre du cercle sur une petite table prévue à cet effet. À tour de rôle, lorsqu'une partenaire se sentait prête à intervenir, elle pouvait à ce moment, se lever, le prendre et refaire la même chose. Très rapidement chaque infirmière a adopté l'habitude d'utiliser cet objet pour communiquer ses réflexions et être écoutée. Cette pratique rejoint celle que l'on peut observer dans la tradition autochtone par l'utilisation d'une plume d'aigle ou du calumet de paix qui crée une suspension du temps entre l'intervention de chaque participant à un cercle. Il a été intéressant de constater que de cercle en cercle, les partenaires ont demandé lors du retour post-dialogue à ce que les règles comme prendre le bâton de la parole au centre pour parler, observer un moment de silence entre chaque intervention et autres, se maintiennent.

7.2.7 Notre intervention de facilitatrice et de partenaire dans notre rôle de chercheure principale

Le rôle de facilitatrice au cours des cercles de dialogue, qui a été exercé par la chercheure principale, constituait pratiquement une nouvelle expérience. Nous avions participé jusqu'à ce moment à un cercle de dialogue et animé, lors d'un colloque, deux ateliers utilisant l'esprit et la forme d'un cercle de dialogue. Cette dernière expérience a été une révélation sur la puissance du dialogue pour favoriser l'émergence des réflexions des participants à ces ateliers.

Notre rôle de facilitatrice a été de créer les conditions visant à optimiser la démarche réflexive, tout en s'assurant du respect des règles établies du dialogue suspensif pour la

bonne marche des cercles de dialogue. Rarement, lors du déroulement des cercles de dialogue, un débat ou une discussion dans lesquels des personnes tentaient de se convaincre a pris place.

Quant à notre rôle de participante au dialogue réflexif, nous pouvons dire qu'il a été plus difficile. En exerçant un double rôle de facilitatrice et de participante, une difficulté a été, comme participante, de ne pas avoir eu à ce moment une clientèle ni un milieu clinique comme les autres partenaires. Même si nous comptions plus d'une vingtaine d'années de pratique en milieu clinique et que nous pouvions partager quelques-unes de nos expériences antérieures, notre recherche s'intéressait au sens donné en 2009 à une pratique infirmière. Cet écart, entre le passé et le présent, a limité l'expression de nos réflexions mais a, par contre, permis une plus grande écoute. Aussi, cette incapacité à témoigner d'une pratique infirmière personnelle et actuelle nous a amenée, comme facilitatrice, à partager beaucoup plus des contenus théoriques que nos réflexions et à poser des questions. Cette différence dans les interventions n'a pas nécessairement créé de problèmes au déroulement du dialogue réflexif des autres participantes.

Toutefois, l'absence d'une pratique infirmière quotidienne, due à un congé de maternité, durant la période au cours de laquelle se sont déroulés les cercles de dialogue, a permis à France de réfléchir sur son retour au travail et sur la place à donner au travail dans sa vie familiale :

Depuis le début des cercles de dialogue, je ne pratique pas la profession, mais j'y retournerai d'ici la fin de l'année 2010...d'où il me reste du temps pour réfléchir davantage. Ça m'a fait me rendre compte du bon comme du moins bon de la profession infirmière...Honnêtement, j'aurais de la misère à prendre position aujourd'hui sur le comment je perçois mon travail... les cercles de réflexion me donnent le goût d'y réfléchir davantage à où je veux que la pratique infirmière me mène ... et la place que je veux donner à ma profession dans ma vie. (Questionnaire, France, 2009).

7.2.8 L'enregistrement des cercles de dialogue réflexif

Ayant reçu l'acceptation des infirmières, tous les dialogues réflexifs ont été enregistrés à l'aide d'un appareil numérique. Ils ont été transcrits sous leur forme intégrale, sauf qu'à quelques reprises pour en faciliter la lecture, comme l'a fait Marchand (2000), nous avons redonné une forme plus linguistique au contenu d'une réflexion. À titre d'exemple, nous avons revu certaines conjugaisons, traduit quelques anglicismes et éliminé les bouts de phrases incompréhensibles. De plus, en de rares occasions, nous avons enlevé tous jugements de valeur touchant des personnes ou des établissements pour éviter l'éloignement de la règle du respect des personnes et de leur milieu de travail.

7.3 L'analyse du déroulement des cercles de dialogue réflexif et une première saisie des unités de sens liées aux thèmes explorés

Le chapitre 8 étant consacré à une analyse et interprétation des réflexions recueillies lors du récit de pratique et des six cercles de dialogue, cette partie porte davantage sur des observations liées au déroulement de ces cercles et offre une brève synthèse des unités de sens qui se dégagent du dialogue autour des thèmes issus des récits de pratique.

7.3.1 Les thèmes des cercles de dialogue réflexif

Comme nous l'avions prévu afin d'encadrer le dialogue réflexif et son objectif de construire le sens donné sur sa pratique avec des infirmières à l'aide de cercles de dialogue, les cinq thèmes issus des récits de pratique : mes comportements attribués à ma pratique infirmière, mes croyances, mes motivations, mes valeurs et mes projets ont été utilisés. Parfois d'une manière encore plus spécifique, nous avons, au début de chacun des cercles de dialogue, choisi d'aborder ces thèmes par des unités de sens (exemple : le respect, le plaisir au travail, apprendre et la spiritualité) correspondant aux préoccupations ici et maintenant, soit des infirmières, soit de la chercheure principale. Cette façon de faire a permis de faire émerger ce qui était important d'approfondir à ce moment-là, au sujet d'un thème donné, ou de réfléchir sur ce qui est rarement abordé dans la formation et dans la pratique des infirmières.

7.3.2 Le cercle de dialogue # 1 : partage sur l'expérience du récit de pratique

Avant de réaliser des cercles de dialogue sur les thèmes ou les unités de sens, nous avons proposé que le premier cercle de dialogue porte sur l'expérience intense d'exploration réflexive que représentent l'écriture et le dialogue liés à leur récit de pratique. Nous voulions consolider le dialogue réflexif et la relation de confiance construite entre la chercheure principale et les partenaires venant de vivre cette expérience.

Le premier cercle de dialogue sur l'expérience du récit de pratique s'est tenu le jeudi 17 septembre 2009 de 18h45 à 20h30 dans un local à l'UQAC. Toutefois, en raison de quelques retardataires, la rencontre a débuté à 18h45 au lieu de 18h30 prévu pour cette rencontre. Ce délai nous a amenées à revoir l'horaire des cercles de dialogue suivants. À la demande d'une partenaire qui a des enfants et d'une autre qui termine le travail à 18h00 et qui habite dans une autre ville, nous avons décidé de débuter les autres rencontres à 19h00 et de les terminer à 20h30. Aussi, il a été proposé d'envoyer un courriel pour rappeler le calendrier, la date, l'heure et le thème avant chaque cercle de dialogue.

Après avoir recadré l'horaire des cercles de dialogue, nous avons pris le temps d'établir le contact avec les huit partenaires (co-chercheures) présentes. Une des participantes s'étant excusée de son absence pour une raison médicale. Puis, nous avons présenté la progression de notre recherche partenariale en partageant avec les infirmières notre travail d'analyse et d'interprétation ayant conduit à approfondir les cinq thèmes issus des récits de pratique. Ensuite, nous avons réitéré les règles entourant le déroulement d'un cercle de dialogue et nous avons introduit la démarche à suivre pour élaborer le journal d'itinérance, outil complémentaire de collecte de réflexions liées étroitement à l'expérience personnelle soulevée par un cercle de dialogue. Dans une visée humoristique, un cahier « écolo » et un crayon « petit bonhomme » ont été remis à chaque infirmière pour la rédaction de ce journal. Finalement, nous avons vécu un moment de dialogue réflexif qui, selon notre connaissance de cette approche, s'est bien déroulé.

Après avoir partagé leur expérience du récit de pratique, les infirmières ont engagé le dialogue réflexif non pas sur un thème spécifique, mais sur plusieurs sujets les touchant, le dialogue réflexif étant libre et non dirigé. Une valeur donnant du sens à sa pratique infirmière, une attitude ou une manière d'être qui assure la dispensation de bons soins, un besoin à satisfaire pour être bien, une croyance en une cause à un problème et une difficulté rencontrée dans son environnement de travail, ont été exprimés. Le tableau XII, illustre les premières unités de sens exprimées durant ce premier cercle de dialogue réflexif. Elles seront intégrées dans le modèle provisoire, dynamique et évolutif qui se construit peu à peu et qui sera présenté dans le prochain chapitre.

Tableau XII - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 1

Respect, authenticité, communication, écoute, reconnaissance, humour, tendance à chercher les problèmes plutôt que les solutions, climat de travail qualifié de tempête, temps supplémentaire obligatoire, inquiétudes pour les jeunes infirmières, rapport difficile avec les collègues qui ont une attitude négative.

Quelques observations ressortent du déroulement de ce premier cercle de dialogue réflexif qui a duré 45 minutes. Pour amorcer le dialogue, une infirmière a pris le « bâton de la parole » et s'est exprimée sur ce qu'elle a vécu lors de la phase du récit de pratique. À tour de rôle et ayant un souci de respect et de donner la chance à toutes de pouvoir s'exprimer, les autres infirmières ont témoigné de leur expérience du récit de pratique. Plusieurs ont réaffirmé que cet exercice d'écriture de réflexions, émergeant de leur histoire de vie, n'avait pas été facile, mais qu'elles se disaient satisfaites de l'avoir fait. Toujours selon leur perception, cette expérience s'est avérée enrichissante et libératrice et a eu un impact sur leur pratique infirmière.

Lors du retour sur cette première expérience en cercle de dialogue réflexif, Maryse a mentionné : « Moi j'ai bien aimé ça. Y a juste une chose. Lorsque les autres parlaient, ils nous faisaient penser à des choses. À la fin une autre personne se levait et allait chercher le bâton. Elle continuait de s'exprimer. Quand venait mon tour, j'avais oublié la moitié de ce

que je voulais dire. C'est juste ça que je trouvais des fois difficile ». Ces propos montrent la difficulté du passage de la forme de la discussion et/ou de la conversation à une exploration réflexive. Ce passage, souligné par d'autres infirmières, a permis de prendre conscience de certains obstacles à passer d'un mode discussion, comme celui de couper la parole ou de parler à plusieurs personnes en même temps, à un mode de dialogue réflexif où une personne suspend son besoin d'argumenter sur ce qu'une personne vient de dire pour utiliser la réflexion de cette personne pour alimenter sa propre réflexion.

Ariane a retenu que pratiquement aucun moment de silence entre les interventions n'a été observé. « Moi ça m'a surprise de voir que nous avons parlé autant que ça. Je m'attendais à des moments de silence. Il n'y en a pas eu beaucoup ». À ce sujet, Brigitte a ajouté « Moi je pense que c'est parce qu'on nous demande jamais de parler de ça. On en profite ». Étant donné le thème particulier du premier cercle de dialogue permettant aux infirmières de témoigner sur une expérience aussi intense que l'écriture du récit de pratique et l'exploration réflexive sur leur histoire de vie qu'elle provoque, nous avons dans notre rôle de facilitatrice été moins rigoureuse sur le temps de suspension de 15 secondes entre chacun des témoignages. De plus, même si les infirmières avaient été invitées à déposer leurs opinions au centre du cercle, la plupart regardaient la facilitatrice lorsqu'elles s'exprimaient. En ce qui concerne ce genre d'observation, Bohm (1996) affirme qu'après un certain temps, quand les gens se connaissent, il devient plus facile de s'adresser directement à tout le groupe en utilisant la symbolique de communiquer au centre du cercle.

Avant de quitter, il a été suggéré de poursuivre le dialogue réflexif lors du prochain cercle avec l'unité de sens « le respect » considéré comme la valeur jugée importante par l'ensemble des infirmières dans les récits de pratique. Ce qui cadre bien avec le thème « Mes valeurs » qui avait déjà été prévu pour le deuxième cercle de dialogue. Un rappel sur l'utilisation du journal d'itinérance a également été fait. Dans le but d'enrichir le prochain dialogue et d'encourager la démarche praxéologique d'une réflexion « dans » leur pratique, la chercheure a invité les partenaires à être sensibles, jusqu'à la prochaine rencontre, à la valeur du « respect » dans leur pratique quotidienne.

7.3.3 Le cercle de dialogue # 2 : mes valeurs

Le deuxième cercle de dialogue s'est tenu le jeudi 1^{er} octobre 2009 de 19h00 à 20h30 dans le même local à l'UQAC. Après avoir accueilli les six partenaires, la chercheure a présenté l'unité de sens « le respect » retenu lors du cercle précédent pour initier le dialogue. Dans le but de favoriser un état réflexif, les partenaires ont été invitées, avant de débuter le dialogue, à se détendre et à se centrer sur l'ici et maintenant du cercle qui est un lieu d'écoute, d'expression, de respect, de non-jugement des personnes et d'une exploration réflexive porteuse du sens donné à notre vie, et par le fait même, à notre pratique infirmière.

Ce deuxième cercle de dialogue d'une durée de 1h20 a permis de faire émerger, comme le présente le tableau XIII, plusieurs unités de sens représentant, soit une valeur de type morale, intellectuelle, sociale ou spirituelle. Il a amené à mieux cerner ce qui est d'une grande importance pour la partenaire, soit une attitude ou un savoir-être pour mener à bien sa pratique infirmière.

Tableau XIII - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 2 sur les valeurs

Respect, apprendre, politesse, spiritualité, acceptation de la différence, savoir-vivre, établir ses limites, intentions positives, affirmation de soi

À la fin de la rencontre lors de la période de discussion post dialogue, Édith, a proposé un dialogue sur « le plaisir au travail » lors du prochain cercle. Nous signalons que pour les cercles de dialogue de deux à six, nous avons choisi de présenter les commentaires des infirmières, recueillies lors de l'étape de rétroaction, dans le chapitre 9 traitant des effets personnels, professionnels et interpersonnels issus de l'itinéraire d'exploration réflexive que constitue cette expérience du dialogue réflexif.

7.3.4 Cercle de dialogue # 3 : les comportements attribués à ma pratique

Le troisième cercle de dialogue s'est tenu le jeudi 15 octobre 2009 de 19h00 à 20h30 dans le même local à l'UQAC. Après avoir accueilli et introduit auprès des six partenaires, l'unité de sens « le plaisir au travail » proposé par Édith lors du dernier cercle de dialogue, que nous intégrons dans le thème « les comportements attribués à ma pratique », la chercheure a invité les partenaires à se détendre et à se concentrer sur soi et sur les autres. Elle a rappelé que le cercle est un lieu de dialogue réflexif, un lieu d'échanges, un espace où l'on exprime ce que l'on veut bien partager, ce qui émerge de l'intérieur. C'est un espace où il n'est pas nécessaire de régler des problèmes, ni d'atteindre des objectifs. Il s'agit de laisser émerger la pensée, l'expérience, la pratique que l'on veut bien partager. C'est un espace dans lequel se trouve l'écoute considérée comme tout aussi importante que l'expression. C'est un espace habité par un dialogue réflexif qui amène à être le plus possible lucide, cohérente et efficace dans nos pratiques.

Ce troisième dialogue d'une durée de 1h13 initié avec l'unité de sens « le plaisir au travail » a permis de faire émerger plusieurs unités de sens représentant soit une attitude, un besoin qui facilite et soutient l'infirmière dans sa pratique, une croyance sur sa personne, sur sa pratique et sur la relation interpersonnelle, soit un rôle ou un savoir-faire, soit un besoin permettant d'être bien dans sa pratique, soit une difficulté, ou encore, un moyen pour améliorer la pratique infirmière actuelle que nous présentons dans le tableau XIV.

7.3.5 Cercle de dialogue # 4 : mes motivations

Le quatrième cercle de dialogue s'est tenu le jeudi 29 octobre 2009 de 19h00 à 20h30 dans le même local à l'UQAC. Comme il se doit, après avoir accueilli les quatre partenaires, la chercheure a introduit le thème sur la motivation. Avant de commencer le dialogue, elle a invité les partenaires à revoir ensemble ce qui motive à être infirmière. Pour aider la réflexion, étant donné que ce thème est vaste, quelques questions ont été suggérées comme : Ce que j'aime faire le plus dans ce travail ? Quels sont les bons ingrédients d'une

Tableau XIV - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 3 sur les comportements attribués à sa pratique

Communication, rire, rire de soi, confiance, ne pas être parfaite, plaisir en équipe, travailler en étroite collaboration, être bien dans ce que l'on fait, dégager de l'énergie positive ou négative, plus rassurant de voir des personnes heureuses qui soignent, lorsque l'on a du plaisir à travailler on est une meilleure infirmière, responsabilité, goût d'aller travailler, personnes qui ne sont pas heureuses au travail n'ont pas à le faire payer par leurs attitudes ou leurs façons d'être aux autres, s'impliquer, se mettre ensemble pour améliorer les conditions de travail, une équipe ça vaut de l'or, temps supplémentaire obligatoire gruge les énergies positives, entraide et soutien entre collègues, système de santé a changé, départ à la retraire avant le temps parce que trop fatiguée, personnes négatives, travail de relation, on ne prend pas nécessairement soin de nous, jalousie entre collègues.

pratique optimale? Qu'est-ce qui nous incite à continuer? Il a été proposé d'utiliser ces questions tout en laissant libre l'orientation que prendrait le dialogue réflexif en cours de route. Après s'être assurée que les partenaires soient les plus possibles confortables, la chercheure leur a suggéré ensuite de se détendre afin de permettre une meilleure concentration sur soi et sur sa pratique. Elle a tenu à mentionner que le dialogue réflexif concerne le sens donné à notre façon d'être et notre façon de faire dans notre pratique infirmière. Il s'agit en quelque sorte dans le cercle de dialogue d'exprimer de façon volontaire qui on est et ce que l'on fait. Un rappel a été fait également sur l'idée que le cercle est un lieu de dialogue réflexif sur la pratique infirmière, un lieu de respect, d'expression, d'écoute et de non-jugement des personnes, un espace où l'on exprime ce que l'on veut bien partager.

Ce quatrième cercle de dialogue d'une durée de 1h14 a permis de cerner plusieurs unités de sens, dont celles sur son identité personnelle (traits de caractère, personnalité) celles communiquant la motivation à exercer la profession, selon certaines expériences qui ont influencé à devenir infirmière, ainsi que sur ce qui incite à continuer (facteurs extrinsèques). Le tableau XV fait ressortir les unités de sens de différentes natures qui ont émergé de ce cercle de dialogue sur le thème de la motivation qui a débuté avec l'unité de sens du plaisir au travail.

Tableau XV - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 4 sur la motivation

Être auprès des personnes, apprendre le plus possible tous les jours, sourire est un petit ingrédient qui fonctionne bien, mon équipe de travail, être capable de faire la différence pour les patients que je soigne, belle ambiance au travail, relations avec les autres, patient satisfait, diversité des situations cliniques, accueil des patients, patients qui apportent autant qu'on leur donne, prendre soin de soi pour continuer à être motivé.

Autres unités de sens qui ont émergé: prévention, information bien utilisée, évaluer le degré de compréhension chez les patients, infirmières de liaison, expertise, ingrédients d'une pratique optimale (ouverture d'esprit, qualité, respect des collègues, professionnalisme, respecter les patients comme ils sont, aimer apprendre, avoir une bonne introspection, se questionner, être capable d'aimer, avoir de l'empathie, la confiance en soi, de l'intelligence, comportements humains), travailler avec toutes sortes de monde, différentes disciplines en interdisciplinarité, travail plus axé sur l'acte que sur le global, manque de temps pour toucher aux patients parce qu'il faut être productive, se rappeler qu'il faut prendre le temps, partage sur deux situations cliniques pour la première fois, tendance à être perfectionniste, s'attarder plus à son bien-être, son senti, dire ce que nous avons à dire, prendre soin des personnes et prendre soin de nous aussi, sympathie et empathie.

7.3.6 Cercle de dialogue # 5 : mes croyances

Le cinquième cercle de dialogue réflexif s'est tenu le jeudi 12 novembre 2009 de 19h00 à 20h30 dans le même local à l'UQAC. Suite à l'accueil des six partenaires, la chercheure a introduit le thème sur les croyances à la base de la pratique infirmière. Pour aider à initier la réflexion étant donné que ce thème est large, une lecture a été faite de quelques énoncés choisis au hasard dans les récits de pratique révélant certaines croyances formulées par des partenaires. Après s'être assurée que les partenaires soient confortables et le plus possible détendues afin de permettre une meilleure concentration sur soi et sur les autres, la facilitatrice a fait le rappel d'usage concernant les principes reliés au dialogue déjà mentionnés dans les cercles précédents.

Ce cinquième cercle de dialogue d'une durée de 1h10 a fait ressortir des unités de sens, représentant une croyance sur sa personne, sur sa pratique, sur la profession et sur le milieu

de travail. Le tableau XVI fait ressortir les unités de sens qui ont émergé de ce cercle de dialogue sur les croyances.

Tableau XVI - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 5 sur les croyances

Considération pour la profession, peu de reconnaissance dans le réseau de la santé, difficulté à avancer dans le métier, les gens ne nous entendent pas, ils ne nous comprennent pas, un bureau des plaintes pour les infirmières serait nécessaire, l'image de l'ancienne garde-malade nous nuit, la tâche s'est alourdie versus la paperasse versus les maladies qui ne sont plus les mêmes, de plus en plus notre travail est lourd, l'infirmière ne s'assume pas, notre voix est tellement faible comparée à d'autres professions, on ne sent pas toujours que l'on est respectée, on est exposée ces temps-ci à repousser constamment notre limite, on fait n'importe quoi avec nous, un des trois métiers les plus considérés dans la société, il y a des personnes qui pensent que c'est facile d'être infirmière, on a continuellement à faire nos preuves, différentes générations d'infirmières, les propositions pour faire des changements dans les soins prennent beaucoup de temps à se réaliser.

Autres unités de sens qui ont émergé: les protocoles sont en grande quantité, la jalousie entre femmes, lorsque l'on veut apporter un changement et la prescription d'un examen.

7.3.7 Cercle de dialogue # 6 : mes projets

Le sixième et dernier cercle de dialogue réflexif s'est tenu le jeudi 26 novembre 2009 de 19h00 à 20h30 dans le même local à l'UQAC. Au total, huit partenaires se sont présentées à ce dernier cercle de dialogue dont le thème était « mon projet ». Il s'agissait de réfléchir et de partager sur un projet en cours ou en voie de réalisation en regard de la pratique quotidienne. Cela pouvait vouloir dire réfléchir sur ce que l'on peut faire pour actualiser sa pratique, mettre à jour ses connaissances ou encore, améliorer sa pratique. Il pouvait s'agir également de rêves. Quelques questions ont été posées. Avons-nous un rêve à réaliser? Que voulons-nous faire à partir de maintenant?

Ce sixième cercle de dialogue d'une durée de 1h00 a permis aux infirmières de réfléchir sur différents thèmes dont celui sur différents types de projets qui visent soit leur actualisation, l'amélioration de la qualité de leur pratique, leur goût d'apprendre et de

dépasser certaines limites, leur décision de quitter la pratique actuelle, ou encore, l'amélioration de l'organisation du travail. Le tableau XVII fait ressortir les unités de sens qui ont émergé de ce sixième cercle de dialogue sur les projets. Nous soulignons qu'un long silence est venu mettre fin à ce dernier dialogue, prélude à un deuil à faire d'un temps et d'un espace privilégiés d'exploration réflexive sur le sens donné à sa pratique infirmière actuelle.

Tableau XVII - Les unités de sens qui ont émergé du cercle de dialogue # 6 sur les projets.

Occupier un poste pour améliorer les conditions de travail, continuer de se battre pour avoir une belle carrière et de bonnes conditions de travail, accrocher un autre diplôme sur mon mur, garder du temps pour être avec mes patients, enseigner, peut-être faire une maîtrise, changer de milieu de travail, diminuer mon rythme et prendre du temps pour moi, ouvrir une clinique pour soigner les problèmes mineurs de santé, continuer le cercle de dialogue dans les milieux de travail, être heureuse au travail. Autres unités de sens qui ont émergé: la création d'un bureau des plaintes pour les infirmières, programme d'aide aux employés, stress et fatigue, présence d'aidant dans le milieu de travail, avoir un lieu pour le dialogue dans le milieu de travail, ou bien un cercle de dialogue en milieu de travail n'est pas souhaitable pour le moment, trouver des solutions, avoir plus d'infirmières, prendre un risque et changer de milieu de travail, l'affirmation de soi, le manque de mobilisation, recevoir des encouragements par l'employeur, l'espoir versus le pessimisme, une profession de femmes, un manque de leader, savoir s'affirmer, être vraie et authentique, avoir des limites, une crise majeure, des gestionnaires débordées et du temps pour l'orientation et la formation continue.

7.3.8 La classification des unités de sens en sous-thèmes

L'ajout des nouvelles unités de sens issues des cercles de dialogue a nécessité la poursuite de notre travail d'analyse et d'interprétation. Celles-ci ont été classées selon les mêmes thèmes rattachés aux récits de pratique. Puis, pour plus de précision sur le sens donné à la pratique par les infirmières, nous les avons de nouveau regroupées en sous-thèmes. Le tableau XVIII présente les thèmes et les sous-thèmes composés des unités de sens issues des récits de pratique et des cercles de dialogue ainsi qu'une courte définition de chacun.

Tableau XVIII - Les thèmes et les sous-thèmes du sens donné à la pratique infirmière issus des récits de pratique et des cercles de dialogue

Premier thème	Deuxième thème : Les croyances d'une infirmière : À partir de ses connaissances, expériences, observations ou perceptions, l'infirmière émet une opinion qui peut être vraie ou possible.	Troisième thème : Les motivations d'une infirmière : Ce qui a incité à devenir infirmière, ce qui incite à continuer et ce qui inciterait à quitter sa pratique actuelle.	Quatrième thème : Les valeurs d'une infirmière : Ce qui est important, ce qui tient à cœur pour mener à bien sa pratique.	Cinquième thème : Les projets d'une infirmière : Une intention, un projet, un rêve ou la proposition d'une solution.
Sous-thèmes	Sous-thèmes	Sous-thèmes	Sous-thèmes	Sous-thèmes
Façons d'agir et de se conduire : - ses rôles : savoir-faire - ses attitudes : savoir-être	Ce qu'elle croit ou opinion que l'infirmière a : - sur sa personne : traits de caractère, personnalité - sur sa pratique - sur la profession - sur son milieu de travail	Ses motivations intrinsèques ou extrinsèques liées : - à ses racines : milieux familial et social - à son identité comme professionnelle : une ou des expériences de vie qui ont influencé son devenir professionnel.	Les valeurs qui guident sa pratique : - intellectuelles : aspect cognitif, pensée, connaissance - morales : norme de conduite - professionnelles : ce qui est d'une grande importance pour mener à bien sa pratique infirmière	Les projets qui l'habitent pour continuer de donner un sens à sa pratique : - s'actualiser comme personne dans sa pratique - améliorer la qualité de sa pratique - apprendre à dépasser certaines limites de sa pratique

(suite) Les thèmes et les sous-thèmes du sens donné à la pratique infirmière issus des récits de pratique et des cercles de dialogue

		<ul style="list-style-type: none"> - à ce qui l'incite à continuer sa pratique infirmière : un besoin ou un "ingrédient" nécessaire pour être bien dans sa pratique. - ce qui l'inciterait à quitter sa pratique actuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - sociales : présence d'autres personnes, relation. - esthétiques : conforme à la beauté. - spirituelles : caractère immatériel, rejoue l'âme, référence à un dieu ou être spirituel. 	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer l'organisation où a lieu la pratique
--	--	--	---	--

7.4 Le journal d'itinérance

Afin d'approfondir davantage leur démarche réflexive sur le sens donné à leur pratique, les partenaires ont été invitées à colliger d'autres réflexions émergeant de leur expérience personnelle du dialogue réflexif et à les partager avec la chercheure principale. Pour ce faire, nous avons emprunté à Barbier (1996) la technique du journal d'itinérance, importée de l'ethnologie, pour noter les observations recueillies dans une société. Tout comme le propose cet auteur, il s'agissait pour chacune des partenaires de noter dans un journal d'itinérance, tout au long de cette démarche d'exploration réflexive que représente le cercle de dialogue, ce qu'elle ressentait, ce qu'elle pensait, ce qu'elle méditait, ce qu'elle retenait d'une théorie, d'une conversation leur permettant de construire un sens singulier sur leur pratique infirmière.

Dans le but d'amorcer l'écriture de ce journal, et surtout pour permettre à des partenaires déjà très occupées d'avoir du temps après chaque cercle de dialogue, elles

avaient à leur disposition une période de 10 minutes pour réaliser cette activité. Lors de la première rencontre, elles ont préféré, en raison de leur disponibilité, écourter le temps des rencontres de 30 minutes ce qui a fait en sorte que cette activité est devenue libre à faire en tout temps. Une façon de faire qui rejoint l'idée de Barbier (1996) lorsqu'il mentionne que le journal d'itinérance, à la manière d'un journal intime, s'écrit au jour le jour sans attendre et dans des situations parfois imprévues. Au cours de la démarche de recherche, quelques relances concernant son utilisation ont toutefois été faites.

La plupart des infirmières ont choisi ne de pas rédiger leur journal d'itinérance. Brigitte n'en a pas ressenti le besoin, Gina a eu l'impression de se répéter. Quant à Édith, elle ne l'a pas fait parce qu'elle trouvait s'être beaucoup investie dans le récit de pratique et les cercles de dialogue. Par contre, France a trouvé efficace l'utilisation de cette méthode lorsqu'elle ne pouvait pas assister à une rencontre. Pour ce qui est d'Hélène, elle mentionne « Par chance que je l'ai eu! Sinon je n'aurais pas eu la tête vide après les rencontres! Je voulais tellement me souvenir de tout, que je n'en aurais pas dormi de la nuit! Après chaque rencontre, j'écrivais ce qui m'était apparu le plus important, dans un café ou chez moi ». En somme, deux participantes ont rédigé un journal d'itinérance.

PARTIE 4

La fin de l'itinéraire d'exploration réflexive de la chercheure et de celui des infirmières cochercheures de notre étude

Au terme de notre itinéraire personnel d'exploration réflexive (chapitres 2 à 4) et de celui poursuivi (chapitres 5 à 7) par dix infirmières ($N=10$), partenaires et co-chercheuses de notre étude, nous avions recueilli un bagage impressionnant de réflexions sur le sens que ces infirmières donnent à leur pratique actuelle. Nous avions également réalisé une première analyse et interprétation de ces réflexions en les regroupant en cinq thèmes : les comportements que l'infirmière attribue à sa pratique, les croyances d'une infirmière, les motivations d'une infirmière, les valeurs d'une infirmière et les projets d'une infirmière. Chacun de ces thèmes se déclinait en un ensemble de sous-thèmes. Dans cette quatrième et dernière partie de notre thèse, nous vous communiquons un modèle de la théorie d'usage, issu d'une analyse et d'une interprétation plus raffinée de la totalité des réflexions recueillies, traduisant le sens donné à la pratique actuelle d'une infirmière. Le chapitre 8 utilise l'approche de la modélisation d'un système vivant pour communiquer l'organisation de cette théorie d'usage du sens donné à la pratique actuelle par des infirmières, sous forme d'un modèle systémique par définition provisoire, ouvert à des modifications et dynamique. Le chapitre 9 représente un complément à notre recherche. Il essaie par l'analyse et l'interprétation des réflexions sur les effets personnels et professionnels, de dégager l'importance de l'apprentissage d'une démarche d'exploration réflexive et de ses composantes d'un récit de pratique et du dialogue réflexif, à l'intérieur d'un programme de formation des infirmières collégiale et universitaire.

*Chapitre 8- La conception d'un modèle provisoire du sens donné à la pratique
par des infirmières*

La poursuite de l'objectif principal de recherche qui consistait à créer une démarche d'exploration réflexive en s'inspirant du dialogue de Bohm a permis, au terme de nos itinéraires d'exploration réflexive, de recueillir, d'analyser et d'interpréter un ensemble de réflexions. Cette mise au jour d'habitudes inédites de penser, de percevoir la réalité, de réagir et d'agir sur l'environnement sert à dégager les composantes (thèmes, sous-thèmes et unités de sens) de la théorie d'usage d'un sens donné à une pratique infirmière au cœur du réseau de la santé au Québec. Dans ce chapitre, nous voulons pousser plus avant notre travail d'analyse et d'interprétation en présentant que cette théorie d'usage forme à chaque instant un modèle, c'est-à-dire, un tout organisé de thèmes, sous-thèmes et unités de sens évoluant en interaction dynamique en fonction de donner un sens à la pratique d'une infirmière.

8.1 Le modèle intégré provisoire, dynamique et évolutif d'une théorie d'usage originale sur le sens donné à la pratique par des infirmières

Deschênes (1990, 1995, 2010) a utilisé l'approche systémique pour construire un modèle de la structure de communication dans un groupe restreint et pour co-construire un modèle provisoire du savoir pratiqué de gestion d'un chef d'équipe dans l'administration publique québécoise. Nous inspirant de ces études, nous avons saisi que, devant l'absence de préceptes et de règles indiscutables en recherche praxéologique pour observer, analyser et interpréter la complexité d'une situation vivante réelle, il était nécessaire d'avoir recours, pour communiquer notre modèle au cadre de référence de la théorie du système général et au processus de modélisation (Bertalanffy, 1973, 1982; Katz et Kahn, 1978; Le Moigne, 1977, 2006; Rosnay, 1975; Watzlawick et al., 1972; Wilden, 1983). La pensée systémique peut nous aider à porter un regard neuf, sur le sens donné en 2009 à la pratique d'infirmières en décrivant mieux la complexité organisée de leur démarche de réflexion lorsqu'elles sont en situation de pratique professionnelle. Selon ces auteurs, la création de modèles de la réalité est la meilleure façon d'exprimer comment fonctionne un système vivant et de pouvoir ainsi le rendre plus efficace pour l'action. Ils estiment que la recherche d'un modèle constitue un fondement important de toute investigation scientifique. Cependant, les systèmes ne sont pas dans la nature, mais seulement dans l'esprit des

chercheurs qui deviennent des constructeurs de modèles pour étudier le comportement ou le fonctionnement de grands systèmes complexes.

Pour Le Moigne (1977, 2006) la modélisation se construit à partir d'un point de vue subjectif que le chercheur prend sur le réel et duquel il réalise un travail de mise en ordre, partiel et continuellement remaniable. La conception du modèle systémique que nous proposons de la théorie d'usage du sens donné à leur pratique par des infirmières est alors une création subjective de la chercheure principale. Celle-ci recadre, organise selon un ordre nouveau des thèmes, des sous-thèmes et des unités de sens obtenus lors de l'analyse et l'interprétation des réflexions d'infirmières issues des récits de pratique, des cercles de dialogue et des journaux d'itinérance. Une modélisation d'un système ouvert se définit donc par rapport aux intentions, implicites ou explicites, de la chercheure qui se représente à sa façon la réalité qu'elle modélise (Le Moigne, 1977, 2006).

En nous inspirant également de Mucchielli (2006), il importe de préciser que ce modèle de la théorie d'usage du sens donné à la pratique par des infirmières repose sur plusieurs principes. Cette théorie d'usage est :

- avant tout une co-construction collective du sens; non basée sur des modèles professés, mais sur une démarche de recherche partenariale entre une chercheure et des infirmières à cette étude ; cette co-construction est issue de réflexions recueillies, analysées et interprétées « sur » le sens que des infirmières ont donné à leur pratique lors de leur itinéraire d'exploration réflexive;
- inachevée, provisoire et ne peut prétendre être parfaite puisqu'elle peut continuer de se bonifier par l'apport des connaissances nouvelles d'autres infirmières;
- plausible, de convenance, contingente et non généralisable dans la mesure où elle a été construite à partir du sens que des infirmières donnent à une pratique singulière qui leur est originale. Il s'agit d'un savoir qui est dépendant des expériences de

travail et des actions actuelles faites par ces infirmières, c'est-à-dire qu'il est lié à des réflexions subjectives relatant l'action expérimentée de soins infirmiers vécue quotidiennement;

- orientée par des finalités de consonance qui répond à une sorte de besoin humain que des infirmières ont d'organiser la complexité du sens donné à leur pratique en un modèle théorique utile et positif;
- un processus d'apprentissage vécu tout au long de l'itinéraire d'exploration réflexive qui est aussi important que le contenu même de cette théorie d'usage.

La figure 1 est une représentation graphique de la co-construction collective qui est l'aboutissement de notre démarche d'exploration réflexive de chercheure et celle d'infirmières, partenaires et co-chercheures de notre étude. Elle configurer, sous la forme d'un modèle systémique provisoire, dynamique et évolutif, les cinq thèmes et leurs sous-thèmes, à la fois différenciées et intégrés, qui évoluent en interaction dynamique et forment le tout organisé d'une théorie d'usage originale du sens donné à leur pratique par des infirmières de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean.

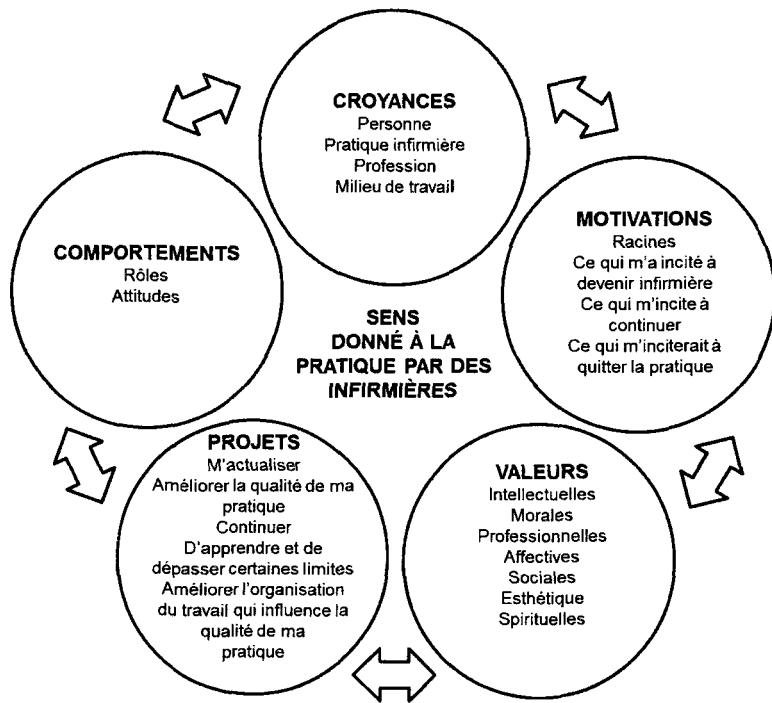


Figure 1 - Le modèle provisoire, dynamique et évolutif d'une théorie d'usage originale sur le sens que des infirmières de la région du Saguenay - Lac-Saint-Jean attribuent à leur pratique.

Le premier thème porte sur les comportements qu'une infirmière attribue à sa pratique. Celle-ci s'exprime dans des sous-thèmes où nous cernons des rôles (façon d'agir) et des attitudes (façon de se conduire) exercés dans sa pratique quotidienne.

Le second thème touche les croyances qu'une infirmière possède en ce qui concerne sa personne, sa pratique, la profession et son milieu de travail. À partir de ses connaissances, ses expériences, ses observations ou ses perceptions, l'infirmière émet une opinion considérée comme vraie ou possible (Robert, 2010).

Le troisième thème explore les motivations ou facteurs qui ont incité à devenir infirmière et est représenté par les sous-thèmes reliés à ses racines familiale et sociale et à ce qui a incité à devenir infirmière. À ce sujet, quelques expériences révélées par l'histoire de vie comme des points de départ à cette motivation de devenir un jour une infirmière sont

présentées. Ce thème fait ressortir également à ce qui incite à continuer sa pratique actuelle et ce qui inciterait à la quitter. Nous considérons que les motivations peuvent être exprimées sous la forme d'un besoin ou d'un « ingrédient » nécessaire dans l'exercice des fonctions d'infirmières.

Le quatrième thème représente les valeurs qui guident sa pratique infirmière et qui se manifestent dans les sous-thèmes des valeurs intellectuelles, morales, professionnelles, affectives, sociales, esthétiques et spirituelles. Dans notre étude, une valeur est ce qui compte vraiment pour l'infirmière, ce qui lui tient à cœur pour mener à bien sa pratique (Bergeron, 2002).

Le cinquième thème décrit les projets relatifs à la poursuite d'un objectif personnel actuel ou souhaité en lien avec sa pratique infirmière. Les sous-thèmes portent sur son actualisation, l'amélioration de la qualité de sa pratique, la poursuite de ses apprentissages afin de dépasser certaines limites dans sa pratique, ou encore, celui d'améliorer l'organisation du travail qui influence la qualité de sa pratique.

Une des propriétés d'un système ouvert est de bien saisir la différenciation de ses thèmes ou sous-systèmes pour mieux saisir leur intégration en un tout organisé du sens donné à la pratique infirmière. Alors pour chacun des thèmes, une figure représente globalement les composantes (sous-thèmes) de ce sous-système. Puis, pour chacun des sous-thèmes, un tableau énumère les unités de sens ou un regroupement des réflexions des infirmières. Ensuite, nous reprenons ces unités de sens en les intégrant à la narration qu'ont fait les infirmières lors de leur itinéraire d'exploration réflexive.

Nous réitérons que l'utilisation du cadre de référence de la science-action pour cerner une théorie d'usage qui procède de la pratique réelle et singulière d'infirmières, nous amenait à partager un paradigme de recherche différent du paradigme omniprésent de la recherche scientifique où la théorie précède la pratique. C'est pourquoi, « l'exigence de concision » (Polit et Beck, 2007, p. 400) habituellement imposée dans un rapport de

recherche classique a été abandonnée. Dans cette perspective, nous trouvons important de communiquer d'une manière exhaustive la richesse et la valeur des réflexions spécifiques d'infirmières, auxquelles viennent parfois s'ajouter celles de la chercheure principale et d'auteurs, regroupées de manière inductive en unités de sens, en thèmes et sous-thèmes.

8.2 Les comportements attribués à ma pratique infirmière

La figure 2 livre la représentation graphique du premier thème différencié sur les comportements attribués à sa pratique infirmière. Ces comportements s'expriment à partir de rôles qu'une infirmière exerce et des attitudes qu'elle manifeste pour mener à bien sa pratique quotidienne. Même si nous présentons isolément chacun des thèmes différenciés, il faut toujours garder à l'esprit leur intégration en un tout organisé qui est le sens donné à sa pratique infirmière.

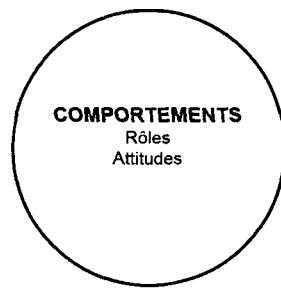


Figure 2 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les comportements attribués à sa pratique

8.2.1 *Les rôles dans ma pratique infirmière*

Exprimés sous la forme d'un objectif visé dans sa pratique infirmière, plusieurs rôles, ou savoir-faire, ont été émis par les partenaires lors du dialogue réflexif. Ils alimentent la théorie d'usage sur le sens donné à leur pratique en 2009.

Le tableau XIX présente globalement les unités de sens⁶ que nous avons retenues comme étant les plus significatives du sous-thème des rôles exercés par une infirmière dans sa pratique. Ces rôles concernent la personne, la famille, des soins de base, la relation d'aide, la santé, la maladie, la souffrance, l'enseignement, le suivi et le fait de travailler en équipe.

Tableau XIX - Les unités de sens caractérisant les rôles dans ma pratique infirmière

Aider des personnes et soulager leur souffrance :

- Faire du bien, voir au bien-être.
- Soulager les maux physiques
- Assurer un confort.

Assurer des soins de base et pratiquer la relation d'aide :

- Assurer des soins psychologiques.
- Réconforter par une présence empathique.

Faire la différence dans la vie de personnes malades :

- Prendre soin des gens qui ont des problèmes de santé, c'est naturel.
- Prévoir leur besoin au fur et à mesure que l'expérience grandit et y répondre.
- Donner un peu d'espoir et de lumière dans la vie.
- Avoir le sens d'observation développé, écouter le patient, connaître son histoire, évaluer certains éléments, établir les besoins, faire des recommandations au médecin ou au spécialiste de l'équipe, référer le patient à d'autres professionnels ou ressources communautaires.

Chercher à comprendre, avoir un bon jugement clinique et donner des bons soins :

- Guider les personnes, démystifier et renforcer leurs connaissances, accompagner une clientèle variée, travailler avec toutes sortes de famille, faire de la promotion de la santé et de la prévention face aux problèmes de santé, posséder de nombreuses connaissances sur les symptômes et les maladies, savoir évaluer l'état de santé d'une personne, avoir un bon jugement clinique, avoir de bonnes connaissances sur les soins à exécuter, faire le suivi des traitements, être capable de soigner en dehors des hôpitaux et accompagner des mourants, si besoin.
-

⁶ L'Appendice B présente un résumé des unités de sens qui composent chacun des thèmes constituant la théorie d'usage du sens donné à sa pratique infirmière.

(suite) Les unités de sens caractérisant les rôles dans ma pratique infirmière

Enseigner et assurer le suivi s'il y a lieu :

- Aider des personnes avec qui on discute, on échange et avec qui on apprend.
- Faire de l'enseignement, démysterier et renforcer leurs connaissances.
- Garder nos connaissances à jour.
- Innover.

Travailler en équipe :

- Travailler en équipe, s'entraider, développer une complicité, une étroite collaboration et une solidarité.
 - Échanger des pensées et des connaissances avec les collègues, prendre sa place et participer activement.
 - Déléguer certaines tâches aux infirmières auxiliaires.
-

Nous présentons sous la forme narrative les réflexions spécifiques d'infirmières relatives aux rôles qu'elles disent exercer en milieu clinique auprès de patients.

Aider des personnes et soulager leur souffrance

Au dire d'Isabelle, une infirmière est une personne aimante et réconfortante qui a le rôle de faire du bien. Pour Claudine et Hélène, il s'agit de répondre aux besoins des personnes, de soulager leur souffrance, les écouter, de voir à leur bien-être et faire de l'enseignement. C'est un travail où l'on aide des personnes, avec qui on discute, on échange et avec qui on apprend, ajoutent Brigitte et Maryse.

Assurer des soins de base et pratiquer la relation d'aide

Les soins infirmiers ce sont des soins de base, mais aussi des soins psychologiques, comme la relation d'aide, affirment Claudine et Ariane. C'est assurer un confort, mais aussi un réconfort par une présence empathique.

Être satisfaite de mon travail

D'après Claudine et Hélène, prendre soin des gens qui ont des problèmes de santé, c'est naturel. Faire la différence dans la vie de personnes malades, dans leurs moments de vulnérabilité et prévoir leur besoin au fur et à mesure que l'expérience grandit, fait du sens pour Hélène. Avoir le sens d'observation développé, écouter le patient, connaître son histoire, évaluer certains éléments, établir les besoins, faire des recommandations au médecin ou au spécialiste de l'équipe, référer le patient à d'autres professionnels ou ressources communautaires, représentent les rôles exercés par Maryse actuellement.

Hélène ajoute :

Je pense que nous avons un très beau rôle...Ça peut être dans la joie avec les petits bébés, on reçoit des mercis sincères, nous aidons des personnes à passer au travers de grosses épreuves en étant là. Ça peut être de donner des soins palliatifs où des infirmières sont très accompagnantes avec un beau bagage et des valeurs. Je pense que l'on a grand intérêt à faire resurgir nos valeurs de par notre profession au lieu de se rapprocher des médecins. Faire ressortir notre cœur et notre âme. C'est ce qui fait passer une belle journée au patient. C'est ce qui fait que l'on fait la différence en entrant dans la chambre d'un patient. On ne fait pas ça pour la paye. (Hélène, cercle # 5, novembre 2009).

Dans ce passage « au lieu de se rapprocher des médecins » Hélène aborde de façon peu explicite toutefois, le développement de la pratique avancée chez les infirmières et fait ressortir un malaise : celui de laisser tomber les valeurs de la profession par un rapprochement trop inclusif à la pratique médicale. Essentiellement, c'est comme s'il y avait un déplacement d'un soin, ayant en son cœur la personne et le traitement de sa maladie, vers un soin axé presqu'exclusivement sur le traitement de la maladie. Ce qui nous amène sur cette réflexion d'Hesbeen (2006) sur l'orientation qu'a eu la pratique médicale au cours du XXe siècle : « La médecine du corps ou médecine de la maladie s'est laissée aller à oublier la personne même du malade alors que le soin nous invite à une attention particulière portée à cette même personne qui n'est pas réductible à sa maladie, à son affection ». Sans doute que ce malaise exprimé par Hélène soulève des questionnements chez plusieurs infirmières dans la profession.

Chercher à comprendre, avoir un bon jugement clinique et donner de bons soins

À cette pratique de soigner, s'ajoutent plusieurs autres exigences révélées par les récits de pratique. Celles : de chercher à comprendre, guider les personnes, d'accompagner une clientèle variée, de travailler avec toutes sortes de famille, de faire de la promotion de la santé et de la prévention face aux problèmes de santé, de posséder de nombreuses connaissances sur les symptômes et les maladies, de savoir évaluer l'état de santé d'une personne, d'avoir un bon jugement clinique, d'avoir de bonnes connaissances sur les soins à exécuter, de faire le suivi des traitements, d'être capable de soigner en dehors des hôpitaux, et enfin, d'accompagner des mourants, si besoin.

Enseigner et assurer le suivi s'il y a lieu

Consciente de cette complexité, Hélène fait part du sens qu'elle donne à son rôle d'infirmière :

Être infirmière c'est tellement vaste. On peut être dans l'enseignement, dans la prévention. Tout se connecte finalement. On peut donner un soin ponctuel et n'avoir aucun suivi. On peut être toujours dans le suivi. On peut avoir fait la différence pour une personne pendant une heure. On peut avoir fait la différence pour une personne pendant trois jours. C'est tellement diversifié. Tant et aussi longtemps que l'on s'intéresse à la biologie humaine, à la santé, que l'on se garde au courant et que l'on essaie d'innover, on est dans les soins.
(Hélène, cercle # 4, octobre 2009)

Travailler en équipe

Travailler en équipe est un autre rôle qui donne un sens à la pratique d'une infirmière puisqu'elle y retrouve l'entraide, la complicité et la solidarité de collègues ou professionnelles de la santé. À ce sujet, Gina mentionne « Mon équipe, ça vaut de l'or présentement. C'est la plus belle gang. Ça fait la différence ». Elle ajoute « Quand on a une belle équipe de travail, ça paraît pour les autres collègues, on travaille en étroite collaboration avec les médecins et ça paraît pour eux aussi. Avec les patients, il se crée une certaine dynamique parce qu'ils savent que l'équipe est solide quand l'équipe a du plaisir à travailler ensemble ». Pour Hélène, créer des liens entre collègues et pouvoir échanger des

pensées et des connaissances est d'une grande importance. L'idéal d'Ariane est de faire partie d'une équipe dynamique, de prendre sa place, de participer activement et de déléguer certaines tâches aux infirmières auxiliaires.

Édith fait part d'une expérience socio-émotive qu'elle a vécue dans son milieu de travail, dans laquelle elle a eu l'occasion de soutenir une collègue.

Cette semaine une collègue a vécu une situation. Elle était en réunion...je sais qu'il y a eu un manque d'écoute. Dans l'après-midi je suis allée voir cette personne-là pour un dossier et elle m'a dit ...Assieds-toi il faut que je te pose une question. Elle m'a demandé de lui dire comment je réagirais dans sa situation. Ce n'est pas une personne gênée, d'habitude elle s'affirme. Je la considère comme une tête forte comme on dit. J'ai trouvé qu'elle avait un air malheureux. Je me suis assise et j'ai pris le temps de l'écouter. J'aime prendre le temps d'écouter le monde. Je suis humaine. En colère, elle m'a demandé de lui dire quoi faire. Elle m'a dit, je ne sais pas quoi faire avec ça. Je ne suis pas loin de ma retraite et je pense à m'en aller. Je trouve ça de valeur. Cette personne-là n'a plus de plaisir. Ses limites sont probablement atteintes. Elle a peut-être d'autres problèmes ailleurs. J'ai trouvé qu'elle me faisait confiance...Je lui ai conseillé de laisser retomber la poussière et d'attendre à demain pour revoir tout ça. Retourner voir la personne tout de suite ça peut être pire parce lorsqu'on est en colère. Le soir, j'ai repensé à tout ça. J'ai repensé à un livre sur le stress relié au climat de travail que j'avais acheté au cours d'un colloque...Le lendemain, je l'ai déposé sur son bureau avec d'autres documents que je devais lui remettre...On a reparlé un peu de tout ça. C'est une personne qui a du plaisir et qui est motivée au travail, mais quand elle a vécu cette situation c'était comme si on lui avait coupé les deux jambes. Je me suis donc occupée de ma compagne de travail à mieux vivre cette expérience. Je n'ai pas fait grand-chose (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

Pour ce qui est de l'objectif de prendre soin de soi et des autres, Édith ajoute :

On est habitué comme vous le dites à prendre soin des autres. Mais on ne prend pas nécessairement soin de nous. Dans notre département où milieu de travail, ce n'est pas toujours facile de dire à l'autre « Ça pas l'air à marcher ce soir veux-tu m'en parler? » Vous connaissez la relation d'aide. Je pense qu'il faut toujours trouver un moment, un temps pour aller prendre un café avec la personne. Même si ce n'est pas notre meilleure amie. On peut prendre un petit temps de repos où on a moins de patients et poser la question. C'est sûr que l'on ne fait pas ça quand il y a beaucoup de travail. Je trouve qu'il faut être

franche et authentique. Je trouve aussi qu'il y a de la jalousie entre collègues pour x raisons que l'on ne connaît même pas. C'est peut-être de la frustration. Je pense qu'à un moment donné il faut faire un face à face. Si ça fait 3, 4 mois que je travaille avec quelqu'une qui est négative je dois lui dire. Poser les bonnes questions, clarifier la situation. On ne peut pas plaire à tout le monde, mais quand on est vrai, ça transparaît et à un moment donné les gens nous font confiance. Je pense qu'il faut leur ouvrir la porte. Il y a sûrement un petit moment quelque part (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

Dans l'ensemble on peut dire que les rôles exprimés par les infirmières, partenaires de notre recherche, peuvent se résumer à : aider, guider, soulager la souffrance, assurer une présence empathique, observer et écouter le patient, connaître son histoire, chercher à le comprendre, évaluer certains éléments, avoir un bon jugement clinique et de bonnes connaissances sur les soins à exécuter, prévoir et établir les besoins, travailler avec la famille, faire la différence en donnant des soins de base ou en faisant de l'enseignement, référer ou faire le suivi ainsi que celui de travailler en équipe.

8.2.2 Les attitudes qui prédisposent à agir dans ma pratique infirmière

Plusieurs attitudes, ou manières d'être, considérées comme étant idéales pour guider la pratique des soins ont été mentionnées par les infirmières tout au long de leur itinéraire d'exploration réflexive. Ce qui rejoint cette idée de Perrenoud (2001) que prendre sa pratique comme objet de réflexion suppose pour une infirmière qu'elle réfléchisse sur ses attitudes comme soignante lorsqu'elle pose des actes singuliers de soins auprès d'un patient. Dans notre étude, les unités de sens exprimées par les infirmières relatives à ces attitudes témoignent surtout d'une approche altruiste, respectueuse, chaleureuse et responsable.

Les unités de sens qui prédisposent à bien agir dans sa pratique infirmière qui ont émergées du dialogue réflexif sont présentées dans le tableau XX.

Tableau XX - Les unités de sens composant les attitudes dans ma pratique infirmière

Être dévouée :

- Avoir le sens de l'autre, faire don de soi.
- Me soucier de l'autre, de son confort et de son bonheur.

Être humaine et professionnelle :

- Être gentille, authentique
- Être capable d'aimer.
- Avoir une bonne introspection.
- Être juste, simple, réaliste et ouverte d'esprit.
- Faire ressortir mon cœur et mon âme, c'est ce qui fait la différence en entrant dans la chambre d'un patient.
- Avoir confiance en moi, de l'intelligence et des comportements humains.
- Être à l'écoute d'une manière active, adopter les attitudes du *caring*.
- Aimer apprendre.
- Être soucieuse de la qualité.

Être empathique :

- Faire preuve d'humanité en gardant une distance
- Si on était tout le temps sympathique, on serait vidée.
- Dans notre domaine nous vivons sur le plan affectif tellement de situations de toutes sortes.
- À moins d'avoir une carapace, nous avons beaucoup d'occasions pour être émues.

Faire preuve de dynamisme :

- Être motivée, dynamique.
- Avoir une énergie positive.

Être chaleureuse et souriante :

- Être attentionnée et souriante

Être capable de rire avec les autres et rire de soi :

- Avoir de l'humour.
 - Dégager une énergie positive.
-

En reprenant ces unités de sens relatives aux attitudes sous une forme narrative, nous présentons quelques réflexions d'infirmières.

Être dévouée

Être infirmière, selon Ariane (34 ans d'expérience) et Isabelle (8 ans d'expérience), qui représentent deux générations différentes, c'est être un modèle de dévouement. C'est avoir le sens de l'autre, c'est se soucier des autres, de leur confort et de leur bonheur. C'est faire don de soi.

Être humaine, professionnelle et faire preuve de dynamisme

Selon Ariane, Claudine, France et Édith, il y a la gentillesse, le sourire, l'écoute active, faire preuve de motivation et de dynamisme, être humaine et authentique, être professionnelle et juste, être simple et réaliste, adopter les attitudes du *caring* et être accueillante auprès des personnes dans l'équipe.

Être empathique

Nous poursuivons avec cette réflexion d'Hélène qui porte sur l'empathie, une attitude hautement valorisée dans la formation infirmière.

Je pense que c'est ça la différence entre sympathie et empathie. Si on était tout le temps sympathique, on serait vidée. Si toutes les fois un monsieur codait et que je me mettais dans la peau de sa conjointe en pensant que ça pourrait être mon chum je ne continuerais pas. Je partirais en maladie dans un an. Être empathique, comme je le comprends c'est faire preuve d'humanité en gardant une distance. En se disant que ce n'est pas ma famille, mon chum et que ce sont mes patients. Peut-être qu'on devient plus froid en faisant ça. À force d'en voir, ce n'est pas comme la première fois. Tu es allée avec tes émotions. Au bout du dixième code de réanimation, je ne pense pas que l'on s'investisse autant que ça émotionnellement. C'est peut-être une manière de se protéger pour pouvoir faire ça 35 ans. C'est vrai des fois qu'on se sent froide. Je ne sais pas ce qu'il y a de mieux. (Hélène, cercle # 4, octobre 2009).

Être chaleureuse et souriante

Lors du quatrième cercle de dialogue, Hélène précise un "ingrédient" personnel qui l'aide à faire une différence dans sa pratique.

Mon petit ingrédient que je trouve qui fonctionne bien, je l'ai écrit dans mon journal, même une journée que je vais moins bien c'est de mettre un sourire sur mon visage quand je me présente pendant ma première tournée. Ça fait toute la différence. Des fois, je l'oublie et je vois la différence. Si je n'ai pas souri et que j'ai été plus dans mes papiers, ils ne se souviennent pas de mon nom. Il va y avoir moins de liens avec moi. Tandis que si je leur ai souri et que je leur ai demandé comment ça allait en étant chaleureuse et empathique je le vois dans leurs yeux. Sourire est un ingrédient qui fait bien. (Hélène, cercle de dialogue # 4, octobre 2009).

Ce moment de dialogue sur le sourire a ravivé un souvenir chez Isabelle : « Je me souviens des infirmières qui donnaient des soins à ma mère, comme l'image de soignantes attentionnées et souriantes qui s'efforçaient de donner à leur façon un peu d'espoir et de lumière dans la vie de ma mère ».

Être capable de rire avec les autres et aussi de rire de soi

Le rire dans la pratique est particulièrement important pour Brigitte qui mentionne :

J'aimerais revenir sur ce qui a été dit sur le fait que les patients sont contents lorsque l'on rit et qu'on a du fun. C'est vrai qu'on est porté à penser qu'il faut avoir l'air sérieux. Ils vont dire quoi. Au contraire quand on arrive et qu'on voit des gens débordés avec les faces longues, on se dit que ça ne va pas bien. Je n'aurais pas confiance en arrivant dans un milieu comme ça. Voir des gens capables de blaguer à travers, ça veut dire qu'ils ont le contrôle. Ça peut laisser supposer qu'ils ont le contrôle. (Brigitte, cercle # 3, octobre 2009).

Pour France, le plaisir au travail lui permet de dégager une énergie positive.

...Je trouve que l'infirmière dégage une énergie en tant que personne. En tant qu'infirmière on dégage aussi une énergie. Cette énergie-là dépend si on a passé une belle journée, une pas belle journée, si on fait du temps supplémentaire obligatoire, peu importe, joue beaucoup surtout sur l'énergie qu'on dégage. Nos patients ne sont pas fous. Ils le voient qu'on est débordé.

C'est le plaisir au travail qui nous permet de dégager une belle énergie (France, récit de pratique 2009).

Il y a le « rire avec les autres » mais aussi le « rire de soi », précise Édith.

J'aime rire et parfois il faut rire de soi-même. On n'est pas parfaite, on peut se tromper. Justement cet après-midi j'ai essayé de faire mes notes selon un modèle de soins. Une fois fait, j'ai dit « Hé les filles je suis contente j'ai réussi, je ne sais si je suis correcte, j'ai eu de la misère ». J'ai fait rire les filles, juste en disant ça. Elles m'ont dit, « voyons donc tu vas l'avoir » (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

Les ingrédients d'une pratique optimale

Hélène résume et présente en quoi consiste les attitudes d'une pratique infirmière qu'elle considère optimale.

Il faut qu'elle ait des aptitudes, des qualités. ...une ouverture d'esprit. ... Comme ingrédient, il y a la qualité...le respect, le professionnalisme. Ce n'est pas le temps d'amener tes problèmes au travail...Un grand respect des collègues, des patients, de ce qu'ils ont. Leur laisser une chance en ne se faisant pas une opinion au premier abord. Aimer apprendre, avoir une bonne introspection. ... se questionner comme « Moi aujourd'hui j'ai trouvé ça dur comment j'aurais pu faire autrement et qui aurait été plus facile » « Y a-t-il quelque chose que j'aurais pu changer qui aurait amené une autre porte de sortie ». Aussi de l'amour, de l'empathie. J'aime beaucoup les infirmières plus âgées. Souvent nous autres dans mon milieu on se ramasse une gang de jeunes. On se regarde le nombril, on veut être bonne, on veut être la meilleure. On se tasse un peu les coudes. Ça amène du bon et du pas bon aussi. Quand je travaille avec des infirmières plus âgées je trouve qu'elles ont une sérénité et un amour qu'elles donnent que moi je n'ai pas encore. Les années d'expérience font que l'on s'améliore d'année en année. (Hélène, cercle # 4, octobre 2009)

Gina poursuit en faisant référence à des caractéristiques observées chez des collègues qu'elle admire.

Il y a des infirmières qui vont rester marquées dans ma mémoire à jamais. Ce sont mes idoles infirmières. Soit pour leur intelligence. Des fois ce sont des filles qui n'ont pas nécessairement fait beaucoup de terrain, mais qui nous sortent des affaires intéressantes. D'autres, c'est par leurs comportements très humains auprès de leurs patients. Je me dis que si j'avais le quart de cette attitude ou façon de faire là avec les patients ce serait déjà beaucoup. On dirait

que c'est juste leurs façons d'être. On est porté naturellement à aller vers elles. Elles ont beau être l'autre bord du département c'est quand même elles que je vais aller voir parce que j'ai confiance. Je sais que je ne l'ai pas dérangée comparativement à d'autres infirmières. Moi mes infirmières modèles ont toutes un petit quelque chose que j'ai essayé de m'approprier. Je trouve que c'est payant avec les patients. Ce n'est pas toujours facile surtout si c'est quelques choses que l'on n'a pas naturellement. Une façon d'être, une façon de faire comme on l'apprend à l'université. (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Pour ce qui est des attitudes qui font du bien aux patients, nous retenons l'importance d'avoir une énergie positive, un sourire, une approche humaine, empathique et professionnelle. Il est également intéressant de souligner l'émergence de certaines attitudes dans la pratique comme le don de soi par une jeune infirmière qui nous rappelle le sens de la vocation d'infirmière souligné lors de notre réflexion sur l'évolution historique du sens donné à la pratique infirmière.

Ce premier thème portant sur les comportements attribués à la pratique par les infirmières, se traduisant par les sous thèmes, les rôles et les attitudes et qui regroupent des unités de sens issues du dialogue réflexif avec les infirmières que nous venons de parcourir viennent enrichir notre modèle systémique de la théorie d'usage du sens donné à sa pratique infirmière.

8.3 Les croyances qui alimentent ma pratique infirmière

Nous poursuivons avec le second thème révélant certaines croyances sur sa personne, sur sa pratique, sur la profession et sur son milieu de travail qui a émergé des récits de pratique ou lors des cercles de dialogue. Nous définissons le concept de croyance en signifiant qu'à partir de ses expériences, ses observations et ses perceptions concernant son existence, l'infirmière émet une opinion considérée comme vraie ou possible (Petit Robert, 2010). La figure 3 représente ce thème et les sous-thèmes de ce sous-système différencié qui s'intègre au tout organisé du sens donné à sa pratique infirmière.



Figure 3 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les croyances

8.3.1 Les croyances sur ma personne

En réfléchissant sur le sens donné à sa pratique à l'aide du récit de pratique, certains traits de caractère personnels et d'autres opinions formulées sur sa personne ont émergés de façon naturelle. Ce qui rejoint l'idée de Perrenoud (2001) lorsqu'il mentionne que le fait de prendre sa propre pratique comme objet de réflexion, voire de théorisation, cela suppose pour l'infirmière, qui ne peut se dissocier de ses actes, qu'elle réfléchisse sur son caractère et sa personnalité. Les unités de sens ayant trait aux croyances sur sa personne sont présentés dans le tableau XXI.

Tableau XXI - Les unités de sens relatives à mon identité comme personne

Traits de caractères issus des récits de pratique :

- Les infirmières ont dit : être passionnée, persévérente, courageuse, confiante en elle-même, mature, perfectionniste, sociable, réfléchie, aimer apprendre, aimer les défis, avoir besoin de découvrir et de connaître, être déterminée, aimer comprendre, être capable de s'adapter aux changements, voir plus loin que la surface, être angoissée, enthousiaste, apprécier l'esprit de gang, intéressée, aime toucher à tout, être hypersensible, ne pas être parfaite, avoir de la difficulté avec le jugement de valeur et le combat d'idées, être ébranlée si critique, être très sévère avec elle-même, manquer d'assurance et ne pas être carriériste, car le travail aide à vivre.

Croire en soi et en son potentiel créatif :

- Je suis fière d'être devenue infirmière.
- On est une bonne personne.
- Je crois en moi, en mes idées.
- Quand on veut tout est possible.
- Je suis créative, responsable, débordante d'imagination, aux qualités sociales très développées et débordantes de joie de vivre.
- La profession correspond à mes valeurs et à ma quête à me réaliser en tant qu'humaine.
- Soigner exige de grandes capacités d'organisation et d'adaptation lors de situations difficiles.

Avoir confiance en soi, en ses capacités d'organisation et d'adaptation :

- Soigner comporte un certain pouvoir.
- Je suis capable d'être autonome.
- Il faut être capable de s'adapter aux changements.
- J'apprécie le contact avec les personnes, avoir des aptitudes dans les relations sociales.
- J'aime discuter avec les personnes sur leur santé ou leur maladie et écouter leurs vécus.

Exprimer ses émotions :

- Je suis capable d'exprimer mes émotions.
 - Exprimer ses émotions pour être bien dans notre peau.
 - Prendre sa place dans la vie
-

(suite) Les unités de sens relatives à mon identité comme personne

Se respecter :

- Je me respecte.
- J'adopte une attitude positive.
- Je prends soin de moi.
- Je me permets de grandir, de travailler sur moi.
- Je suis capable d'introspection.

Considérer ses limites personnelles :

- Je considère mes limites personnelles, autant physique que psychologique.
- J'essaie de ne pas trop embarquer dans les histoires en créant certaines barrières.

Se questionner :

- On ne peut pas être parfaite.
- On peut oublier quelque chose.
- On est très perfectionniste les infirmières.

Savoir s'affirmer et savoir lâcher prise :

- Nous avons notre part à faire.
- Croire en ses rêves et foncer pour atteindre ses buts.
- Croire en sa capacité à s'affirmer.
- La meilleure façon de régler les affaires, c'est de dire les affaires.
- Savoir lâcher prise lorsqu'il se présente des difficultés dans son milieu de travail.
- Il faut canaliser nos énergies, lâcher prise ce n'est pas facile.

Croire en soi et en son potentiel créatif

Nous poursuivons avec les réflexions des infirmières issues du dialogue réflexif qui révèlent les croyances ou les opinions qu'une infirmière exprime lorsqu'il est question de sa personne. Nous commençons avec le témoignage d'Isabelle, fière de ce qu'elle est devenue.

Je crois en moi, en mes idées, j'aime échanger et croire que quand on veut, tout est possible. ...Une vie, c'est parsemée de joies et de tristesses, de réussites et d'échecs, de satisfactions et de déceptions. Une vie remplie d'amour, de tendresse, de dépassement de soi. ...Avec la persévérence, la vie nous emmène où l'on veut. ...J'ai un poste dans un domaine qui correspond à mes goûts, à mes aptitudes, à ma formation. ... Je suis satisfaite d'avoir foncé, de m'être acharnée à vouloir améliorer ce qui n'était pas inné au début de cette carrière!!! Je suis fière de ce que je suis devenue, fière de ce qui module ma profession, fière des projets et ambitions qui me hantent et me permettent de toujours vouloir aller plus loin (Isabelle, récit de pratique 2009).

Hélène qui se considère comme une femme créative, responsable, débordante d'imagination, aux qualités sociales très développées et débordante de joie de vivre ajoute :

J'ai besoin de me sentir utile, de donner le meilleur de moi-même tous les jours et d'apprendre au quotidien... La profession d'infirmière correspond à mes valeurs et ma quête à me réaliser en tant qu'humaine... Avant de travailler dans l'hôpital, j'étais naïve et je croyais que chacun était aimable et travaillait dans le même sens... Je m'obligeais à tenir un rôle de perfection... Les préjugés, j'essaie d'en avoir le moins souvent possible... Maintenant, je laisse faire et dire les gens. (Hélène, récit de pratique 2009).

Quant à Isabelle, elle mentionne que sa pratique infirmière lui permet de grandir.

C'est un cadeau que de pouvoir accompagner jour après jour des personnes dans la maladie, les familles sont le plus souvent reconnaissantes et les liens tissés avec des collègues dans des situations difficiles nous apprennent beaucoup sur le sens de la vie, les valeurs de chacun et chacune. C'est aussi ce qui pour ma part m'aide à travailler sur moi, à apprendre à encore mieux me connaître, à me respecter dans ce que je suis et l'infirmière que je désire être. (Isabelle, récit de pratique 2009).

Avoir confiance en soi, en ses capacités d'organisation et d'adaptation

Ajoutons à cela que « soigner exige de la confiance en soi, de grandes capacités d'organisation et d'adaptation lors de situations difficiles », souligne France. Sans en dire plus, être infirmière comporte un certain degré de pouvoir, d'après Ariane. À cette pratique de soigner, s'ajoutent plusieurs autres exigences. Celles d'être autonome, d'être capable de s'adapter aux changements, d'avoir des aptitudes dans les relations sociales, d'apprécier le

contact avec les personnes, d'aimer discuter avec elles sur leur expérience face à la santé ou à la maladie et d'écouter leurs vécus.

Exprimer ses émotions

Brigitte croit, quant à elle, en la nécessité d'exprimer ses émotions.

Les valeurs viennent de la famille... Exprimer ses émotions pour être bien dans notre peau... Prendre sa place dans la vie... Je suis heureuse avec les autres... Ce milieu me montre tous les jours que je suis chanceuse dans la vie d'avoir un conjoint et des enfants en santé (Brigitte, récit de pratique 2009)

Se respecter

Pour ce qui est de Claudine, elle insiste sur l'importance du respect de soi et l'adoption d'une attitude positive.

Il est important de se respecter soi-même... Il ne faut pas s'accrocher à des choses négatives, mais plutôt regarder le positif... On grandit lorsque c'est difficile... Je trouve que prendre soin des gens c'est valorisant dans la vie, les gens l'apprécient (Claudine, récit de pratique 2009).

Édith poursuit en exprimant la nécessité de prendre soin de soi.

On prend soin des gens, mais il faut prendre soin de nous aussi. C'est ce qui nous permet de continuer. C'est doser nos énergies. Danielle le dit souvent « Prend soin de toi », au téléphone, ou l'écrit. D'autres personnes le disent aussi. Me faire dire ça, ça me dit de ralentir. J'ai 2 vitesses. Je suis très dynamique. ... J'ai toujours été de même. Je prends soin des autres, au travail, dans ma famille, mes amis, peu importe, mais aussi il faut que j'apprenne à prendre soin de moi. Chose que je n'ai pas toujours faite adéquatement. Pour *toffer* comme on dit en bon québécois dans le devenir, pour être encore là dans 10 ans et prendre une retraite, il faut prendre soin de soi pour continuer à être motivée. C'est ma conclusion. (Édith, cercle # 4 octobre 2009)

Considérer ses limites personnelles

Ce qui amène Gina à rappeler l'importance de considérer ses limites personnelles.

Je suis avant tout une fille de terrain... Je ne crois pas que je serais aussi heureuse dans un autre domaine... Je ne suis pas le genre de personne à me laisser abattre par une situation, mais je suis comme toute personne humaine, j'ai mes limites autant physique que psychologique (Gina, récit de pratique 2009).

Se questionner

Nous poursuivons avec Édith qui s'exprime sur la confiance en soi, l'importance de se questionner et sur ce que plusieurs autres infirmières affirment, le « perfectionnisme des infirmières ».

Quand on dit que nous avons confiance en soi il faut aussi faire en sorte que les autres nous fassent confiance aussi. Ce n'est pas évident de faire quelque chose pour la première fois et se dire que nous allons être bonnes. A-t-on si besoin de dire que l'on est si bonne que ça? L'aide des consœurs, demander de se faire vérifier je trouve que ce sont de bons ingrédients. J'aime mieux que les gens me posent des questions. Toujours en poser ce n'est pas normal. Je pense qu'il est bon d'avoir le souci de se questionner. Le jour où je ne me questionnerai plus, je resterai chez nous... On ne peut pas être parfaite. On peut oublier quelque chose. On est très perfectionniste les infirmières. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Savoir s'affirmer et lâcher prise

Isabelle trouve important de croire en ses rêves et de foncer pour atteindre ses buts. Édith ajoute croire en sa capacité à s'affirmer, mais aussi en cette autre qui est de savoir lâcher prise lorsqu'il se présente des difficultés dans son milieu de travail.

Ce que j'entends me fait penser à un de mes anciens patrons qui me disait « On n'est pas obligé de s'aimer pour travailler ensemble ». Ça m'avait fait quelque chose. Je suis contente aujourd'hui et je constate que j'ai fait un moyen chemin. Quand j'étais plus jeune infirmière, je pensais que tout le monde devait m'aimer. Je pensais que je devais être fine, belle, et tout le kit. Les personnes qui me connaissent savent que je sais lâcher prise, mais que je sais aussi m'affirmer. Je crois qu'il faut dire ce que nous avons à dire sans taper sur

la tête de tout le monde pour se faire respecter. Cela n'enlève pas que nous avons notre part à faire. La meilleure façon de régler les affaires, c'est de dire les affaires. Il faut canaliser nos énergies, lâcher prise ce n'est pas facile. ...Nous faisons notre *job* du mieux que l'on peut. Je me respecte en créant certaines barrières, j'essaie de ne pas trop embarquer dans les histoires. Je me suis améliorée beaucoup. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Édith, pour qui l'affirmation de soi est d'une grande importance, poursuit en ces termes.

Ce que l'on dit, ça nous ramène à l'affirmation de soi. Dans notre milieu, à la maison c'est à nous de décider ce que l'on donne. Je connais des personnes, des jeunes qui font tout pour leur mari et leurs enfants. C'est leur choix. Si on est bien là-dedans, c'est correct. Pour les infirmières c'est la même chose. Il y a des infirmières qui vont en faire beaucoup plus que d'autres sans nécessairement être mieux vue. Il y en a d'autres à côté qui vont faire le quart de la *job* et ça passe. Je pense que nous devons être vraies, authentiques. On doit s'affirmer et avoir des limites. Peu importe où on est. Je l'ai dit au début des cercles et je le redis encore. (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

Issu de son récit de pratique voici pour terminer sur ce sujet de l'affirmation de soi l'opinion d'Ariane.

Si je regarde mon expérience, je ne m'affirmais pas beaucoup au début de ma carrière. Je me suis aperçue que je n'étais pas respectée. On disait, « Ariane elle est bonne, elle ne parlera pas, elle on peut y faire n'importe quoi, on peut changer son chiffre elle ne parlera pas ». Je me suis aperçue que celles qui gueulaient, ce n'est pas drôle à dire, les têtes fortes ont tout ce qu'elles veulent. Je trouvais cela déplorable. On a toutes des personnalités. Pourquoi on changerait notre personnalité. Pourquoi on serait toutes des personnes qui s'affirment. Il me semble que dans la vie ça prend toutes sortes de monde. J'ai de la misère un peu avec ça lorsque l'on me dit « Ariane affirme toi ». Je considère que sans crier fort je réussis à avoir ce que je veux. Je pense que je suis devenue plus sage aussi en vieillissant. Il y a encore des gens qui gueulent et ce qui est dommage c'est que les employeurs les écoutent. Souvent ces gens-là vont être nos *leaders*. Je sais qu'il y a différentes sortes de *leaders* mais on est toujours obligé de crier fort. J'ai de la misère avec le fait de devoir changer notre personnalité. (Ariane, récit de pratique 2009).

Parmi toutes ces réflexions, nous trouvons intéressant, dans le contexte de travail actuel et sans doute futur exposé à des changements, de faire ressortir l'idée de croire en soi et à

son potentiel créatif, la nécessité d'exprimer ses émotions, l'importance du respect de soi, de prendre soin de soi, de savoir s'adapter et de s'affirmer, et aussi, de savoir lâcher prise.

8.3.2 Les croyances sur ma pratique

Au cours de cet itinéraire d'exploration réflexive les infirmières ont émis, à partir de leurs expériences cliniques, diverses croyances touchant plus particulièrement leur pratique infirmière alimentant ainsi la théorie d'usage que nous cherchons à co-construire. Il s'agit encore ici d'un savoir riche de sens issu de la pratique actuelle qui favorise une meilleure compréhension, invite à des questionnements utiles à la poursuite de réflexions, et qui peut très bien à notre avis, alimenter nos enseignements. Le tableau XXII présente les unités de sens issues du dialogue réflexif composant une croyance exprimée sur sa pratique infirmière.

Tableau XXII - Les unités de sens composant des croyances sur ma pratique

Avec le temps, les compétences se développent :

- Au début, on est plus axé sur l'acte que sur le global.
- En avançant dans le temps, on voit ça plus global.
- C'est important d'avoir de bons modèles d'infirmières, des exemples pour bien avancer.
- On a beau penser être une bonne infirmière on n'est jamais seule. On travaille en équipe. On ne peut pas être seule dans un coin.
- Lorsque l'on a moins de pratique, on n'allume pas aussi vite.
- La capacité d'intégrer les connaissances apprises dans un programme de formation et ce qui est mis en pratique lors de l'entrée dans la profession présente une marge très grande.
- Avec le temps, l'expérience acquise apporte d'autres connaissances, de plus en plus d'aisance et d'assurance dans les techniques de soin et plus de maturité.
- Je suis une bonne infirmière présentement parce que j'ai un bon bagage et qu'il est varié.

Les responsabilités et la prestation des soins sont de plus en plus complexes :

- Les responsabilités et la prestation des soins sont devenues de plus en plus complexes.
- La tâche s'est alourdie versus la paperasse versus les maladies qui ne sont plus les mêmes (voir *verbatim* dans croyance sur la profession).
- Je ne serais pas la même infirmière sans baccalauréat en sciences infirmières.
- Soigner des personnes implique d'intervenir avec les collègues, mais aussi avec les familles qui ne réagissent pas toutes de la même façon.
- Des aidants naturels sont des membres ou des ressources de l'équipe de soins essentiels dans le système de santé.
- On est chanceuse par rapport à la qualité et la quantité de *job* qu'on peut faire en tant qu'infirmière.

Il est rare que l'on ait le temps de toucher ou d'écouter un patient qui a besoin de se confier :

- Je ne pense pas que c'est parce qu'on n'a pas de temps qu'on ne touche pas et qu'on ne prend pas le temps. Donner un soin c'est tel que tel. Au bout de 6 mois, tout le monde est bon pour mettre des sondes ou pour piquer. Par contre, interagir dans une situation X quand on est sur appel par exemple, que l'on va dans tous les départements possibles, que l'on a de la broue dans
-

(suite) Les unités de sens composant des croyances sur ma pratique

- le toupet, que l'on a plein d'affaires en tête, ce n'est pas évident.
- Il faut toujours se rappeler de prendre du temps.
- Le toucher on est capable de le faire encore nous autres chez les personnes âgées

L'infirmière dans sa pratique est la plupart du temps en relation avec une ou des personnes :

- Que ce soit avec un patient, la famille, un supérieur, une collègue, c'est un travail de relations.
- Ce n'est pas toujours facile de s'investir tout le temps et avec tout le monde.
- Nous avons plus tendance à aller vers les gens qui nous donnent plus d'énergie que ceux qui nous en enlèvent.

Enseigner aux patients exige de prendre du temps :

- Dans le milieu où je travaille, je fais beaucoup d'enseignement.
- C'est rendu que c'est nous qui expliquons le diagnostic et les résultats aux patients.
- Il faut prendre le temps pour enseigner au patient.

L'information non uniforme donnée aux patients et un manque de rétention par ceux-ci causent problèmes.

- Souvent les gens ne se souviennent pas des informations qu'ils ont reçues.
- Les gens qui retournent à la maison avec la tonne d'informations.
- Des fois ça va vite et ce n'est pas tout le monde qui prend le soin d'expliquer.

Le domaine de la prévention est aussi intéressant que le curatif :

- En prévention, on parle plus que l'on agit. C'est à long terme que l'on voit les résultats.
 - Souvent, ce qui est dit à l'urgence avant que la personne quitte n'est pas toujours compris.
 - La prévention c'est un très beau milieu et si vous avez la chance de travailler là-dedans un jour, c'est aussi intéressant que le curatif. Il faut avoir fait du curatif pour travailler en prévention.
-

(suite) Les unités de sens composant des croyances sur ma pratique

Travailler en dyade est un bon moyen pour assurer une bonne qualité des soins :

- Travailler en dyade infirmière et infirmière auxiliaire est le meilleur moyen d'augmenter et de renforcer la qualité des soins.
- Permet de garder un œil sur les suivis de traitements à effectuer ainsi qu'une bonne répartition des soins selon nos actes respectifs.

Il est difficile de se faire déléguer des actes médicaux :

- Avant les infirmières étaient des exécutantes. Ça dérange.
- La rémunération à l'acte pour les docteurs nuit à la collaboration médecin/infirmière.

Un rapport hiérarchique infirmière/médecin persiste et influence la pratique:

- Persistance d'un rapport d'autorité ou de subordination envers le médecin.
 - Tout dépendamment avec quels médecins on travaille, on en vient à développer un respect mutuel. Le médecin va finir par nous faire confiance. C'est dur à gagner, mais ça se fait.
 - À long terme on dirait qu'ils nous laissent aller plus facilement dans la prise de décision.
 - J'espère que la vision va changer et qui vont nous permettre de vraiment exploiter nos connaissances à 100 %. Ça libèrera les médecins, les urgences.
 - Les ordonnances médicales collectives semblent de plus en plus occuper l'espace de travail. Sauf qu'il en manque encore.
 - Les jeunes médecins sont beaucoup plus favorables à déléguer que les plus âgés. Je ne pense pas qu'ils doutent de nos compétences. Je pense qu'ils doutent de nous faire confiance.
-

Sur ce sujet portant sur la pratique d'une débutante, Gina partage un enseignement qu'elle a reçu dans le cadre d'une conférence présentée dans un colloque lors du congrès annuel de l'OIIQ qui a eu lieu à l'automne 2009.

...une nouvelle infirmière devant un patient va dire « Mon patient va mal ». Une infirmière d'expérience va dire « Mon patient a de la misère à respirer, il a les lèvres bleues, de l'écume sur le coin de la bouche ». Quand l'infirmière commence, ou a de l'expérience, et que le patient va mal, c'est le même patient. Ce n'est pas écrit dans son visage « Je suis en train de faire un OAP ». Je trouve que c'est une bonne façon de le voir. Pourtant lorsque l'on commence, on connaît les symptômes d'un OPA mais on n'est pas capable de les associer cliniquement avec le patient. Un autre exemple, une infirmière avec moins d'expérience qui prend les signes vitaux ne fera peut-être pas le lien entre le fait qu'il fait de la basse pression, sa prise de médicaments et un problème de déshydratation. Lorsque l'on a moins de pratique, on n'allume pas aussi vite. (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Ce qui amène Gina à postuler que la capacité d'intégrer les connaissances apprises dans un programme de formation, et ce qui est mis en pratique lors de l'entrée dans la profession, présente une marge très grande. Sauf qu'avec le temps, d'après Ariane, Maryse et Édith, l'expérience acquise apporte d'autres connaissances, de plus en plus d'aisance et d'assurance dans les techniques de soin et plus de maturité.

Les responsabilités et la prestation des soins sont de plus en plus complexes

Selon Ariane, la responsabilité et la prestation des soins sont devenues de plus en plus complexes. Gina avoue qu'elle ne serait pas la même infirmière si elle n'avait pas fait son baccalauréat en sciences infirmières. Soigner des personnes, mentionne Édith, implique d'intervenir avec les collègues, mais aussi avec les familles qui ne réagissent pas toutes de la même façon. Ce sont des aidants naturels, qu'Ariane considère comme des membres ou des ressources de l'équipe de soins essentiels dans le système de santé.

Il est rare que l'on ait le temps de toucher ou d'écouter un patient qui a besoin de se confier

Une difficulté exprimée cette fois-ci par France, c'est qu'elle a rarement le temps d'écouter un patient qui a besoin de se confier à elle. Lorsque cela arrive, elle en ressort toujours insatisfaite. À ce manque de temps pour l'écoute, il peut y avoir aussi d'après Gina, une perte du contact physique avec un patient dans la pratique.

Il y a une chose que je me rends compte c'est qu'on est dans un milieu de soins avec des humains et je trouve que l'on n'a perdu le contact physique. Installer une sonde je pense que tout le monde est capable. Mais préparer la personne, la toucher comme mettre juste une main sur l'épaule, prendre sa main tout en la regardant dans les yeux et lui dire que je la comprends, ça permet de lui ouvrir une porte. Ce n'est pourtant pas grand-chose à faire (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Ces propos de Gina ramènent à une motivation profonde d'une infirmière lorsqu'elle choisit la profession. Souvent nous entendons « On veut travailler avec des humains ». « On veut devenir infirmière pour être avec des personnes ». On aime le contact humain, la relation. C'est ce que des infirmières veulent faire et c'est ce que nous entendons encore aujourd'hui chez les jeunes candidates à la profession. Que l'on ait de moins en moins ce comportement, ce moyen de communication qu'est le toucher qui parle et qui soulage, est à questionner.

Pour ce qui est de la relation avec les patients et surtout de cette difficulté d'un manque de temps pour être auprès d'eux, souvent fois émises par les infirmières, Hélène formule cette autre opinion.

Je ne pense pas que c'est parce qu'on n'a pas de temps qu'on ne touche pas et qu'on ne prend pas le temps. Donner un soin c'est tel que tel. Au bout de 6 mois, tout le monde est bon pour mettre des sondes ou pour piquer. Par contre, interagir dans une situation X quand on est sur appel par exemple, que l'on va dans tous les départements possibles, que l'on a de la broue dans le toupet, que l'on a plein d'affaires en tête, ce n'est pas évident. ...Quand on voit que la personne c'est juste au niveau de ses émotions, là on dirait que c'est le dernier de nos soucis. Ça devrait être aussi important que les autres. Je ne pense pas

que c'est par manque de temps. Ça fait plus d'années que je travaille. Maintenant je peux plus souffler et je peux aller un peu plus loin que les soins de base. Là j'en fais un peu plus et je me sens plus à l'aise dans mes relations interpersonnelles. (Hélène, cercle # 4, octobre 2009).

Au sujet de prendre du temps pour être avec les patients, Gina ajoute :

Moi, ça fait une dizaine d'années que je suis infirmière. Je ne suis pas une vieille, ni une jeune, mais j'ai toujours travaillé dans un contexte en manque de personnel où il faut être productive. Je pense qu'il faut toujours que je me le rappelle de prendre du temps. J'ai déjà travaillé à l'urgence, aux soins intensifs et ce qu'on faisait c'était des actes. Point à la ligne. Lorsque j'étais à l'urgence, c'était « Merci bonsoir, on change la civière et on couche une autre personne ». ...si on ne s'arrête pas à ça, c'est facile de se perdre. Je pense que c'est moi qui en ressens le besoin. J'ai besoin de m'arrêter pour me dire « Je suis là pour elle ». C'est facile à dire quand nous avons peu de patients. Le contexte peut être facilitant pour appliquer ça. Je me souviens quand j'étais plus jeune et que je travaillais en dyade avec une auxiliaire ce n'était pas ma priorité. J'étais plus concentrée sur les actes. En y pensant, c'était plus l'infirmière auxiliaire qui faisait ça. J'étais jeune et j'étais probablement plus gênée de toucher un patient. Ça devrait être la base. (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Concernant l'acte de toucher un patient pour le réconforter Ariane affirme être encore capable de le faire, d'autant plus qu'elle travaille auprès de personnes âgées.

Lorsque j'arrive près d'un patient, je les touche beaucoup. Surtout quand je prends leur pression. Juste le fait de leur toucher je sens qu'ils sont contents. Le toucher, on est capable de le faire encore nous autres chez les personnes âgées. (Ariane, cercle # 5, novembre 2009).

L'infirmière dans sa pratique est la plupart du temps en relation avec une ou des personnes

Danielle, la chercheure principale, fait ressortir l'idée que l'infirmière dans sa pratique est la plupart du temps en relation avec une ou des personnes.

Que ce soit avec un patient, la famille, que ce soit avec un supérieur, avec une collègue. C'est un travail de relations. Dans le soin avec notre expertise professionnelle, on donne des soins, on fait de l'enseignement, mais aussi avec les collègues, les familles. On est constamment dans un contexte de relations. C'est peut-être quelques choses qu'on oublie quelque part. On investit

beaucoup dans la relation avec les patients... Mais on est là aussi pour vivre notre vie et travailler avec d'autres personnes. J'ai à investir dans cet autre type de relation avec les autres qui travaillent avec moi. On travaille en équipe et c'est gagnant... C'est plus rassurant, si je ne sais pas quelque chose je peux le demander, je peux avoir de l'aide, etc. Mais essayer d'avoir toujours de bonnes relations, avoir du plaisir avec toutes sortes de personnes que je rencontre sur mon chiffre... m'amène à faire des choix. C'est difficile de s'investir tout le temps et avec tout le monde. Nous avons plus tendance à aller vers les gens qui nous donnent plus d'énergie que ceux qui nous en enlèvent. ... il y a des personnes qui vivent des difficultés. Ça aussi ça fait partie de mon travail qui est un milieu de vie après tout. ... lorsque l'on est dans la relation, on est beaucoup dans la dimension affective. Dans notre domaine, nous vivons sur le plan affectif tellement de situations de toutes sortes. À moins d'avoir une carapace, nous avons beaucoup d'occasions pour être émues. À l'opposé, si nous demeurons uniquement sur le plan cognitif, au niveau des connaissances c'est sans doute plus facile, mais est-ce nécessairement humain? On se questionne et on cherche la réponse. C'est une question d'équilibre. Alors, comment faire pour garder un certain équilibre entre les deux et ne pas être atteinte par des personnes avec qui nous n'avons pas d'atomes communs? (Danielle, cercle # 4, octobre 2009).

Enseigner aux patients exige de prendre du temps

Julie qui travaille également dans le domaine de la prévention exprime ses croyances sur son rôle d'enseignante auprès des patients en ces termes.

Dans le milieu où je travaille, je fais beaucoup d'enseignement aux patients. Ils ont déjà vu un médecin, ou ils ont eu une opération comme un pontage avant que je les rencontre. Je les vois parce qu'ils ont une problématique de santé. Je ne les vois pas parce qu'ils sont en santé. Ce dont je me rends compte c'est qu'ils apprécient mes fonctions, mon rôle. Quand ils viennent de recevoir leur diagnostic, ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit. Ils sont sous le choc. Ils sont traumatisés. Ils arrivent dans mon bureau, tout est croche et pourtant ils ont reçu toutes les explications nécessaires pour faire leurs soins. Quand ils arrivent dans mon bureau, je prends le temps. Même si je suis dans le jus par-dessus la tête, je prends le temps. C'est notre rôle. Les patients vont nous remercier. Ils vont sentir qu'on est là pour eux et qu'ils ne sont pas juste des numéros. On prend le temps de leur expliquer, ça calme un peu de la nouvelle pour qu'ils se reprennent en main. Personnellement je trouve que ma fonction et mon rôle, c'est de prendre le temps de leur expliquer ce qui se passe. (Julie, cercle # 5, novembre 2009).

Selon les propos d'Hélène, il arrive qu'elle doive intervenir plus longuement pour expliquer le diagnostic et des résultats à un patient.

...quand on entre dans la chambre et qu'on s'approche d'un patient qui est faible on apporte un petit bonheur dans sa journée. Ce n'est pas le médecin. Les patients disent qu'ils ne les voient pas. C'est rendu que c'est nous qui leur disons les choses. Ils ne vont plus les voir. Ils écrivent leurs notes au dossier et c'est tout. Nous exécutons les soins et quand on va voir les patients c'est souvent nous autres qui apportons les nouvelles, qui allons expliquer un diagnostic. Le patient nous dit que le médecin est allé trop vite et qu'il n'a pas compris. C'est pourquoi nous devons faire l'enseignement. (Hélène, cercle # 5, novembre 2009).

L'information non uniforme donnée aux patients et un manque de rétention par ceux-ci causent problèmes

Une difficulté rencontrée dans la pratique, amenée cette fois par Hélène et Gina qui travaillent en milieu hospitalier, est liée à l'information qui est dispensée à la clientèle. Il s'agit d'abord pour Hélène d'un problème de rétention de l'information par la clientèle qu'elle explique de la façon suivante :

Il y a eu une étude qui a été menée. On a questionné le degré de compréhension du séjour à l'urgence des usagers. C'est impressionnant à quel point les gens ne se souviennent pas. Il y avait 5 critères pour évaluer le degré de compréhension. Premièrement, il y avait la raison de consultation. Un certain pourcentage ne se souvenait pas pourquoi ils avaient consulté. En deuxième, il était question des soins reçus. Souvent les gens ne se souviennent pas des soins qu'ils ont reçus. Ensuite, les explications, le diagnostic qui avait été formulé et les soins à faire à domicile. 20 % des gens réussissaient à se souvenir de 3 sur 5 critères et les autres ne se souvenaient d'aucun critère. Les gens qui retournent à la maison avec la tonne d'informations. Des fois ça va vite et ce n'est pas tout le monde qui prend le soin d'expliquer. Les soins sont vraiment importants et le suivi aussi. Ils arrivent chez eux sous l'effet des médicaments. Je me demande comment se fait le suivi (Hélène, cercle #4, octobre 2009).

À cela vient s'ajouter un problème d'uniformisation de cette information, souligne Gina.

J'ai compris que ce que je dis à l'hôpital, ce n'est pas nécessairement ce qui se dit en communautaire et vice versa. Je comprends qu'une personne peut devenir mêlée. Ce qui est dit, ce n'est pas nécessairement ce qui est appliqué. On parle de prévention, mais il faut que l'information soit bien utilisée au départ. On finit par avoir des personnes plus mêlées que d'autres choses. Que ce soit en milieu scolaire, en entreprise, en périnatalité (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Par contre, en ce qui a trait à la communication entre établissements la situation semble s'être améliorée d'après Édith. Elle affirme « On a un meilleur suivi qu'avant. Premièrement à cause des infirmières de liaison. Le monde des départements, des CLSC, des CHSLD se parle. Avant on était comme déconnecté. Le patient sortait de l'hôpital et c'était fini ».

Le domaine de la prévention est aussi intéressant que le curatif

D'autre part, le domaine de la prévention a fait l'objet d'une réflexion lors du quatrième cercle de dialogue. Édith qui travaille dans ce milieu partage ses croyances à ce sujet.

En prévention, on parle plus que l'on agit. On se fait dire que l'on pellette des nuages. C'est à long terme que l'on voit les résultats. Souvent, ce qui est dit à l'urgence avant que la personne quitte n'est pas toujours compris. La personne peut être sous haute médication. Je trouve que la prévention c'est un très beau milieu et si vous avez la chance de travailler là-dedans un jour c'est aussi intéressant que le curatif. Il faut avoir fait du curatif pour travailler en prévention. C'est ma perception. (Édith cercle # 4, octobre 2009).

Travailler en dyade est un bon moyen pour assurer une bonne qualité des soins

Il y a aussi le travail en collaboration. Plusieurs partenaires se sont exprimées à ce sujet. En faveur d'une organisation du travail en dyade infirmière-infirmière auxiliaire, Gina affirme ce qui suit.

Travailler en dyade infirmière et infirmière auxiliaire c'est selon moi, le meilleur moyen d'augmenter et de renforcer la qualité des soins prodigués aux patients, car cela nous permet de garder un œil sur les suivis de traitements à effectuer ainsi qu'une bonne répartition des soins selon nos actes respectifs. (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Il est difficile de se faire déléguer des actes médicaux

En continuité avec ce sujet de la collaboration, Isabelle qui travaille en milieu hospitalier soulève dans les termes suivants la difficulté à déléguer des actes médicaux. Elle souligne aussi le fait de retrouver dans le système de santé des méthodes de rémunération différentes pour les infirmières et pour les médecins.

Je veux juste revenir sur les prescriptions de sommaire et d'analyse d'urine. J'ai déjà eu des discussions avec une collègue qui était extrêmement proactive qui travaillait avec moi en pratique privée. Des médecins disaient « Ça va me donner quoi si tu vois mes patients? Je suis payé à l'acte. Si son examen n'est pas normal, je vais devoir m'en occuper et je ne serai pas payé pour faire ça. Ça va sauver du temps, les patients vont être vus plus rapidement, les patients vont être mieux suivis. On n'est pas rendu là. On avait un beau protocole qui servait à nous orienter. On ne l'a plus pour cette raison. On travaille sur 2 vitesses. Nous, on travaille pour le système public, eux autres sont des travailleurs autonomes. Avant les infirmières étaient des exécutantes. Ça dérange. (Isabelle, cercle # 5, novembre 2009).

Un rapport hiérarchique infirmière/médecin persiste et influence la pratique

En regard d'une collaboration souhaitable avec les médecins, Julie semble se situer dans un rapport d'autorité ou de subordination.

Tout dépendamment avec quels médecins on travaille, on en vient à développer un respect mutuel. Le médecin va finir par nous faire confiance. C'est dur à gagner, mais ça se fait. À long terme on dirait qu'ils nous laissent aller plus facilement dans la prise de décision. On leur suggère des choses et ils vont souvent accepter de dire « Ce ne serait pas mauvais de changer telle médication ». Ils savent que l'on devient spécialisée dans un domaine, on fait les suivis. On travaille avec d'autres spécialistes. Ils se rendent compte que l'on a certaines connaissances qu'ils peuvent utiliser. Je travaille dans un petit secteur. Les médecins nous invitent quand les compagnies pharmaceutiques font des 5 à 7 pour présenter leurs produits. Ils veulent que l'on ait la même

formation qu'eux. Je pense, du moins j'espère, que la vision va changer et qu'ils vont nous permettre de vraiment exploiter nos connaissances à 100 %. Ça libèrerait les médecins, les urgences. (Julie, cercle # 5, novembre 2009).

Par contre, France livre en quelques mots son expérience par rapport aux ordonnances médicales collectives qui semblent selon elle de plus en plus occuper l'espace de travail.

On est rendu avec un manuel ça d'épais sur les ordonnances collectives dans les différents départements. En plus, si nous en faisons une j'entends dire, ça va nous faire de quoi de plus à penser. Je trouve ça niaiseux qu'un patient que nous avons depuis longtemps et qui présente des urines troubles que je ne puisse pas lui faire une analyse et culture d'urine. Il y a des docteurs qui vont me dire « Bravo, c'est super ». Mais je risque plus de me faire taper sur les doigts par d'autres. Si j'attends que le médecin passe pour faire sa tournée, ou s'il passe et que je ne suis pas là, on risque de passer à côté du problème. Il va falloir que je le rappelle, le quart de travail peut avoir changé. C'est du temps qu'on pourrait gagner. Ils nous en ont donné des actes à faire et pas mal. Sauf qu'il en manque encore. Je suis de celle qui croit que les jeunes médecins sont beaucoup plus favorables à déléguer que les plus âgés. Je ne pense pas qu'ils doutent de nos compétences. Je pense qu'ils doutent de nous faire confiance. Souvent il m'arrive de prendre la décision. Mais l'assistante infirmière chef (AIC) va me prévenir de ne pas le faire pour ne pas avoir de problème. Ce n'est pas drôle. (France, cercle # 5, novembre 2009).

Plusieurs croyances variées et riches de sens ont émergé du dialogue réflexif. Des opinions sur la pratique allant de l'importance d'avoir de bons modèles pour soutenir le développement des compétences, la reconnaissance de la prévention associée à la pratique, certaines caractéristiques d'une pratique optimale, le travail en collaboration, la quête d'une plus grande autonomie par la délégation d'actes médicaux jusqu'à la relation interpersonnelle.

Gina qui a cumulé différentes expériences de travail comme infirmière termine avec la réflexion suivante.

Je ne changerais pas de job. Je pense que l'on est chanceuse par rapport à la qualité et la quantité de job qu'on peut faire en tant qu'infirmière. Ce n'est pas parce que présentement ça me *drive* que dans quelques années ou peu importe, si j'ai l'opportunité je pourrai aller dans la prévention, dans un bureau, devenir

conseillère. Je vais avoir la possibilité de changer. Je suis infirmière et j'ai la clé pour ouvrir presque toutes les portes. Je me dis que peu importe où je travaille, je rapporte le positif et je mets ça dans mes poches et j'amène ça dans ma prochaine expédition lorsque je changerai de place. Je pense que c'est pour ça que je suis une bonne infirmière présentement parce que j'ai un bon bagage et qu'il est varié. (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

8.3.3 Les croyances sur la profession

Plusieurs croyances ou opinions que nous rattachons cette fois-ci à la profession ont émergé du dialogue réflexif avec les infirmières. Le tableau XXIII présente ces croyances ou opinions qui viennent alimenter notre théorie d'usage. Parmi celles-ci, nous observons une sorte d'hésitation ou malaise des infirmières face à l'affirmation de leurs compétences et à la reconnaissance de leur juste valeur par la société.

Tableau XXIII - Les unités de sens relatives aux croyances sur la profession infirmière

Il y a une grande fierté à exercer la profession d'infirmière :

- Je suis fière d'être une infirmière.
- Ce travail respecté par la population est valorisant.
- Il s'agit du plus beau métier du monde.
- Le métier d'infirmière est une passion, mais qui comporte ses hauts et ses bas.
- Dans 10 ans, ça va avoir encore évolué. Peut-être que ça va être mieux.

Un chevauchement des différents paradigmes du sens donné à la profession :

- Je crois que l'image ancienne de garde-malade nuit.
- Un rôle professionnel différent selon des infirmières. Il y a celles qui fonctionnent seulement avec une prescription du médecin, et les autres, qui sont plus autonomes.
- Plus il va y avoir d'infirmières proactives plus la vision va changer de notre profession.

Les infirmières ne s'assument pas suffisamment :

- On veut être comme, se rapprocher de.
- Notre voix est tellement faible comparée à d'autres professions.

Une profession hautement considérée mais peu valorisée et respectée dans les organisations :

- La pratique des infirmières est hautement considérée par la population, mais en
-

(suite) Les unités de sens relatives aux croyances sur la profession infirmière

même temps un manque de valeur lui est accordé dans les organisations.

- La profession est de plus en plus "demandante", mais il y a de moins en moins de reconnaissance pour les infirmières.
- Le titre infirmière n'est pas toujours respecté. Surtout lorsqu'il est temps de faire du temps supplémentaire obligatoire.
- On est exposé ces temps-ci à repousser constamment notre limite. Ce n'est pas grave. On travaille 12 heures de nuit et on nous demande de rester le matin parce qu'il manque quelqu'un. Ce n'est pas grave, on a un code de déontologie. ...ce n'est pas grave, t'es juste une infirmière. Je trouve que l'on n'est pas respectée dans la façon de nous utiliser.
- Heureusement que l'on aime notre travail. Mais est-ce que ça suffit pour rehausser cette image-là de la profession. Je trouve que l'Ordre fait beaucoup d'efforts dans ce sens, mais les employeurs n'en font pas.

Le manque de *leadership* infirmier

- Des personnes pensent à tort que c'est facile d'être une infirmière.
 - Ce n'est pas tous les gens qui connaissent notre profession. Ils ne savent pas qu'il faut réétudier les trois années pour faire un examen...
 - C'est difficile de montrer aux gens comment on a étudié... on pense que ça a été facile d'aller chercher notre bac.
 - Ce n'est pas explicable comment on a étudié. Quand on y pense, c'est fou. Je pense que c'est encore plus difficile aujourd'hui.
 - La connaissance de notre profession par les gens c'est rare. Des fois je me dis, on en sait tellement, on n'est pas médecin, mais on ne sait plus trop où on est. Je ne trouve plus notre place. On apprend des choses et on n'est pas capable de les mettre en pratique. Ça va tellement vite. On dirait qu'on fait juste éteindre les feux.
 - De se rendre visible dans les médias, ça permettrait d'offrir une image plus juste de qui l'on est.
 - Il y a une non-reconnaissance de la formation universitaire chez les infirmières.
 - Les infirmières sont capables d'en faire plus. Elles devraient avoir plus d'initiative.
 - Parce que nous sommes une profession de femmes, nous manquons de *leaders*.
-

En reprenant ces unités de sens relatives aux croyances sur la profession sous une forme narrative, nous présentons quelques réflexions d'infirmières.

Une grande fierté à exercer la profession d'infirmière

D'abord, Ariane dit être « fière d'être une infirmière ». Elle trouve que ce travail, respecté par la population, est valorisant et qu'il s'agit du plus beau métier du monde. Pour Ariane, Édith et Isabelle, « le métier d'infirmière est une passion » mais « qui comporte ses hauts et ses bas », ajoute France.

Édith s'exprime sur l'évolution de la profession en ces termes :

Les premières infirmières, c'étaient des sœurs. Après on a évolué et il faut évoluer encore. Les jeunes c'est différent. Dans 10 ans, ça va avoir encore évolué. Peut-être que ça va être mieux. Je trouve que trop, c'est comme pas assez. Entre arriver au travail avec toutes sortes de chaussures, maquillées jusqu'aux oreilles et arriver comme une petite infirmière en porcelaine, comme on avait en cadeau, il y a des limites. (Édith, cercle # 4, octobre 2009).

Un chevauchement des différents paradigmes du sens donné à la profession

France, une jeune infirmière présente une conception de son rôle, très différente de celle qu'avaient anciennement les religieuses.

Je crois que l'image ancienne de « garde-malade » nous nuit. Pour plusieurs patients, c'est vrai qu'ils ont tendance à croire qu'il faut qu'on aille au-devant de leurs besoins. Lorsque j'entends, « Mon infirmière ne m'a pas offert d'aller à la toilette », pardon. Sans vouloir juger les personnes plus âgées, nous sommes habillées en blanc, un peu comme des servantes. Les personnes d'une certaine époque qui ont connu ça. C'est facile pour eux d'avoir encore cette image-là. Ils sont peut-être moins conscients que la tâche s'est alourdie versus la paperasse versus les maladies qui ne sont plus les mêmes. De plus en plus, notre travail est lourd. J'ai cette croyance. Je crois que ce n'est nécessairement pas notre rôle d'aller au-devant des besoins des gens. Mais s'ils nous demandent des choses, c'est notre rôle d'accomplir ça pour eux. Je dis ça pour favoriser leur autonomie. Ils sont capables. C'est notre rôle de leur montrer qu'ils ont encore des capacités. Ce n'est pas à nous de tout porter sur nos épaules. (France, cercle # 5, novembre 2009).

Un rôle pratiqué de manière différente selon des infirmières, souligne Julie. Il y a celles qui fonctionnent seulement avec une prescription du médecin, et les autres, qui sont plus autonomes. Est-ce une question de génération? Ou est-ce une question de manque de formation continue qui permet de développer les compétences?

C'est sûr que nous avons différentes générations d'infirmières avec qui on travaille. Il y a des infirmières qui fonctionnent seulement avec une prescription du médecin. Elles ne prennent pas le risque d'essayer un nouveau pansement. Elles ne se font pas confiance. Ça peut faire 30 ans qu'elles fonctionnent de cette façon. Il y a d'autres infirmières qui vont être proactives. Elles vont l'essayer et elles vont en parler au médecin. Après le médecin va le prescrire si c'est correct. Ça dépend de notre vision de ce qu'on est. Celles dont ça fait 10 ou 15 ans qui sont là elles attendent des fois oui des fois non une prescription. Ça dépend de chaque infirmière. On est toute au même stade. On ne voit pas toute notre rôle de la même façon. Des fois ça nous bloque. Ça n'aide pas à nous faire avancer. Lorsque l'on sort du Cégep ou de l'université, on est proactive parce que nos connaissances sont fraîches, à jour et on essaie de foncer. Quand ça fait 30 ans qu'on voit des choses. Des fois on est plus réservée. Ce n'est pas toutes les infirmières de 30 ans qui sont de même. Il y en a qui sont proactives parce qu'elles ont continué à se former. Je pense que ça dépend de la personnalité, de la formation, où est-ce que l'on est rendu dans notre carrière. Plus il va y avoir d'infirmières proactives, plus la vision va changer de notre profession. Je l'espère énormément. (Julie, cercle # 5, novembre 2009).

Les infirmières ne s'assument pas suffisamment

C'est ce qui amène Brigitte à penser que les infirmières ne s'assument pas suffisamment.

Je suis un peu d'accord dans le sens qu'on dirait que l'infirmière ne s'assume pas. ...On veut se rapprocher du médecin pour avoir plus de rôles et c'est intéressant aussi. Je ne sais si c'est parce que l'on est un milieu de femmes, on s'efface, on veut être comme, se rapprocher de, prendre notre place. On est beaucoup d'infirmières au Québec et partout. Notre voix est tellement faible comparée à d'autres professions. (Brigitte, cercle # 5, novembre 2009).

Une profession hautement considérée mais peu valorisée et respectée dans les organisations

Quant à Brigitte, elle trouve important de mentionner que la profession infirmière est hautement considérée par la population.

Nous avons quelques-unes l'impression qu'être infirmière c'est juste correct, mais dans les sondages le métier d'infirmière c'est un des 3 métiers les plus considérés dans la société. Je me demande pourquoi. Quels sont les critères qui leur permettent de dire ça. Oui pour les personnes âgées, on est des gardes-malades. On les soigne. Mais qu'est-ce qui fait qu'on nous considère tant. Qu'on ait le métier le plus apprécié et qu'on entend au contraire un discours différent par d'autres. J'aimerais ça savoir c'est quoi leurs critères. (Brigitte, cercle # 5, novembre 2009).

Même si la profession semble bien considérée, Brigitte croît en un manque de valeur accordée à la profession dans notre société. Une conversation qu'elle a eue avec son père au cours de la semaine en témoigne.

On parlait du temps où j'étais jeune. Il me comparait avec mon frère. Il me disait toi, tu avais des supers bonnes notes à l'école. On était sûre que tu irais super loin parce que tu avais de la facilité. On n'avait beaucoup d'ambition pour toi. Ton frère c'était différent. C'était plus difficile pour lui. Je lui ai dit « Es-tu déçue que je sois devenue infirmière? J'ai eu l'impression qu'être infirmière c'est comme pas... Nous on se dit « Être infirmière c'est waw! Ou on dit « C'est cute, t'es une petite infirmière ». C'est bien vu par la société en général. On aide les gens, on est là, sauf que ce n'est pas nécessairement considéré à un haut niveau. C'est drôle, c'est cette semaine que ça s'est passé. Il m'a dit non, non! Il n'est pas déçu du tout que j'aie fait ça, mais on ne s'attendait à ce que tu fasses ça. On pensait que tu allais faire autre chose. (Brigitte, cercle # 5, novembre 2009).

Brigitte mentionne « La profession est de plus en plus demandante, mais il y a de moins en moins de reconnaissance pour les infirmières ».

Ce qui fait penser à cette idée véhiculée aujourd'hui d'une « super infirmière » associée à l'infirmière praticienne spécialisée. Peut-on souhaiter qu'elle vienne renforcer l'image que la population semble avoir de la profession? Suite à ces propos, Isabelle

mentionne que le titre infirmière n'est pas toujours respecté. Surtout lorsqu'il est temps de faire du temps supplémentaire obligatoire.

J'écoute tout ce que vous dites et j'essaie de réfléchir. On ne sent pas toujours que l'on est respectée. Le titre d'infirmière n'est pas toujours respecté. ... nous ne sommes pas plus importantes que d'autres, des fois j'entends, c'est juste une technique, n'importe qui peut faire ça. Je sais que c'est juste des commentaires... je ne crois pas que n'importe qui peut faire ça. Au point de vue académique peut-être, mais pas dans la pratique. Je trouve qu'on est exposée ces temps-ci à repousser constamment notre limite. Ce n'est pas grave. On travaille 12 heures de nuit et on nous demande de rester le matin parce qu'il manque quelqu'un. Ce n'est pas grave, on a un code de déontologie. ...ce n'est pas grave, t'es juste une infirmière. Je trouve que l'on n'est pas respectée dans la façon de nous utiliser. Il y a un gros travail à faire. Heureusement que l'on aime notre travail. Mais est-ce que ça suffit pour rehausser cette image-là de la profession. Je trouve que l'Ordre fait beaucoup d'efforts dans ce sens, mais les employeurs n'en font pas d'efforts. (Isabelle, cercle # 5, novembre 2009).

Ariane a observé que des personnes pensent à tort que c'est facile d'exercer la profession infirmière.

...il y a des personnes qui pensent que c'est facile d'être infirmière. J'ai un couple d'amis qui m'ont dit que leur fille que je ne trouvais pas tellement sérieuse et qui n'avait pas le genre voulait devenir infirmière. Ils ont été surpris de savoir que pour être infirmière elle devait passer un examen de l'Ordre des infirmières. Ils ne savaient pas que c'était tant d'études que ça. Ce qui arrive ce n'est pas tous les gens qui savent ce que c'est que notre profession. Ils ne savaient pas qu'il fallait réétudier les trois années pour faire cet examen... C'est difficile de montrer aux gens comment on a étudié. ... on pense que ça a été facile d'aller chercher notre bac. Ce n'est pas explicable comment on a étudié. Je savais mon livre par cœur. Je me rappelle que l'examen de l'ordre on l'a tellement étudié. La psychiatrie, la pédiatrie, la chirurgie, la médecine qu'on étudiait dans les trois années. Quand on y pense, c'est fou. Je pense que c'est encore plus difficile aujourd'hui. (Ariane, cercle # 5, novembre 2009).

Les infirmières pourraient faire bénéficier, plus amplement, la population de leurs savoirs

Suite à cette réflexion, Ariane se questionne devant tant de connaissances et d'apprentissages accumulés et de la capacité à les mettre en pratique.

La connaissance de notre profession par les gens c'est rare. Des fois je me dis, on en sait tellement, on n'est pas médecin, mais on ne sait plus trop où on est. Je ne trouve plus notre place. On apprend des choses et on n'est pas capable de les mettre en pratique. Ça va tellement vite. On dirait qu'on fait juste éteindre les feux. (Ariane, cercle # 5, novembre 2009)

Justement en ce qui concerne ce cumul de connaissances, les infirmières pourraient faire bénéficier plus amplement la population de leurs savoirs, affirme Danielle. L'utilisation des médias par exemple, pourrait être un bon moyen pour ce faire.

...ça me fait penser encore à l'image que l'on donne, mais ici, plus à celle que l'on ne donne pas de nous. La population en général apprend beaucoup de choses par les médias comme la télévision, les journaux, la radio. À part une émission de radio où on demande l'opinion de soignants sur un sujet touchant l'actualité, je constate que lorsqu'il est question de parler ou d'expliquer un sujet sérieux qui touche la santé on voit seulement des médecins. Avez-vous déjà observé s'il y a des infirmières qui sont invitées ou qui participent à des tables de discussion à la télévision? ...Pourtant, notre rôle d'éducatrice en santé est très développé. Nous le faisons tous les jours. Où sont-elles les infirmières sur la place publique? Écrivent-elles des articles dans les journaux? Nos ministres de la santé sont des médecins. Je pense que ça permettrait d'offrir une image plus juste de qui l'on est. De se rendre visible. On soigne de façon plus individuelle, dans une chambre, dans une maison. La population qui ne reçoit pas de soins ne peut pas savoir. (Danielle, cercle # 5 novembre 2009).

En plus d'une absence de l'infirmière dans l'espace public, Brigitte amène l'idée d'une non-reconnaissance de la formation universitaire chez les infirmières.

Je trouve ça vrai qu'on ne voit jamais d'infirmières qui ont une expertise parler d'un sujet. Je n'ai jamais vu ça. On voit par exemple une nutritionniste aller parler à RDI et donner des conseils. Des physio ou des ergo qui signent des formulaires que moi je n'ai pas le droit de signer. Ils ont un bac comme moi. Je pense que c'est parce qu'ils sont spécialistes. Ils sont spécialisés dans quelques choses. Je pense que c'est peut-être parce que l'infirmière est généraliste. On fait un bac, une maîtrise, un doctorat, mais on dirait que c'est comme du vent. On dirait que ça ne dit pas plus quelques choses, une infirmière qui a un doctorat. Elle n'est pas plus reconnue. Je trouve ça dommage. On travaille avec d'autres professionnels qui ont cette reconnaissance-là. Ils ont un titre, ils peuvent signer, ils peuvent faire des plans de traitement et ils peuvent faire des prescriptions. Nous on n'a pas ça. Je ferais jamais ça être ergo ou physio. Je trouve ça dommage parce qu'on a le même niveau de scolarité. Je trouve au

contraire que nous devons en savoir plus parce qu'on est généraliste. (Brigitte, cercle # 5, novembre 2009).

Quant à Hélène, elle croit que les infirmières sont capables d'en faire plus. Elles devraient avoir plus d'initiative.

...ce serait tellement merveilleux que l'on commence à avoir de l'initiative. J'aimerais ça que les gens viennent vers nous en premier. Comme un processus de triage. Si on ne peut faire le soin, on le fait sinon on réfère. J'ai travaillé dans une urgence et un médecin me disait « Ce que je viens de voir et de faire, de traiter ce n'est pas avec mes connaissances, mais avec les tiennes qu'il aurait pu être traité. Tu aurais pu faire tout ça de a à z. » On n'a pas cette liberté-là. J'ai l'impression que l'on n'est pas tellement écouté. Les médecins sont leur propre *boss*. (Hélène, cercle # 5, novembre 2009).

À ce problème d'un manque d'initiative, Édith associe la majorité de femmes dans la profession et le manque de *leadership*.

Je suis convaincue encore en 2009 que parce que nous sommes une profession de femmes, nous manquons de *leaders*. Peu d'entre nous montent au front. Il devrait y en avoir plus que ça. Si on regarde sur le plan organisationnel, je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit. Lorsque l'on regarde l'organigramme d'un CSSS, c'est bon de voir où on se situe et qui sont nos représentantes. Sommes-nous consultées? Si oui prennent-ils en compte nos réponses? Les cercles de dialogues, c'est un moyen, mais je ne pense pas qu'on soit rendu là dans notre milieu de travail actuellement. Je n'ai pas les moyens, mais ensemble on peut en trouver. C'est à nous de trouver des moyens. On manque de *leadership*. Nous avons beaucoup de monde dans notre profession qui exécute. Il y en a beaucoup moins qui décide malheureusement. (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

Pour terminer, Ariane partage une confidence sur la pratique actuelle qu'elle a reçue d'une infirmière retraitée et ses débuts dans la profession.

L'autre jour, j'ai fait des soins à une cliente de 70 ans qui a déjà été infirmière. Elle me disait qu'elle rencontrait encore des ex-collègues lors de soupers. Ensemble elles se remémorent les plaisirs qu'elles ont eus à travailler ensemble. Elle me disait avoir tellement aimé son métier. Pour elle, il n'y avait rien de négatif. Elle me disait, « Je vous vois aller et mon Dieu que ce n'est pas comme nous autres. Rares sont celles qui ont du plaisir à travailler». Lorsque j'ai commencé mon cours, j'avais le temps de coiffer mes patients en soins

prolongés. Je frisais leurs cheveux avec des rouleaux. On avait tellement de plaisir. On riait du matin jusqu'à la fin de notre chiffre. J'arrivais chez nous avec un grand sourire. J'étais heureuse d'aller travailler. Je courrais pour aller répondre aux cloches. Je ne sais pas aujourd'hui si c'est une question de nouvelle génération, comme nos enfants que l'on a élevés. Je ne sais pas trop. Peut-être que nos jeunes ont plus de culture. Je ne sais pas. Lorsque je regarde mes enfants qui sont dans la vingtaine, aujourd'hui je trouve qu'ils ont un raisonnement de personnes de 50 ans. Les jeunes sont très articulés. Ils savent ce qu'ils veulent. Ils revendiquent. Ils ne font pas n'importe quoi. Nous, on ne revendiquait pas. Je suppose que l'on était heureuse. (Ariane, cercle # 6, novembre 2009).

Parmi ces croyances sur la profession, nous reconnaissions une grande fierté à exercer la profession infirmière, qualifiée de plus beau métier du monde. Nous observons également une sorte d'hésitation ou un malaise provoqué par un chevauchement des différents paradigmes (vocation, subordonnée, liberté et autonomie). Il y a d'abord l'exemple de celle qui attend une prescription du médecin pour intervenir, ce qui est souvent la norme, qui pourrait faire penser à une posture de subordonnée, et d'autre part, un désir d'en faire plus en raison de ses capacités qui suppose une quête d'une plus grande liberté professionnelle et d'autonomie. Aussi dans le même sens, l'acquisition d'une grande quantité de connaissances durant la formation et le manque de capacité à les mettre en pratique, soit par un manque d'initiative ou de *leadership*, questionne. Enfin, il y a cette idée que vue de l'extérieur, c'est-à-dire par la population, la profession semble hautement considérée, mais que vue du dedans, on ne lui attribue pas nécessairement autant de valeur.

8.3.4 Les croyances sur le milieu de travail

Puisque les conditions environnementales, dans lesquelles une pratique s'effectue sont une composante importante pour sa réussite, plusieurs unités de sens relatives à des croyances ou opinions sur le milieu de travail ont émergé du dialogue réflexif avec les infirmières. Le tableau XXIV présente ces unités de sens qui soulèvent surtout des difficultés rencontrées dans leur pratique. Des difficultés qui ont des effets sur leur santé émotive (rarement exprimé), leurs capacités à fournir un bon travail (idéal de soins), l'amélioration de leurs pratiques (formation), la mise à jour de leurs connaissances

(formation continue), et sur leur niveau de satisfaction au travail (perte de sens). Il y a aussi les effets sur la motivation occasionnée par des relations négatives avec des collègues (aspect socio-émotif), incluant la relation intergénérationnelle. À cela vient s'ajouter, une certaine incohérence dans l'exercice des rôles entre infirmières.

Tableau XXIV - Les unités de sens composant des croyances sur le milieu de travail

Un début difficile dans la profession :

- Il y a le fait de faire des liens entre la théorie et la pratique qui est difficile.
- Il y a l'accueil qui n'est pas toujours positif par des infirmières du milieu.
- Il y a les premiers quarts de travail qui sont stressants et le travail qui est complexe.

Le fait de côtoyer tous les jours des personnes vivant de la détresse et l'ajout d'une plus grande charge de travail rend mon travail plus difficile:

- Le fait de côtoyer tous les jours des malades tristes, angoissés et qui ont à faire des deuils c'est difficile, mais c'est aussi plus difficile lorsque la charge de travail s'alourdit.

Le contexte de travail est de plus en plus difficile :

- Il y a la pénurie, le manque de personnel, le fait d'être à la course, la surcharge de travail, le risque élevé de faire des erreurs, les difficultés à décrocher après le travail, le fait qu'il n'y ait pas de remplacement, que c'est plus difficile en milieu hospitalier, les valeurs professionnelles qui s'effritent, des collègues qui croulent sous la pression, la difficulté à avoir un poste à temps plein.

Le climat de travail négatif devenu lourd est difficile à ignorer :

- Il y a l'ambiance négative, la démotivation des troupes qui devient lourd à écouter et surtout à ignorer, la peur d'être contaminée et la jalousie entre femmes.

Une cohabitation de plusieurs générations amène des conflits :

- Il y a la nouvelle génération d'infirmières qui arrivent, qui ne veulent pas travailler les fins de semaine, ... ce sont des besoins personnels, il y a l'entraide qu'il faut favoriser, il y a la guerre des générations qui va se terminer quand la gang des bébés boomers va être partie, il y a les plus vieilles n'ont pas les mêmes besoins que les jeunes.
-

(suite) Les unités de sens composant des croyances sur le milieu de travail

Le temps supplémentaire obligatoire est inhumain :

- Il y a le TSO qui est inhumain, on ne l'a pas choisi lorsqu'on a voulu faire la profession d'infirmière, on se met en situation de danger, on devient moins vigilante, ça cause un impact sur ma vie personnelle, ma santé, il y en a toujours eu du temps supplémentaire, sauf que là il y en a beaucoup plus, ça gruge nos énergies positives, ça va prendre des solutions.

Une mobilité du personnel peut occasionner un problème de compétences :

- Il y a l'infirmière qui change souvent de département, on devrait aller plus vers les intérêts des infirmières, développer des champs d'expertise pour qu'elles se sentent bien afin de donner une meilleure qualité de soins.

Le discours dominant est axé sur les restrictions budgétaires :

- Dans les discours, on entend surtout parler d'argent, d'économie, de coupure, de déficit et peu des soins, l'employeur devrait se questionner sur ce qu'il pourrait faire
- de plus pour les équipes de travail, je sais qu'il se penche là-dessus, mais ce n'est pas une priorité, la priorité ce sont les coûts.

Il y a une différence dans l'exercice des rôles entre infirmières :

- On rêve de pouvoir en faire plus, mais est-ce que toutes les infirmières peuvent en faire plus, on pense de nous que nous sommes seulement des exécutantes, il y a une différence dans l'exercice des rôles entre infirmières.

Il y a un rapport inégal entre collègues :

- Il y a un rapport hiérarchique observé plus distinctement sur les étages entre les médecins, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires qui favorise une certaine jalousie.

Il y a un manque de pouvoir pour améliorer les conditions de travail :

- Il y a les lois, les règlements, le jugement, des politiques ministérielles qui s'installent qui fait que l'on ne peut pas avancer dans notre métier, j'ai l'impression qu'on recule et d'autres secteurs avancent, j'ai l'impression que les gens ne nous entendent pas, on n'a pas la possibilité de faire comprendre ce que l'on vit tous les jours, il y a plusieurs causes comme la jalousie des autres, les barrières bureaucratique et monétaire, l'incapacité d'agir lorsque nous devons attendre après une prescription médicale, le manque d'autonomie, le manque de ressource et la difficulté d'avoir un poste.
-

(suite) Les unités de sens composant des croyances sur le milieu de travail

Il y a un manque de soutien à la formation continue :

- Il y a une frustration de ne pas pouvoir assister à des formations, pas d'argent, pas de remplaçantes, il y a un devoir d'assumer les frais de formation en cours d'emploi. ***Il y a de la déception mais aussi de l'espoir :***
- Il y a une grande déception vis-à-vis les problèmes actuels observés dans les milieux de travail, il me semble que l'on vit une crise majeure, je ne sais pas si c'est juste une impression non fondée. ...je suis déçue, on ne croit plus aux solutions, malgré certains désavantages tels que le travail une fin de semaine sur deux, le temps supplémentaire, un taux d'occupation extraordinaire de l'hôpital, un choix de vacances difficile et l'impossibilité de prendre des congés fériés par manque de personnel, j'aime mon emploi, tout en gardant espoir que l'on peut améliorer le tout, on compare même la situation à un énorme cancer.

Il y a de la déception en fin de carrière :

- Le goût de travailler se perd avant de quitter, elles partent en retraite avant le temps parce qu'elles sont physiquement plus capables, elles préfèrent perdre de temps plein, un manque de pouvoir chez les infirmières pour effectuer des changements et un manque de temps pour implanter de nouvelles pratiques, tout ce qu'on dit, ça ne se rend jamais jusqu'en haut, pour avoir des actions concrètes dans le milieu, il faudrait que ça se rende en haut, je trouve que les infirmières ont tendance à arrêter, à ne pas trop se plaindre.

C'est difficile d'améliorer et de partager son savoir pratiqué :

- Il est difficile d'améliorer la pratique, ça devient lourd, c'est long et on finit par lâcher prise, protocoles restrictifs et manque d'autonomie, il y a trop de routine sur les étages et il n'y a pas de place pour des initiatives, lorsque c'est le cas on est jugée sur la manière et pointée du doigt si c'est fait différemment.
-

Nous poursuivons avec les témoignages des infirmières révélant leurs croyances ou opinions qu'elles ont exprimées sur leur milieu de travail.

Un début difficile dans la profession

Il y a le début dans la profession à titre d'étudiante qui peut être difficile. Gina qui a accepté d'être tutrice pour une étudiante de l'université, partage cette réflexion.

Dernièrement, j'ai eu une étudiante pour son deuxième stage avec moi. Elle trouvait que c'était difficile. Faire des choses à partir de ce qu'elle apprend est très difficile. J'ai essayé d'y faire comprendre qu'elle va apprendre plein de choses à l'université et qu'elle ne va pas être capable de tout retenir. Je lui ai dit que si elle était capable d'avoir un bon jugement clinique dans certaines choses, que les connaissances allaient venir avec. Elle va savoir quelles informations sont importantes à aller chercher. Je pense qu'elle a compris. On ne peut pas tout connaître. On va chercher celles dont on a besoin dans notre pratique (Gina, cercle # 3, octobre 2009).

À cette arrivée difficile dans la profession, Édith mentionne ce qui suit : «...je pense qu'il est préférable d'apprendre petit peu à petit peu, de bien gober. C'est l'expérience qui fait qu'elle va faire des liens avec tout ça. Personne n'apprend à la même vitesse ou comprend la même chose au même moment. Dans notre milieu de travail, on s'en rend compte aussi ».

Il y a aussi l'accueil d'étudiantes par des infirmières du milieu clinique qui n'est pas toujours positif selon Isabelle.

Je reçois des étudiantes en stage qui travaillent déjà dans le milieu. Souvent elles disent qu'elles se font drôlement recevoir par les plus vieilles. Parce qu'elles ont la réputation de ne pas vouloir travailler. Qu'on les étiquette qu'elles ne veulent pas travailler de nuit. Qu'elles ne veulent pas faire du temps supplémentaire. Elles le sentent ces jeunes infirmières-là. Elles n'ont pas le goût d'être coopératives avec les plus vieilles non plus. Alors, quoi leur répondre à ces plus vieilles infirmières là? Je suis sûre que ça génère des conflits. Je cherche une réponse à ça. Aussi quelles attitudes adopter dans ce temps-là. (Isabelle, cercle # 3, octobre 2009).

Aussi, une fois les études terminées, l'entrée dans la profession peut être très stressante. Seule Hélène s'est exprimée sur ce sujet en mentionnant qu'elle avait vécu « un stress incroyable ». Elle affirme : « Les premiers quarts de travail sont très stressants et surtout on nous en demande énormément ». En plus d'avoir vécu son entrée dans la profession d'une manière difficile il y a de ça trois ans, elle affirme :

On se fait souvent dire « Ha ma pauvre petite fille, dans quel métier tu viens de t'embarquer ». On dirait que dans notre cerveau c'est écrit « survie ». Je me dis

que je dois survivre et me débrouiller comme je veux avec une porte de sortie proche s'il le faut. Je ne me ferai pas brûler. On est individuelle. On se bat pour nous. On répète souvent, si moi je ne pense pas à moi, ce n'est pas l'employeur qui va penser à moi. Il y en a beaucoup qui sont épuisées, fatiguées. Ça me fait plaisir d'entendre ça de se mettre ensemble. Oui ça me fait réfléchir. (Hélène, cercle # 3, octobre 2009).

Le fait de côtoyer tous les jours des personnes souffrante et l'ajout d'une plus grande charge de travail est plus difficile

Une difficulté émotive, exprimée cette fois par Brigitte, rejoint le fait de côtoyer tous les jours des personnes qui vivent de la détresse, qui sont malades, tristes, angoissées et qui ont à faire des deuils. Cette difficulté l'est encore plus lorsque la charge de travail s'alourdit. C'est ce qui a amené Gina à quitter un milieu de travail qui présentait ces mêmes difficultés.

Le contexte de travail est de plus en plus difficile

Pour Gina, il s'agit d'un contexte de travail de plus en plus difficile, pénible et non favorable. Elle ajoute que ce n'est pas en raison d'une mauvaise volonté qu'il en est ainsi, mais elle dit se perdre un peu là-dedans. Gina qui s'implique dans plusieurs comités trouve que les conditions de travail ont énormément évolué.

Quand j'ai commencé à travailler il y a une dizaine d'années, on était déjà dans le *rush*. Depuis que j'ai commencé, j'ai de la pression. Je ne connais que ça. Je n'ai fait que ça. Quand je me fais dire par des infirmières plus âgées qu'elles avaient le temps le vendredi soir de se donner des teintures, je comprends que ces filles-là ont de la misère présentement. On s'accroche un ongle aujourd'hui et on a de la misère à trouver du temps pour le couper. C'est sûr que cette personne-là, je me mets à sa place et c'est sûr que c'est rendu difficile. (Gina, cercle # 3, octobre 2009).

D'autres problèmes touchant l'organisation du travail ont émergé des récits de pratique et au cours des cercles de dialogue. Il s'agit de la pénurie, du manque de personnel, du fait d'être à la course et de la surcharge de travail qui amènent, selon Hélène, à la limite de faire des erreurs dans la pratique.

Dans un tel contexte, France qui a souvent de la difficulté à décrocher après le travail, avoue devoir revérifier souvent ce qu'elle a fait afin d'éviter les erreurs. Aussi selon la perception d'Isabelle : « Les conditions de travail s'avèrent plus difficiles en milieu hospitalier puisque la surcharge, l'épuisement, la démotivation sont au cœur de la réalité quotidienne ». Elle ajoute : « Mes valeurs professionnelles sont effritées, la réalité nous touche toutes, on voit des collègues crouler sous la pression ».

Concernant le point de vue des patients, France mentionne « le patient hospitalisé pour une première fois nous le dit : Hein c'est vrai ce qu'on dit dans les médias, vous êtes débordées. Ok je vais plaider en votre faveur. Je vais le dire à mes amis que j'ai été bien traité malgré ça ».

Le climat de travail négatif devenu lourd est difficile à ignorer

Pour ce qui est du climat de travail négatif, plusieurs partenaires se sont exprimées au cours du dialogue réflexif. Il y a d'abord Isabelle qui mentionne : « L'ambiance négative et la démotivation des troupes qui règnent dans les milieux hospitaliers depuis quelques années déjà, c'est parfois lourd à écouter et surtout à ignorer »... « J'ai peur de me faire contaminer par les autres qui sont tellement négatives dans le milieu. Je ne sais pas combien de temps va durer ma carapace ». À ce sujet, Gina ajoute :

...je travaille sur un département où on a une grosse problématique de manque de personnel, de remplacement. On a souvent du TSO (temps supplémentaire obligatoire) et je trouve regrettable que des gens travaillent avec leur mauvaise humeur. Moi aussi j'en fais, et je ne veux pas que ça soit comme écrit dans ma face. Quand ça arrive, je prends un petit café et je me donne (Gina, cercle #3 octobre 2009).

Quant à Isabelle qui travaille avec des personnes qu'elle considère négatives, elle a demandé des conseils pour améliorer cette situation qui la démotive.

Une question que je lance qui va peut-être m'aider. Dans mon milieu de travail, il y a deux personnes vraiment négatives. Elles disent « Je fais mon temps. Je suis ici, il me reste 10 ans, 182 jours à travailler. Dans huit heures, il va me

rester 10 ans et 181 jours à travailler. C'est lourd, c'est lourd. On dit quoi à ces personnes-là? Je suis qui moi qui aime ma job? Qui est contente de venir travailler un 12 heures. Même si c'est de nuit. Je suis qui pour dire « C'est sûr toi, ça fait 30 ans que tu travailles de nuit... Est-ce que je suis obligée de t'entendre faire le décompte de tes 10 ans? Je vais t'entendre dire ça toute l'année! On est juste nous deux-là. C'est parce que c'est dur sur le moral, sur notre humeur, notre positivisme. Qu'est-ce qu'on dit à ces personnes-là? Oui l'entraide. Il y a plus qu'une génération qui nous sépare. Ce n'est pas facile de rester motivée. On essaie de se faire une carapace et en même temps il faut travailler en équipe parce que c'est ce qui nous rend heureuses. Je ne sais pas. Je vous lance cette question pour trouver des pistes de solutions. Ce n'est pas juste dans mon milieu. Je sais qu'ailleurs aussi, c'est comme ça. (Isabelle, cercle # 3, octobre 2009).

Une cohabitation de plusieurs générations amène des conflits

Considérée comme une difficulté, la présence de plusieurs générations dans le milieu de travail a été abordée par quelques partenaires. À ce sujet Gina mentionne :

On a une nouvelle génération d'infirmières qui arrivent, qui ne veulent pas travailler les fins de semaine. C'est clair que ça fait des conflits. Il y a les extrêmes. ...celles qui ont connu un contexte plus *relaxe*. ... Ça a tellement changé le système de santé, que l'on est rendu dans l'autre extrême. J'imagine qu'avec la nouvelle génération qui arrive, il va falloir quelque part que ça se rejoigne pour qu'il y ait un équilibre. Je pense que la société va falloir qu'elle ajuste les conditions de travail, les conditions salariales. On ne tiendra pas ça longtemps à bout de bras. ...Encore là, ce sont des besoins personnels, c'est une génération qui a été élevée dans la ouate. Nous on est comme un tampon, mais moi aussi j'ai une jeune famille. Je ne suis pas la première qui ait une jeune famille et qui travaille à temps complet... L'entraide, oui il faut la favoriser, mais quelque part il y a tellement de conditions qui jouent contre nous autres, d'autres façons de faire. ...il faut être capable de s'en rendre compte si on veut être capable de changer. Si on voit une fille juste comme quelqu'un qui ne veut pas travailler ça, c'est autre chose. (Gina, cercle # 3, octobre 2009).

Nous poursuivons avec l'opinion d'Édith.

Je pense que la guerre des générations va se terminer quand la gang des bébés boomers va être partie. Je me situe à la fin. Je n'ai pas vécu ce que les plus vieilles ont vécu, mais je pense que d'ici une dizaine d'années tout le monde va être pareil. Les infirmières auront toutes vécu la même affaire. À ce moment-

là, ça va être plus facile de revendiquer des choses, de faire accepter des choses par l'ensemble des infirmières. Les plus vieilles n'ont pas les mêmes besoins que les jeunes, mais à un moment donné, elles vont être ensemble. Je pense que ça va se régler, mais ça va prendre bien des années. Malheureusement, ce n'est pas ce qui devrait arriver (Édith, cercle # 4, octobre 2009).

Le temps supplémentaire obligatoire est inhumain

Il y a aussi le temps supplémentaire obligatoire (TSO) qui est inhumain, affirme Hélène.

On ne l'a pas choisi lorsqu'on a voulu faire la profession d'infirmière. On se met en situation de danger, on devient moins vigilante, ça a un impact sur ma vie personnelle, car après chaque TSO, je fais une migraine quelques jours plus tard. Je suis aussi moins patiente, sans compter que lorsque je suis trop épuisée, je doute de tout : de moi, de mon travail. (Hélène, cercle # 3, octobre 2009).

Tout en gardant espoir que l'on peut améliorer le tout, Gina compare même la situation à un énorme cancer. Concernant le TSO Édith mentionne :

Quand j'entends TSO, il y en a toujours eu du temps supplémentaire, sauf que là il y en a beaucoup plus. Je trouve ça négatif que l'organisation ne se penche pas là-dessus. On parle de plaisir. Oui vous pouvez le faire, mais il y a des limites. Vous ne pourrez pas faire ça pendant 30 ans. Nous avons des responsabilités, vous êtes obligées d'accepter. L'employeur devrait se questionner sur ce qu'il pourrait faire de plus pour les équipes de travail. Je sais qu'ils se penchent là-dessus, mais ce n'est pas une priorité. La priorité ce sont les coûts. Ce n'est pas le côté humain, à part le service des plaintes qui est obligatoire et qui a des personnes qui siègent sur le CA. Tout ce qu'on dit, ça ne se rend jamais jusqu'en haut. Pour avoir des actions concrètes dans le milieu, il faudrait que ça se rende en haut. Je trouve que les infirmières ont une tendance à arrêter, à ne pas trop se plaindre. Je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. Ce ne sont pas toutes les personnes qui sont capables de s'exprimer. C'est correct, mais si on veut améliorer ces choses-là il faut aller plus loin que ça. J'aimerais ça que du jour au lendemain que tout le monde soit bien, aime ce qu'elles font, aient du plaisir, mais ça ne pourra jamais ce faire. Mais on peut améliorer la situation, je pense. Comment peut-on en arriver dans nos milieux de travail à parler des difficultés? Il y a des tables où on peut le faire. J'aime avoir du plaisir au travail et je pense qu'il faut inciter les autres aussi. (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

À ce sujet, Isabelle émet d'autres commentaires sur le temps supplémentaire obligatoire.

Mon conjoint trouve ça spécial que je travaille dans un hôpital. Il est impressionné de ça et en même temps il me demande comment je fais pour aimer ça. Il faut quelque chose qui soit l'fun. Oui j'aime ça. Moi aussi je l'aime mon métier. Moi aussi je suis contente d'aller travailler. Au-delà des patients, on apprend un paquet de choses. On est toujours en train d'apprendre dans notre travail tous les jours. Tous les jours, y a des gens qui apprécient ce que l'on fait pour eux. On va chercher cette reconnaissance-là. C'est pour cela que je me dis que c'est vrai dans le fond que pour des gens qui sont à l'extérieur de la profession, c'est un métier quasiment épouvantable parce que les conditions actuelles ne sont pas bonnes. Mais dans le fond on est là parce qu'on a du plaisir à le faire. Ça ne peut pas continuer à rester aussi lourd. On a encore du plaisir, mais ça peut durer encore 30 ans, faire du TSO. Même si on l'aime notre travail, même si on est de bonne humeur et que l'on veut aller chercher du plaisir. J'ai de la misère à croire que l'on peut être de bonne humeur au bout de 10 ans à faire du TSO. Ça gruge nos énergies positives. Ça va prendre des solutions. (Isabelle, cercle # 3, octobre 2009).

Une mobilité du personnel peut occasionner un problème de compétences

À tout cela, vient s'ajouter selon Édith, un problème de compétence dû à une mobilité du personnel « une infirmière qui travaille un soir-là, un autre soir ailleurs, est moins experte qu'une infirmière qui travaille à la même place ».

L'infirmière qui change souvent de département ce n'est pas de sa faute. C'est une question d'organisation. C'est une grosse lacune ça. On devrait aller plus vers les intérêts des infirmières, développer des champs d'expertise pour qu'elles se sentent bien afin de donner une meilleure qualité de soins. Je crois beaucoup à ça, peu importe où l'on est. (Édith, cercle # 4, octobre 2009).

Le discours dominant est axé sur les restrictions budgétaires

Danielle partage son observation d'un discours dominant axé sur l'économie au détriment d'un autre qui pourrait être plus axé sur les soins.

Dans les discours on entend surtout parler d'argent, d'économie, de coupure, de déficit. Quand est-ce qu'on entend parler du soin. Si ça va mal dans l'organisation d'une vaccination massive, c'est la faute des infirmières. Si le

système va mal, c'est parce que les infirmières font des tâches qu'elles ne devraient pas faire. C'est ce qu'on entend dans la vie de tous les jours. Mais ce n'est pas juste ça. Est-ce qu'on permet au personnel de la santé d'exercer dans de bonnes conditions? Les compétences sont-elles reconnues? Que dire du pouvoir corporatif. Est-il égalitaire? Une chose que je trouve importante aussi, c'est que l'on a tendance à s'isoler. Je pense que le fait d'être ensemble de se parler et d'échanger sur ce qui ce passe dans notre pratique peut aider à faire face aux problèmes. Un problème si nous sommes plusieurs à le vivre il me semble que ça devient plus facile à vivre. Si nous visons le même but d'être heureuses au travail, je pense qu'il y a plus de chance que ça marche. (Danielle, cercle # 6, novembre 2009).

Il y a un manque de reconnaissance envers la profession et une différence dans l'exercice des rôles entre infirmières

Une autre difficulté qui revient souvent dans les propos des infirmières est le manque de reconnaissance envers la profession. Isabelle se questionne sur ce sujet, mais aussi sur la différence dans l'exercice des rôles par des infirmières.

Pourquoi on a continuellement à faire nos preuves? Dans un petit milieu, ça passe mieux, mais quelque part on a le même bac, pratiquement les mêmes connaissances. Il faut toujours se battre. On a toujours à se réexposer. ...ce n'est pas étrange que l'on soit toutes ici. C'est parce qu'on y croit à notre profession. On est passionnée et on l'aime notre travail. J'ai déjà fait du triage à l'urgence, j'utilisais mon jugement. Si un patient avait un petit problème, je lui disais d'aller dans une clinique sans rendez-vous. Il y avait d'autres infirmières qui ne faisaient pas ça. Elles disaient que ce n'était pas leur *job* de faire ça. C'était la *job* des docteurs. On rêve de pouvoir en faire plus, mais est-ce que toutes les infirmières peuvent le faire? Nous ça nous allume, mais il y en a beaucoup d'autres que non. Ce n'est pas pour rien que c'est si long de faire des changements. On pense de nous que nous sommes seulement des exécutantes dans beaucoup de milieux. C'est facile quand le médecin est là. On n'a pas à prendre de décision. Je ne pense pas que toutes les infirmières sont aussi motivées. (Isabelle, cercle # 5, novembre 2009).

Il est intéressant d'observer dans ce témoignage d'Isabelle « la cohabitation » de deux paradigmes. Celui d'une pratique autonome et celui d'une pratique subordonnée caractérisée par un état de dépendance à un médecin qui possède l'autorité. Les propos d'Isabelle apportent une réponse à notre questionnement, sur le chevauchement des

paradigmes, survenu lors de notre réflexion sur l'évolution historique du sens donné à la pratique avec les auteurs.

Il y a un rapport inégal entre collègues

De plus, Hélène croit qu'un rapport hiérarchique observé plus distinctement sur les étages entre les médecins, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires favorise une certaine jalousie entre collègues.

Il y a un manque de pouvoir pour améliorer les conditions de travail

Julie fait ressortir certaines limites pour améliorer les conditions de travail d'ordres politique, législative et administrative.

Souvent je trouve que les infirmières, on est comme bâclées par les lois, les règlements, le jugement, des politiques ministérielles qui s'installent ce qui fait que l'on ne peut pas avancer dans notre métier... C'est rendu que les filles qui travaillent sur les étages travaillent jusqu'à deux semaines avant d'accoucher. Ce n'est pas drôle. On est rendue en 2009, on s'en va en 2010. Des fois j'ai l'impression qu'on recule et d'autres secteurs avancent. Même si c'est comme ça, y reste que nous avons toujours la possibilité de faire changer les choses. Souvent nous autres les infirmières, j'ai l'impression que les gens ne nous entendent pas. On n'a pas la possibilité de faire comprendre ce que l'on vit tous les jours. J'aime encore mon métier pareil (Julie, cercle # 5, novembre 2009).

Ariane constate un manque de pouvoir chez les infirmières pour effectuer des changements et un manque de temps pour implanter de nouvelles pratiques. À ces difficultés, Julie attribue plusieurs causes : « La jalousie des autres, les barrières bureaucratique et monétaire, les protocoles restrictifs, l'incapacité d'agir lorsque nous devons attendre après une prescription médicale, le manque d'autonomie, le manque de ressource et la difficulté d'avoir un poste à temps plein ».

Pour ce qui est de l'impact d'une forte présence féminine dans la profession, Ariane lui associe une certaine jalousie.

Je pense aussi que l'on est un milieu de femmes et on se jalouse. Si une vient à l'université et qu'elle veut faire un travail et apporter ça dans le milieu de travail à l'équipe, ça va être contesté. On dirait que certaines vont bouder ça. Je ne sais pas si c'est parce que l'on est des femmes. C'est sur n'importe quoi. Par exemple, j'ai vu une infirmière créer une feuille avec des conseils à donner aux patients. Elle l'a mise dans un présentoir et on a comme ri d'elle. Il faut que ça évolue. Au lieu d'être contente que quelqu'un ait fait quelque chose de nouveau, on le laisse de côté. Par expérience, ça m'est arrivée aussi. Cette feuille-là, je la garde pour moi. Je pouvais la donner à mes stagiaires, mais pas plus. Il y a des milieux où c'est plus réticent. J'espère que ça va changer (Ariane, cercle # 5, novembre 2009).

C'est difficile d'améliorer et partager son savoir pratiqué

Dans ce dernier témoignage, Ariane soulève une difficulté à développer et à partager son savoir pratiqué dans leur milieu de travail. Elle laisse entendre qu'il est difficile pour elle d'améliorer la pratique, que ça devient lourd et elle finit par lâcher prise. Nous pensons qu'il serait bon de revoir les manières de faire. Créer de nouveaux outils en milieu clinique exige que le projet soit d'abord soutenu par la direction, qu'il soit validé et accepté par les pairs. Ce qui nécessite l'utilisation de certaines stratégies. Car l'exploitation du potentiel créatif chez les infirmières qui pratiquent, la connaissance de leur théorie d'usage est d'une importance capitale pour le développement de la profession. Le développement d'une approche praxéologique incluant des enseignements sur les stratégies de développement de la pratique en milieu clinique au cours de la formation et en milieu clinique viendrait sans doute mieux soutenir ce genre d'activité.

Hélène va jusqu'à mentionner qu'il y a « trop de routine sur les étages et qu'il n'y a pas de place pour des initiatives ». Lorsque c'est le cas, Isabelle affirme être « jugée sur la manière et pointée du doigt si c'est fait différemment ». C'est du moins ce qui s'est passé lorsqu'elle a voulu réaliser un projet dans son milieu de travail.

Nous voulions organiser d'autres infirmières et moi sur l'heure du midi, des formations à partir d'un thème. Les infirmières pouvaient y participer de façon volontaire. Des responsables au syndicat nous ont dit que c'était inacceptable. Lorsque les infirmières vont en formation en lien avec leur travail, il faut que ce soit rémunéré, documenté et accepté par les chefs de service. Nous étions

même prêtes à le faire en dehors de notre travail. C'est mettre des bâtons dans les roues parce que même si c'était ouvert à tous, que c'était de façon volontaire ce fut un non. C'est dommage. (Isabelle, cercle #2, octobre 2009).

Quant à Hélène, elle mentionne avoir également de la difficulté à faire reconnaître des changements dans son travail.

Moi, si je veux amener quelque chose de nouveau, ça va être analysé, ça va passer par des experts, ça va monter à d'autres niveaux. C'est tannant parce que quand on a comme ça des idées un peu de grandeur, ce qui fait changer les choses, c'est tellement long, que je me souviens que pour une ordonnance collective d'Advil ça a pris trois ans. Il y en a beaucoup sur le bureau de l'AIC. Souvent l'AIC aide le personnel parce que nous sommes débordées au lieu de travailler sur les ordonnances collectives. On est encore très loin d'une formation qui ferait de nous des infirmières de premières lignes. Mais je sais qu'on aimerait ça. Je pense qu'on pourrait avoir plus d'initiative. (Hélène, cercle # 5, novembre 2009).

Il y a un manque de soutien à la formation continue

Pour Ariane, le système de santé en transformation amène à mettre à jour ses connaissances. Toutefois, une source de difficulté qui est ressortie du dialogue réflexif réside dans le manque de formation continue en milieu de travail. Julie s'explique à ce sujet.

Pour moi ce qui est frustrant. On désire apprendre, on a de belles formations qui nous sont offertes, on reçoit des documents qui nous invitent à faire des formations de 3 jours par exemple. Et là on demande à l'employeur « Est-ce qu'on peut aller à telle formation? » Ce que l'on a pour réponse c'est « Pas d'argent, pas de personne pour te remplacer ». C'est frustrant aimer apprendre! On se contente, on apprend par soi-même souvent. On continue, on fait des cours par correspondance. On vient à l'université. On essaie d'apprendre d'autres choses, de nouvelles langues, de nouveaux pays. Apprendre c'est un moyen de se détendre. C'est frustrant dans nos milieux, la formation continue je pense qu'elle est discontinue (Julie, cercle # 2, octobre 2009).

Quant à Brigitte, elle trouve frustrant de devoir assumer les frais de formation en cours d'emploi.

Je trouve cela frustrant le fait que c'est nous-mêmes qui assumons les frais pour nos formations pour aller plus loin dans nos apprentissages. Les employeurs en bénéficient, mais l'argent vient de notre poche. Il y en a qui ne le font jamais (Brigitte, cercle # 2, octobre 2009).

Hélène s'interroge sur le manque d'argent pour de la formation continue dans son milieu de travail.

...on manque de fonds ou de subvention. Je suis allée travailler dans un hôpital de Montréal. Mon temps de formation/orientation a été le triple de celui que j'ai eu pour mon dernier emploi qui est plus complexe. Il y a quelque chose qui ne marche pas. On me libérait « live » pour aller voir des soins particuliers. Si une formation était donnée, je pouvais facilement y assister. ...Je trouvais que cet hôpital était riche. Il y avait des subventions du privé. Ça ne fonctionne pas pareil d'une place à l'autre. Même si on est voisin. Ici tout est compté. Si on veut une formation, il faut la payer. Ce n'est pas sûr que j'aie mon congé. Ce n'est pas sûr que je soit remplacée. Ce n'est pas encourageant pour notre motivation. Est-ce que l'on est fermé à la réception de subventions. Il y a beaucoup de choses que l'on ne sait pas. On se laisse un peu dériver. Ça vaudrait la peine de mieux s'informer. (Hélène, cercle # 6, novembre 2009).

Il y a de la déception mais aussi de l'espoir

Bien qu'elle ait de l'espoir, Isabelle fait part de sa grande déception vis-à-vis les problèmes actuels observés dans les milieux de travail.

Même si certaines conditions de travail rendent difficiles la pratique infirmière d'Hélène, elle a quand même tenu à affirmer que : « Malgré certains désavantages tels que le travail une fin de semaine sur deux, le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire, un taux d'occupation extraordinaire de l'hôpital, un choix de vacances difficile et l'impossibilité de prendre des congés fériés par manque de personnel, j'aime mon emploi ».

Une déception en fin de carrière

En réfléchissant sur sa pratique actuelle, Brigitte parle de l'expérience de sa mère, du sens de la vocation qu'elle avait, de changements qu'elle a vécus dans le réseau et de sa déception ressentie avant son départ à la retraite.

Moi, ma mère est infirmière retraitée. Lorsque l'on parle de vocation, elle l'avait. D'une grande douceur, tellement attachée à ses patients, prête à tout. Elle ne finissait jamais à 4 h. Toutes les fois on l'attendait dehors jusqu'à 4 h 30 dans le stationnement. C'était vraiment tannant, mais elle était de même. Maintenant elle est retraitée. Des fois lorsqu'elle vient me voir où lorsque l'on va à l'hôpital elle me dit « Ouah, je ne reviendrais tellement pas ». Elle voulait faire du bénévolat durant sa retraite. Je lui disais « Tu vas aller aider les gens? ». Elle me répondait « Non pas dans la santé, c'est sûr sûr, pas dans la santé ». Elle est partie un peu amère. Avant de quitter, il y a eu beaucoup de *bumping* dans son milieu de travail. Elle a perdu le goût malheureusement avant de quitter. Elle en a eu beaucoup de plaisir au travail. Je peux comprendre que l'on passe à autre chose, mais je ne m'attendais pas à ce genre de réaction de sa part. J'espère que ça ne nous arrivera pas. (Brigitte, cercle # 3, octobre 2009).

Cette déception vécue en fin de carrière par la mère de Brigitte ne laisse pas indifférente. Gina fait part de son opinion et ajoute le problème des départs prématuroés vers la retraite.

Présentement elles partent en retraite avant le temps parce qu'elles ne sont physiquement plus capables. Elles préfèrent perdre de l'argent. Ce n'est pas drôle. (Gina, cercle # 3, octobre 2009).

Nous observons que les croyances ou opinions portées sur le milieu de travail par les infirmières lors du dialogue réflexif font ressortir des aspects négatifs ayant trait à des problèmes de natures relationnelle, organisationnelle et bien sûr économique, caractérisés surtout ici par un manque de soutien pour de la formation continue. À ce sujet, des compressions budgétaires planifiées dans la loi 100 du Gouvernement du Québec (2010) laissent entrevoir encore plus de difficultés dans les années à venir. En effet, dans cette loi qui vise à réduire les dépenses de fonctionnement de nature administrative dans les ministères, se trouve une diminution de 25 % liée à la formation du personnel. C'est dire

que dans le contexte actuel où la tâche se complexifie, devient de plus en plus exigeante, et ce, dans des conditions environnementales qui répondent déjà difficilement aux attentes, il devient de plus en plus important de se questionner sur le développement de nouvelles stratégies pour maintenir et développer les compétences.

8.4 Les motivations forgeant mon identité professionnelle d'infirmière

Aux comportements attribués à ma pratique » et les « croyances » formant les deux premiers thèmes différenciés et intégrés au tout organisé de la théorie d'usage du sens donné à sa pratique infirmière, se greffe le troisième thème « les motivations ». La figure 4 présente ce thème « les motivations » et ses sous-thèmes constitués d'unités de sens relatives aux racines, à ce qui a incité à devenir infirmière, à ce qui incite à continuer et à ce qui inciterait à quitter sa pratique actuelle.



Figure 4 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les motivations

Puis, comme nous l'avons fait pour chacun des sous thèmes précédents, un tableau énumère les unités de sens ou un regroupement des réflexions des infirmières. Ensuite, nous reprenons ces unités de sens en les intégrant à la narration qu'ont fait les infirmières dans leur itinéraire d'exploration réflexive.

8.4.1 Les racines de mon identité professionnelle

L'environnement familial et social dans lequel on retrouve une infirmière ou une personne nécessitant des soins, révélé par l'histoire de vie comme lieu d'enracinement de la pratique, a eu de l'influence sur le devenir de la plupart des infirmières, jeunes et moins

jeunes. Même s'il s'agit d'un phénomène observé depuis longtemps dans la profession, le fait que ce soit toujours le cas aujourd'hui est tout de même intéressant. Le tableau XXV présente les unités de sens relatives aux racines de l'identité professionnelle.

Tableau XXV - Les unités de sens relatives aux racines de mon identité professionnelle

La présence d'une infirmière dans mon environnement :

- Présence d'une infirmière dans l'environnement familial ou social.

Le fait de soigner une personne malade dans ma famille :

- Donner des soins à un membre de la famille avant d'entrer dans la profession.

Les propos suivants d'infirmières issus des récits de pratique révèlent, sous une forme narrative, les unités de sens ayant trait aux racines de l'identité professionnelle.

La présence d'une infirmière dans mon environnement

Brigitte, Édith, Gina, Claudine, Isabelle, Maryse ainsi que la chercheure principale ont été en présence d'une mère, d'une sœur, d'une tante ou d'une cousine infirmière durant l'enfance. Quant à Ariane âgée de plus de 50 ans, en plus d'avoir une grand-mère qui était sage-femme, elle rencontrait l'infirmière du village à l'occasion.

Je ne me rappelle pas avoir désiré devenir infirmière jeune. Il n'y avait pas beaucoup de métier dans notre temps. Les modèles que j'ai eus comme l'infirmière communautaire de notre village, ça m'a épatée. Je me rappelle de la senteur des médicaments et de l'ambiance qui se dégageait quand j'entrais dans son bureau, j'aimais ça. Pourtant, j'aurais pu être pharmacienne, mais je suis devenue infirmière pour soigner. Je n'avais pas peur du sang. En y pensant, on choisit un métier, mais on ne sait pas si on va aimer ça (Ariane, récit de pratique, juin 2009).

Claudine, qui se situe au début de la vingtaine, mentionne :

Ma mère est infirmière auxiliaire et c'est ce que j'admirais de ma mère. Je trouvais que prendre soin des autres, de les mettre confortable c'était quelque chose qui était valorisant dans la vie. Aussi l'observation de jeunes infirmières qui soignaient lorsque je travaillais dans une clinique médicale dans un camp

de cadet m'a donné le goût de pouvoir faire du bien aux autres. En plus, le cours d'infirmière de 3 ans était accessible. Dès mon premier stage, j'ai vu que prendre soin des autres était très valorisant pour nous et que les gens l'appréciaient (Claudine, récit de pratique, juin 2009).

Soigner une personne malade dans ma famille

Aussi, avant de devenir infirmières, quelques-unes ont signifié avoir soigné une personne malade dans la famille, c'est-à-dire un père, une mère ou une grand-mère. C'est le cas pour Hélène, Isabelle et aussi Édith qui s'est occupée de son père malade jusqu'au moment de sa mort.

8.4.2 Ce qui m'a incité à devenir infirmière

Des unités de sens permettant de savoir ce qui a incité à devenir infirmière, et ainsi construire son identité professionnelle, ont été révélées par les infirmières. Ce sous-thème a été abordé à l'aide du récit de pratique et lors de la rencontre individuelle. Le tableau XXVI présente les unités de sens ayant trait à ce sujet.

Tableau XXVI - Les unités de sens relatives à ce qui m'a incité à devenir infirmière

Une propension à donner des soins :

- Donner des soins à des petits animaux durant l'enfance et observer un vétérinaire en action.

Un intérêt pour la biologie :

- Découvrir le contenu d'un livre de biologie appartenant à la gardienne.

Une expérience olfactive :

- Aimer la senteur qui se dégageait des médicaments chez l'infirmière du village ou dans un hôpital a motivé mon choix durant l'enfance de devenir infirmière.

L'accès à un programme de formation à proximité :

- La proximité d'un Cégep qui offre le cours a facilité mon choix pour la profession.
-

(suite) Les unités de sens relatives à ce qui m'a incité à devenir infirmière

Le fait de travailler dans un hôpital au préalable :

- Le fait de travailler comme préposée aux bénéficiaires dans un hôpital durant toutes ses études.

Le soutien de mes proches :

- Ce sont mes enfants qui m'ont donné la force et le courage de reprendre ma vie en main et de devenir infirmière.
-

Plusieurs facteurs ont incité à devenir infirmière. Nous les reprenons dans leur forme narrative.

Gina dit avoir été attirée par la profession infirmière à l'âge préscolaire, Hélène lors de sa deuxième année de Cégep et France alors qu'elle se trouvait à l'Université vers l'âge de 20 ans. L'idée de donner des soins à des petits animaux durant l'enfance, observer un vétérinaire en action, découvrir le contenu d'un livre de biologie appartenant à la gardienne, aimer la senteur qui se dégageait des médicaments chez l'infirmière du village, ou encore, dans un hôpital, a motivé le choix durant l'enfance de devenir infirmière. Quant à Claudine, elle mentionne que la proximité d'un Cégep qui offre le cours a facilité son choix pour la profession. Aussi, travailler comme préposée aux bénéficiaires dans un hôpital durant toutes ses études a permis à Maryse de confirmer son choix de carrière. Quant à Julie, qui est devenue infirmière sur le tard, elle affirme « Ce sont mes enfants qui m'ont donné la force et le courage de reprendre ma vie en main et de devenir infirmière ».

8.4.3 Ce qui m'incite à continuer

Plusieurs facteurs ont soutenu dans le passé et d'autres soutiennent aujourd'hui la poursuite du parcours professionnel chez les infirmières. Nous pouvons dire que ce qui incite à continuer la pratique selon les infirmières concerne surtout le fait de : travailler auprès des patients, faire la différence, bien faire son travail, se sentir utile, recevoir de la reconnaissance, avoir la possibilité d'apprendre, avoir de bonnes relations avec les autres, avoir du plaisir et rire au travail, avoir un travail stimulant, relever des défis, occuper un

poste stable, avoir du soutien dans le développement de ses compétences, compter sur un horaire satisfaisant, avoir une possibilité d'avancement et de l'autonomie dans sa pratique. Le tableau XXVII dresse la liste des unités de sens relatives à ce qui incite à continuer la pratique infirmière.

Tableau XXVII- Les unités de sens relatives à ce qui m'incite à continuer la pratique infirmière

Avoir du soutien d'une professeure ou collègue pour développer ses compétences :

- Soutien de la part d'une professeure au Collège et à l'Université.
- Soutien d'une collègue infirmière en période d'orientation a été déterminant.

Être satisfaite de mon travail

- Aimer mon travail, l'amour des personnes, éprouver un sentiment positif d'être infirmière.
- Faire la différence pour les personnes soignées et réussir m'apporte du bonheur.
- Les patients m'apportent autant que je peux leur donner. C'est ce qui fait que je suis encore là.
- Un bon ingrédient qui me motive et qui me permet de continuer c'est lorsque je demande à un client si mes interventions ont répondu à ses attentes ou lorsque je lui donne un conseil et qu'il est satisfait.
- On peut faire un beau travail sur terre pendant que l'on est ici.

Être auprès des patients et apprendre :

- Être auprès des gens et essayer d'apprendre le plus possible tous les jours parce que c'est comme ça que je me sens de plus en plus une meilleure infirmière.
- Apprendre, satisfaire ma curiosité.
- Besoin d'être stimulée et allumée par ce qui se passe.

La reconnaissance des autres :

- Recevoir un merci sincère, est un facteur de motivation important, cela vaut plus qu'un salaire, c'est une source de fierté immense.
- Recevoir un message de remerciement de la part d'une cliente permet de savoir si mon travail a été bien fait et d'oublier tous les mauvais côtés de la pratique.
- Lorsque les patients se souviennent de mon nom après que je sois allée les évaluer pour une première fois, ça indique que mon sourire et mon approche les ont touchés.

(suite) Les unités de sens relatives à ce qui m'incite à continuer la pratique infirmière

Avoir de bonnes relations avec les autres :

- Être appréciée, intégrée et soutenue par l'équipe est d'une grande importance
- Une équipe de travail ça vaut de l'or lorsque l'on est infirmière.
- Aime se sentir apprécié par ses collègues.
- Apprécie lorsqu'une consœur l'encourage et bonifie son travail.
- J'ai besoin d'être respectée dans mes décisions, dans mes interventions, dans ma façon d'être infirmière.
- Apprécie lorsqu'une consœur l'encourage et bonifie son travail.
- J'ai besoin d'être respectée dans mes décisions, dans mes interventions, dans ma façon d'être infirmière.
- C'est important de pouvoir rire en équipe, d'être capable de trouver des moments heureux dans tout ça.
- Discuter de certains cas qui nous embêtent durant les pauses avec mes collègues compétents, c'est un plus.
- Côtoyer de belles personnes dans mon lieu de travail avec des anecdotes à raconter et de belles valeurs, embellit mes journées.
- Avoir une bonne équipe de travail est ce qui me motive le plus.
- Nous sommes aussi bien supportées par notre supérieur. Si nous avons un problème, elle nous invite à communiquer avec elle le plus tôt possible.
- Je suis facilement blessée par quelqu'un qui va être sec, qui va pointer les gens, qui vont dire quelques choses en attaquant personnellement quelqu'un. Je ne suis pas capable.

Avoir du plaisir et rire lorsque c'est pertinent :

- Le plaisir est important, autant avec mes collègues, l'équipe médicale et les patients.
- Le plaisir au travail, ça va avec une bonne communication
- Mon petit ingrédient à moi c'est le rire. J'aime qu'il y ait une belle ambiance au travail.
- Moi je dirais que c'est un besoin fondamental, rire et avoir du plaisir.
- J'ai l'impression qu'il vient de se passer un petit lien de confiance avec le médecin par exemple avec qui j'ai eu du fun à la salle de collation.
- Pour les patients autour aussi c'est tellement important de voir l'équipe qui sourit et qui rit.
- Côtoyer une équipe de travail dynamique, motivée qui apporte beaucoup de joies, de fous rires et d'expériences humaines gratifiantes.

Avoir un travail stimulant et faire face à diverses situations cliniques :

- Le travail est diversifié et stimulant intellectuellement, il présente des défis continuels.

(suite) Les unités de sens relatives à ce qui m'incite à continuer la pratique infirmière

- Je ne sais jamais sur quelle situation je vais tomber.
- Parfois la raison de la consultation cache autre chose. Ça me garde éveillée. On fait toutes sortes de soins.

Avoir un poste stable, un horaire de travail satisfaisant et la possibilité d'être autonome :

- Avoir une stabilité et un horaire satisfaisant.
 - Être autonome dans sa pratique.
-

Nous poursuivons sous la forme narrative, la présentation des unités de sens relatives à ce qui a, ou à ce qui incite actuellement à continuer la pratique infirmière.

Avoir du soutien d'une professeure ou collègue pour développer ses compétences

Lors de leur formation, Édith, alors étudiante au Cégep et Ariane, étudiante à l'Université, disent avoir bénéficié d'un grand soutien de la part d'une professeure. Une fois ses études terminées, France a tenu à souligner l'effet positif qu'a eu pour elle la collation des grades à l'Université qui a marqué à la fois une fin et le début d'une nouvelle vie, sa vie d'infirmière. Pour ce qui est de l'accueil dans un nouveau service, le soutien d'une collègue infirmière en période d'orientation a été déterminant pour Édith.

Brigitte donne suite avec cette réflexion sur la présence de collègues qui ont de l'expérience

J'ai besoin d'avoir des gens d'expérience avec qui travailler. Je me considère quand même comme une jeune infirmière et j'aime ça avoir des gens vers qui me tourner quand j'ai des questions. On apprend beaucoup d'eux. (Brigitte, cercle # 3, octobre 2009).

Être satisfaite de mon travail

Bien sûr, aimer son travail, l'amour des personnes, éprouver un sentiment positif d'être infirmière, faire la différence pour les personnes soignées et réussir sont des sources de

motivation qui incitent, plus particulièrement, Édith, Claudine, Hélène et Gina à continuer la pratique infirmière. Sur ce sujet, Gina s'exprime ainsi :

...si je suis capable de faire la différence pour les personnes que je soigne ça m'apporte du bonheur. C'est facile d'en redonner. C'est facile de me motiver. Je me mets un sourire et que je me présente. Ça va d'emblée. Les personnes vont se souvenir de toi tout le temps. Je n'ai jamais eu autant de cartes de remerciements depuis que je travaille là. Je les reçois en mon nom personnel. Pas au nom de l'équipe. C'est facile de se motiver même si des fois on est fatiguée et qu'il faut rester en temps supplémentaire. D'emblée je ne suis pas une personne négative. (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Édith ajoute :

Les patients nous apportent autant que l'on peut leur donner. ...C'est ce qui fait qu'on est encore là. Un bon ingrédient qui me motive et qui me permet de continuer c'est lorsque je demande à un client si mes interventions ont répondu à ses attentes. Aussi, lorsque je donne un conseil à un client et qu'il est satisfait je me dis que j'ai bien agi (Édith, cercle # 4, octobre 2009).

Brigitte qui a besoin de faire la différence mentionne ce qui suit.

C'est dur ça de se dire « Oui j'ai fait tout ce que je devais faire ». Parce que moi aussi, j'ai besoin de faire la différence. Je ne peux pas juste être là et écouter mon patient et dire « Hein, hein ». Qu'est-ce que tu leur dis? Je voudrais leur dire plus, je voudrais les sauver. Mais je ne peux pas. J'ai besoin par mon attitude de leur donner le plus possible malgré l'issue fatale de leur situation. Il faut que j'aie l'impression d'avoir fait la différence. Ça, c'est dur. Souvent on part du travail avec des *feed-back* des patients et des fois non. (Brigitte, cercle # 3, octobre 2009).

Être auprès des patients et apprendre

Ce qui motive le plus Hélène à continuer dans la profession, c'est vraiment d'être auprès des gens et d'essayer d'apprendre le plus possible tous les jours. C'est comme ça qu'elle se sent de plus en plus une meilleure infirmière. La pratique infirmière représente pour elle un travail diversifié et stimulant intellectuellement, qui présente des défis continuels.

Ça fait juste trois ans que je suis infirmière et si je me compare au début quand je suis sortie, la théorie, même si c'était plus frais dans ma mémoire quand j'arrivais sur le terrain, il fallait tout que je réapprenne. C'était quoi ma profession. C'est beau avoir appris quelques choses dans les livres, mais il faut apprendre sur le terrain. Il y a aussi les relations interpersonnelles. Je me rends compte que de jour en jour je deviens meilleure, en posant des questions, tant auprès des patients, dans mon travail de tous les jours. Il y a toutes sortes de pathologies que je ne connaissais pas (Hélène, cercle # 4, octobre 2009).

La reconnaissance des autres

La reconnaissance, comme recevoir un merci sincère, est un facteur de motivation important pour des infirmières. Pour Hélène, cela vaut plus qu'un salaire. C'est une source de fierté immense. Recevoir un message de remerciement de la part d'une cliente permet à Julie de savoir si elle a bien fait son travail et à Maryse d'oublier tous les mauvais côtés de sa pratique. Quant à Hélène, si les patients se souviennent de son nom après qu'elle soit allée les évaluer pour une première fois, ça lui indique que son sourire et son approche les ont touchés.

Hélène exprime ainsi son grand besoin de reconnaissance.

...j'ai besoin de plaisir, de beaucoup, beaucoup... de reconnaissance. En étant une personne qui doute beaucoup, je me demande toujours le 100 %...Quand je fais une gaffe, ça me revient souvent dans la tête. J'ai peu de mémoire pour ce que j'ai fait de positif, sur ce que j'ai fait de bien jusqu'à maintenant. Je vais surtout me souvenir de mes erreurs. La reconnaissance pour moi c'est un beau cadeau, comme un merci. C'est rare, mais parfois j'ai aussi des souvenirs de collègues qui m'ont dit certaines choses. J'ai besoin d'adrénaline...que ça bouge beaucoup que ça aille vite...d'avoir un temps de réflexion rapide sur tout ce qu'on a à faire. Ça, j'adore ça. ...Tant que l'on va travailler avec des humains, on va apprendre. On va se perfectionner pour devenir des meilleures personnes. C'est ce que l'on est comme infirmière. On est déjà à la base des bonnes personnes. Même si l'on veut toujours se dépasser on est tellement dans une profession où est-ce qu'on peut faire un beau travail sur terre pendant que l'on est ici (Hélène, cercle # 3, octobre 2009).

Quant à Édith, qui compte plus de 25 ans d'expérience, elle dit avoir besoin de reconnaissance, mais surtout d'être juste bien.

Ce dont je me rends compte, c'est que j'ai encore besoin de reconnaissance. C'est surprenant. J'ai besoin d'être bien maintenant. D'être juste bien...d'être entourée beaucoup et en même temps j'ai besoin de solitude. Une chose qu'avant je ne pensais jamais. Pourquoi je ne le sais pas. J'ai besoin encore de me réaliser et ce qui me surprend c'est que j'ai encore besoin de m'actualiser. Comme dans la pyramide de Maslow et son besoin d'actualisation de soi. Comme j'ai entendu tantôt, nous sommes ici sur la terre, considérées comme des bonnes personnes. J'ai encore besoin de beaucoup de choses malgré que je ne sache pas si je vais toutes les réaliser. J'ai surtout besoin ce soir d'être juste bien. Je suis rendue là. (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

Avoir de bonnes relations avec les collègues

Vient ensuite, comme autre facteur de motivation, les bonnes relations avec les collègues. Être appréciée, intégrée et soutenue par l'équipe est d'une grande importance. Pour Gina « Une équipe de travail, ça vaut de l'or lorsque l'on est infirmière ». C'est la même chose pour Maryse qui aime se sentir appréciée par ses collègues. Tout comme Édith qui apprécie lorsqu'un consœur l'encourage et bonifie son travail.

Isabelle, qui travaille dans un milieu où les patients vivent souvent des situations malheureuses, exprime ses besoins d'être respectée, de rire, d'apprendre et d'avoir une bonne équipe.

J'ai besoin d'être respectée dans mes décisions, dans mes interventions, dans ma façon d'être infirmière. J'ai besoin de rire... Les journées passent plus vite. On vit souvent des situations malheureuses dans le milieu où je travaille, disons à 85 % du temps. Il y a plus de malheurs que de bonheur, et c'est important de pouvoir rire en équipe. Qu'on soit capable de trouver des moments heureux dans tout ça. Sinon, je chercherais ailleurs. On passe beaucoup, beaucoup de temps au travail. Si on ne rit pas là, ça va être difficile de rire le soir si l'on a passé une journée déçue, triste... J'ai besoin d'une équipe de travail agréable. J'ai besoin d'apprendre et d'être stimulée. Si je n'apprends plus rien, j'ai moins de plaisir. J'ai besoin que les cas me stimulent et d'être allumée par ce qui ce passe. C'est avoir le goût d'en savoir plus tout le temps pour satisfaire ma curiosité (Isabelle, cercle # 3, octobre 2009).

Sur ce sujet du travail d'équipe, Hélène affirme « Nous avons un travail stressant, sous pression, où il faut se faire une idée vite, travailler efficacement et « ne rien laisser passer ».

Je n'aurais pas la même passion du travail si nous devions travailler toutes chacune pour soi ou en compétition ». Elle ajoute : « Lorsque je discute de certains cas qui nous embêtent durant les pauses avec mes collègues compétents, c'est un plus. Ou tout simplement côtoyer de belles personnes dans mon lieu de travail avec des anecdotes à raconter et de belles valeurs, embellit mes journées ». Gina mentionne qu'avoir une bonne équipe de travail est ce qui la motive le plus. À ce sujet, Maryse ajoute :

J'aime beaucoup ce que je fais. Au contraire de ce que disent les infirmières en général. J'ai le temps de parler à mes patients. Je peux prendre une heure si je veux. Le travail avec les spécialistes est très intéressant. Nous travaillons en équipe. Nous partageons et échangeons sur nos expériences et sur nos difficultés. Ils nous défendent s'il nous arrive de n'être pas respectées. Ils considèrent ce que nous leur disons suite à nos évaluations. Nous avons acquis leur confiance à force de faire un bon travail. On est super appréciée. Ils parlent et rient avec nous au bureau ce qui n'est pas nécessairement le cas avec d'autres équipes. Nous sommes aussi bien supportées par notre supérieur. Si nous avons un problème, elle nous invite à communiquer avec elle le plus tôt possible (Maryse, rencontre individuelle, juillet 2009).

Brigitte dotée d'une grande sensibilité donne suite avec cette réflexion

Je suis facilement blessée par quelqu'un qui va être sec, qui va pointer les gens, qui vont dire quelques choses en attaquant personnellement quelqu'un. Je ne suis pas capable (Brigitte, cercle # 3, octobre 2009).

Avoir du plaisir au travail et rire lorsque c'est pertinent

Nul doute qu'avoir du plaisir au travail et rire lorsque cela est possible, ça motive. C'est ce qu'affirment France et Gina dans les témoignages qui suivent.

Si je n'avais pas de plaisir à travailler, je chercherais ma place ailleurs. Le plaisir est important, autant avec mes collègues, l'équipe médicale, les patients. ...c'est mon essence, mon gaz. C'est ce qui me permet de me lever chaque matin et d'aller travailler. J'ai beaucoup de souvenirs reliés à ça. Un exemple, le week-end quand c'est plus tranquille sur le département, on va dîner ensemble. On ne se fait pas de lunch qu'on doit faire chauffer dans le micro-onde. Des fois on sort. Je trouve ça important de créer des liens en dehors du travail. Le plaisir au travail, ça va avec une bonne communication. Quand on a du plaisir à travailler, on communique avec les autres, c'est une bonne attitude

et ça devient un besoin... on a encore plus le goût d'être infirmière et d'aider. Je ne sais pas combien de fois j'ai dit, à des patients incontinents que je devais changer et qui me disaient « Pauvre petite c'est toi qui dois faire ça », « Monsieur, madame, quand je n'aurai plus de plaisir ou envie de faire ça je vais rester chez moi et je vais simplement changer de métier ». ...lorsque l'on a du plaisir à travailler, on est meilleure infirmière (France, cercle # 3, octobre 2009).

À ce besoin d'avoir du plaisir vient s'ajouter celui d'avoir une bonne communication.

J'ai besoin d'avoir du plaisir...d'être capable de communiquer avec mes collègues et mes patients...qu'eux communiquent avec moi s'il y a quelques choses...que les gens aient une bonne attitude envers moi. C'est du donnant donnant. S'ils veulent que j'aie une bonne attitude envers eux, il faut qu'ils aient une bonne attitude envers moi. Ça s'équivaut. Tous ces thèmes sont inter reliés. Pour que je fonctionne bien, j'ai besoin d'une bonne communication et du plaisir à travailler qui est l'essence (France, cercle # 3, octobre 2009).

Gina affirme que son petit ingrédient qui aide à faire durer sa motivation, est le rire.

Mon petit ingrédient à moi, c'est le rire. J'aime qu'il y ait une belle ambiance au travail. Quelqu'un qui arrive de mauvaise humeur ou lorsqu'il y a un patient qui « bourrasse » je vais essayer de l'amener à rire. Ça fait baisser l'atmosphère. Je ne veux pas aller travailler en me disant « Il me reste 10 ans (Gina, cercle # 4, octobre 2009).

Hélène ajoute :

Moi je dirais que c'est un besoin fondamental, rire et avoir du plaisir. Même si l'on vit des difficultés et que l'on se dit qu'il faut être sérieuse, c'est un travail sérieux, c'est possible d'avoir du plaisir. Si on prend du plaisir à parler, à faire des petites blagues, peu importe la manière que tu prends plaisir. Mon estime est tellement grandie dans ce temps-là. J'ai l'impression qu'il vient de se passer un petit lien de confiance, avec le médecin par exemple avec qui j'ai eu du fun à la salle de collation. Ça va me rester toute la journée et je suis contente de ça. Pour les patients autour aussi c'est tellement important de voir l'équipe qui sourit et qui rit. J'ai remarqué que les journées où j'ai le plus ri, je me disais « Hé, il faut que j'arrête de rire, les personnes sont malades » au contraire on me dit que c'est beau que l'on ait une belle équipe. Waw! Ça m'a ensoleillé ma journée. Il ne faut vraiment pas se bloquer de rien (Hélène, cercle # 3, octobre 2009).

C'est ce qui motive également Isabelle qui a la chance de côtoyer une équipe de travail dynamique, motivée qui lui apporte beaucoup de joies, de fous rires et d'expériences humaines gratifiantes.

Avoir un travail stimulant et faire face à diverses situations cliniques

Une autre source de motivation, pour Hélène, réside dans la possibilité de faire face dans son quotidien à toutes sortes de situations cliniques.

Ce que j'aime dans mon travail où je suis actuellement c'est que je ne sais jamais sur quelle situation je vais tomber. Peu importe mon humeur à 16 h lorsque je rentre, la personne qui va se présenter a toujours quelque chose qui me branche. Ça peut être toutes sortes de situations différentes. Parfois la raison de la consultation cache autre chose. Ça me garde éveillée. On fait toutes sortes de soins. On assiste les médecins. Un que je connais bien m'a laissé faire un soin que je n'avais jamais fait. Ça m'a rendue heureuse pour la soirée. C'est ce qui fait que lorsque je finis mon travail à minuit j'ai hâte de recommencer (Hélène, cercle # 4 octobre 2009).

Avoir un poste stable, un horaire de travail satisfaisant et la possibilité d'être autonome

Les propos de Brigitte permettent d'ajouter d'autres facteurs de motivation au travail. Il s'agit : d'avoir une stabilité (poste stable), un horaire satisfaisant et la possibilité d'avancement. France ajoute un besoin d'autonomie dans sa pratique et le fait de travailler auprès des patients.

En exprimant ses besoins Gina, résume bien l'ensemble des facteurs qui motivent la plupart des infirmières, notamment, celui d'apprendre, d'avoir de l'action, de pouvoir compter sur ses collègues, de recevoir de la reconnaissance et de bien travailler.

Des besoins, moi j'en ai beaucoup. J'ai besoin de plaisir...de savoir que je vais faire la différence...de savoir, d'apprendre, d'adrénaline...j'adore me virer sur un 10 cents. Je ne serais pas capable d'être responsable, genre avoir un poste d'AIC, juste parce que j'aurais l'impression d'être seule l'autre côté de la clôture. Je pense que je ne serais pas capable. J'ai besoin de savoir que j'ai ma gang. Que ma gang peut compter sur moi et que je peux compter sur elle. J'ai besoin de savoir que j'ai les pieds à terre. Qu'il y a du monde à qui je peux

faire confiance. J'ai besoin de *feed-back* de la part de mes patients. J'ai vraiment, vraiment besoin de ça. Quand je fais une intervention et je reçois une boîte de chocolats quelques jours après, c'est le summum ça pas de bon sens. Aussi ce que j'aime le plus, et c'est vraiment devenu un besoin, c'est quand je finis à 8 heures et que je pars avec le sourire parce que j'ai réussi...c'est mon besoin ultime dans mon travail de me dire « J'ai tout fait ce que j'avais à faire, je l'ai bien fait parce que j'ai eu le temps de bien le faire ». Ça, j'aime ça. Me coucher la tête sur l'oreiller, et me dire « J'aurais donc dû faire ça, ou je n'ai pas eu le temps » j'en ai beaucoup moins que j'en avais. C'est un besoin pour moi de me dire que j'ai accompli quelques choses. Ça vient pas mal ensemble. Faire la différence. Je ne cherche pas les poux, mais je n'aime pas ça faire des erreurs. Je n'aime surtout pas refaire des erreurs. (Gina, cercle # 3, octobre 2009).

8.4.4 Ce qui m'inciterait à quitter la pratique

Plusieurs facteurs qui inciteraient à quitter la pratique actuelle afin de s'actualiser dans un autre environnement ont été exprimés au cours du dialogue réflexif. Le tableau XXVIII présente ces unités de sens.

Nous poursuivons la présentation des unités de sens relatives au projet de quitter la pratique actuelle afin de s'actualiser dans un autre environnement avec les propos des infirmières.

Le jour où je n'aurai plus la flamme

Il y a d'abord Isabelle qui mentionne « Je serais incitée à quitter ce rôle le jour où je n'aurai plus la flamme qui m'habite lorsque je me rends au travail ou lorsque je parle de mon travail. Aussi le jour où je ne me sentirai plus bien dans ce travail ».

Si un membre de ma famille était malade

Ariane, tout comme Brigitte, quitterait son emploi même si elle aime ce qu'elle fait, si elle, son conjoint, ses enfants ou ses petits-enfants étaient malades.

Tableau XXVIII - Les unités de sens relatives à ce qui m'inciterait à quitter la pratique

Le jour où je n'aurai plus la flamme :

- Lorsque je n'aurai plus de flammes lorsque je me rends au travail ou lorsque je parle de mon travail.
- Le jour où je ne me sentirai plus bien dans ce travail.

Si un membre de ma famille était malade :

- Si moi, mon conjoint, mes enfants ou mes petits-enfants étaient malades.

Si je faisais une faute professionnelle :

- Si je faisais une faute professionnelle grave.
- Lorsque je ne me sens pas bonne et pas performante.

Le temps supplémentaire obligatoire :

- Le temps supplémentaire obligatoire est en train de mettre K.O. la passion que j'ai de soigner.
- Je ne crois pas avoir la force de pratiquer jusqu'à ma retraite dans les conditions actuelles.
- Des collègues vivront l'épuisement professionnel et quitteront la profession.

Le domaine des soins m'amène à vouloir changer de secteur

- Le domaine dans lequel j'exerce présentement m'incite à vouloir changer.

Lorsqu'il se présente une opportunité qui permet d'améliorer ses conditions de vie :

- Un nouveau poste qui amène une meilleure conciliation entre le travail et ses activités familiales, le travail de nuit ne convient pas à tout le monde.

Les conditions de travail difficiles :

- Je sais que je ne pourrai pas continuer encore longtemps comme ça, avec cette lourdeur-là. Un système qui ne nous écoute pas. Nous sommes sous-utilisées.
 - Pas toujours dans le respect. Le plus bel exemple c'est qu'on est des numéros. On n'a pas de reconnaissance à part celle des patients.
-

Si je faisais une faute professionnelle

Ariane ajoute qu'elle quitterait la pratique infirmière, si elle faisait une faute professionnelle grave. Quant à Hélène, il lui arrive d'y penser lorsqu'elle ne se sent pas bonne et pas performante.

Le temps supplémentaire obligatoire

Il y a aussi « le temps supplémentaire obligatoire qui est en train de mettre K.O. la passion que nous avons de soigner », souligne France qui ne croit pas avoir la force de pratiquer jusqu'à sa retraite dans les conditions actuelles. Elle ajoute, en pensant à ses collègues, que certaines vivront l'épuisement professionnel et quitteront la profession.

Le domaine des soins dans lequel j'exerce m'incite à vouloir changer de secteur

Il y a aussi le domaine dans lequel s'exerce la pratique qui incite à vouloir changer de milieu clinique. C'est le cas pour Brigitte :

On a beau avoir une équipe bien l'fun, avec qui on a du plaisir si la clientèle ou les soins sont trop difficiles, durs personnellement, déprimants un petit peu, il faut trouver l'équilibre. Il n'y a pas de travail parfait non plus. Ce n'est pas possible d'avoir du plaisir tout le temps et dans tout, mais je pense qu'il faut chercher ça. Actuellement c'est parfait avec l'équipe avec qui je travaille, pour ce qui est des soins je ne pense pas que je suis à ma place. Je suis en gros questionnement par rapport à ça. (Brigitte, cercle # 6, novembre 2009).

Lorsqu'il se présente une opportunité qui permet d'améliorer ses conditions de vie

Gina, qui aimait son travail, a vu se présenter une opportunité qui l'a amené à changer d'emploi. L'espoir d'améliorer ses conditions de travail associé à une conciliation difficile entre le travail de nuit et ses activités familiales ont motivé ce choix.

C'est un changement de direction. ...J'aime beaucoup mon emploi. J'aime ce que je fais, mais je n'aime pas les conditions, les TSO, je n'aime pas l'ambiance de travail, J'ai beaucoup d'expériences. J'avais beaucoup d'espoir, mais je me rends compte qu'on ne changera pas grand-chose dans le milieu de la santé. C'est un gros cancer ambulant où il ne se passe pas grand-chose. Ce

n'est pas vrai que je vais sauter dans le gouffre à pieds joints et que je vais amener ma famille avec moi. J'ai eu une opportunité. ... J'adore ce que fais présentement, mais travailler de nuit c'est un problème pour ma famille. Je n'ai pas d'appui de ma famille. (Larmes) ...je vais avoir un bon emploi. Avec des collègues que je connais déjà. ...Ça va me faire de quoi de ne plus être infirmière. De ne plus soigner du monde. Ça va être difficile. C'est la première fois que j'en parle et je pleure. ...Je suis une personne positive dans la vie, mais je me rends compte que dans le système de la santé, les filles ne veulent pas suivre. Des solutions je n'en vois pas à court terme. À long terme, je n'en vois pas. Je trouve ça triste. Nous avons le plus beau métier du monde et ça ne fonctionne pas. Notre façon de faire, de travailler je trouve que ça ne fonctionne pas lorsque l'on a une famille. Ça ne marche pas. Je ne mettrai rien en péril dans ma vie pour un travail. Ça, c'est clair. ...Je suis une fille qui aime relever des défis. J'en ai un très beau qui s'en vient vers moi avec de bonnes conditions de travail. Un milieu très enrichissant, dynamique et j'ai l'approbation de ma famille qui est en arrière de moi. Je suis contente de me lancer là-dedans. Est-ce que je ferai ça toute ma vie? Dieu seul le sait. ...Une chose est certaine, c'est que j'adore soigner les gens. ...À chaque fois que je soigne quelqu'un, le patient me dit qu'il est content. Je crois beaucoup au destin. Il m'apporte la solution. C'est écrit dans le ciel que j'ai ce chemin-là à prendre. ...C'est mon nouveau cheminement et quelque part mon deuil. Ce qui est insécurisant pour moi, c'est de sortir du moule de l'hôpital, d'une infirmière qui travaille dans un CH, qui fait des soins. Je pense que c'est ce qui m'insécurise le plus. Si j'avais travaillé en communautaire peut-être que ce serait plus concret pour moi. Faire mon deuil d'être infirmière dans un CH et de quitter les collègues c'est difficile. On finit par connaître d'autres personnes dans la vie. Excusez mes émotions. (Gina, cercle # 6, novembre 2009).

Les conditions de travail difficiles

Vis-à-vis des conditions de travail qu'elle juge difficiles, Isabelle se sent désabusée et avoue qu'elle ne pourra pas continuer longtemps comme ça.

Je me sens aussi désabusée. On y croit, mais ça ne suffit pas. Je ne sais pas c'est quoi mon rêve. Je sais par contre que les conditions actuelles ne peuvent pas continuer. Notre paye, on l'a avec nos patients à l'hôpital. Quand on les soigne, à la fin de notre journée on se dit, j'ai fait du bon boulot. Ça met un baume sur le reste. Lorsque l'on arrive à la maison, il y a les enfants, le conjoint. Ils ne l'ont pas ce baume-là. Même si je dis que je suis contente de ma journée, eux autres ils me disent non tu es très fatiguée. On devient désabusée. C'est tout le temps négatif. Ça ne suffit plus juste ce que nos patients nous redonnent. Ça me touche beaucoup et je sais que je ne pourrai pas

continuer encore longtemps comme ça, avec cette lourdeur-là. Un système qui ne nous écoute pas. Nous sommes sous-utilisées. Pas toujours dans le respect. Le plus bel exemple c'est qu'on est des numéros. On n'a pas de reconnaissance à part celle des patients. (Isabelle, cercle # 6, novembre 2009).

Ariane soulève l'idée qu'un changement de milieu devient nécessaire parfois. Le travail de nuit ne convient pas à tout le monde. Même si cela est risqué de se retrouver dans un nouveau domaine, l'expérience a été des plus bénéfiques.

Dans la vie, il faut prendre des risques. Je trouve ça triste d'être obligé de changer, mais je trouve correct de prendre un risque. Dans ma vie, j'ai pris un risque. Je travaillais à l'hôpital et j'ai changé pour le milieu communautaire. Je ne l'ai jamais regretté. Je pense que si j'étais restée à l'hôpital, j'aurais lâché la profession. Je travaillais de nuit. Lorsque je me réveillais à 11:00 le soir, j'avais mal à la tête. J'étais capable de ne pas dormir de la nuit parce que j'avais une bonne résistance. Je suis devenue agressive à force de devoir me lever à 23h00 pour aller travailler. Je voyais mon conjoint qui dormait. Je me sentais une infirmière moins que rien. Ce n'est pas drôle à dire. Pourtant, il y a des infirmières qui adoraient ça. Une était bachelière et elle restait là. Je faisais partie du comité d'école et j'ai rencontré une infirmière qui travaillait dans le milieu communautaire. Je me demandais ce qu'elle avait fait au Bon Dieu pour être dans ce milieu et pas moi. Lorsque je vais me bercer sur ma galerie à 90 ans, je vais être encore contente d'avoir pris un risque. C'est le plus beau choix que j'ai fait. Je n'aurais pas aimé autant ma profession si je n'avais pas changé. J'ai diminué parce que j'ai des petits-enfants. Ce n'est pas parce que je n'aime pas ça. J'adore mon travail. Je veux le faire longtemps. Je veux être tutrice. Je leur parle aux jeunes. Des fois juste une petite phrase. Ils me disent que ce que je leur dis les aide. (Ariane, cercle # 6, novembre 2009).

Quant à Édith qui a changé souvent de milieu et qui a été 17 ans sur une liste de rappel, elle mentionne en terminant ce qui suit.

...ce qui est le plus difficile c'est de sortir du moule. Dites-vous qu'un moule, il n'y en a pas juste un. Nous avons une profession où il y a beaucoup de champs d'action. Nous avons le potentiel pour aller voir ailleurs. On peut essayer des choses. On peut en rater des affaires. Ce n'est pas grave on recommence. Ce qui est difficile c'est que l'on est engagée avec nos familles. J'ai changé souvent de place et à chaque fois, j'ai été gagnante. Par contre, il faut se faire confiance. Je n'ai pas toujours trouvé cela facile. Mais je me dis qu'à chaque place, j'ai toujours été gagnante. Que ce soit un patient ou autre, on travaille avec des êtres humains. Peu importe si on fait des actions *nursing*

ou pas. On demeure des infirmières. Dans le curatif ou le préventif. On pense que notre profession est trop limitée, cloisonnée. Par exemple, l'infirmière qui travaille dans le nord est aussi importante que celle qui travaille dans un gros centre hospitalier à Montréal ou qui travaille dans la rue avec des toxicomanes. Je trouve qu'on n'ose pas assez. Il y en a beaucoup qui n'osent pas assez. Il ne faut pas avoir peur. Je me dis « Go allons-y ». Dans cinq ans, on va repenser à ça et on va se dire que l'on a bien fait. On réussit pas mal plus de choses autant professionnelles que personnelles. Il ne faut pas hésiter et faire ce que l'on a à faire. (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

8.5 Les valeurs qui guident ma pratique infirmière

Aux trois premiers thèmes différenciés des « comportements » attribués à ma pratique, des « croyances » et des « motivations » et intégrés au tout organisé de la théorie d'usage de sa pratique infirmière, se fusionne celui constitué d'unités de sens composant des « valeurs » qui ont émergé du dialogue réflexif avec les infirmières. Nous rappelons que c'est ce qui compte vraiment pour l'infirmière, ce qui lui tient à cœur pour mener à bien sa pratique (Bergeron, 2002). Les valeurs peuvent aussi constituer des références instrumentales aux moyens mis en œuvre pour atteindre ses fins (St-Arnaud, 2010). Celles exprimées de manière inductive par les infirmières tout au long du dialogue réflexif sont de différents types. Il s'agit de valeurs intellectuelles, morales, professionnelles, affectives, sociales, esthétiques et spirituelles. La figure 5 présente le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les valeurs.

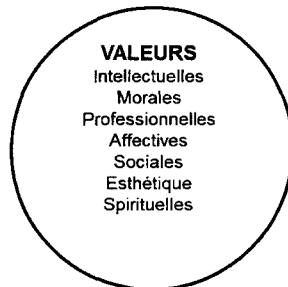


Figure 5 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens sur les valeurs

8.5.1 Les valeurs intellectuelles

Les valeurs de type intellectuel rejoignent l'aspect cognitif, la pensée et les connaissances nécessaires pour mener à bien sa pratique infirmière. Le tableau XXIX présente les unités de sens relatives à ce type de valeurs qui ont été exprimées lors du dialogue réflexif.

Tableau XXIX - Les unités de sens relatives aux valeurs intellectuelles

Apprendre, s'instruire et développer ses connaissances :

- Apprendre est une base importante dans ma famille.
- J'aime apprendre, j'aime être tutrice pour des étudiants, j'aime assister à des formations.
- Je vais continuer à apprendre jusqu'à la fin.
- Apprendre c'est comme manger. C'est une sorte de nourriture.
- J'aime changer de milieu de travail. Je n'aurais pas été capable de faire la même chose toute ma vie. J'ai changé souvent de place pour des raisons familiales et aussi parce que je suis faite comme ça.
- Il faut avoir le goût d'apprendre.
- J'ai fait un baccalauréat et j'ai énormément appris.

Apprendre dans un autre domaine que les sciences infirmières :

- Je suis rendue à un moment de ma vie où j'ai le goût d'apprendre des choses personnelles pour moi.

Partager des connaissances avec un patient :

- J'aime donner ce que je sais et ma paye c'est quand mon patient a appris quelque chose et qu'il l'a instauré dans sa vie et que ça lui a donné un résultat positif face à sa maladie.
-

Nous reprenons, sous une forme narrative, ces unités de sens relatives aux valeurs intellectuelles.

Apprendre, s'instruire et développer ses connaissances

Au cours du dialogue réflexif, Ariane, Claudine, Édith, France, Gina, Hélène et Julie, ont mentionné qu'apprendre, s'instruire, développer ses connaissances, faire des études, est d'une grande importance.

Édith expose sa pensée sur ce sujet :

J'ai parlé d'apprendre dans mon récit de pratique. C'est une base importante dans ma famille. Ma mère y croyait beaucoup même si nous étions plusieurs enfants. ...j'ai transmis cela à mes enfants. J'aime apprendre, j'aime être tutrice pour des étudiants, j'aime assister à des formations. Je vais continuer à apprendre jusqu'à la fin. ...Apprendre c'est comme manger. C'est une sorte de nourriture. Cela ne fait pas seulement pratiquer le cerveau, ça me détend parce que lorsque je m'intéresse à quelques choses je pense moins à mes autres activités moins plaisantes. Apprendre, je le fais pour moi. Toutes les formations que j'ai eues étaient reliées à mon travail. Le travail que j'exerce présentement est très enrichissant. Il faut avoir le goût d'apprendre. J'ai fait un baccalauréat et j'ai énormément appris. Aussi j'aime changer de milieu de travail. Je n'aurais pas été capable de faire la même chose toute ma vie. J'ai changé souvent de place pour des raisons familiales et aussi parce que je suis faite comme ça. Si je me suis si souvent adaptée, c'est probablement parce que j'aime apprendre. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Apprendre dans un autre domaine que les sciences infirmières

Quant à Brigitte, son désir est de continuer d'apprendre, mais dans un autre domaine.

J'aimerais vous dire que je suis tannée d'apprendre. Depuis la maternelle que je suis à l'école et que je n'arrête pas. J'ai un cours à l'université qui va finir et je me demande ce que je vais faire en janvier. Je ne pense pas continuer dans le domaine des sciences infirmières. Je suis rendue à un moment de ma vie où j'ai le goût d'apprendre des choses personnelles pour moi. Un cours de danse par exemple. Je vais en faire une résolution pour la prochaine année. Je suis toujours dans le travail. J'ai un travail à temps complet, le soir on étudie là-dedans, j'ai de la formation continue au travail. Je veux apprendre, mais je veux faire un 180 degrés dans quelques choses d'autres. (Édith, cercle # 2, octobre 2009)

Comme c'est probablement le cas pour plusieurs infirmières, Ariane aime apprendre, mais dit manquer de temps.

Apprendre c'est bien. À certains moments, on aurait besoin de plus de temps pour lire, mais on manque de temps. On arrive à la maison, on est fatiguée et on veut faire autre chose. C'est sûr, la vie c'est apprendre. Peu importe ce que l'on fait, dans notre social, dans nos loisirs. (Ariane, cercle # 2, octobre 2009).

Quant à Hélène, elle partage une expérience de formation qu'elle a vécue en dehors du milieu de travail.

À l'automne passé, on a eu une formation, sous forme de conférences sur le cancer données par des médecins, qui s'adressait à la population en général. J'ai assisté à ces conférences et je vous dis que j'en ai eu pour mon argent. C'était tellement l'fun. Surtout que nous n'avons pas de formation continue surtout sur les sujets plus pointus. Parfois nous sommes confrontées à des questions vraiment existentielles et je ne me sens pas à la hauteur et ça me dépasse. Il arrive que l'on se retrouve avec un patient qui a un diagnostic et il y a certaines choses que je ne comprends pas. Cette formation n'a pas été suffisamment en profondeur à mon goût, mais c'est une belle formule. Si on pouvait avoir accès à ce genre de formation 1 ou 2 fois par année, mais pour les infirmières. (Hélène, cercle # 2, octobre 2009).

Partager des connaissances avec un patient

Julie aime redonner ce qu'elle apprend à ses patients.

Moi j'adore apprendre et dans mon métier d'infirmière, je travaille avec des personnes atteintes par des maladies chroniques et j'enseigne beaucoup aux patients. J'aime donner ce que je sais et ma paye c'est quand mon patient a appris quelque chose et qu'il l'a instauré dans sa vie et que ça lui a donné un résultat positif face à sa maladie. C'est vraiment ça qui me donne le goût d'apprendre et d'aller chercher plus loin. Plus j'en sais, plus je peux en donner et meilleur mes soins vont être. L'important ce n'est pas seulement d'apprendre, mais aussi de le partager. (Julie, cercle #2, octobre 2009).

8.5.2 Les valeurs morales

Quelques valeurs que nous considérons morales parce qu'elles proposent ou imposent une norme de conduite ont été exprimées par les infirmières. Le tableau XXX présente les unités de sens relatives à ces valeurs morales qui ont émergées du dialogue réflexif.

Tableau XXX - Les unités de sens relatives aux valeurs morales

Le respect

- Pour soi et les autres, les patients, les familles, les collègues et les supérieurs.
- Respect de la volonté, du rang social, de l'état et de ce qu'a fait le patient.
- Se respecter soi-même.
- Être capable de mettre nos limites.
- Être authentique et vraie c'est se respecter.
- C'est vrai que ce n'est pas facile d'avoir toujours le respect.
- Réclamer le respect. Chez les patients c'est facile. J'ai mon autorité, je suis infirmière et vous le patient.
- Le respect, c'est quelque chose qu'il faut gagner. Pour le gagner, il faut commencer par respecter les autres.
- Dans le mot respect, il y a le mot « paix ». Pour le gagner, il faut être en paix avec soi-même pour que les autres puissent sentir qu'on mérite le respect.
- La création de rapports hiérarchiques dans une équipe peut amener plus facilement un manque de respect.
- Dans notre métier on nous apprend à être respectueuses même si on l'est dans nos valeurs fondamentales ou de base.
- S'il n'y a pas de respect, il n'y a pas de plaisir.
- On dit que les jeunes infirmières sont différentes de nous autres. Ce qui veut dire que nous devons avoir des attentes différentes envers eux autres. Il faut les respecter dans leurs différences.
- Le respect, c'est la base lorsque l'on vit en société et en être humain.

L'intégrité

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

L'honnêteté

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

La liberté

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)
-

Nous poursuivons, sous la forme narrative, la présentation des réflexions des infirmières.

Le respect

D'abord, Brigitte, Claudine, Maryse, Édith, Hélène, Isabelle, Julie priorisent le respect comme une valeur essentielle dans la pratique auprès des patients, des familles, des collègues et des supérieurs. Plus particulièrement pour les patients, il s'agit du respect de leur volonté, de leur rang social, de leur état ou de ce qu'ils ont fait.

Pour Danielle, tout commence par le respect de soi.

Je pense que la première chose à faire c'est de se respecter soi-même. Lorsque l'on se respecte par le fait même, s'il y a des comportements qui nous agressent, que nous ne sommes pas en accord ou qui créent une menace à mon confort personnel, je pense qu'il faut être capable de mettre nos limites. Je ne sais pas dans quelle mesure les infirmières, sur le plancher, lorsqu'elles sont débordées par le travail, ont cette capacité de mettre certaines limites. Y a-t-il un plus grand risque de laisser passer des choses qui normalement mériteraient d'être dites, nommées afin d'être mieux respectées dans leur pratique de tous les jours. (Danielle, cercle # 2, octobre 2009).

Là-dessus, Édith affirme qu'être authentique et vraie c'est se respecter. Elle propose même une façon de faire en milieu de travail.

Les autres ne savent pas qui on est. Ils ne peuvent pas nous connaître. J'aime beaucoup le senti. Ce que j'ai entendu tantôt, ça m'a accrochée. Nous avons eu une formation au travail sur le code de civilité. Je ne sais si vous avez participé à ça. J'ai trouvé cela très pertinent. Je ne me rappelle pas de tout, mais il y a des choses à instaurer, à mettre en place dans nos milieux de travail, dans nos équipes. Par exemple : mettre un carton près de notre bureau et y inscrire tout ce que l'on trouve essentiel et prioritaire, comme le respect, le sourire le matin. C'est quelques choses que l'on peut faire dans notre milieu qui peut aider aux intervenants, médecins, infirmières à toujours y penser. Ce n'est pas avoir un livre et apprendre par cœur, mais plutôt de faire des petites choses. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Pour Julie, il est important d'exiger le respect des autres.

S'il y a certaines valeurs qui nous dérangent. Moi mon principe, c'est de m'affirmer, de faire un geste. Cela demande un effort de dire « Non tu ne me respectes pas ». Si on réclame le respect qu'on mérite, oui après ça sur nos gestes sur nos mots, on va être en paix avec ça. Justement, on le mérite le respect. C'est vrai que ce n'est pas facile d'avoir toujours le respect. Ce n'est pas un monde idéal. On est dans le vrai monde. Pour moi c'est ce que cela veut dire. Si on est capable d'avoir le respect des gens et que les gens te respectent, ça va être plus facile de respecter ses valeurs et d'être en paix avec ça. Quand on soigne des gens qui nous bourrassent, on peut leur dire d'arrêter. On avise notre employeur. On se respecte soi-même en disant ce que l'on pense et ce que l'on vit. Peut-être qu'il y aura de l'amélioration dans le milieu. (Julie, cercle # 2, octobre 2009).

Mais pour Hélène réclamer le respect c'est quelque chose avec laquelle elle a de la difficulté.

Réclamer le respect. Chez les patients c'est facile. J'ai mon autorité, je suis infirmière et vous le patient. Si vous voulez un bon échange et des bons soins, ça va continuer de rester paisible et c'est bien correct. Mais avec mes collègues, je me dis tout le temps, probablement qu'elle ne voulait pas m'insulter, ce n'est pas ma meilleure amie, ce n'est pas ma sœur, ma mère, on n'a pas la même base, et bon. Je mets ses paroles blessantes de côté et je me dis qu'elle ne voulait pas m'insulter. Mais je me rends compte que je reste avec une certaine colère et je me redis que ce n'est pas ce qu'elle voulait dire. Mais au fur et à mesure, j'accumule et la moindre petite affaire qu'elle dit, je pourrais réagir fortement. Je me dis que jamais, je n'aurais dit une telle chose. Je me rends compte qu'on est seulement des collègues. On n'est pas des sœurs. On ne peut pas tout dire dans une salle de pause. On n'est toutes là, on a toutes les oreilles ouvertes, il faut faire attention. Je ne suis pas rendue au stade que ça me dérange encore. Peut-être un jour. (Hélène, cercle # 2, octobre 2009)

Selon Julie, le respect ça se mérite.

Le respect, c'est quelque chose qu'il faut gagner. Pour le gagner, il faut commencer par respecter les autres. Si nous ne respectons pas les autres, ils ne peuvent pas nous respecter. Dans le mot respect, il y a le mot « paix ». Pour le gagner, il faut être en paix avec soi-même pour que les autres puissent sentir qu'on mérite le respect. Quand je soigne les gens, je les respecte et je vois qu'ils sont en paix avec moi et moi je suis en paix avec eux. (Julie, cercle #2, octobre 2009).

Isabelle ajoute que la création de rapports hiérarchique dans une équipe peut amener plus facilement un manque de respect.

C'est vrai que c'est une question mutuelle. Je dirais que je suis un peu en désaccord que lorsque l'on est en paix avec l'autre qu'il nous respecte nécessairement. Je trouve que dans notre milieu de travail, on est très respectueuse, c'est dans nos valeurs infirmières. Ce n'est pas donnant donnant. On ne se fait toujours respecter. ... Si une personne n'est pas gentille avec moi, c'est difficile d'être respectueuse. Je trouve que c'est une bataille quotidienne. ... Par contre, je réalise que j'ai du travail à faire. ... ce matin je déjeunais avec des collègues de travail et on se disait qu'on avait un problème de cohésion dans notre équipe avec les médecins. On s'est demandé quoi faire. Il faut faire une rencontre. On s'est rendu compte que la hiérarchie dans une équipe ça vient annuler le respect qui règne au sein de notre équipe. C'est une difficulté que l'on vit présentement. On sent vraiment qu'il y a des médecins et des résidents qui sont au-dessus de nous autres. Ils sont là une heure par semaine, mais ils sont au-dessus de ce que l'on pense. Ce n'est pas toujours respectueux envers nos interventions et c'est difficile d'être donnant donnant et d'être en paix avec eux. (Isabelle, cercle # 2, octobre 2009).

Le respect est une valeur fondamentale dans la profession infirmière, selon Brigitte.

Dans notre métier on nous apprend à être respectueuses même si on l'est dans nos valeurs fondamentales ou de base. Il faut toujours être respectueuse même si un patient se met à nous engueuler. Nous, nous disons, je comprends, je comprends... des fois c'est frustrant. Bien sûr, on peut lui dire nos limites. Comme vous n'avez pas à me parler comme cela. Je trouve ça difficile parfois le respect qu'on exige de nous versus celui que l'on reçoit. Par contre en général, ça va très bien et effectivement quand on donne du respect aux autres, la majorité du temps on le ressent en retour. (Brigitte, cercle #2, octobre 2009).

Par contre, il peut être difficile de demeurer professionnel lorsqu'un patient en état de crise devient irrespectueux. C'est ce que nous confie Hélène.

Une infirmière qui travaille en psychiatrie disait qu'elle n'aimait pas comment certains collègues parlaient de ses patients. Je la comprends. Mais le pire chiffre de ma vie, c'est quand j'ai occupé son poste. Je me suis fait crier après, la personne a sacré pendant quasiment quatre heures. Je n'étais plus capable. Je

ne pouvais pas parler avec elle. Je ne pouvais pas mettre mes limites. Rien ne marchait. Je me sentais tellement dépourvue de respect que j'aurais pris mon sac et j'aurais dit bonsoir. C'est intransigeant comme réaction. Mais s'il n'y a pas de respect, il n'y a pas de plaisir. (Hélène, cercle # 2, octobre 2009).

Édith poursuit la réflexion et partage une expérience reliée au respect qu'elle a vécue dans son milieu de travail.

...nous avons eu une nouvelle personne dans notre équipe. Celle-ci présentait un comportement qui créait problème. Les collègues ne se sentaient pas respectés et ils ont réagi assez fortement. En réunion d'équipe, je leur ai dit que la meilleure façon de réagir était de l'informer. Après lui en avoir parlé, ce dernier s'est ajusté et a cessé son comportement qui dérangeait. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Le partage de cette expérience vécue en milieu clinique a permis de faire une réflexion sur l'acceptation ou pas de la différence. Isabelle soulève l'idée que la différence n'égale pas nécessairement un manque de respect.

C'est vrai que ces personnes avaient raison de ne pas se sentir respectées dans leurs valeurs, dans leurs coutumes. Sauf que je le vois d'un autre côté, soit celui du respect de la différence. On dit que les jeunes infirmières sont différentes de nous autres. Ce qui veut dire que nous devons avoir des attentes différentes envers eux autres. Il faut les respecter dans leurs différences. Je les trouve corrects ces collègues d'avoir été mal à l'aise. Mais en même temps cette personne a le droit d'arriver différemment des autres, être plus excentrique. Je ne le vois pas nécessairement comme un manque de respect. (Isabelle, cercle # 2, octobre 2009).

Danielle se questionne sur les limites de l'acceptation de la différence.

Ça remet en question jusqu'où l'on peut accepter la différence. Je veux bien accepter la différence. Je suis ouverte à cela. La différence m'amène un monde beaucoup plus riche devant moi. Sauf qu'en lien avec le respect, il serait bon de savoir jusqu'où on peut l'accepter individuellement, mais aussi collectivement. Surtout avec les différentes cultures en émergence dans notre société. C'est une question éthique que je soulève ici. (Danielle, cercle # 2, octobre 2009).

Au sujet de la différence en regard de la clientèle Ariane partage une expérience issue de sa pratique infirmière.

En parlant de respect, j'ai fait un pansement cette semaine et le monsieur était au lit. Quand je suis arrivée dans sa maison, il était habillé seulement avec des petites culottes. Je trouve cela dérangeant, mais lui il avait tellement l'air à l'aise. Il était chez lui. Il y avait sa femme, sa fille et un petit chat. Sa fille, qui présente un handicap intellectuel, est venue m'embrasser et ce n'était pas déplacé. Normalement cette situation m'aurait choquée. Je lui aurais conseillé de se mettre une serviette pour se cacher. Mais ça m'a fait drôle. Je viens de comprendre pourquoi avec ce que l'on vient de dire sur la différence. Il y a des fois où un comportement te dérange et d'autres, non. Comme quelqu'un qui me parle avec des verres fumés. Je ne suis pas capable. On dirait qu'aujourd'hui il n'y a plus rien de grave. Il faut accepter plein d'affaires et l'on se demande si c'est grave? Est-ce que je devrais tolérer ça? Le respect peut être ambigu parfois. (Ariane, cercle # 2, octobre 2009).

Brigitte poursuit la réflexion sur le respect qui constitue pour elle la base au niveau des relations humaines.

Je fais une différence entre le savoir-vivre, l'étiquette et le respect. Effectivement moi aussi, il y a des comportements qui me choquent. Le respect est beaucoup une attitude envers soi-même. Ça part beaucoup de là. C'est tellement basique le respect. On n'est pas obligé de m'aimer, de me trouver belle, mais le respect c'est la base lorsque l'on vit en société et en être humain. (Brigitte, cercle # 2, octobre 2009).

Pour terminer la réflexion sur ce sujet, nous retenons les résultats d'une observation portant sur le respect entre collègues qu'a réalisée Hélène dans son milieu de travail durant la semaine précédant le deuxième cercle de dialogue.

J'ai été surprise. Les liens entre les médecins et les infirmières sont super bons. Je ne sais s'il y a eu des comités avant que j'arrive, parce que cela fait seulement trois ans que je suis là. ...les médecins ont vraiment compris qu'ils devaient nous respecter s'ils voulaient que ça aille bien. Dans l'équipe, il y a des tempéraments forts venant aussi des infirmières. C'est mieux comme ça parce que le tout viendrait à exploser. Je trouve que ça va bien. On nous demande des choses avec un S.V.P., d'une façon non directive. C'est plaisant on sent que l'on fait une équipe finalement. Le seul point négatif que j'ai trouvé concerne les nouveaux qui arrivent, qui ont été engagés dernièrement.

Ayoye... je me demande si c'est l'âge. Quand je suis rentrée, j'étais sur des œufs. Je voulais vraiment respecter le monde. J'observe que ce n'est pas comme ça de leur part. C'est majoritaire. Disons qu'il s'agit de « *rouspétage* si on leur demande quelques choses », même avec les patients ils sont brusques un peu. C'est vite, vite, vite... je vais aller m'asseoir après. Je trouve ça difficile de les respecter par la suite. S'ils ne respectent pas les patients ni les personnes avec qui ils travaillent, il n'y a personne qui a le goût de travailler avec eux. Finalement, c'est fondamental le respect. (Hélène, cercle # 2, octobre 2009).

Le respect, pris surtout dans le sens d'un juste rapport à soi et à autrui au cours du dialogue, est sans conteste une valeur considérée comme fondamentale et constitue la base de toutes relations.

Enfin pour Julie, il est aussi question dans sa pratique, d'intégrité et d'honnêteté. Quant à Ariane et Isabelle, elles ajoutent, la liberté.

8.5.3 Les valeurs professionnelles

L'assurance d'une qualité des soins et l'obtention de bons résultats, tel que mentionné dans les récits de pratique, constituent ce qui est important pour mener à bien sa pratique. Le tableau XXXI expose ces unités de sens qui ont émergé du dialogue réflexif.

Tableau XXXI - Les unités de sens relatives aux valeurs professionnelles

La qualité des soins

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Les résultats des soins

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

8.5.4 Les valeurs affectives

Des valeurs qui correspondent à des sentiments et à des émotions qui ont une grande importance dans sa pratique ont été exprimées tout au long du dialogue réflexif par les infirmières. Le tableau XXXII présente ces unités de sens de différentes natures.

Tableau XXXII - Les unités de sens relatives aux valeurs affectives

L'amour

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Le plaisir au travail

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Le climat positif au travail

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

La sécurité

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)
-

Les unités de sens, l'amour, le plaisir au travail, le climat positif au travail et la sécurité ont été exprimées par Ariane, Brigitte, Hélène et Maryse.

8.5.4 Les valeurs sociales

Dans cette étude, les valeurs sociales concernent la présence de personnes. À cela nous rattachons les ingrédients qui favorisent une relation de qualité avec les autres ayant été énoncés. Le tableau XXXIII présente les unités de sens relatives à des valeurs sociales ayant été exprimé par les infirmières au cours du dialogue réflexif.

Tableau XXXIII - Les unités de sens relatives aux valeurs sociales

La famille

- La famille est ce qu'il y a de plus important dans ma vie.

Le patient

- Être près du patient.

Les membres de l'équipe

- L'entraide et le devoir de donner en retour.
- Le travail d'équipe.

Les amies

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

La communication

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

L'empathie et la fidélité

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)
-

Pour Ariane, Brigitte, Claudine, Maryse, France, Gina et Julie, la famille est ce qu'il y a de plus important dans leur vie. D'un point de vue professionnel, il y a pour Gina l'importance d'être près du patient. Il y a aussi, l'entraide et le devoir de donner en retour, le travail d'équipe, l'amitié, la communication, l'empathie et la fidélité.

Au cours du dialogue réflexif, Édith, Gina et Julie ont fait ressortir l'importance de la relation humaine. En accord avec cette opinion, Édith mentionne ce qui suit.

J'accorde beaucoup d'importance à la relation humaine. ... j'ai eu 2 réunions où je ne me suis pas sentie respectée pendant quelques minutes. Je me suis mise à regarder le monde et à les écouter. Je me suis dit : il n'y a personne de parfait. J'ai un bout à faire là-dedans, mais les autres aussi. Je ne dis pas qu'au travail c'est totalement irrespectueux, mais il y a du travail à faire. (Édith, cercle # 2, octobre 2009)

8.5.5 Les valeurs esthétiques

Le sens que nous donnons à une valeur esthétique est ce qui relève du beau, ce qui est conforme à une belle apparence. Bien paraître est ressorti des propos d'Ariane, Brigitte et France. Le tableau XXXIV présente cette valeur.

Tableau XXXIV - L'unité de sens relative aux valeurs esthétiques

Bien paraître

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

8.5.6 Les valeurs spirituelles

Les unités de sens « la spiritualité » et la « foi » ont émergé dans les récits de pratique de France et d'Hélène. Associée à la spiritualité, Brigitte et Maryse ont quant à elles, énoncé le sujet de la « mort ». Le tableau XXXV présente ces unités de sens que nous rattachons aux valeurs spirituelles puisqu'elles constituent une référence pour mener à bien sa pratique infirmière.

Tableau XXXV - Les unités de sens relatives aux valeurs spirituelles

Spiritualité

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Foi

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Considérant l'émergence de l'unité de sens « la spiritualité » dans des récits de pratique et vu la rareté de données empiriques recueillies auprès d'infirmières sur ce sujet, la chercheure principale a trouvé intéressant d'inviter les infirmières lors du deuxième cercle de dialogue à s'exprimer librement et selon leur convenance sur ce sujet.

C'est Brigitte qui a la première abordé le sujet de la spiritualité en ces termes.

C'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup. Je ne sais pas si c'est parce qu'on est moins croyant aujourd'hui, ou plutôt moins pratiquant ou si c'est comme je le vois, une démarche assez personnelle. La spiritualité des gens c'est personnel, c'est une introspection qu'on fait souvent seule. Je ne sais pas pourquoi on n'en parle pas plus à nos patients. En quoi ça les aiderait, seulement s'ils viennent d'une religion différente de la nôtre. Comme à Montréal où ils ont des coutumes très différentes. Je ne sais pas. Je suis ouverte à des suggestions. Comment intégrer cela, comment en parler à mes patients. Je vois ça comme une démarche personnelle. Si vraiment les patients en ont besoin, je « *dealerais* » avec ça, je vois ça comme une spécificité. (Brigitte, cercle # 2, octobre 2009).

Hélène, qui éprouve une gêne, se retient de parler de sa foi avec certains patients. Elle ajoute ce qui suit.

La spiritualité au travail, ça reste encore très personnel. Je trouve que c'est un sujet tabou. On a peur de prononcer « Je vais prier pour vous ». Ma grand-mère me le disait souvent et ça me faisait du bien. Je ne le dis pas au travail. J'ai peur de frapper un mur ou de choquer. J'ai entendu à un moment donné à l'émission *Tout le monde en parle* une femme qui disait que tous les jours elle demande à la vie, à Dieu ou au ciel de bénir toutes les personnes qu'elles rencontrent sur sa route. Elle leur confiait sa journée. J'ai tellement trouvé ça beau et simple. Il y a 3 ans, j'ai débuté un nouveau travail. C'était un travail très différent et beaucoup plus complexe. J'avais tellement peur. J'avais l'impression que je venais de sortir de l'école. J'avais beaucoup de choses à apprendre. J'étais terrorisée. Assez que j'avais peur de tuer quelqu'un. Je trouvais que ça allait trop vite. Je me suis mise à lire la prière de cette dame le matin. Je me rappelle que je priais tout en conduisant pour me rendre au travail. Ma grand-mère disait « Qu'on fait mieux de bénir que d'haïr ». J'utilise cette parole lorsqu'un patient est agressif avec moi. (Hélène, cercle # 2, octobre 2009).

Édith semble ne pas avoir développé cette dimension spirituelle. On peut toutefois observer dans ses propos la présence du « Bon Dieu ».

Ça me fait rire. Tantôt on parlait d'apprendre et je me rends compte que je n'ai jamais cherché la définition de la spiritualité. Peut-être que je vais la chercher dans le dictionnaire demain. Je trouve ça *cute* ce que j'entends. J'ai une phrase que je dis souvent quand il m'arrive des événements « Le Bon Dieu il sait ce

qu'il fait ». Si je le dis, c'est parce que je l'ai entendu dans ma famille probablement. C'est peut-être mon petit côté spirituel. Je ne sais pas. Je ramène plutôt cela à la croissance personnelle. Les histoires de Jésus, on y a cru. Il fallait les apprendre par cœur. C'était important dans ma famille. Quand on élève des enfants, on en dit encore des choses comme ça. Au niveau personnel on doit se rattacher à quelques choses sans nécessairement l'appeler Dieu ou Jésus. Je pense que durant ces années, je vais développer mon côté spirituel. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Les propos d'Édith ont fait réagir Julie qui mentionne être spirituelle quand il y a des tuiles qui lui tombent sur la tête.

On dirait que ça me permet de m'asseoir, de regarder la réalité et de dire, après quoi je m'accroche. Souvent je vais m'arrêter et je vais me dire « Grand-mère qu'est-ce que je fais avec ça ? » D'après moi, pour la plupart de gens c'est quand ils ont des coups durs qu'ils deviennent des êtres plus spirituels. On prend le temps de se poser les questions « Comment ça pourrait être ? » « Qui pourrait nous aider ». Quand j'ai un problème comme celui que j'ai déjà vécu dans ma famille. Mon geste avait été de demander à ma grand-mère de m'aider. Elle aimait les géraniums. Je me suis rappelée où était sa tombe. Je suis arrêtée au Provisoir et j'ai acheté un géranium et je suis allée le planter sur sa tombe. Je lui ai dit « Je te laisse régler ça » et je suis partie. Ça m'a enlevé un fardeau sur mes épaules. Je laissais aller les choses. Je pense qu'on l'utilise lorsque l'on a des problèmes. Quand ça va bien, c'est rare qu'on va dire « Grand-mère merci » on le dit juste quand on n'a des tuiles. (Julie, cercle # 2, octobre 2009).

Consulter sa grand-mère décédée, c'est ce que fait également Ariane lorsqu'elle vit des difficultés.

Je l'aimais beaucoup quand j'étais jeune. Elle est décédée il y a plusieurs années. Souvent j'allumais un lampion lorsque j'avais un examen. Ma grand-mère m'a aidé. Je ne sais pas pourquoi, mais il me semble qu'elle m'a aidée beaucoup dans ma vie. Mais là je l'oublie et je le regrette un peu de ne pas lui dire merci plus souvent. Il y a une de mes amies qui est décédée il y a plusieurs années aussi, mais moins. J'ai l'impression qu'elle est plus proche de moi. Je vais plus penser à elle. J'ai l'impression qu'elle a réglée plein d'affaires juste par la pensée. Je pense qu'on a toute une petite croyance au fond de nous autres qui est personnelle. C'est ce qui nous aide. Je pense que chaque être humain a quelqu'un dans sa vie d'après moi. (Ariane, cercle # 2, octobre 2009).

En dialoguant sur la spiritualité, Isabelle pense à un abbé qu'elle qualifie d'homme d'exception dans son milieu de travail.

Dans le nouveau milieu où je travaille, j'ai un coup de cœur, il y a un abbé, une personne formidable. En parlant de la spiritualité, ça me fait penser à ça. Ça me réconcilie parce que je ne suis pas pratiquante. La dernière fois que je suis allée à l'église, c'est dans un baptême. J'y vais et je ne me sens pas mal dans une église. Cet homme-là est un homme d'exception. C'est ce que je réalise à force de réfléchir, c'est quelqu'un qui fait tellement du bien autour de lui sans se soucier si je suis pratiquante ou pas. Il est profondément gentil, aimant et aidant. Il vient nous voir. Il circule tout le temps. On se rend compte qu'il est souvent présent sur le département. Soit dans la chambre d'un patient, soit assis au poste à nous demander « Comment ça va ? ». Il n'est pas notre patron. Notre boss, elle, quand elle vient nous demande « Comment tu vas ? » Je lui réponds « Ça va, pas le temps, on est surchargé. » Lui ce n'est pas ça qu'il veut savoir et ce n'est pas ça qu'on a le goût de lui dire. Il fait du bien vraiment. Une spiritualité qui nous raccroche. Même si l'on n'a qu'une minute on le regarde, on l'écoute et on continue. Il dégage quelque chose. Si c'est seulement ça que m'aura donné d'être allée sur ce département pendant quelques mois tant mieux. Ce n'est pas seulement ce que je vais retenir. C'est un être d'exception, il fait du bien aux patients aussi. Ils n'ont pas tous la bonne façon de se présenter. Certains axent plus sur la religion, mais pas lui. C'est réconfortant. (Isabelle, cercle # 2, octobre 2009).

Quant à Brigitte, elle trouve tout aussi important de remercier pour tout ce qu'elle a.

Moi depuis des années, je remercie quasiment tous les soirs. Je fais une petite prière ou une pensée pour remercier la vie pour ce que j'ai et pour les malheurs que je n'ai pas. Je trouve ça important de ne pas le faire seulement quand ça va mal. Aussi, j'ai eu un patient qui a eu un diagnostic très grave et qui va décéder. En faisant l'exploration de son réseau, il m'a dit qu'il faisait partie d'une famille spirituelle. Quand il m'a dit cela, ça m'a fait comme « WOW ». Il va peut-être être plus serein à travers tout ça. J'ai été réconfortée en tant que soignante. Parce que l'abbé, le curé, les religieuses je les vois comme des gens heureux, heureuses. Comme des gens qui sont bien sereins. Je me suis dit qu'il allait avoir du support pour passer à travers ça. Il y a un sens à donner, quelque chose à s'accrocher. Peut-être qu'en tant qu'infirmière on pourrait plus explorer ça. « Est-ce que vous avez des croyances lorsque vous avez des coups durs ? ». (Brigitte, cercle # 2, octobre 2009).

Ariane qui a travaillé en soins palliatifs trouve que les gens ne parlent pas beaucoup de Dieu.

Ils vont surtout nous dire comme un message « profite de la vie ». Mais ne pas vraiment parler de Dieu. On dirait qu'ils sont dans une phase de colère. Je n'ai pas entendu parler de Dieu. Lorsqu'ils sont jeunes, on dirait qu'ils partent avec un petit peu de colère. C'est le cas pour ceux que j'ai connus. Peut-être qu'ils en parlent avec la famille, mais avec moi non. (Ariane, cercle # 2, octobre 2009).

Ce dialogue sur la spiritualité et la mort amène Édith à partager cette réflexion :

Moi la mort, j'avais peur avant. J'ai perdu mon père à 15 ans. Quand je suis devenue infirmière et au fil des ans, je ne trouvais pas facile de voir mourir une personne, surtout lorsque j'ai travaillé à domicile. Même si j'étais une infirmière avec de l'expérience, on se retrouvait souvent seule. Je me rappelle avoir eu une patiente en phase terminale à domicile et en même temps, je suivais un cours de *caring* dans lequel on nous parlait de l'importance de la relation. L'ambiance était comme dans un livre, musique, chandelles. Quand je rentrais dans la chambre, je sentais quelques choses de spécial. Je ne sais pas si c'est parce que ces personnes étaient spirituelles, qu'ils étaient prêts. La fille disait à son père « Laisse-là partir papa ». Vous ne me croirez peut-être pas, mais elle est partie. Dans cette expérience c'est le côté spirituel qui m'a accrochée. La mort a un rapport avec la spiritualité. J'ai eu moins peur de la mort après ça. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Nous pouvons dire que ce dialogue réflexif qui aborde le thème de la spiritualité et la mort est très touchant. Il permet de révéler une vie spirituelle bien vivante, la plupart du temps non dite et pas toujours très claire, dans laquelle se trouve une relation avec soi, avec un autre comme un proche décédé, ou encore, une relation quoique qu'un peu timide avec ce qui est plus grand que soi, c'est-à-dire, Dieu.

8.6 Les projets qui m'habitent pour donner un sens nouveau à mon identité personnelle ou à ma pratique infirmière

Aux quatre thèmes différenciés « les comportements », « les croyances », « les motivations » et « les valeurs » qui s'intègrent au tout organisé de la théorie d'usage du sens donné à sa pratique infirmière, se joint le dernier thème qui révèle des « projets »

associés à sa pratique infirmière. Ce thème a surtout émergé des récits de pratique et lors du sixième cercle de dialogue.

Pour le groupe d'infirmières qui a participé à la démarche d'exploration réflexive, il est question, tel que présenté dans la figure 6, d'actualisation de soi, d'améliorer la qualité de sa pratique, de continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites et d'améliorer l'organisation du travail qui influence la qualité de sa pratique.



Figure 6 - Le thème et les sous-thèmes constitués d'unités de sens relatives aux projets

8.6.1 Continuer de m'actualiser comme personne dans ma pratique infirmière

Quelques unités de sens ont émergé du dialogue réflexif en ce qui a trait au projet de s'actualiser ou de faire usage de tout son potentiel comme personne dans sa pratique infirmière. Le tableau XXXVI présente les unités de sens composant le projet de s'actualiser dans sa pratique infirmière.

Tableau XXXVI - Les unités de sens composant le projet de m'actualiser comme personne dans ma pratique infirmière

Être heureuse, vivre pleinement, foncer, relever des défis et oser.

- Je veux faire tous les choix possibles pour être heureuse.
- Mes choix seront orientés en fonction de ma famille.
- Nous avons juste une vie à vivre et il faut la vivre pleinement.

Continuer à travailler parce que j'aime ce que je fais.

- Je suis en fin de carrière, mais j'aime encore ça.

Continuer d'alimenter ma passion des soins.

- Je souhaite garder du temps pour être avec mes patients. Avec le temps, c'est possible que je devienne gestionnaire, mais je veux être encore capable de regarder un patient dans les yeux, de le soigner, dépendamment de l'endroit où je serai dans le futur.
-

Nous poursuivons la présentation des unités de sens avec les réflexions des infirmières.

Être heureuse, vivre pleinement, foncer, relever des défis et oser.

Pour Brigitte, son projet consiste à être heureuse.

Pour revenir aux projets, que ce soit à court, moyen ou long terme, moi je veux être heureuse. Je veux faire tous les choix possibles pour être heureuse. Que ce soit dans ma vie personnelle, au travail, dans ma famille. Ma priorité sera toujours ma famille. Mes choix seront orientés en fonction de ma famille. On voit qu'il y a des infirmières qui sont fatiguées. C'est un indicateur. Demain matin, on ne sait pas si nous allons apprendre que nous avons un cancer, être décomptées. Nous avons juste une vie à vivre et il faut la vivre pleinement. Il faut foncer, relever des défis et oser. Je suis d'accord avec l'idée que l'infirmière manque de leadership. ...Il ne faut pas lâcher. (Brigitte, cercle # 6, novembre 2009).

Continuer à travailler parce que j'aime ce que je fais

Pour Ariane qui se situe en fin de carrière, son projet est tout simplement de continuer à travailler parce qu'elle aime ce qu'elle fait.

Pour ce qui est d'avoir un projet, je me dis que je suis en fin de carrière, mais j'aime encore ça. Je travaille à temps partiel. J'aime les formations et mon milieu de travail. Le côté social me motive. Je ne pense pas faire des cours trop élevés. J'ai fait mon bac et je suis bien contente de ça. On travaille toujours pour que la profession s'améliore. C'est très important. (Ariane, cercle # 6, novembre 2009).

Continuer d'alimenter ma passion des soins.

France a comme projet dans sa pratique infirmière de continuer d'alimenter sa passion des soins en demeurant le plus longtemps possible auprès du patient.

Peut-être parce que je ne travaille pas depuis quelque temps, je ne pense pas à un projet à long terme, même si je sais qu'il va y en avoir, je ne suis pas inquiète. Au niveau de notre belle profession ce qui me tient à cœur étant donné l'évolution, l'avancement de notre profession, je souhaite garder du temps pour être avec mes patients. Avec le temps, c'est possible que je devienne gestionnaire, mais je veux être encore capable de regarder un patient dans les yeux, de le soigner, dépendamment de l'endroit où je serai dans le futur. Je ne veux pas devenir blasée et ne plus avoir la possibilité d'aller vers un patient. C'est ma passion première. (France, cercle # 6, novembre 2009).

8.6.2 Continuer d'améliorer la qualité de ma pratique infirmière

Quelques unités de sens ont émergé du dialogue réflexif en ce qui a trait au projet d'améliorer la qualité de sa pratique infirmière. Le tableau XXXVII présente ces unités de sens.

Tableau XXXVII - Les unités de sens composant le projet d'améliorer la qualité de ma pratique

Demeurer humaine.

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Être ouverte au changement.

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Garder du temps pour être avec mes patients.

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Prendre le temps de m'arrêter pour que les personnes reçoivent les soins comme il se doit.

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

Continuer de me battre pour avoir une belle carrière et de bonnes conditions de travail.

- (*Nommée dans un récit de pratique sans autre explication*)

D'après Brigitte, Hélène, Claudine et Édith, améliorer la qualité de sa pratique, c'est demeurer humaine, être ouverte au changement et prendre le temps de s'arrêter pour que les personnes reçoivent les soins comme il se doit. Ce qui nécessite, selon Hélène, une atmosphère amicale, conviviale, où il est sain de travailler et de potentialiser sa pratique.

8.6.3 Continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites de ma pratique infirmière actuelle

Des projets qui visent à continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites dans sa pratique infirmière ont émergé du dialogue réflexif. Le tableau XXXVIII présente ces unités de sens.

Tableau XXXVIII - Les unités de sens relatives au projet de continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites de ma pratique infirmière actuelle

Continuer d'apprendre, mieux documenter ma pratique infirmière :

- Mieux documenter ma pratique infirmière en raison du vieillissement des populations, des progrès scientifiques croissants et de l'avancement technologique.
- Découvrir et comprendre de plus en plus les différentes pathologies.
- Améliorer mes compétences en communication.
- Poursuivre des études.

Créer des cliniques pour soigner les problèmes de santé courants :

- Création de cliniques tenues par des infirmières capables de soigner des problèmes de santé courants.
-

Nous continuons sous une forme narrative avec les réflexions exprimées par les infirmières.

Continuer d'apprendre et mieux documenter ma pratique infirmière

Pour Brigitte, Hélène, Claudine et Ariane, aller au-delà de ses savoirs et de ses pratiques actuelles, cela veut dire continuer d'apprendre, mieux documenter sa pratique infirmière en raison du vieillissement des populations, des progrès scientifiques croissants et de l'avancement technologique. Tout comme Julie qui désire apprendre de nouvelles choses, découvrir et comprendre de plus en plus les différentes pathologies.

Pour Julie, il est question d'améliorer ses compétences en communication. La poursuite d'études universitaires intéresse Hélène qui affirme qu'un jour peut-être elle ira se chercher un diplôme en théologie pour mieux accompagner ces patients. Il y a aussi Brigitte qui se dit intéressée par la bioéthique.

Mon projet à long terme serait d'accrocher un autre diplôme sur mon mur dans mon bureau. Un diplôme qui ne serait pas en sciences infirmières, mais complémentaire à la profession infirmière. Je ne voudrais pas avoir une maîtrise en sciences infirmières, mais dans autre chose. Comme en bioéthique. J'adorerais ça avoir une double spécialité et pouvoir siéger sur un comité de bioéthique clinique à l'hôpital. Être demandée comme experte de temps en

temps sur des sujets particuliers. Pour moi ce serait super. Dans ma pratique quotidienne la bioéthique, c'est de base. L'infirmière, c'est rare qu'elle se spécialise. J'aimerais beaucoup ça. (Brigitte, cercle # 6, novembre 2009).

Quant à Édith, qui mentionne avoir encore quelques années à travailler, elle fait part de plusieurs projets.

On me pose souvent la question si je vais terminer ma carrière dans ce poste. Je ne le sais pas. Probablement que non. J'ai été approchée par quelqu'un pour un poste dernièrement et je lui ai dit que je n'étais pas rendue là. ... Il y a aussi les études. La maîtrise peut-être. J'aimerais bien enseigner. Je donne beaucoup de formations et je suis à l'aise là-dedans. C'est le seul gros projet qui me reste au niveau professionnel. Cette semaine on a ouvert une nouvelle pharmacie et on parlait de l'infirmière qui va y travailler. Je me suis dit que ce serait intéressant d'y travailler lorsque je serai à la retraite. Il me reste encore plusieurs années et je me vois peut-être consultante pour des groupes. ... J'aime chercher. Enfin, je ne sais pas. C'est comme un point d'interrogation. Je ne sais pas si ça va se réaliser. Je suis en train de penser si je vais m'inscrire ou pas à la maîtrise. Peut-être à un cours. Ce serait peut-être dans un an, dans deux ans. Je ne sais pas. ... La motivation et la satisfaction au travail m'intéressent (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

Créer des cliniques pour soigner les problèmes de santé courants

Pour ce qui est de Julie elle rêve d'une clinique tenue par des infirmières pour soigner les problèmes courants de santé des gens.

Moi j'ai un rêve loufoque. Ce qui pourrait aider la société, désengorger les hôpitaux, ce serait de donner les « lauriers » aux infirmières. L'infirmière est souvent capable de faire des évaluations. Elle sait qu'il faudrait seulement une petite intervention pour guérir un problème, mais il faut attendre une prescription. On pourrait faire une clinique pour soigner les petits bobos de tous les jours comme ceux de nos enfants. Une petite coupure par exemple, on pourrait mettre des pansements de rapprochement. Les personnes n'auraient pas besoin de venir à l'urgence pour ça. Il me semble donc que ce serait le fun d'être vraiment utilisé à notre juste valeur. Ce serait réaliser un rêve incroyable. Je pense qu'à force de dire qu'on est là, on va nous entendre un jour. Je pense que l'on est pas mal toutes capables. On a la compétence pour le faire. On a été formé pour ça. Nous avons eu des cours de physio-pathos des médecins, on en voit de toutes les sortes. On se spécialise dans des soins spécifiques. Qu'on

nous laisse notre place. Ceci aiderait la société. (Julie, cercle # 6, novembre 2009).

8.6.4 Améliorer l'organisation du travail qui influence la qualité de ma pratique infirmière

Des objectifs personnels ainsi que quelques propositions de solutions visant l'amélioration de l'organisation du travail ont été énoncés lors du dialogue réflexif avec les infirmières. Le tableau XXXIX présente ces unités de sens.

Tableau XXXIX - Les unités de sens relatives à l'amélioration de l'organisation du travail qui influencent la qualité de ma pratique infirmière

Repenser l'organisation des soins infirmiers :

- Mieux gérer le temps.
- Avoir plus d'infirmières.
- Voir à ce que le respect, la communication, dont l'écoute, soient favorisés entre les infirmières.
- Milieu de travail sain et sécuritaire autant pour les infirmières que pour les patients.

S'impliquer pour améliorer les conditions de travail :

- Chercher le plus d'informations possibles pour trouver des pistes de solutions pour justement changer nos conditions de travail.
- Poser des gestes au niveau gouvernemental, des gestionnaires des établissements, des agences qui visent à sauver des sous. Selon moi un hôpital, ça ne sera jamais rentable.
- C'est surtout à nous d'améliorer les conditions de travail. C'est pour ça que j'ai décidé de m'impliquer. J'essaie de passer mes connaissances à celles qui sont comme en petite boule et qui chialent. On peut-tu comme arrêter de dire que c'est juste de sa faute.
- Se mettre en mode action et essayer de trouver des pistes de solution pour nous améliorer.
- Je suis en mode solution parce que j'aime mon travail et que je veux avoir encore du plaisir à le faire.

Consulter les différentes instances ou ressources d'aide s'il y a un problème :

- Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) est là pour nous écouter. Il représente le personnel infirmier.

(suite) Les unités de sens relatives à l'amélioration de l'organisation du travail qui influencent la qualité de ma pratique infirmière

- Il y a le bureau des plaintes, le comité des usagers, il y a plein de structures pour soutenir les utilisateurs de services. Elle est où la structure pour nous? Pour nous soutenir?
- Pour ce qui est du programme d'aide aux employés, c'est vrai que ce n'est pas écrit dans l'établissement. Le fait que ce soit en externe ce n'est pas encourageant.
- Je me vois mal raconter ce que je vis à une psychologue de l'extérieur qui ne comprend pas mon travail. Elle ne peut pas s'imaginer comment je me sens à la fin de mon quart de travail.
- Je trouve que ce serait bon d'offrir un lieu dans le milieu de travail...relaxe... Je suis à 100 % pour qu'il y ait un cercle de dialogue.

Avoir des aidants dans le milieu de travail

- Je trouve que le stress et la fatigue ce sont les deux principaux facteurs de risque qui font que les personnes tombent.
 - Des collègues de travail qui nous disent « Qu'est-ce que tu as ces temps-ci? As-tu des problèmes? À un moment donné il faut se parler.
-

Nous reprenons la présentation des unités de sens avec les réflexions des infirmières.

Repenser l'organisation des soins infirmiers

D'abord, selon Édith, il serait bien de repenser l'organisation des soins infirmiers dans plusieurs milieux de travail, que le temps soit mieux géré et de voir à ce que le respect, la communication, dont l'écoute, soient favorisés entre les infirmières. Quant à Gina, elle désire que le milieu de travail soit sain et sécuritaire autant pour les infirmières que pour les patients.

S'impliquer pour améliorer les conditions de travail

Travaillant dans un département où il y a à son avis beaucoup de problèmes, Gina ajoute :

Ma profession, je l'aime et j'ai maintenant décidé de m'impliquer pour améliorer notre sort...J'essaie d'aller chercher le plus d'information possible pour trouver des pistes de solutions pour justement changer nos conditions de travail. Je veux commencer par moi-même et après, je vais essayer de convertir mes collègues de travail. Je fais le plus beau métier du monde. Peu importe dans quels champs, je pense qu'il y a eu des gestes de posé au niveau gouvernemental, par les gestionnaires dans les établissements, par les agences qui visaient à sauver des sous. Selon moi un hôpital, ça ne sera jamais rentable. On oublie ça à moins que les gens payent leurs frais. Je pense surtout que c'est à nous à améliorer les conditions de travail. C'est pour ça que j'ai décidé de m'impliquer. J'essaie de passer mes connaissances à celles qui sont comme en petite boule et qui chialent. On peut-tu comme arrêter de dire que c'est juste de sa faute. On peut-tu se mettre en mode action et essayer de trouver des pistes de solution pour nous améliorer. Si je prends l'exemple de mon département où il y a tellement de TSO, le monde ne veut même pas accepter de poste parce qu'ils ne veulent pas en faire. Dans cet exemple, l'employeur n'a pas grand-chose à faire là-dedans. Si on dit que les infirmières sur notre département sont fines, peut-être qu'on va plus attirer du monde. Je pense vraiment que l'employeur a quelque chose à faire, mais nous comme équipe aussi pour être attrayante. Pour avoir du nouveau monde, il faut se motiver et être attractif. Je suis en mode solution parce que j'aime mon travail et que je veux avoir encore du plaisir à le faire. (Gina, cercle # 3, octobre 2009).

Consulter les différentes instances ou ressources d'aide s'il y a un problème

Édith rappelle la présence d'instances ou de services dans les organisations qui peuvent être consultés lorsqu'il y a un problème.

Là-dessus il y a des tables qui existent. Vous connaissez les CII. Il est là pour nous écouter. Il représente le personnel infirmier. Vous allez dire que c'est toujours les mêmes affaires qui sont traitées, mais ce n'est pas vrai. J'ai déjà siégé là-dessus. Normalement, on devrait prendre en note ce que les gens disent. Je ne pense pas que ça va changer d'ici demain matin. Je ne serai peut-être pas là pour voir la fin, mais je vais en entendre parler. Plus on assiste à ce comité et à d'autres, plus on aime ça, plus on prend parti et plus on comprend le rôle des différents acteurs. On est fusionnés, on fait partie d'un CSSS, il y a un organigramme. Il faut prendre le temps de regarder la structure. Regarder où

vous vous situez là-dedans et où vous pouvez dire les choses. Il faut aller frapper aux portes. C'est comme ça qu'on finit par trouver la bonne porte-parole. Les conditions actuelles ne peuvent pas durer trop longtemps parce qu'on va toutes les perdre. (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

Là-dessus, Julie se questionne sur les ressources pour soutenir les infirmières lorsqu'elles vivent des problèmes.

Ce que j'entends ce soir est très touchant. Si on regarde ce qui se passe dans le système de santé, tout est qualité. Il y a le bureau des plaintes, le comité des usagers, il y a plein de structures pour soutenir les utilisateurs de services. Elle est où la structure pour nous? Pour nous soutenir? Il est où le bureau des plaintes pour les infirmières qui se sont fait agresser par des patients? Où est-ce que l'on va lorsqu'un autre employé nous dérange? Des fois, on est seule. Avec ce que je vois du cercle de dialogue, je trouve que c'est un beau projet. C'est une table d'écoute. Peut-être que ça va amener quelques choses un jour. (Julie, cercle # 3, octobre 2009).

France partage sa réflexion sur le service d'aide aux employés offert dans les établissements.

Pour ce qui du programme d'aide aux employés, c'est vrai que ce n'est pas écrit dans l'établissement. Le fait que ce soit en externe ce n'est pas encourageant. Il faut faire des démarches pour consulter une personne qui n'est pas dans la place présentement. Je trouve que ce serait bon d'offrir un lieu dans le milieu de travail. Je me rappelle au secondaire dans l'école, il y avait une place, peu fréquentée quand même, qui était peinte de façon différente où c'était plus relaxe. Il y avait de la musique. Un endroit où je pouvais me sauver si je vivais des situations difficiles. C'était apaisant. Dans un hôpital, je pense que ce serait possible d'organiser une petite pièce pour commencer. Je suis à 100 % pour qu'il y ait un cercle de dialogue. Je les mettrais obligatoire, pour les chialeurs. Ils développeraient un peu plus l'écoute. C'est sévère. Au lieu de donner des retenues comme un enseignant, je donnerais des cercles de dialogue (rires). Je changerais ça. (France, cercle # 6, novembre 2009).

À propos du service d'aide en psychologie offert par l'employeur à l'ensemble du personnel de l'établissement, Gina ajoute ce qui suit.

On parlait d'aller consulter un intervenant dans un Programme d'aide aux employés (PAE). Moi je me vois mal raconter ce que je vis à une psychologue

de l'extérieur qui ne comprend pas mon travail. Elle ne peut pas s'imaginer comment je me sens à la fin de mon quart de travail quand je n'ai plus d'énergie. Elle va comprendre quoi là-dedans. (Gina, cercle # 6, novembre 2009).

Avoir des aidants dans le milieu de travail

Édith trouve que le stress et la fatigue sont les deux facteurs de risque qui font en sorte que des personnes ne soient plus heureuses au travail et qu'elles tombent.

L'aide aux employés, ça existe. J'ai connu un comité dans notre milieu de travail qui était aidant pour certaines personnes. Ce n'est pas tout le monde qui est à l'aise avec ça. Je trouve que le stress et la fatigue ce sont les deux principaux facteurs de risque qui font que les personnes tombent. On a nos raisons pour être fatiguées. Des surplus de ci et de ça. Je pense que tout le monde est correct. Que nous avons toutes un bon « fond », mais sommes-nous toutes heureuses au travail? C'est difficile d'être heureuse au travail si nous ne sommes pas heureuses à la maison. C'est comme une douleur. Plus une personne a mal, moins elle dort, moins elle a une belle qualité de vie et plus elle devient irritable et cela transparaît partout. Je pense que ça revient au facteur temps. On ne prend pas assez le temps. Ce n'est pas normal que l'on manque autant de temps que ça. Que l'on soit aussi fatiguée et que l'on saute notre coche aussi souvent que ça. À un moment, il y a une petite lumière qui allume. Heureusement qu'il y a des aidants dans notre milieu de travail. Des collègues de travail qui nous disent « Qu'est-ce que tu as ces temps-ci? As-tu des problèmes? À un moment donné, il faut se parler. Je trouve que ça ne se passe pas tout le temps comme ça. ...Je me rends compte qu'on va perdre du monde à cause de ça. (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

Nous retenons quelques projets qui ont émergé du dialogue réflexif avec les infirmières. Nous pensons à celui de demeurer le plus longtemps possible auprès du patient, de continuer d'apprendre, d'améliorer ou de changer de milieu de travail, de créer une nouvelle ressource dans le milieu de travail pour soutenir les infirmières, de créer une clinique de soins de première ligne tenue par des infirmières, et celui qui consiste à être tout simplement heureuse.

L'analyse et l'interprétation inductive du savoir pratiqué issu des récits de pratique et des cercles de dialogue ont permis de co-construire un modèle provisoire, dynamique et

évolutif. Il présente les multiples facettes différencierées (les thèmes et leurs sous-thèmes) évoluant en interaction dynamique pour constituer un tout organisé du sens que des infirmières donnent en 2009 à leur pratique quotidienne. Ainsi, la mise au jour de cette théorie d'usage co-construite, par une dizaine d'infirmières de la région québécoise du Saguenay - Lac-Saint-Jean, contribue à l'atteinte de notre objectif de départ qui était de favoriser une prise de conscience approfondie du sens donné à leur pratique.

8.7 L'utilisation de la théorie d'usage co-construite

Cette recherche exploratoire et descriptive qui apporte un modèle d'une théorie d'usage originale du sens donné par des infirmières à leur pratique auprès d'une clientèle en 2009, nous amène à formuler cette question. À quoi, ou à qui, cette théorie d'usage plausible, évolutive, de convenance, contingente et non généralisable, liée à des réflexions subjectives d'infirmières expérimentées peut-elle bien servir?

Nous orientons cette réflexion avec ces quelques propositions qui s'adressent aux infirmières partenaires de la recherche, aux étudiantes infirmières, aux gestionnaires et infirmières en milieux cliniques, aux professeures et aux chercheures en sciences infirmières.

Les infirmières partenaires de la recherche

D'abord, le fait d'avoir participé à la co-construction d'une théorie d'usage a permis aux infirmières, partenaires de la recherche, de répondre à un besoin fondamental chez l'être humain selon Frankl (1988), celui de donner du sens à ce qu'elles font. En effet, participer à cette démarche praxéologique d'exploration réflexive a été une expérience nouvelle et positive qui a permis à des infirmières de réfléchir en profondeur et d'apprendre sur le sens donné à leur pratique actuelle, mais aussi de conserver une trace de leurs réflexions personnelles dans leur récit de pratique et leur journal d'itinérance. Un exercice de réflexion et d'écriture utile qui rendra possible des retours et qui facilitera la poursuite d'une réflexion personnelle solidement amorcée. Nous pensons aussi que l'utilisation des thèmes qui ont émergés du dialogue réflexif (comportements, croyances,

motivations, valeurs et projets), ainsi que leurs sous-thèmes, pourraient servir à encadrer cette démarche praxéologique d'exploration réflexive personnelle à plus long terme, axée sur le sens évolutif qu'elles donnent à leur pratique.

Nous pensons qu'il serait également intéressant de créer d'autres moments de dialogue avec les co-chercheuses partenaires de la recherche pour reprendre et poursuivre cette expérience collective du dialogue réflexif. Se donner un temps et un espace pour réfléchir sur le sens donné à sa pratique, pouvoir l'enrichir avec d'autres infirmières et le partager, demeure un projet tout à fait possible à réaliser.

Les étudiantes infirmières

Pour les étudiantes infirmières qui amorcent un programme de formation, nous pensons qu'il serait très pertinent d'introduire, dès les premiers cours, une démarche praxéologique d'exploration réflexive sur le sens qu'elles commencent à donner et qu'elles donneront de façon évolutive à la complexité de leur pratique et à l'organisation qu'elles veulent en dégager. Nous croyons que l'utilisation des thèmes (comportements, croyances, motivations, valeurs et projets) qui ont émergé du dialogue réflexif pourrait servir de cadre à cette réflexion. Ces thèmes permettraient d'initier une démarche d'exploration réflexive qu'il serait utile de poursuivre tout au long de leur formation.

Nous croyons également que cette démarche d'exploration de leur savoir pratiqué liée à des réflexions subjectives d'infirmières en milieu clinique viendrait ajouter de la valeur aux enseignements qu'elles reçoivent. L'accès à un savoir issu d'une pratique singulière et complexe d'infirmières viendrait au cours de leur formation alimenter leur propre réflexion déjà amorcée sur leur pratique en développement. L'utilisation de la théorie d'usage procédant de la pratique aiderait à présenter et à traiter de certains sujets, touchant surtout le vécu actuel de l'infirmière dans sa pratique, rarement abordé dans la formation actuelle. Nous pensons notamment à la dimension émotive de l'infirmière, à la relation de soutien s'exerçant entre collègues, aux réactions que suscitent des changements, à la notion de responsabilité, à la dimension spirituelle, etc.

Hélène qui a participé au dialogue réflexif est d'accord pour l'utilisation d'une démarche praxéologique d'exploration réflexive avec des étudiantes favorisant l'émergence de leur théorie d'usage. Elle mentionne : « Les thèmes choisis sont universels, je crois qu'il est bon de s'y pencher quand on est étudiante. Ça fait voir ce que sont les problématiques de terrain. ...Ça donne des pistes de solutions pour plus tard et même durant les études ».

France qui est aussi favorable s'exprime en ces termes. « Vraiment! Tout ce qui a été dit est riche et précieux... pourquoi ne pas en faire bénéficier d'autres... surtout que cela les poussera sûrement à la réflexion... ». Une autre partenaire, Brigitte, accuse toutefois une certaine réserve. « Tout dépendant de ce qui en ressort...mais je pense qu'on a réfléchi sur de belles choses...il faudrait voir si les étudiantes pourraient s'identifier à notre contenu, celui de travailleuses ».

Les gestionnaires et les infirmières en milieux cliniques

Nous pensons que cette théorie d'usage, issue d'une démarche constructiviste et socioconstructiviste, est un bel exemple de ce qui peut émerger de l'expérience d'infirmières œuvrant en milieux cliniques, engagées et autonomes, qui utilisent un temps et un espace pour donner du sens à ce qu'elles font. Nous estimons qu'à la lecture des témoignages associés à une pratique réelle, les gestionnaires et les infirmières pourront faire des liens et enrichir le sens qu'elles donnent à leurs propres pratiques. Il serait très intéressant et extrêmement enrichissant de poursuivre le dialogue réflexif que nous avons amorcé dans le cadre de cette recherche avec d'autres partenaires du milieu.

Les professeures

Même si la théorie d'usage ne peut prétendre à être parfaite, ni exhaustive, puisqu'elle peut continuer à se bonifier, nous la jugeons utile pour des professeures. D'abord, parce qu'une théorie d'usage est d'une extrême rareté. Celle qui a été co-construite, avec sérieux et rigueur dans cette étude, est unique et originale. Elle révèle d'une manière inductive le sens donné à une pratique actuelle par des infirmières vécue au quotidien, et ce, après

qu'elles aient terminé un programme de formation universitaire (baccalauréat en sciences infirmières). Pour nous, professeures de l'UQAC, qui les avons accompagnées durant leur formation, et les autres, nous avons maintenant accès à des réflexions alimentant le sens donné à leur pratique. Entre autre, la connaissance de cette théorie d'usage rend désormais possible l'observation du langage utilisé pour décrire une pratique. Elle permet également de faire des rapprochements entre les théories que nous professons et cette dernière qui a émergé de leur pratique.

Les chercheures en sciences infirmières

Cette théorie d'usage, issue d'une réflexion rigoureuse et cohérente, distincte d'un savoir homologué et généralisable sur le sens donné à une pratique actuelle par des infirmières, vient à notre avis enrichir le champ disciplinaire des sciences infirmières. Elle rend disponible à des chercheures de nombreuses réflexions d'infirmières, jeunes et moins jeunes, confrontées aux nombreuses transformations professionnelles et organisationnelles actuelles.

Nous pensons que cette théorie d'usage, qui fait ressortir une pratique que l'on souhaite autonome, mais qui s'exerce dans un contexte de travail présentant de nombreux obstacles à cet épanouissement personnel et professionnel recherché, intéressera des chercheures. Certains problèmes pourraient faire l'objet de futures recherches. Nous pensons à une réflexion plus importante sur le chevauchement des différents paradigmes (vocation, subordination, libération et autonomie) et leur impact sur le sens actuel donné à une pratique infirmière.

Nous songeons à d'autres sujets de recherche comme : l'expression de la dimension émotive de l'infirmière dans sa pratique; la relation de *caring* entre collègues; l'adaptation aux changements continuels; la reconnaissance professionnelle; la manière d'entrer et d'accueillir une infirmière dans la profession; le contexte de travail optimal; la mise au jour et le partage du savoir pratiqué, la dimension spirituelle de l'infirmière et celle du patient, etc.

Cette revalorisation du jardin secret d'une pratique singulière en quête de sens nous amène maintenant à vouloir présenter dans le prochain chapitre, certains effets personnels et professionnels relatifs à cette démarche d'exploration réflexive, inspirée du dialogue de Bohm.

Chapitre 9 - Les effets personnels et professionnels du dialogue réflexif

Dans la poursuite d'un des objectifs de notre recherche, de valider la pertinence d'une utilisation éventuelle comme outil pédagogique des activités balisant l'itinéraire d'exploration réflexive que nous avons réalisé avec des infirmières, nous nous sommes intéressée à la présence d'effets personnels et professionnels découlant de ces activités. La présence de ces effets suggère des avenues intéressantes sur le potentiel d'apprentissage qu'offrent le récit de pratique, le cercle de dialogue et le journal d'itinérance pour aider une infirmière qui exerce auprès de patients à réfléchir sur sa pratique.

Les témoignages présentés dans ce chapitre, visant à relever certains de ces effets, personnels et professionnels, ont été recueillis et analysés tout au long de la démarche et à la fin du parcours. Ils concernent plus particulièrement l'expérience du récit de pratique et des cercles de dialogue.

Les périodes de retour sur l'expérience du récit de pratique réalisées lors d'entrevues individuelles, ainsi que celles vécues en groupe à la fin de chacun des cercles de dialogue, permettaient d'entrevoir que cette expérience d'exploration réflexive favorisait au fur et à mesure une prise de conscience nouvelle des infirmières sur le sens donné à leur pratique.

Dans cette perspective, un questionnaire (voir l'Appendice C) élaboré par la chercheure principale a été remis aux infirmières à la fin du dernier cercle de dialogue. Nous trouvions pertinent de proposer cet exercice d'auto-évaluation qui a permis à sept infirmières volontaires de colliger et de conclure sur l'ensemble de leurs apprentissages. Un exercice qui a facilité l'observation des effets attribués au dialogue réflexif, tel que nous l'avions pratiqué.

Notre analyse inductive et notre interprétation des réflexions d'infirmières nous a donc conduit à mieux connaître et préciser davantage certains effets du dialogue réflexif. Comme nous l'avons fait dans le chapitre précédent qui expose le modèle intégré d'une théorie d'usage originale sur le sens donné à la pratique par des infirmières, nous dévoilons à la figure 7 notre modèle provisoire, dynamique et évolutif regroupant quatre thèmes différenciés encadrant les effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières,

nos partenaires de recherche. Ces thèmes différenciés sont : les effets du dialogue réflexif sur ma personne, ma pratique, ma perception de la profession et sur le milieu de travail. Ils évoluent en interaction dynamique et forment un tout organisé des effets du dialogue réflexif sur les apprentissages des infirmières lors d'une démarche praxéologique d'exploration réflexive.

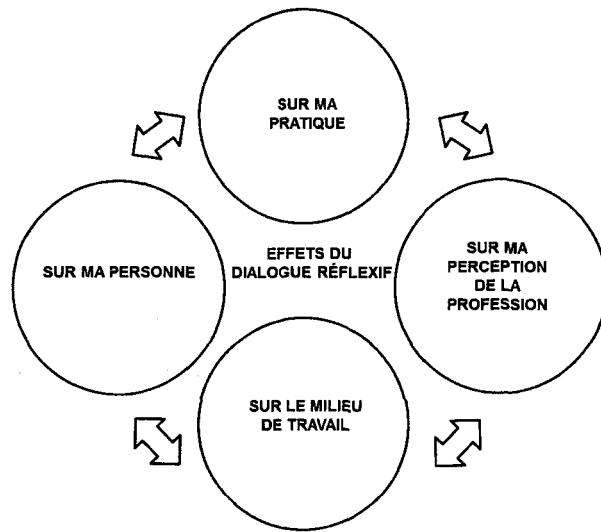


Figure 7 - Le modèle provisoire, dynamique et évolutif d'une théorie sur les effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières

Pour rendre compte des résultats des effets du dialogue réflexif, nous utilisons la même façon de faire que dans le chapitre précédent. En premier lieu, chacun des thèmes est illustré par une figure. Puis un tableau énumère les unités de sens⁷ ou un regroupement des réflexions des infirmières. Ensuite, nous reprenons ces unités de sens en les intégrant à la narration faite par les infirmières lors de leur itinéraire d'exploration réflexive.

Comme nous l'avons déjà souligné au chapitre 8 présentant le modèle de la théorie d'usage du sens donné à la pratique infirmière, nous réitérons que l'utilisation du cadre de référence de la science-action pour cerner une théorie d'usage des apprentissages vécus par

⁷ L'appendice D présente un résumé des unités de sens regroupées dans chacun des quatre thèmes.

des infirmières vivant un dialogue réflexif, nous amenait à partager un paradigme de recherche différent du paradigme omniprésent de la recherche scientifique où la théorie précède la pratique. C'est pourquoi, l'exigence de concision (Polit et Beck, 2007) habituellement imposée dans un rapport de recherche classique a été abandonnée. Dans cette perspective, nous trouvons important de communiquer d'une manière exhaustive la richesse et la valeur des réflexions spécifiques d'infirmières, auxquelles viennent parfois s'ajouter celles de la chercheure principale et d'auteurs, regroupées de manière inductive en unités de sens, en thèmes et sous-thèmes.

9.1 Les effets du dialogue réflexif sur ma personne

La figure 8 expose la représentation graphique du premier thème à la fois différencié des effets sur sa personne, vécus et observés par les infirmières et intégré au tout du processus d'apprentissage du dialogue réflexif.



Figure 7 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur ma personne

Le tableau XL présente l'ensemble des unités de sens, ayant trait aux effets personnels du dialogue réflexif, acquises soit : des entrevues réalisées au cours de l'élaboration du récit de pratique de même que lors des périodes de rétroaction faisant suite aux cercles de dialogue et des questionnaires.

Tableau XL - Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur personne

Des émotions

- Versement de larmes.
- Fait ressortir certains malaises nécessitant un support psychologique.
- Heureuse d'avoir fait l'exercice même si difficile.

Une réflexion sur ses valeurs

- A fait réfléchir sur ce qui est significatif dans mon environnement et sur mes vraies valeurs.
- Ça m'a démontré que j'ai de belles valeurs et que j'ai choisi la bonne profession et que je suis une personne heureuse.

Des apprentissages sur soi

- Je me suis rendue compte que j'ai toujours été portée vers les gens, la relation. Je suis souvent portée à analyser la relation que j'ai avec les autres.
- J'ai le sens de l'observation très développé. J'ai aussi tendance à aller vers les autres afin de savoir ce qui se passe.
- Aujourd'hui, je prends plus mon temps de réfléchir avant de dire ce que je pense.
- Réaliser mon récit de pratique a permis de faire des liens avec ce que je suis et ma pratique, de savoir pourquoi je suis devenue infirmière. Cela m'a permis de voir comment je réagis d'habitude.

Un détachement aux modèles

- Reconnaissance d'un soi comme modèle unique et valable. Je me suis rendue compte que je voulais être certaine de faire comme les autres. J'ai pris conscience qu'il s'agissait de mon récit à moi et que ma vie n'est pas comme les autres. Il faut que je sorte mes choses personnellement et que ce soit comme cela.

Une transformation personnelle

- Je trouve maintenant que je n'ai plus la même dimension de moi. Je vais travailler certaines choses, je vais dire plus mes affaires. Je vais changer, mais pas trop.

Un rapprochement entre l'identité personnelle et professionnelle

- Ça m'a permis de prendre le temps ...de m'arrêter sur le processus qui a fait que je suis infirmière aujourd'hui. Avec le résultat, je vois les couleurs que j'affiche quand je travaille comme infirmière. Je savais que j'étais dynamique, mais ça me le confirme.
-

(suite) Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur personne

- Ça m'a fait prendre conscience, comme jeune infirmière, d'où je suis partie,
- quelle évolution j'ai faite, ce que j'ai appris et ce que je mets en pratique. Aujourd'hui, je vois une différence. J'ai cheminé énormément et je vous remercie de m'avoir invitée à participer à ce projet.

Une liberté d'expression et une écoute

- On le fait, se parler entre infirmières, mais là c'est différent. On ne parle pas du négatif. On fait parler notre cœur et quand on a une idée on l'amène sans avoir peur de la critique ou du jugement.
- De me sentir ainsi écoutée et d'écouter les autres ont été une très belle expérience. Je sentais que ce que j'avais à dire avait de l'importance.
- Un moyen de me retrouver à travers tous ces questionnements liés à ma nouvelle profession.

Des liens interpersonnels et un sentiment de confiance

- Déjà au deuxième cercle de dialogue, le témoignage d'Édith permet d'observer la naissance de liens interpersonnels et de confiance importants dans le groupe : ce que je trouve le fun et particulier c'est que nous, nous ne connaissons pas et nous réussissons à dire plein de choses en peu de temps.

Une sorte de thérapie

- Le cercle de dialogue est comme une sorte de thérapie.

Une zone de confort trouvée

- Le cercle de dialogue m'a fait prendre conscience qu'il faut que je diminue mon rythme et que je prenne du temps pour moi.
 - Un impact positif sur l'estime de soi : cette expérience a été très révélatrice et m'a permis de faire le point sur ma pratique dans le futur. Je crois sincèrement que je suis encore une bonne infirmière et je compte bien le demeurer.
-

Nous poursuivons avec les réflexions relatives aux effets sur sa personne qui origine du dialogue réflexif.

Des émotions

Tel que prévu par Bourdages (2005), le retour en arrière lors de l'écriture du récit de pratique a bel et bien provoqué chez la plupart des infirmières diverses émotions. C'est ce qui s'est produit notamment chez Ariane :

Je peux te dire que j'ai versé des larmes au début, surtout lorsque j'ai pensé à ma grand-mère. Je me suis rendue compte que bien des souvenirs m'ont suivie. J'ai bien aimé cela faire mon histoire de vie et de pratique. (Ariane, entrevue, 30 juin 2009).

Revenir sur le passé et repenser à certains événements a également fait vivre beaucoup d'émotions à Maryse :

Je n'ai pas trouvé ça nécessairement facile de faire ce récit de pratique. Il y a des moments de ma vie qui n'ont pas été faciles. Au début, je l'ai fait à la main parce que mon ordinateur était brisé. À plusieurs reprises, j'ai dû arrêter parce que mes larmes coulaient. J'ai quand même continué et avec le temps c'est devenu moins pire. Les bouts où je parle de mes parents, de ma dépression, entre autres. (Maryse, entrevue, 2 juillet 2009).

Cette expérience bouleversante sur le plan émotif explique, peut-être, le fait que Maryse se soit retirée de la recherche après le premier cercle de dialogue.

Une autre infirmière, Brigitte, a demandé à consulter un psychologue afin de mieux comprendre le stress qu'elle ressent lorsqu'elle pratique en milieu de travail et qu'elle relie à certaines de ses suppositions. Avec beaucoup de générosité, elle nous a révélés son expérience :

Faire mon récit de pratique a eu beaucoup d'impact au point de vue personnel. De s'assoir et de se dire pourquoi j'ai choisi ce métier-là, pourquoi je suis rendue là... Je ne m'étais jamais arrêtée à penser à ça... Faire mon récit de pratique a eu un peu l'effet d'une psychothérapie. Je me suis surtout rendue compte à quel point, je suis fatiguée par rapport à mon travail. J'ai donc appelé

aux responsables des ressources humaines pour qu'ils me recommandent à un psychologue rattaché au PAE. J'ai donc fait une psychothérapie. J'ai fait 6 séances, une fois par semaine. Je n'avais jamais fait ça de ma vie. Je me rappelle lorsque j'étais adolescente, je me disais qu'il me serait bon d'en suivre une. Même si je n'avais pas tellement de problèmes à ce moment, je trouvais ce genre de processus intéressant au niveau personnel et comme expérience humaine. Au départ, je me suis surtout arrêtée sur des choses difficiles que je vivais au travail. Par exemple, je sentais que j'en prenais beaucoup sur mes épaules. J'étais devenue beaucoup plus sympathique qu'empathique avec mes patients. Surtout avec le genre de clientèle que je côtoie. Mes patients ont des deuils difficiles à faire et ils nous demandent beaucoup. On est leur soutien. Je me suis rendue compte aussi que je remplaçais une infirmière qui était là depuis 20 ans et qui était considérée comme un pivot. Tout le monde me disait : « Wow! Tu remplaces cette personne-là? C'est tout un défi!» Je me faisais comme un devoir de performer. Je me suis perdue dans tout cela. Le fait d'avoir écrit mon récit avant, a été aidant. Lorsque je suis arrivée chez la psychologue j'avais déjà des pistes de « qui j'étais... pourquoi j'étais stressée aujourd'hui et dans mon enfance... ça vraiment été super. Je pourrais en faire d'autres. Nous pouvons en bénéficier une fois par année. Actuellement, je comprends mieux pourquoi je suis autant stressée... Je suis contente d'avoir fait cette thérapie. Le stress envahissait mon travail et je commençais à trouver cela très lourd. J'ai trouvé très intéressant « au bout » de faire cette expérience. (Brigitte, entrevue, 13 juillet 2009).

Nous avouons qu'une telle situation a été bouleversante pour la chercheure principale. Heureusement pour Brigitte, cette expérience a été constructive. Nous constatons que l'expérience du dialogue qui questionne et qui transforme peut faire ressortir certains malaises nécessitant un support psychologique. D'où l'importance d'assurer, au cours d'une démarche structurée d'exploration réflexive, un accès à un service de consultation en psychologie.

Une réflexion sur ses valeurs

Quant à Claudine, celle-ci mentionne que l'élaboration de son récit de pratique lui a permis de faire une réflexion sur ses valeurs. Des propos qui nous conduisent (selon la définition que donne Marchand (2000) à une exploration réflexive) à situer son expérience dans une pensée analytique et critique, une expérience sensorielle ainsi que dans une sensibilité au contexte.

Que dire de l'expérience d'avoir réalisé un récit de pratique? J'ai été surprise. Le plus difficile a été de le commencer. Une fois commencé je n'ai pas arrêté, les idées venaient facilement. Cet exercice m'a fait réfléchir sur ce qui est significatif dans mon environnement et sur mes vraies valeurs. Ce n'est pas quelques choses sur lequel on s'attarde tous les jours. J'ai trouvé ça intéressant. Ça m'a démontré que j'ai de belles valeurs et que j'ai choisi la bonne profession et que je suis une personne heureuse. Il s'agit juste de continuer. (Claudine, entrevue, 29 juin 2009).

Des apprentissages sur soi

Maryse, fière de son cheminement de vie, partage dans ce qui suit quelques apprentissages qu'elle a faits sur elle-même et sur sa pratique infirmière, occasionnés par l'écriture de son récit de pratique.

En faisant cet exercice, on précise les choses. Par rapport à ma pratique, je me suis rendue compte que j'ai toujours été portée vers les gens, la relation. Je suis souvent portée à analyser la relation que j'ai avec les autres. J'ai le sens de l'observation très développé. J'ai aussi tendance à aller vers les autres afin de savoir ce qui se passe. Lorsque j'ai réécrit le texte à l'ordinateur, j'ai ajouté des détails et j'ai vécu encore des émotions comme une boule dans la gorge. Même si cela n'a pas été facile, je trouve toutefois cette expérience positive. Je me sens bien maintenant parce que je trouve que j'ai fait un beau cheminement. Je ne me suis pas en allée en m'enfonçant. Je me suis améliorée, j'ai foncé vers les autres lorsque j'avais des difficultés. Je constate que j'ai toujours été une fonceuse. Je vais probablement continuer à faire des erreurs dans l'avenir. J'ai pris plus conscience de ce qui m'est arrivé en réfléchissant. Aujourd'hui, je prends plus mon temps de réfléchir avant de dire ce que je pense. Il y a des choses que je ne dirai pas par exemple, si je pense que la personne ne le prendra pas. Je vais trouver d'autres façons de le dire. Aussi, le sens d'observation et ma façon moins directe de dire les choses que j'ai développées me servent dans ma profession. Je suis moins directe qu'avant lorsque je parle aux personnes. Je sais que chaque personne est unique devant un même problème. À force d'observer, on devient capable de s'ajuster. Réaliser mon récit de pratique a permis de faire des liens avec ce que je suis et ma pratique, de savoir pourquoi je suis devenue infirmière. Cela m'a permis de voir comment je réagis d'habitude. (Maryse, entrevue, 2 juillet 2009).

Un détachement aux modèles

Isabelle parle d'un détachement aux modèles vers la reconnaissance d'un soi comme modèle unique et valable. Elle a vécu l'expérience d'un changement se caractérisant par un dégel des aspects importants de son intérriorité, un mouvement de changement et un regel vers une nouvelle Isabelle qui construit son propre modèle.

Premièrement, je n'ai pas trouvé ça facile à faire. Je trouvais que c'était large. On n'avait des questions à répondre, mais le fait de retourner plus de 20 ans en arrière et de décider ce que j'écris et ce que je ne veux pas écrire a été difficile. Ce n'est pas évident de choisir ce qui était pertinent de ce qui ne l'est pas. J'aurais aimé voir ce que quelqu'un d'autre avait fait pour me rassurer. Ce qui m'a permis de constater un malaise. Je me suis rendue compte que je voulais être certaine de faire comme les autres. J'ai pris conscience qu'il s'agissait de mon récit à moi et que ma vie n'est pas comme les autres. Il faut que je sorte mes choses personnellement et que ce soit comme cela. La chercheure fera avec. C'est ma vie. Une fois cette difficulté-là franchie, ça c'est bien déroulé par la suite. Bien sûr, ça ressasse des émotions et des souvenirs. Quand même, c'est un travail constructif parce que je peux faire des liens entre ce que je suis et maintenant. (Isabelle, entrevue, 26 août 2009).

Une transformation personnelle

L'écriture du récit de pratique a changé et transformé Ariane. Voici ce qu'elle nous a confié :

Je trouve maintenant que je n'ai plus la même dimension de moi. Je vais travailler certaines choses, je vais dire plus mes affaires. Je vais changer, mais pas trop. Je me rends compte que j'avais un patron. On me disait fine, douce, toujours contente de tout. Je me rappelle que même si je n'étais pas contente je souriais et je ne le disais pas. Je ne voulais pas déplaire. Quand j'y pense aujourd'hui, je n'aurais pas déplu tant que ça. Ça m'a fait du bien d'écrire mon histoire. Ce qui m'impressionne, c'est que ce que vous avez fait ressortir est vrai et que le tout me ressemble en fin de compte. J'ai beaucoup travaillé pour réaliser cet exercice et vous avez fait un beau travail. Enfin, j'ai aimé faire le montage. (Ariane, entrevue, 30 juin 2009).

Cette observation à la fin du témoignage, faisant allusion à l'accompagnement offert par la chercheure principale, relève l'importance de donner et de recevoir une rétroaction sur son processus identitaire. Un constat intéressant pour la pédagogie lorsqu'il est question de construire une identité professionnelle infirmière à l'intérieur d'un programme de formation. Nous pensons ici par exemple à l'utilisation du récit de pratique durant un stage en milieu clinique.

Un rapprochement de l'identité personnelle et professionnelle

Le récit de Julie révèle plusieurs prises de conscience qui l'ont amenée à se rapprocher de ce qu'elle est comme personne, de ce qu'elle est comme infirmière.

Je trouve que ce que j'ai décrit dans mon récit ressemble à ce que je suis dans ma pratique. Ce que j'ai aimé, parce que ce n'était pas évident au début, c'est que ça m'a permis de prendre le temps de pouvoir vraiment écrire et de m'arrêter sur le processus qui a fait que je suis infirmière aujourd'hui. Avec le résultat, je vois les couleurs que j'affiche quand je travaille comme infirmière. Je savais que j'étais dynamique, mais ça me le confirme. Aussi, je comprends mieux mon petit côté épicurien dans mon travail. Je ne m'étais pas rendu compte de cela. Pour moi c'est une très belle expérience. Je vais renforcer encore plus mes qualités, je vais me laisser aller encore plus. Le contact avec les personnes je l'ai. Mais je viens de comprendre pourquoi les gens me font confiance. Je trouve que la confiance amène une meilleure gestion des soins et fait avancer la qualité de mes soins. J'ai remarqué que j'accorde beaucoup d'importance à la qualité des soins que je donne à mes patients. Je le ressens par la reconnaissance qu'ils ont envers moi. Ils reconnaissent la façon que je suis par leur chaleur humaine. La façon que je leur enseigne me revient en fin de compte. Cela m'aide à avancer. Je trouve qu'écrire mon récit m'a permis de me questionner énormément. Ça m'a fait prendre conscience, comme jeune infirmière, d'où je suis partie, quelle évolution j'ai faite, ce que j'ai appris et ce que je mets en pratique. Aujourd'hui, je vois une différence. J'ai cheminé énormément et je vous remercie de m'avoir invitée à participer à ce projet. Nous devrions toutes faire ça un jour ou l'autre. Un gros merci et j'ai hâte de faire les échanges avec les autres filles dans les cercles de dialogue. (Julie, entrevue, 19 août 2009).

Une liberté d'expression et un lieu d'écoute

Après avoir participé à deux cercles de dialogue, Hélène et Ariane partagent leurs expériences d'une communication ouverte les unes avec les autres.

On le fait, se parler entre infirmières, mais là c'est différent. On ne parle pas du négatif. On fait parler notre cœur et quand on a une idée, on l'amène sans avoir peur de la critique ou du jugement « Je suis d'accord, je ne suis pas d'accord! » Je n'ai pas à argumenter mon idée, je le dis. Aussi c'est l'fun d'avoir le feedback des autres comme « Ah ! Tu me fais penser à ça. Même, on dit souvent « Quand j'étais jeune ça me fait penser à ça ! » Ça me fait voir à quel point on vit de la même manière. On prend le temps d'en parler. (Hélène, cercle # 2, octobre, 2009).

Je me sens bien là-dedans. Je trouve ça l'fun que l'on ne s'adresse pas à une personne. J'aime mieux écouter que parler. Quand j'ai une idée, je le dis. (Ariane, cercle # 2, octobre 2009).

Hélène ajoute :

De me sentir ainsi écoutée et d'écouter les autres a été une très belle expérience. Je sentais que ce que j'avais à dire avait de l'importance... Ça a été une source d'inspiration pour moi. Un moyen de me retrouver à travers tous ces questionnements liés à ma nouvelle profession. (Hélène, questionnaire, 2009).

Pour Bohm (1996) « la communication n'a qu'un seul objectif, être vraie et cohérente dans laquelle il n'y a pas de pression à être d'accord ou pas » (p. 31). Dans ses propos, Hélène fait également ressortir un principe intrinsèque du dialogue de Bohm qui est le libre jeu de la pensée.

Des liens interpersonnels et un sentiment de confiance

Déjà au deuxième cercle de dialogue, le témoignage d'Édith nous permet d'observer la naissance de liens interpersonnels importants dans le groupe. Le lien avec d'autres infirmières en contexte de dialogue s'est créé rapidement. Bohm (1996) parle plutôt de « compagnonnage impersonnel » (p. 31) qu'un dialogue avec plusieurs personnes peut établir.

Je trouve que c'est de valeur que notre amie Maryse ne soit pas là. Je trouve qu'on a un beau groupe. C'est vrai aussi pour une autre personne, Gina, qui était là la première fois. C'est l'fun, moi aussi je me sens à l'aise et je trouve intéressant tout ce que le monde dit. C'est bien correct. (Édith, cercle de dialogue (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

Lors du troisième cercle de dialogue, Édith soulève cette idée de la création en peu de temps d'un lien de confiance.

Moi, ça va aussi. Ce que je trouve le fun et particulier c'est que nous ne nous connaissons pas et nous réussissons à dire plein de choses en peu de temps. Je trouve que c'est une belle réussite dans ce sens-là. (Édith, cercle # 3, octobre 2009).

Une sorte de thérapie

Pour continuer avec les propos d'Édith, le cercle de dialogue lui est apparu après deux présences, comme une sorte de thérapie.

Je trouve encore que c'est comme une petite forme de thérapie. À une personne qui me posait une question « Qu'est-ce que vous faites? J'ai eu de la misère à l'expliquer. Au début je trouvais ça un peu difficile avec la table au centre. Maintenant je suis habituée. (Édith, cercle # 2, octobre 2009).

De l'avis de Bohm, Factor et Garret (1991), le groupe de dialogue peut être thérapeutique. Cependant, le dialogue n'a pas pour but de résoudre des problèmes ni des conflits interpersonnels. Il peut arriver toutefois que des problèmes soient résolus grâce à une meilleure compréhension et à la camaraderie qui s'installe graduellement. Ces derniers rappellent que le dialogue est plutôt un instrument d'exploration de la pensée.

Une zone de confort trouvée

Le cercle de dialogue a fait ressortir l'idée qu'à force de vivre à toute allure, on finit par se perdre dans tout ça. C'est ce que semble nous dire Édith qui songe sérieusement à prendre désormais plus de temps pour elle.

Le cercle de dialogue m'a fait prendre conscience qu'il faut que je diminue mon rythme et que je prenne du temps pour moi. Mes enfants sont grands, mon mari va prendre sa retraite dans 3 à 4 ans, pourquoi je vais encore aussi vite. C'est comme aller m'acheter une crème pour le visage à 100 \$, aller dans la nature. Je suis rendue là et je vais en profiter. Je comprends que ce soit difficile. Le temps passe vite. On arrive vite à 50 ans et on s'aperçoit que c'est fini (rire). (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

Nous terminons avec ce dernier témoignage qui a émergé du questionnaire complété par Édith sur les effets du dialogue réflexif sur sa personne. Celle-ci mentionne « Cela m'a permis de prendre un temps d'arrêt pour moi-même en tant que personne. J'ai pu confirmer mes valeurs, mes croyances ... ». Elle ajoute que sa participation a eu un impact positif sur son estime de soi.

Cette réflexion est marquante pour moi. J'ai rencontré des infirmières qui malgré l'âge et les milieux de travail différents sont devenues infirmières pour les mêmes raisons que moi. Cette expérience a été très révélatrice et m'a permis de faire le point sur ma pratique dans le futur. Je crois sincèrement que je suis encore une bonne infirmière et je compte bien le demeurer (Questionnaire, Édith, novembre 2009).

Les propos des infirmières font ressortir des effets bénéfiques sur le développement de sa personne produits par l'expérience du dialogue réflexif. Cette pratique du dialogue avec soi, avec la chercheure, puis en groupe par la suite, qui invite à s'engager dans un questionnement plus en profondeur, a permis de faire des changements. Ils se situent au niveau de la pensée, des attitudes et des comportements. Des effets positifs qui se traduisent par des prises de conscience et des émotions, des apprentissages, une ouverture à la communication et une recherche d'aide. Nous retenons finalement des transformations allant même jusqu'à reconnaître qu'il y a d'autres paradigmes et qu'il est possible de passer de l'un à l'autre. Ce qui rejoint les propos de Marchand (2000) selon lesquels, l'apprentissage de troisième niveau de Bateson, marqué par un changement de conscience, est une expérience dans laquelle une personne soudainement réalise la nature arbitraire de son propre paradigme.

9.2 Les effets du dialogue réflexif sur ma pratique

La figure 9 expose la représentation graphique du deuxième thème à la fois différencié des effets sur sa pratique, vécus et observés par les infirmières et intégré au tout du processus d'apprentissage du dialogue réflexif.



Figure 8 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur ma pratique

Le tableau XLI regroupe l'ensemble des unités de sens relatives aux effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur pratique. Elles ont émergées soit des entrevues réalisées au cours de l'élaboration du récit de pratique, soit lors des périodes de rétroaction des cercles de dialogue et des questionnaires.

Tableau XLI - Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur pratique

Une réflexion sur sa pratique qui commence dès la première rencontre :

- J'ai eu plein de souvenirs qui ont refait surface pendant deux à trois jours.
- A permis de me questionner.
- M'a amenée à réaliser que ce que j'ai fait jusqu'à aujourd'hui, m'a servi.

Une mise au point sur sa pratique :

- Avant de commencer mon récit de pratique, j'ai eu peur de remettre encore en question ma pratique infirmière. J'ai eu peur d'en arriver à changer de profession parce que je vivais encore beaucoup de stress au travail.
 - Avec ce que j'ai cumulé, trois ans d'expériences, je suis sûre maintenant que je suis une bonne infirmière.
-

(suite) Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur pratique

Un brouillard qui se dissipe :

- L'image de notre modèle infirmière restera toujours gravée. On bûche fort et c'est vrai qu'à un moment donné, on se perd dans tout le brouhaha de notre emploi. C'est comme s'il y avait un brouillard qui m'empêchait de voir mon idéal d'infirmière.
- Je repars tout le temps avec un bel élan, un nouveau défi.

Une meilleure gestion du temps et un rapprochement avec les patients.

- Je me permets de prendre plus mon temps pour soigner afin d'apprécier le contact avec les gens. Je leur parle de mon travail, en quoi ça consiste, nos rôles dans cet épisode de soins.
- Au jour le jour dans ma pratique, les sujets parlés font surface et teintent ma manière d'être avec le patient. Entre autres, j'ai davantage le souci de donner au patient l'impression qu'il est important pour moi.

Une augmentation de la motivation à être infirmière :

- Ça m'a fait du bien énormément. Ça m'a confirmé que j'aime encore beaucoup mon travail et aussi c'est un vent de fraîcheur, de l'essence pour continuer à travailler intensément et passionnément.
 - A donné le goût d'être encore une infirmière d'exception, d'être dévouée et de croire en mes projets.
 - Ça m'a redonné la flamme que j'ai toujours eue pour mon métier... en voyant les autres vivre les mêmes difficultés et déceptions, c'est rassurant.
 - Ça m'a permis une meilleure connaissance de mes valeurs personnelles et professionnelles.
 - Je sens toujours une grande satisfaction à la sortie des cercles de dialogue et cela transparaît dans mon travail quotidien. Je suis fière de faire ce que je fais.
 - Ça répond à nos questionnements existentiels qu'on se pose des fois sans vraiment y répondre, ou empêche d'avoir à poser la question à nos collègues de peur d'avoir l'air simple.
-

Nous reprenons les unités de sens exposées dans le tableau précédent sous une forme narrative.

Une réflexion sur sa pratique qui commence dès la rencontre préparatoire

Riche d'enseignements sur l'expérience du récit de pratique, le témoignage qui suit permet d'observer des signes d'une pratique réflexive, tirés du modèle de Marchand (2000), que nous souhaitions susciter par l'écriture du récit de pratique. C'est le cas pour Gina qui présente, dans ses propos, quelques facettes d'une exploration réflexive, celles ayant trait à une pensée analytique et critique, à une expérience émotionnelle et à une sensibilité au contexte.

Ma réflexion a commencé lors de la rencontre de formation sur le récit de pratique. Déjà à ce moment, j'ai eu des idées. Par la suite, j'ai feuilleté des documents afin de trouver des images. C'est comme ça que m'est venu le souvenir de la poupée. Ensuite, je me suis souvenue de ma gardienne qui faisait ses devoirs. Par la suite, j'ai repensé à ma mère lorsqu'elle travaillait à l'hôpital. J'ai eu plein de souvenirs qui ont refait surface pendant deux à trois jours. Ça faisait longtemps que je n'étais pas retournée dans mes souvenirs. Je me suis souvenue du temps où je soignais les animaux avec le vétérinaire. J'en ai parlé avec mes parents. Ils trouvaient drôle que je leur parle de tout ça. Ils m'ont demandé comment il se faisait que je revenais sur ce sujet. C'est donc petit à petit que j'ai revu mon cheminement....J'ai cherché dans mes souvenirs. Cependant, ce que j'ai fait m'a permis de me questionner sur le fait entre autres de toujours rechercher un travail sur un gros département. Je sais que je ne pourrai pas faire cela toute ma vie. Y a des domaines qui ne m'attirent pas, pourquoi? En fin de compte, je réalise que je suis une fille de défis. Quand c'est stagnant, je n'aime pas ça. Je me fie beaucoup sur ce que la vie nous apporte. Elle m'apporte des réponses dans des moments où j'en ai besoin. Lorsque j'ai trop de balises dans mon travail, je n'aime pas ça. J'aime être en mesure de pouvoir faire des jugements cliniques, j'aime apprendre et je n'aime pas la routine. Écrire mon récit de pratique m'a surtout amenée à me questionner et à réaliser que ce que j'ai fait jusqu'à aujourd'hui m'a servi. Il n'arrive jamais rien pour rien dans la vie. Toutes les expériences que je vis j'en retiens du positif. (Gina, entrevue, 12 août 2009).

Une mise au point sur sa pratique

Hélène témoigne du travail réflexif qu'elle a mené. Elle nous partage une remise en question qui lui a permis de faire le point sur le sens de sa pratique.

J'ai vraiment fait beaucoup de recherche sur moi. Je suis une personne qui analyse et se remet souvent en question. L'année passée, je me suis justement demandé si j'étais faite pour être infirmière. C'est pourquoi, avant de commencer mon récit de pratique, j'ai eu peur de remettre encore en question ma pratique infirmière. J'ai eu peur d'en arriver à changer de profession parce que je vivais encore beaucoup de stress au travail. J'étais très stressée par l'attitude des collègues de travail ces derniers temps. Je me demandais si j'avais les aptitudes pour continuer. J'ai donc décidé de prendre ça le plus calmement possible, d'attendre que la tempête passe. J'ai élaboré lentement mon récit. Regarder d'anciennes photos m'a plongée dans mon univers et ça m'a permis de faire un grand ménage. Cet exercice à tellement été super et révélateur... Je me suis rendue compte que j'avais beaucoup idéalisé certaines étapes de ma vie comme mon arrivée dans le milieu de travail. Ces étapes-là n'étaient pas plus faciles que ce que je vis aujourd'hui. Je me rends compte de tout ce que j'ai aujourd'hui. Je suis en train de construire mon avenir, et ma profession, c'est mon avenir. Je ne veux pas la laisser tomber du jour au lendemain. Avec ce que j'ai cumulé, trois ans d'expériences, je suis sûre maintenant que je suis une bonne infirmière. (Hélène, entrevue, 21 août 2009).

Un brouillard qui se dissipe

Selon ce témoignage d'Hélène, nous constatons que le dialogue réflexif a encouragé la propagation d'idées positives qui motivent à devenir une meilleure infirmière.

Moi j'ai adoré le thème de ce soir. Je me demandais au début si à quatre ça valait la peine de faire le cercle. Le thème de la motivation, je pense que c'est le fondement. Je pense que l'on a touché à un point. Une petite limite et un rêve en même temps. On rêve toutes d'accéder à l'image que l'on se fait de la meilleure infirmière et d'atteindre ce niveau-là. L'image de notre modèle infirmière restera toujours gravée. On bûche fort et c'est vrai qu'à un moment donné on se perd dans tout le brouhaha de notre emploi. C'est comme s'il y avait un brouillard. C'est en parlant ce soir que je me suis rendu compte de ça. Un brouillard qui m'empêchait de voir mon idéal d'infirmière. Ça a été super. Chacune a amené son anecdote, son histoire, ses ingrédients pour être meilleure infirmière. J'aime vraiment ça venir les jeudis aux deux semaines. Je

repars tout le temps avec un bel élan, un nouveau défi. Ça a dissipé un petit brouillard. (Hélène, cercle # 4, octobre 2009).

Une meilleure gestion du temps et un rapprochement avec les patients

La pratique du dialogue réflexif a eu certains effets dans la pratique infirmière quotidienne de Julie : « Je me permets de prendre plus mon temps pour soigner afin d'apprécier le contact avec les gens. Je leur parle de mon travail, en quoi ça consiste, nos rôles dans cet épisode de soins ». Cela va de même pour Hélène qui mentionne qu'au « jour le jour dans ma pratique, les sujets parlés font surface et teintent ma « manière d'être » avec le patient. Entre autres, j'ai davantage le souci de donner au patient l'impression qu'il est important pour moi ».

Hélène qui cumule trois années et demie d'expérience, ajoute :

Me rappeler que chaque patient est unique et qu'il ne doit pas subir le poids de notre système. Un sourire, un mot réconfortant font la différence. Je me donne la mission de ne jamais perdre cela de vue. C'est essentiel. J'ai pris énormément confiance en moi dans ma pratique quotidienne. J'ai « presque » cessé de faire le caméléon afin de « plaire » à ma coéquipière. Le fait de m'être mesurée à d'autres « super infirmières » ayant les mêmes valeurs que moi m'a fait me renforcer dans ma personnalité au travail. (Hélène, questionnaire, 2009).

Une augmentation de la motivation à être infirmière

La pratique du dialogue réflexif semble aussi avoir un impact sur l'augmentation de la motivation à être infirmière. C'est ce qu'affirme Isabelle dans le témoignage suivant : « Ça m'a fait du bien énormément. Ça m'a confirmé que j'aime encore beaucoup mon travail et aussi c'est un vent de fraîcheur, de l'essence pour continuer à travailler intensément et passionnément ». Sa participation lui a donné « Le goût d'être encore une infirmière d'exception! D'être dévouée » et de croire en ses projets... » Elle ajoute : « Ça m'a redonné la flamme que j'ai toujours eue pour mon métier... en voyant les autres vivre les mêmes difficultés et déceptions, c'est rassurant...Ça m'a permis une meilleure connaissance de mes valeurs personnelles et professionnelles ».

Ou encore, Brigitte qui témoigne des effets positifs du dialogue réflexif en ces termes : « Je sens toujours une grande satisfaction à la sortie des cercles de dialogue et cela transparaît dans mon travail quotidien. Je suis fière de faire ce que je fais ». Gina mentionne « Ça répond à nos questionnements existentiels qu'on se pose des fois sans vraiment y répondre, et empêche d'avoir à poser des questions à nos collègues, de peur d'avoir l'air simple ».

Nul doute que le dialogue réflexif a eu des effets positifs sur la pratique infirmière. Nous pensons notamment à une meilleure relation avec le patient, en temps et en qualité de présence et à une augmentation de la motivation à exercer la profession.

9.3 Les effets du dialogue réflexif sur ma perception de la profession

La figure 10 illustre le troisième thème à la fois différencié des effets sur sa perception de la profession par les infirmières, partenaires de notre recherche, et intégré au tout du processus d'apprentissage du dialogue réflexif.



Figure 9 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur ma perception de la profession

Le tableau XLII regroupe l'ensemble des unités de sens relatives aux effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur perception de la profession recueillies à l'aide du questionnaire.

Tableau XLII - Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur perception de la profession

Une confirmation du choix initial de devenir infirmière :

- J'ai pu confirmer que mon choix initial de devenir infirmière était le bon.
- Les raisons pour lesquelles j'ai choisi ce métier sont toujours bonnes.
- Malgré le fait que ce ne soit pas rose comme situation, nous avons une belle profession humaine.

Une attitude plus constructive :

- Cet été, j'étais très loin de ma zone de confort. Je voyais ce qui n'allait pas. Le défi était gros. Avant d'atteindre cette zone-là, je voyais tous les défauts qui m'empêchaient d'atteindre mon but. En évacuant tout ça ici, comme dans le premier cercle de dialogue, ça a fait « Bon ça a été dit ». Après c'est devenu constructif.
- Les années d'expérience différentes ça fait que l'on a démantelé les différentes facettes de notre profession et ça a permis de la voir belle. Pas rose pour être réaliste, mais belle. Ça m'a vraiment fait du bien.

Une croyance plus ferme de faire une différence :

- Je crois encore plus fermement que c'est un métier merveilleux et que nous faisons une différence.
-

Comme nous l'avons fait pour les thèmes précédents, les unités de sens sont revues de manière un peu plus explicite dans cette prochaine partie.

Une confirmation du choix initial de devenir infirmière

Édith qui cumule plus d'une vingtaine d'années, mentionne : « Par cette réflexion, j'ai pu confirmer que mon choix initial de devenir infirmière était le bon. Les raisons pour lesquelles j'ai choisi ce métier sont toujours bonnes. Aider les gens, répondre aux besoins, écouter, entrer en relation, évaluer, demeurent toujours des actions *nursing* qui donnent un sens à ma pratique ». Elle ajoute « Malgré le fait que ce ne soit pas rose comme situation, nous avons une belle profession humaine. ».

Une attitude plus constructive

Le partage avec d'autres infirmières sur ses expériences, semblables ou différentes, a permis à Hélène de mieux voir des facettes de la profession, des bonnes comme des moins bonnes, ce qui l'a motivée à développer une attitude plus constructive.

Ça ne fait pas tellement longtemps que je suis dans le milieu où je suis et je commence à être dans une zone de confort. Le cercle de dialogue m'a vraiment aidée à l'atteindre. Cet été, j'étais très loin de ma zone de confort. Je voyais ce qui n'allait pas. Le défi était gros. Avant d'atteindre cette zone-là, je voyais tous les défauts qui m'empêchaient d'atteindre mon but. En évacuant tout ça ici, comme dans le premier cercle de dialogue, ça a fait « Bon ça a été dit ». Après c'est devenu constructif. On s'est parlé, on s'est écouté. (Hélène, cercle # 6, novembre 2009).

Hélène ajoute :

On vit les mêmes choses. Même si nous sommes toutes dans différents secteurs d'activités avec des manières différentes d'aborder les problèmes. Les années d'expérience différentes ça fait que l'on a démantelé les différentes facettes de notre profession et ça a permis de la voir belle. Pas rose pour être réaliste, mais belle. Ça m'a vraiment fait du bien. ...J'en parle maintenant dans mon milieu de travail. Ce soir, c'est notre dernier et je regrette un peu. Je trouve que ça a tellement été aidant. Mon projet ce n'est pas de changer de milieu d'activité, parce que maintenant ça va très bien. (Hélène, cercle # 6, novembre 2009).

Une croyance plus ferme de faire une différence

Brigitte mentionne «...Je crois encore plus fermement que c'est un métier merveilleux et que nous faisons une différence ». (Brigitte, questionnaire, 2009).

9.4 Les effets du dialogue réflexif sur le milieu de travail

La figure 11 présente le dernier thème à la fois différencié des effets sur le milieu de travail, vécus et observés par les infirmières et intégré au tout du processus d'apprentissage du dialogue réflexif.



Figure 10 - Le thème regroupant les effets du dialogue réflexif sur le milieu de travail

Le tableau XLIII regroupe l'ensemble des unités de sens relatives aux effets du dialogue réflexif, vécus et observés par les infirmières sur leur milieu de travail, qui ont émergé lors des périodes de rétroaction des cercles de dialogue et du questionnaire.

Tableau XLIII- Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur milieu de travail

Une prise de conscience sur l'ampleur des difficultés et la responsabilisation des personnes :

- Il y a toujours d'énormes obstacles devant nous.
- Nous sommes peu à mettre les efforts nécessaires pour un changement.
- On aime toutes nos jobs. C'est le plus beau métier du monde, mais avec des conditions dérisoires.

Un partage de stratégies pour s'adapter au contexte de travail :

- Je suis plus attentive à moi-même et à mes collègues. J'essaie d'être plus à l'écoute et de continuer à me centrer sur les tâches et de demeurer positive.

Une prise de décision facilitée par le dialogue réflexif :

- Un changement (d'emploi) est arrivé plus vite que je l'aurais pensé.

Une meilleure communication avec ses collègues :

- J'ai appris à écouter et à m'ouvrir pour permettre de voir que dans certains autres milieux, la vie est différente.

(suite) Les unités de sens relatives à l'ensemble des effets du dialogue réflexif vécus et observés par les infirmières sur leur milieu de travail

- Je suis moins sur mes gardes avec mes collègues. Je m'implique davantage dans mes relations de travail et je parle beaucoup plus de ce que je trouve. Je me rends compte que mes opinions ont un poids. C'est une petite victoire.
- J'écoute plus mes compagnes de travail et nous échangeons plus sur les solutions.
- Je m'affirme plus facilement dans mon milieu et je comprends plus les jeunes qui débutent.

Une motivation à s'impliquer et à trouver des solutions :

- De parler en groupe et d'en ressortir les points importants ça m'a donné envie de m'impliquer davantage dans mon milieu, dans mon syndicat.
- Il y a des milieux plus difficiles. Il faut trouver des solutions pour faire en sorte de garder la relève. Que les infirmières continuent à aimer ce qu'elles font.
- Ça serait l'fun d'avoir une petite tape dans le dos de la part de notre gestionnaire de temps en temps. Ce n'est pas supposé d'être seulement ma collègue de travail à le faire.
- Il est où le bureau des plaintes... les infirmières iraient dans un service où elles seraient écoutées. Comme un service de soutien aux employés.
- Peut-être que s'il y avait plus d'écoute chez les infirmières, je pense qu'on entendrait moins de plaintes dans nos salles de collations.
- Ça aurait juste du bon que ça continue ces petits cercles-là.

Le vécu des autres infirmières amène une vision différente et rassure :

- Ça m'a permis de faire le point sur moi et ma profession. Ça m'a aidée à accepter mes défauts et mes limites en voyant que d'autres infirmières avaient les mêmes.
- Ma vision est différente car j'ai pu voir ce que vivent d'autres infirmières.

Le dialogue réflexif suscite un grand questionnement, de l'espoir et l'expression de sentiments :

- Pouvez-vous me dire comment ça ce fait que l'on soit rendues là.
 - Qu'est-ce qu'on peut faire.
 - On continue de croire et de ramer.
 - Je me demande, qu'est-ce qui fait qu'on en est venu là. Je suis déçue. On ne croit plus aux solutions.
 - Moi, je l'aime mon milieu de travail. Je n'ai pas le goût de changer parce qu'il y a des problèmes et que les problèmes ne peuvent pas être réglés. Je n'ai pas le goût d'aller ailleurs parce que pour l'instant les problèmes sont moins pires.
-

Nous reprenons sous une forme narrative les unités de sens regroupées dans le tableau précédent, relatives aux effets du dialogue réflexif sur le milieu de travail.

Une prise de conscience sur l'ampleur des difficultés et la responsabilisation des personnes

La pratique du dialogue réflexif a permis de mieux prendre conscience de l'ampleur des difficultés à surmonter et de la responsabilisation des personnes elles-mêmes à vouloir améliorer les conditions de travail. En plus de dénoncer plusieurs agresseurs en milieu de travail, comme le temps supplémentaire obligatoire et le climat de travail négatif, Gina fait le constat suivant : « On pousse sur des murs de bétons armés, il y a toujours d'énormes obstacles devant nous et nous sommes peu à mettre les efforts nécessaires pour un changement ». Elle ajoute : « On aime toutes notre job !!! C'est le plus beau métier du monde, mais avec des conditions dérisoires ».

Un partage de stratégies pour s'adapter au contexte de travail

Édith fait part de sa stratégie pour s'adapter à son contexte de travail :

Actuellement dans mon milieu de travail nous vivons une crise organisationnelle. À travers cette réflexion, j'ai répondu à certaines interrogations qui parfois me rendaient morose. Il est évident que je suis plus attentive à moi-même et à mes collègues. J'essaie d'être plus à l'écoute et de continuer à me centrer sur les tâches et de demeurer positive. (Édith, questionnaire, 2009).

Une prise de décision facilitée et un changement de milieu de travail

Participer aux cercles de dialogue a aidé Gina, très attachée à son domaine de soins, à prendre une grande décision, celle de changer d'emploi.

Un changement est arrivé plus vite que je l'aurais pensé. C'est quelque chose que je réfléchissais, si je restais ou si je changeais pour travailler dans le milieu communautaire ou pas... Pourtant dans les autres cercles de dialogue, je vous donnais le goût de travailler dans le milieu où je suis présentement. (Gina, cercle # 6, novembre 2009).

Une meilleure communication avec ses collègues

En ce qui a trait à la communication interpersonnelle, Julie mentionne : « J'ai appris à écouter et à m'ouvrir pour permettre de voir que dans certains autres milieux, la vie est différente ». Quant à Hélène, elle affirme : « Je suis moins sur mes gardes avec mes collègues. Je m'implique davantage dans mes relations de travail et je parle beaucoup plus de ce que je trouve. Je me rends compte que mes opinions ont un poids. C'est une petite victoire! ». Dans le même sens, France ajoute : « Le fait de m'ouvrir au cercle de dialogue m'a fait « apprécier » celui-ci de plus en plus dans le sens où je l'utilise de la meilleure des façons dans ma vie de tous les jours. J'ai plus de facilité à m'ouvrir et à écouter les autres ».

Julie a vu ses façons d'être et de faire changer : « J'écoute plus mes compagnes de travail et nous échangeons plus sur les solutions ». Elle ajoute « Je m'affirme plus facilement dans mon milieu et je comprends plus les jeunes qui débutent. Aujourd'hui pour une jeune infirmière, il est très difficile de se faire respecter et de débuter dans ce milieu. On leur demande d'être rapidement des expertes dans des milieux qui changent continuellement. »

Brigitte, qui travaille dans un milieu où existe de bonnes relations avec les collègues, souligne : « J'apprécie chaque jour notre travail d'équipe et le plaisir qui s'y dégage. Je suis choyée et je m'en rends compte ».

Une motivation à s'impliquer et à trouver des solutions

La pratique du dialogue réflexif a eu des effets bénéfiques sur la motivation à vouloir améliorer la situation, si l'on se fie aux intentions formulées par Hélène :

Malgré le fait que ce ne soit pas rose comme situation, nous avons une belle profession humaine. De parler en groupe et d'en ressortir les points importants m'a donné envie de m'impliquer davantage dans mon milieu, dans mon syndicat... Malgré que nous venions de secteurs différents, les problématiques restent les mêmes.... (Hélène, questionnaire, 2009).

Le dialogue réflexif a motivé Édith à vouloir faire une recherche et trouver des solutions pour améliorer la satisfaction au travail.

Il faut trouver des solutions. Qu'est-ce qu'il faut faire. Qu'est-ce qu'il faut changer pour donner un autre sens à notre pratique pour les infirmières soient mieux dans leur peau et aiment davantage ce qu'elles font? On a toutes notre vécu. Qu'on ait eu de la misère ou pas. Que l'on soit jeune ou pas. Nous avons toutes eu des épreuves actuellement. Peut-être que ce sera mieux dans 5 ans. Notre côté humain transparaît dans nos emplois. Il y a des milieux plus difficiles. Il faut trouver des solutions pour faire en sorte de garder la relève. Que les infirmières continuent à aimer ce qu'elles font. Si certaines changent d'idées, ça leur appartient. On perd beaucoup d'infirmières et ça me désole. Je pense que nous avons à travailler là-dessus énormément. Le reste des années qui me restent à travailler, je pense me pencher là-dessus davantage. (Édith, cercle # 6, novembre 2009).

Selon Gina qui ne se sent pas beaucoup considérée par son gestionnaire, une petite tape dans le dos serait bienvenue de temps en temps.

Je sais que je suis juste une poussière dans l'établissement. Ça serait l'fun d'avoir une petite tape dans le dos de la part de notre gestionnaire de temps en temps. Ce n'est pas supposé d'être seulement ma collègue de travail qui le fasse. C'est rendu trop gros et ça ne marche plus la patente. À quel point le monde veut s'investir ou pas? On s'en parle entre nous autres. (Gina, cercle # 6, novembre 2009).

Et pourquoi pas un bureau des plaintes pour les infirmières dans les milieux de travail, mentionne Julie.

Ce que j'entends ce soir est très touchant. Si on regarde ce qui se passe dans le système de santé, tout est qualité. Il y a le bureau des plaintes, le comité des usagers, il y a plein de structures pour soutenir les utilisateurs de services. Elle est où la structure pour nous? Pour nous soutenir? Il est où le bureau des plaintes pour les infirmières qui se sont fait agresser par des patients? Où est-ce que l'on va lorsqu'un autre employé nous dérange? Des fois, on est seule. (Julie, cercle # 6, novembre 2009).

Dans le même sens, Hélène propose qu'il y ait en milieu de travail un service de soutien aux employés.

Peut-être que s'il y avait plus d'écoute chez les infirmières, je pense qu'on entendrait moins de plaintes dans nos salles de collations. Les infirmières iraient dans un service où elles seraient écoutées. Comme un service de soutien aux employés. Ce serait pertinent et efficace. Ça aurait juste du bon que ça continue ces petits cercles-là. (Hélène, cercle # 6, novembre 2009).

Le vécu d'autres infirmières amène une vision différente et rassure

Hélène, une jeune infirmière partage ce qui suit sur son expérience du dialogue réflexif: «Ça m'a permis de faire le point sur moi et ma profession. Ça m'a aidée à accepter mes défauts!!, et mes limites en voyant que d'autres infirmières avaient les mêmes! ». Quant à Julie, elle s'exprime ainsi « Ma vision est différente, car j'ai pu voir ce que vivent d'autres infirmières ».

Le dialogue réflexif suscite un grand questionnement, de l'espoir et l'expression de sentiments

Tout en gardant espoir dans le but que ça s'améliore dans les milieux de travail, Isabelle se questionne, exprime un doute et une déception face à ce qui se passe actuellement dans la pratique infirmière.

J'ai une question, peut-être que vous pouvez m'aider à répondre. « Pouvez-vous me dire comment ça ce fait que l'on soit rendues là? Ça fait presque 10 ans que je suis infirmière. J'ai une tante qui est infirmière, qui est retraitée maintenant. Lorsqu'elle était infirmière, elle me parlait de problématiques qui étaient moins graves on dirait. Il me semble que l'on vit une crise majeure. Je ne sais pas si c'est juste une impression non fondée. Je me demande qu'est-ce qui fait qu'on en est venu là. Je suis déçue. On ne croit plus aux solutions. J'ai écouté ce qui s'est dit depuis tantôt. Moi, je l'aime mon milieu de travail. Je n'ai pas le goût de changer parce qu'il y a des problèmes et que les problèmes ne peuvent pas être réglés. Je n'ai pas le goût d'aller ailleurs parce que pour l'instant les problèmes sont moins pires. Est-ce que l'on continue de ramer tout le temps, tout le temps ou c'est une fausse impression que j'ai maintenant. Ce n'est pas mieux de quitter. Les problèmes vont rester là. Les autres vont les vivre encore. On dirait qu'on vire toujours dans la même soupe. Qu'est-ce qu'on peut faire? ... On continue de croire et de ramer? J'en ai de l'espoir. Je ne veux pas être pessimiste. (Isabelle, cercle # 6 novembre 2009).

Nous supposons que Bohm (1996) répondrait ici que le dialogue et la conscience peuvent amener des solutions aux difficultés collectives, mais il faut entreprendre les étapes une à la fois. Ainsi, le dialogue, tel qu'il l'entend, qui assouplit la pensée, ouvre l'esprit, considère toutes les opinions, peut se propager tout aussi rapidement qu'une mentalité destructrice. Si la communication est vraie et cohérente, le compagnonnage, la participation, l'amitié et l'amour pourront grandir. De plus, pour qu'un changement ait de l'impact, il doit se faire au niveau collectif.

L'analyse et l'interprétation des témoignages issus des entrevues réalisées au cours de l'élaboration du récit de pratique ainsi que lors des périodes de rétroaction des cercles de dialogue et des questionnaires qui a permis de constater de multiples effets positifs à la pratique du dialogue réflexif laisse croire en son potentiel d'apprentissages pour aider une infirmière à réfléchir dans et sur sa pratique.

9.5 Le cercle de dialogue, le récit de pratique et leur utilisation dans la formation des infirmières en milieux scolaires et cliniques

Considérant tous les effets positifs du dialogue réflexif sur leur développement personnel et professionnel exprimé par les infirmières, nous croyons qu'il serait pertinent d'intégrer le récit de pratique et le cercle de dialogue comme méthodes d'apprentissage dans un programme de formation en milieux scolaires et cliniques. Ces quelques réflexions qui suivent, c'est-à-dire les nôtres, entremêlées de celles des infirmières partenaires de la recherche, viennent préciser cette croyance.

9.5.1 L'utilisation du récit de pratique

L'utilisation du récit de pratique dans notre étude a été une expérience positive. Il a rendu possible un premier dialogue réflexif créateur de sens d'abord avec soi-même, ensuite, avec la chercheure principale. Cette expérience, qui a fait vivre beaucoup d'émotions, met en évidence qu'un retour sur certains événements du passé peut être bouleversant, mais utile. L'utilisation d'objets, de souvenirs ou de thèmes, quoique parfois

difficile à choisir, est efficace afin de faire ressortir des faits ou des événements qui marquent la vie de façon significative.

Notre itinéraire personnel d'exploration réflexive et celles des infirmières de notre recherche nous permettent de croire en sa capacité d'initier un dialogue réflexif dans la construction du sens donné à sa pratique. Un processus réflexif qui peut même débuter tout de suite après avoir reçu les informations nécessaires à son élaboration. Comme le souligne Balleux (2007 :403), cette stratégie constituait « pour elles-mêmes et pour nous, l'occasion unique d'accéder à leurs dynamiques individuelles, à leurs aspirations, à certaines prises de conscience et à leurs évolutions ». Selon les partenaires, la méthode du récit de pratique inspirée de Bourdages (2005) a surtout suscité des réflexions sur leurs valeurs. Elle leur a également permis de faire le point sur leur pratique infirmière et d'accroître leur motivation. Une infirmière affirme qu'il s'agit d'un exercice qui fait du bien et pense qu'il pourrait faire un bon outil d'accompagnement pour les nouvelles et les plus anciennes infirmières.

Ces quelques observations nous conduisent à penser, à titre de professeure, que le récit de pratique pourrait être utilisé avec des étudiantes en cours de formation infirmière. Il serait utile pour faciliter chez l'étudiante des prises de conscience servant à clarifier, notamment, les raisons profondes de son engagement dans la profession, ses valeurs fondamentales qui sous-tendent sa pratique en développement et ses motivations à continuer dans cette direction. Nous croyons pareillement que cette expérience du récit de pratique serait appréciée par des infirmières d'expériences ayant besoin de revitaliser le sens donné à leur pratique.

C'est ce que pense aussi Hélène.

Faire mon récit a été bon parce qu'en plus, je commence. Faire mon récit, ça m'a relancée et l'écrire me permettra de le conserver. J'ai une belle synthèse. On n'en a pas des moments comme ça dans la vie....Je pense que ça pourrait faire du bien à une infirmière qui est dans la profession depuis assez longtemps et qui n'a pas eu l'occasion de retourner dans son passé. Faire ce récit fait du

bien. On embarque dans un monde de loups. Au début de notre carrière, on se retrouve avec des personnes qui ont de longues expériences. On a été tellement encadrée à l'école. Comme débutante, on n'a pas d'encadrement. On tombe dans le vide. Si on avait à faire cet exercice de récit de pratique, je pense que ça aiderait. Je vois ça comme un accompagnement pour les nouvelles et pour celles qui se remettent en question. Je réalise que j'avais besoin d'un dialogue avec une personne compétente dans le domaine. Une tape dans le dos ça fait du bien. (Hélène, entrevue, 21 août 2009).

Ce qui ressort de particulier de ce témoignage, c'est la question non négligeable de l'arrivée dans le milieu de travail. La possibilité de continuer ou non dans la profession par cette infirmière débutante fait l'objet d'une sérieuse remise en question. Une dynamique de passage difficile qui soulève le questionnement des processus d'introspection, de transformation, d'adaptation et d'insertion professionnelle et celui de l'accompagnement durant cette importante étape.

Dans le même sens, France fait cette proposition :

Je pense que ce serait bon d'amener et de faire faire le récit de pratique dans le milieu de travail. Je pense que ce serait bien parce que l'on se rend compte que ce n'est pas un exercice que les gens font habituellement de revenir sur soi, de fouiller dans notre passé. Merci d'avoir pensé à moi, je suis vraiment très contente d'avoir participé à cette expérience. J'ai hâte de continuer. (France, entrevue, 1 juillet 2009).

9.5.2 L'utilisation du cercle de dialogue réflexif

Les effets positifs exprimés par les infirmières partenaires de la recherche, et nos observations en tant que professeure en sciences infirmières, chercheure et participante, nous conduisent à considérer positivement l'utilisation de la méthode du cercle de dialogue réflexif (forme du cercle et principes de Bohm), telle que nous l'avons expérimentée. Les étudiantes et les infirmières d'expérience en milieux cliniques pourraient très bien bénéficier de ses avantages sur le plan des apprentissages, celui du développement des compétences et sur l'amélioration continue de la qualité des soins.

Les étudiantes infirmières

À des fins pédagogiques, nous sommes d'accord d'utiliser le cercle de dialogue réflexif. Cette méthode nous apparaît pertinente lorsqu'une formation exige de mettre l'accent sur le besoin fondamental d'une apprenante de donner du sens à sa pratique en devenir. Nous pensons qu'une telle approche axée sur l'apprenante plutôt que sur l'enseignante est essentielle lorsque l'on souhaite valoriser les capacités d'une étudiante à réfléchir par elle-même, à se questionner et à remettre en cause certaines manières de faire en vue de les améliorer.

Un cercle de dialogue réflexif qui reposerait, comme nous l'avons fait, sur le respect et l'attention portée à autrui, représenterait certainement un excellent moyen pour amener des étudiantes (et des infirmières en milieux cliniques) à développer et à établir une relation de confiance, une bonne communication et une relation empathique (et non seulement utilitaire) avec des collègues. Aussi, le retour effectué sur l'expérience à la suite du cercle de dialogue serait un moment privilégié d'apprentissage pour l'étudiante, sur sa capacité à revenir sur soi (contenu et sentiments), sur ce que les autres ont dit (contenu et sentiments) et sur la forme et les règles de conduite du cercle qui favorise le dialogue réflexif (expression, écoute, respect, non jugement des personnes) qu'elles viennent de vivre.

Le cercle de dialogue réflexif pourrait être offert à quelques reprises durant un parcours de formation. Il permettrait à l'étudiante, accompagnée par une professeure facilitatrice et de pairs, de faire le point et d'enrichir le sens subjectif qu'elle attribue à la singularité et à la complexité de sa pratique en devenir. Comme nous l'avons vu avec Marchand (2000) et l'exploration réflexive, la pratique du dialogue réflexif viendrait renforcer le développement de ses compétences au niveau de son analyse et de sa critique, de sa relation interpersonnelle, de son expérience émotionnelle et sensorielle, de sa sensibilité au contexte et rehausser l'expérience d'une humanité partagée.

L'utilisation du cercle de dialogue réflexif, qui mise davantage sur l'expérience (savoir, savoir-être, savoir-faire) et la sagesse acquise, serait certainement très aidante en

période de stage. Le cercle de dialogue réflexif offrirait un contexte idéal à des étudiantes qui ont besoin de mieux comprendre ce qu'elles sont, ce qu'elles vivent et ce qu'elles apprennent. Cette utilisation faciliterait, sans doute, une meilleure prise de conscience de leurs comportements, de leurs croyances, de leur motivation, leurs valeurs et leurs projets, auprès de la tutrice, des collègues, des patients et de leurs familles. Selon Gina, le cercle de dialogue réflexif apprendrait à échanger sur ses forces et faiblesses avec d'autres étudiantes infirmières ce qui permettrait, s'il y a lieu, de se déculpabiliser. Sur ce Brigitte hésite : « Pour des nouvelles infirmières qui ont vécu des choses en stage? Peut-être pour celles qui sont en tutorat et n'ont pas l'occasion de revenir sur leurs expériences avec d'autres étudiantes ». Selon Édith, son utilisation permettrait d'améliorer les relations de travail et aiderait les étudiantes au niveau de leurs interventions.

La méthode du cercle de dialogue serait aussi toute indiquée, soit pour initier une réflexion sur les connaissances acquises de l'expérience, soit pour soutenir une activité de formation visant la synthèse des apprentissages à la fin d'un cours, ou en fin de programme de formation. Cette « démarche pédagogique » s'inscrirait alors dans une « démarche praxéologique » visant à dégager des savoirs issus du sens subjectif donné à leur pratique en devenir, mais aussi à prendre conscience de leurs transformations personnelles (dimensions physique, intellectuelle, affective, éthique et spirituelle). Nous pensons ici notamment, à un lieu ouvert à la pensée critique, à la découverte, à la création où les personnes, étudiantes infirmières, et leurs pratiques, occupent toute la place.

Nous ajoutons que cette approche d'apprentissage du cercle de dialogue réflexif créateur de sens viendrait compléter celles déjà utilisées. De plus, elle favoriserait sans doute l'acquisition et l'intégration des savoirs que nous professons, et ce, la plupart du temps comme des chefs d'orchestre, dirigeant la communication, contrôlant les échanges et leurs contenus, initiant et stimulant des activités, vers des objectifs bien déterminés à l'avance. Le défi d'être une infirmière d'aujourd'hui et de demain est grand. Cela suppose des esprits souples, ouverts et créatifs. C'est pourquoi à titre de professeure, il s'agit non seulement d'orienter certains apprentissages et d'apprendre à apprendre, mais aussi dans un

juste équilibre, de les accompagner dans leur développement personnel. Nous pensons ici au développement de la pensée réflexive et critique, à l'imagination, et à ce qui n'est pas si simple, la prise de conscience d'un soi et d'un nous. Enfin, puisque les infirmières évoluent dans un environnement social qui amène son lot de bonheur, mais aussi de souffrance, le cercle de dialogue réflexif viendrait supporter le développement des compétences en communications (savoirs et émotions).

Les infirmières en milieu clinique

La méthode du cercle d'un dialogue réflexif constructif qui vise, à l'intérieur d'une démarche praxéologique, à rendre la pratique plus consciente et efficace, est tout aussi utile pour des infirmières d'expériences. Parce qu'il nécessite un temps et un espace propice à la réflexion, il aiderait certainement à maintenir et à développer un niveau élevé de prise de conscience de leur pratique. Le partage de réflexions, profondes et riches de sens qui élève la conscience en groupe (autocritique), faciliterait la création d'un sens collectif (vision plus claire de la mission), une meilleure lecture des contextes professionnel et environnemental (complexité du monde), un plus grand sentiment d'appartenance (vivre en communauté, rapprochement les unes des autres), une augmentation de la motivation des personnes (responsabilité personnelle), et en bout de piste, une influence positive sur la qualité des soins (idéal de soins).

Comme nous l'a mentionné Hélène au cours du dialogue réflexif, « le cercle de dialogue resserre les liens. Il permet de faire le point sur nous-mêmes, nos motivations, nos croyances, nos fausses croyances et sur nos craintes ». Julie ajoute : « participer à un dialogue réflexif est « très formateur, car on comprend mieux ce que vivent les infirmières... ». Une autre façon de voir la pertinence d'intégrer le cercle de dialogue en milieu clinique est pour Isabelle « de permettre à toutes de se recentrer sur les vraies raisons qui nous incitent à être infirmières et qui nous poussent à poursuivre, pour apprendre à mieux se connaître et aussi pour augmenter le respect qui est parfois trop souvent oublié en dépit du travail et de la charge de travail ». Selon Julie, cela « permettrait de développer la

communication dans une équipe avec civilité ». Quant à Ariane, elle pense que s'il y avait des cercles de dialogue réflexif dans les milieux de travail, ça permettrait aux personnes qui se plaignent souvent de s'exprimer, ce qui encouragerait ces personnes à avoir des relations plus constructives.

Il me semble que ce serait un beau projet de continuer ça. Il y a le programme d'aide aux employés, mais on dirait que c'est comme un fantôme. Je n'ai jamais vu de personnes, ni de bureau où c'est écrit aide aux employés accessible. C'est toujours compliqué d'aller là. C'est gênant. Il faut prendre un r/v. C'est peut-être pour les gens qui ont été harcelés ou qui ont vécu de gros problèmes. Je peux dire que ma participation dans cette recherche m'a fait du bien même si j'ai manqué quelques cercles pour des raisons familiales. Ça aide, même à mon âge. Je veux toujours être infirmière. C'est drôle, les gens me disent « Tu vas prendre ta retraite bientôt ». J'ai décidé d'être à temps partiel pour avoir une qualité de vie. Quand je vais travailler et j'observe les autres. Je trouve qu'il y a des personnes agressives. Elles me disent « Tu n'as pas su ça? Ils ont voulu faire ça? » On me raconte ce qui n'a pas été correct à leurs yeux. Moi je ne vois pas ça pareil. Je ne sais pas si c'est la fatigue qui fait que les gens vont critiquer. Je pense que le cercle de dialogue ça serait constructif s'il y en avait dans nos milieux de travail. On dirait à une collègue qui a l'air malheureuse de faire partie du cercle. Ça aiderait sûrement. (Ariane, cercle # 6, novembre 2009).

Sans toutefois vouloir imposer le dialogue aux collègues dans les milieux de travail, Isabelle est également d'accord pour dire qu'il s'agit d'une méthode qui serait aidante.

C'est sûr que les cercles de dialogue c'est aidant. Je vois des collègues dans mon milieu de travail qui seraient vraiment contentes de vivre cette expérience. Elles trouvent ça extraordinaire le cheminement que l'on peut faire à travers cette expérience-là. Il y en a d'autres qui se demandent ce que c'est. Elles viennent faire leur chiffre sans plus. C'est sûr que ce ne serait pas bien reçu de tout le monde. On ne peut pas imposer le dialogue aux gens. (Isabelle, cercle # 6 novembre 2009).

Ces opinions favorables des infirmières co-chercheuses, en regard de la pratique du dialogue en milieu clinique, rejoignent celles plus élaborées de Pauchant (2002) qui a instauré en 1997 et en 2001 cette pratique avec des personnes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les résultats de son étude démontrent bien les effets positifs

du cercle de dialogue sur l'émergence du sens. Fortement inspiré des travaux de Bohm, Pauchant (2002) affirme que la pratique du dialogue, contrairement à la négociation et au débat, apparaît comme l'une des voies essentielles pour l'apprentissage, le changement et la transformation des organisations. Ceci inclut, selon cet auteur, l'habileté de travailler en commun et de façon créative sur des sujets complexes, une meilleure intégration des considérations éthiques en organisation et une facilitation du bien-être et du développement humain au travail.

Une seconde étude, réalisée par Pauchant, Morin, Gagnon, Cauchon et Roy (2003), vient appuyer la pertinence d'utiliser le cercle de dialogue, pour favoriser l'émergence du sens donné à la pratique infirmière. Une enquête effectuée en 2002 auprès de 81 gestionnaires sur le sens du travail fait ressortir qu'elle est l'une des meilleures expériences de développement de toute leur carrière. Ce constat concerne l'habileté de travailler en commun et de façon créative sur des sujets complexes, une meilleure intégration des considérations éthiques en organisation et une facilitation du bien-être et du développement humain au travail.

L'analyse de contenu de cette enquête de Pauchant et al. (2003) permet de tirer trois enseignements. Globalement, les réponses suggèrent que les répondants ne considèrent pas la pratique du dialogue comme une panacée, mais comme une approche innovatrice et profonde. Les répondants disent surtout retirer de leur expérience du cercle de dialogue des habiletés spécifiques face à des enjeux complexes. Ceci inclut des habiletés différentes pour la prise de décision, dont la diminution des jugements, la capacité de rester dans le silence, la diminution de la recherche d'un consensus, ainsi que la réduction de la volonté de convaincre. De même, les participants ont développé des habiletés d'ouverture à la complexité, incluant une attention plus subtile à leur environnement, une meilleure prise de conscience de leurs réactions émotionnelles face à certains enjeux, une ouverture à la complexité de la vie, et une remise en question de leurs propres suppositions de base. Enfin, l'habileté de l'ouverture aux autres est considérée par les répondants comme l'un des effets les plus positifs du dialogue, incluant une volonté d'apprendre des autres, une

meilleure réceptivité à la diversité, et une plus grande acceptation des idées différentes. Ces habiletés font toutes références à des caractéristiques de la pratique du dialogue présentées par David Bohm et ses collègues (Bohm et al., 1991).

Le second enseignement est le fait que la pratique du dialogue permet un développement des dimensions éthiques au travail. Les répondants évaluent que le dialogue leur a permis de retourner à des valeurs humaines fondamentales, de développer des relations de qualité avec les autres, de mieux prendre conscience des valeurs qu'ils recherchent au travail, d'agir de façon plus authentique, et de mieux suspendre leurs intérêts personnels. Ce résultat confirme de nouveau la vision de David Bohm selon laquelle la pratique du dialogue facilite l'émergence de pensées et d'actions plus éthiques et viables, diminuant ainsi le potentiel de crises.

On peut tirer un troisième et dernier enseignement des résultats de cette enquête de Pauchant et al. (2003). Les répondants indiquent une amélioration de leur réflexion formelle et de leur communication : le cercle de dialogue a permis de prendre le temps de réfléchir, d'approfondir des réflexions, de concevoir différemment des situations et de mieux comprendre la communication humaine. Entre 86.4 % et 97.3 % des répondants de cette enquête jugent que la pratique du dialogue a été bénéfique pour eux ou elles-mêmes, leurs relations avec les autres et l'accomplissement de leur travail. Quant aux effets du dialogue sur le travail, les résultats suggèrent que celui-ci contribue positivement à l'accomplissement du travail, mais de façon non traditionnelle. D'après eux, cette pratique contribue surtout à l'éthique, au bien-être psychologique, à la créativité et à une meilleure compréhension des contextes. Si les répondants affirment appliquer dans leur travail ce qu'ils ont appris durant la pratique du dialogue, ils parlent moins de l'efficacité et de la productivité traditionnelle, entendue par une production accrue de résultats. La question relative à l'amélioration de l'efficacité dans le travail ne reçoit d'ailleurs qu'un score moyen. Ces résultats sont en accord avec les vues de Bohm (1985) que le dialogue permet de prendre du recul relativement à l'idéologie utilitariste dominante dans nos sociétés.

Malgré les aspects positifs d'une telle pratique et cette idée d'introduire des cercles de dialogues en milieu de travail dans le contexte actuel, Gina accuse certaines réserves.

Oui, le cercle de dialogue fait partie d'une solution, mais dans le contexte actuel ce n'est pas évident...Quand on pousse d'un côté et que la direction pousse de l'autre, ça n'a pas de sens...je me vois mal instaurer ça ou imposer ça dans mon milieu de travail. Je pense que le contexte n'est pas favorable. Les personnes ne veulent même pas s'impliquer dans un comité de réorganisation du travail. Je les vois encore bien moins vouloir améliorer leurs petites bibittes afin d'améliorer leurs conditions. Je ne les vois pas du tout. Pour avoir survolé plusieurs départements dans l'hôpital, je trouve que ce n'est pas un bon moment. Je pense qu'il faut être ouverte d'esprit. Être capable d'intériorisation. Mais c'est sûr que c'est une clé de succès. C'est clair, net et précis pour moi. Je pense que le bateau dérape trop. Nous sommes en pleine tempête et ça ne marcherait pas. Je ne vois pas du côté syndical, ni du côté de l'ordre, une bouée de sauvetage. Du côté syndical, on essaie juste d'éviter que le bateau cale. Je pense que les problèmes sont trop gros. Les problématiques sont majeures et les solutions minimes. Les gens ne veulent pas se mobiliser. Jusqu'où ça va se rendre. (Gina, cercle # 6, novembre 2009).

L'effet d'un groupe qui aurait pour unique but de construire, d'améliorer les situations difficiles, présente une synergie fortement intéressante au regard de Brigitte.

Ce qui serait bien aussi c'est l'effet de groupe. Quand on chiale, ça prend des proportions énormes. Si on est un groupe, mais qui a pour but de construire, c'est la même chose qui se produit. Plusieurs psychologues le disent que les thérapies de groupe, l'aide par les pairs, c'est bénéfique. On apprend beaucoup de ça. Je pense que c'est gagnant. Lorsque l'on consulte un programme d'aide aux employés, on va chez un psychologue externe. Quand les problématiques sont d'ordre professionnel et qu'elles sont vécues par plusieurs personnes, je pense que l'option du groupe serait gagnante et efficace. (Brigitte, cercle # 6, novembre 2009).

En terminant, Brigitte considère que « l'utilisation du cercle de dialogue en milieu de travail serait très bénéfique...surtout dans le domaine de la santé où nous vivons beaucoup de choses intenses sans avoir le temps de nous y arrêter ». Chacune pourrait partager sa vision, ajoute Julie. Pour Hélène c'est « Oui! Mais sur une base volontaire ou sur invitation. Ça libérerait les frustrations. Nous ferait voir les différentes problématiques selon les générations et ça aiderait à apporter une belle philosophie de groupe ». Isabelle ajoute

«Nous avons eu la chance de le vivre et je serais contente que d'autres personnes puissent aussi bénéficier de l'expérience ». Sur ce, Édith mentionne que ce serait peut-être préférable « dans un milieu où l'équipe a déjà un bon cheminement de fait et où des questions importantes restent à répondre ». Par contre, selon France, elle ne croit pas que les gens s'y impliqueraient beaucoup.

Conclusion

Nous voici rendus à la fin de notre itinéraire d'exploration réflexive qui a commencé par l'observation de notre pratique infirmière *a posteriori*, vécue en période de grands changements organisationnels, empreinte d'une souffrance marquée par le silence et l'isolement. Cette souffrance a été retrouvée et exprimée dans l'itinéraire d'exploration réflexive par des infirmières engagées en 2009 à soigner la souffrance des autres, dans un contexte de travail décrit comme de plus en plus difficile, propice à une perte de sens dans une pratique que l'on veut humaine et idéale. Mon itinéraire et celui des infirmières sujets de notre étude a été l'occasion de réfléchir d'abord avec soi, ensuite avec les autres, pour comprendre, mieux s'unir, se renforcer et revoir ses pratiques. Bref, ces itinéraires illustraient que pour être heureuses au travail, mieux réfléchir et partager sur ce qui se vit, ce qui se fait, ou encore, sur ce qu'il est possible de faire il est important de créer un dialogue réflexif.

Dans l'ensemble, les partenaires se sont bien impliquées dans cette étude. Nous pensons à tout ce temps consacré aux rencontres préparatoires, à l'écriture du récit pratique, à une rencontre individuelle, à la participation à six cercles de dialogue et à l'utilisation du journal d'itinérance. Un temps précieux pour des infirmières volontaires qui travaillaient, pour la plupart, à temps plein.

La participation est demeurée volontaire tout au long de la recherche. Le modèle offert pour réaliser le récit de pratique n'a pas été suivi à la lettre, sauf pour deux infirmières sur 10. Ceci même si en cas de difficultés, les infirmières avaient été invitées à communiquer en tout temps avec la chercheure principale. Malgré tout, suite à la lecture des récits de pratique, nous n'avons pas cru nécessaire de faire des ajustements. Déjà, nous trouvions que les partenaires s'étaient toutes beaucoup investies dans cette première démarche réflexive exploratoire. Alors fidèle à notre posture de facilitatrice et d'accompagnatrice dans cette démarche réflexive, nous avons tout simplement accueilli chacune avec ses

particularités. C'est la même chose pour l'écriture dans le journal d'itinérance qui a été suggérée et non imposée. Cette façon de faire a permis de constater que 80 % (8/10) des partenaires qui avait réalisé le récit de pratique sont demeurées jusqu'à la fin des cercles de dialogue par choix et que le journal d'itinérance a été utilisé par deux personnes déjà attirées par l'écriture.

Cette approche qui a permis une grande liberté aux partenaires dans l'accomplissement de leurs activités de recherche soulève quelques questions. A-t-elle interféré dans les résultats? Cette souplesse cachait-elle une certaine crainte chez la chercheure principale de voir abandonner des partenaires si elles les avaient été confrontées à certaines exigences? Quelle aurait été le déroulement et le contenu si l'encadrement du récit de pratique et du journal d'itinérance, tel que défini au départ, auraient été respecté?

Le recrutement sous la forme d'une invitation, auprès de personnes qui partagent une réalité semblable et qui sont connues par la chercheure principale, ou bien par une autre partenaire, représente une bonne formule. Quant à la confiance entre la chercheure et les partenaires, et entre les participantes elles-mêmes, nous pouvons dire qu'elle s'est vite installée. Cette façon de recruter des partenaires pour participer à la recherche soulève ici la question de la désirabilité sociale qui peut représenter un biais sur les données recueillies. Nous savons un peu mieux maintenant que ces données ont sans doute été influencées par la participation de la chercheure au dialogue réflexif, mais seulement lors des cercles de dialogue. Cette situation n'a toutefois pas empêché les participantes de partager le sens donné à leur propre pratique.

Pour ce qui est de notre intuition de départ, le manque de temps et d'un espace, en milieux scolaires et cliniques pour réaliser un tel exercice de réflexion en profondeur sur le sens donné à sa pratique, seule ou en groupe, elle a évolué. Au lieu d'un « manque de temps et d'espace », nous pensons maintenant qu'il s'agit plutôt d'un manque de « prendre du temps et de créer un espace » pour réaliser un tel exercice. C'est ce que nous a exprimé, entre autres Isabelle. « On ne prend jamais le temps de faire cela dans les milieux de travail.

De plus, les cercles sont un milieu neutre, où le respect règne. Il n'y a pas de mécontentement de ce que dit l'une ou l'autre... ».

Pour notre recherche, la science-action a permis l'émergence d'un savoir caché par des infirmières qui œuvrent auprès de patients. Un savoir constitué de nombreuses unités de sens issues de plusieurs méthodes complémentaires que nous avons utilisées tout au long de notre itinéraire. Des unités de sens d'un savoir infirmier qui ont fait l'objet d'une analyse inductive permettant leur regroupement dans un modèle intégré provisoire, dynamique et évolutif, constitué de cinq grands thèmes : mes comportements, mes croyances, mes motivations, mes valeurs et mes projets, ainsi que des sous-thèmes, qu'il serait pertinent d'utiliser, entre autres, dans un programme de formation. Une théorie d'usage qui pourrait ajouter de la valeur aux enseignements pour des étudiantes se trouvant au milieu ou en fin de programme.

Au regard de la théorie d'usage qui a été élaborée, il est important d'ajouter que notre volonté de chercheure qui consistait à recueillir le plus possible des réflexions d'infirmières sur le sens donné à leur pratique, nous a mené à cumuler dans cette thèse certaines redondances qu'une analyse et une interprétation plus serrées auraient permis d'éviter. Nous souhaitons tout de même que les résultats de cette recherche exploratoire et descriptive qui visait au départ à favoriser une prise de conscience approfondie et ainsi à mieux cerner le sens donné à sa pratique infirmière, puissent être utiles. Nous pensons que cette étude peut guider d'autres chercheurs à utiliser le cadre épistémologique de la science-action et une approche praxéologique de réflexion sur une pratique professionnelle pour laisser émerger une théorie d'usage qui procède cette pratique.

L'utilisation récente de la science-action comme cadre épistémologique a été un cadre très intéressant à suivre. Par contre, ce devis encore peu fréquenté par des chercheurs nous a offert peu de référence quant à l'exercice de notre rôle de chercheure. L'ensemble de tous les rôles exercés par la chercheure principale au moment de la recherche, tels, professeure, infirmière d'expérience, facilitatrice, partenaire et participante dans la recherche, devenait

parfois conflictuel. Le rôle de facilitatrice exercé à l'intérieur d'un cercle de dialogue, par exemple, devenait à l'occasion celui d'une professeure qui questionne. Aussi, le rôle de participante est devenu parfois insatisfaisant en raison d'une absence, au moment de la recherche, d'une pratique en milieu clinique comme les autres participantes. Nous pensons maintenant qu'en présence des partenaires de la recherche, le rôle de facilitatrice demeure le plus pertinent.

Cette thèse qui donne accès à une théorie d'usage souligne aussi l'importance d'écrire sur la pratique infirmière. À ce sujet, nous rejoignons les propos de Collière (1988) lorsqu'elle mentionne, que malgré la parution progressive d'écrits sur les pratiques de soins depuis le début du XXe siècle contribuant au développement de la littérature infirmière, nous sommes encore loin de faire sortir de l'ombre la façon dont les soignantes vivent et exercent leur profession. C'est ce que nous avons cherché à faire dans cette étude, en plus de réfléchir sur les liens d'identité, de dépendance et d'affranchissement des grands paradigmes qui caractérisent les sens historiques donnés à la profession infirmière. Pour cette auteure, écrire permet de comprendre les aspects de continuité et ceux de rupture entre le présent et le passé, de nommer, décrire, désigner et élucider l'objet des soins infirmiers d'aujourd'hui.

Les résultats de la recherche amènent également une contribution dans l'utilisation de la praxéologie qui favorise une démarche d'exploration réflexive comme moteur même du perfectionnement personnel et professionnel que peuvent faire des infirmières sur leurs propres pratiques. Les résultats obtenus à l'aide du récit de pratique, du cercle de dialogue et du journal d'itinérance démontrent bien la capacité de ceux-ci à soutenir une exploration réflexive sur le sens donné à sa pratique. Il a été aussi possible d'observer quelques indicateurs permettant d'affirmer qu'ils ont permis de rejoindre quatre facettes sur cinq du modèle de l'exploration réflexive proposé par Marchand (2000). Nous retrouvons celle qui a trait à la pensée analytique et critique, à l'expérience sensorielle, à l'aspect relationnel ainsi qu'à la sensibilité au contexte. D'autres indices permettant de croire en l'atteinte de la cinquième facette, l'expérience transpersonnelle, ne peuvent être confirmés.

En s'engageant dans une réelle démarche praxéologique d'exploration réflexive les infirmières, partenaires de notre recherche, ont eu la possibilité d'intensifier leur niveau de conscientisation, d'autocritique et d'autonomisation face à leurs apprentissages. Puisqu'une réflexion en profondeur a été possible, amenant des prises de conscience sur les limites de leur propre paradigme en sciences infirmières, nous pouvons constater à la lumière de notre expérience qu'il a été possible de toucher au niveau III d'apprentissage de Bateson (1977, 1980) valorisant l'exploration de l'expérience socio-émotive pour découvrir d'autres paradigmes de la complexité de l'expérience humaine autre que ceux professés en sciences infirmières. Cela s'explique également par l'observation de questionnements, de liens avec le contexte et de changement de conscience. Ce qui nous pousse à croire en la capacité de la démarche praxéologique, telle que nous l'avons créée, à supporter et poursuivre la construction de l'identité personnelle et professionnelle dans un programme de formation scolaire et en milieu clinique.

En effet, de nombreux effets positifs personnels et professionnels rapportés par les infirmières tout au long de notre itinéraire témoignent de la pertinence de cette approche lorsqu'il est temps de réaliser une quête de sens qui vise à mieux comprendre sa pratique, à identifier ses comportements, ses croyances, ses valeurs, ses motivations et ses projets. Il s'agit d'une démarche d'exploration réflexive s'inspirant du dialogue de Bohm qui aide à développer sa capacité réflexive, à prendre conscience de ses suppositions, mais aussi à vivre l'expérience du respect, de l'expression, de l'écoute, de l'ouverture à l'autre, du non-jugement de valeur par rapport aux autres. De plus, elle favorise le transfert d'apprentissages dans la pratique.

Ce qui est riche de sens lorsqu'à titre de professeure, nous cherchons à habiliter les étudiantes à devenir des infirmières praticiennes réflexives de plus en plus autonomes, capables de s'adapter et d'affiner sans cesse leur pratique au gré de situations changeantes et souvent imprévisibles. Vu le haut niveau de satisfaction exprimé oralement et par écrit par les infirmières partenaires tout au long de la démarche de recherche, nous soutenons qu'il serait souhaitable d'intégrer les différentes méthodes d'apprentissage complémentaires

(surtout le récit de pratique et le cercle de dialogue) dans un programme de formation en sciences infirmières et dans les milieux cliniques.

Tant et si bien que nous pensons qu'un temps et un espace propice à un dialogue réflexif, aurait comme conséquence non seulement de maintenir et d'améliorer la pratique, mais aussi de diminuer, s'il y a lieu, la souffrance causée par une pratique non satisfaisante, voire non idéale, en faisant ressortir s'il y a une cohérence entre ce qui est vécu, ce qui est dit, souhaité et ce qui est fait et faisable dans la pratique.

La création d'opportunités pour réfléchir en profondeur sur sa pratique est d'une grande importance pour « faire avancer la profession et améliorer les milieux de travail », souligne Julie. « C'est une responsabilité que nous avons chacune de nous afin de nous améliorer et faire progresser notre pratique », ajoute Brigitte.

Et que dire en terminant du fait de « dialoguer sur sa pratique avec des infirmières d'expérience, sinon, que c'est un réel bonheur » affirme Hélène qui en est à ses débuts dans la profession. Bien sûr, un bonheur dans notre travail que nous chérissons lorsqu'il est là, mais aussi qu'il est possible de construire et entretenir si l'on adopte certaines attitudes selon Blondin (1983). Les résultats d'une étude qu'il a réalisée grâce à un questionnaire complété par 2000 « sages heureux » d'Europe, d'Asie et d'Amérique et la consultation de plusieurs centaines d'ouvrages, lui permettent d'identifier six attitudes communes aux gens qui disent être heureux. Nous désirons terminer cet itinéraire d'exploration réflexive en présentant brièvement cette théorie issue de la pratique de sages heureux.

Selon blondin (1983), la première de ces attitudes est la disponibilité au changement. La seconde, la globalisation et l'harmonisation des deux hémisphères, celui de la raison et celui de l'instinct ou du cœur. La troisième caractéristique commune aux gens heureux est le sens de l'ici-maintenant. Quant à la quatrième, elle concerne la sagesse constituée de six facettes. Il y a : 1- l'observation rigoureuse de soi, c'est-à-dire l'identité; 2- l'observation des nuances de liens entre les autres et soi, c'est-à-dire la différence; 3- la connaissance des

déroulements phénoménologiques de la vie courante dans laquelle tout est relatif et où il n'y a que des proto-vérités; 4- la préférence de la totalité sur la partie, ou encore, privilégier l'être à l'avoir; 5- la conscience que toute partie est dans un tout, ce qu'on appelle la non-dualité dans laquelle la réalité est multiple comme un ensemble dynamique d'événements interconnectés et non binaires, ce qui rejoint la relativisation ; et enfin, 6- la pratique du « nous sommes le tout », ou encore, lorsqu'il s'agit de mettre le frein à l'ego pour que le personnage que nous avons créé, laisse le vrai soi émerger.

Nous poursuivons avec cette cinquième caractéristique observée chez les gens heureux, agir précisément, c'est à dire, ajuster l'équilibre entre l'acceptation de ce qui est et la possibilité de le changer et de prendre en main sans compter sur strictement personne d'autre. La sixième et dernière caractéristique commune aux gens heureux révélée par cette étude, est la faculté d'abandon. L'abandon de ses peurs surtout. Il s'agit en somme de lâcher prise, de faire confiance à soi, aux autres, aux événements, à la vie. Ce n'est pas de la résignation, mais plutôt une réconciliation avec la réalité telle qu'elle est. Il y a dans l'abandon une soumission qui peut devenir une forme suprême de liberté.

Comme l'affirme Blondin (1983) « le bonheur n'est pas dans un ailleurs illusoire,... il est là où nous sommes, dans le siècle, dans la réalité des obstacles qu'il faut surmonter, abolir, contourner, éviter, ignorer, détruire selon l'action juste pour soi » (p. 197).

Ces attitudes qui ont tendance à favoriser le bonheur chez des gens heureux nous apparaissent du coup nécessaires, voire fondamentales, à la pratique d'un dialogue vrai et constructif. Celui qui permet d'être soi, d'accueillir l'autre, qui vise à être bien, et pourquoi pas, à devenir mieux dans une pratique infirmière que nous voulons humaine et des plus satisfaisantes.

Références

- Argyris, C. (1980). *Inner Contradictions of Rigorous Research*. New York : Academic Press.
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir*. Traduction française. Paris : Inter Éditions.
- Argyris, C. et Schön, D. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Argyris, C. et Schön, D. (1999). *Théorie et pratique professionnelle, comment en accroître l'efficacité*. Traduction française par Heyneman, J., Gagnon, D. Montréal : Les éditions logiques Inc.
- Astier, I. (2008). Écriture de soi, une injonction réflexive. L'exemple de la validation des acquis de l'expérience. *Sociologie et sociétés*, 40, 51-68. Document consulté d'Érudit.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Flammarion.
- Aubert, N. (2008). Violence du temps et pathologies hypermodernes. *Clinique méditerranéenne*, 78, 23-38. Document consulté de Cairn.
- Balleux, A. (2007). Le récit phénoménologique : étape marquante dans l'analyse des données. Actes du colloque : Bilan et prospectives de la recherche qualitative. *Recherche qualitative*. Hors-série, 3, 396-423.
- Barbier, R. (1996). *La recherche-action*. Paris : Economica.
- Barbier, J. M. et Galatanu, O. (2000). *Signification, sens, formation. Biennales de l'éducation et de la formation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, Quadrige.
- Basu, K. et Gupta, A. (2007). La pénurie de personnel infirmier où et pourquoi. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. Santé Canada, 13.

- Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Traduction française. Tome 1. Paris : Éditions du Seuil.
- Bateson, G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit*. Traduction française. Tome 2. Paris : Éditions du Seuil.
- Bergeron, R. (2002). *Renaître à la spiritualité*. Québec : Éditions Fides
- Bertalanffy, L.V. (1973). *Théorie générale des systèmes*. Paris : Dunod.
- Bertalanffy, L. V. (1982). *Des robots, des esprits et des hommes : La psychologie dans le monde moderne*. Traduction française. Paris : Les Éditions ESF.
- Bigler J.M. (2008). L'épuisement qui nous guette ou quand le travail rend malade. *Infokara*, 23. Document consulté de Cairn.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26, 1-18. Document consulté le 8 décembre 2008 de <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Blondeau, D. (2002). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O. Goulet, et C. Dallaire. *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives* (pp. 63-76). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Blondin, R. (1983). *Le bonheur possible*. Montréal : Les éditions de l'homme.
- Bohm, D. (1985). *Unfolding Meaning : A Weekend of Dialogue with David Bohm*. New York : ARK paperbacks.
- Bohm, D. (1996). *On Dialogue*. Traduction française par Anne-Marie Chapleau. London/New York : Routledge.
- Bohm, D., Factor, D et Garrett, P. (1991). *Le dialogue, une proposition*. Version française préliminaire. Traduction et adaptation par Johanne Beaudoin. Mutation globale.

- Révision par Carole Aspiros et Carole Sierpien. Document consulté le 10 mars 2009 de http://thinkg.net/david_bohm/bohm_dialogue_proposition.html.
- Bourdages, L. (2001). *La persistance aux études supérieures, le cas du doctorat*. Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Bourdages, L. (2005). *Guide pour la réalisation d'une démarche autobiographique*. Notes de cours : Observation et analyse en praxéologie. Document inédit. Université du Québec à Chicoutimi.
- Bourdages, L., Lapointe, S. et Rhéaume, J. (1998). *Le "je" et le "nous" en histoire de vie*. Paris/Montréal : L'Harmattan.
- Bouvet, A. et Sauvaige, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique*. Bruxelles : De Boeck.
- Bruner, J. (1996). *L'éducation entrée dans la culture*. Paris : Retz.
- Buber, M. (1959). *La vie en dialogue*. Paris : Aubier.
- Campeau, L. et Jutras, M. (2007). Deux conceptions régulatoires de l'éthique. Dans Éthos. *L'autorégulation en éthique*, (Vol.6), (pp.165-193). Rimouski : Éthos.
- Capra, F. (1982). *The Turning Point : Science, Society and The Rising Culture*. New-York : Simon et Schuster.
- Carter, K. (1993). The Place of Story in the Study of Teaching and Teacher Education. *Educational researcher*, 22, 5-12.
- Cayer, M. (1996). *An Inquiry into the Experience of Bohm's Dialogue*. San Fransisco : Saybrooke Institute.
- Chapman, C. R., et Gavrin, J. (1993). La souffrance et sa relation avec la douleur. Dans D. J. Roy, et C. H. Rapin, *Les annales des soins palliatifs : Douleur et antalgie*. (pp. 3-22) Montréal : Centre de bioéthique, Institut de recherche clinique de Montréal.
- Chevrier, J. (2003). La spécification de la problématique. Dans B. Gauthier, *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*, (4 éd.) (pp. 51- 84). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal. Document consulté le 29 janvier 2009 de <http://classiques.uqac.ca/>.
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Inter Éditions.
- Collière, M. F. (1988). Une histoire usurpée...L'histoire des femmes soignantes. Dans Collière, M. F. et Diébolt, E. *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. Lyon: AMIEC.
- Collière, M. F. (1996). *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris : InterÉditions.
- Collière, M. F. et Diébolt, E. (1988). *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. Lyon: AMIEC.
- Daigle, J. (1991). Devenir infirmière: les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle. *Recherches féministes*, 4, 7-86. Document consulté d'Érudit.
- Daneault, S., Lussier, V. et Mongeau, S. (2007). *Souffrance et médecine*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- D'Asembourg, T. (2008). *Qui suis-je? Où cours-tu? À quoi servons-nous? Vers l'intériorité citoyenne*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- De Bruyne, P., Hermann, J. et De Schoutheete, M. (1974). *Dynamique de la recherche en sciences sociales : Les pôles de la pratique méthodologique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Défense nationale et les Forces canadiennes. (2009). *Les religions au Canada spiritualité autochtone*. Document consulté le 10 mars 2010 de <http://www.cmp-cpm.forces.gc.ca/pub/rc/rel/ns-sa-fra.asp>.
- Dejours, C. (2000). *Travail et usure mentale*. Paris : Bayard.
- Deschênes, P. (1990). *La modélisation de la structure de communication d'un groupe de travail et l'exploration en milieu organisationnel de son comportement d'ensemble*. Thèse de doctorat inédite. Québec : Université Laval.

- Deschênes, P. (1995). La modélisation de la structure de communication d'un groupe : un changement de paradigmes pour les études sur le groupe. *Revue Québécoise de Psychologie*, 16, 111 - 133.
- Deschênes, P. (2010). *Une étude de cas sur la pratique de gestion exercée par un professionnel de l'administration publique québécoise dans un rôle de chef d'équipe: un modèle du savoir pratiqué de gestion d'un chef d'équipe*, Québec: Rapport inédit de recherche déposé au Secrétariat du Conseil du trésor du gouvernement du Québec.
- Desgagné, S. (2005). Quelques clarifications des concepts de recherche participative, de recherche de collaborative et de recherche-action. Document consulté le 15 février 2010 de <http://rp.uqam.ca/rp/RP/larp.pdf>
- Desrosiers, Ge. (1999). Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51 ième Congrès de l'Institut d'Histoire de l'Amérique Française. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53. Document consulté d'Érudit.
- Desrosiers, G. (2009). Libérer les talents. *Perspective infirmière*, 6, 35-47.
- Dierckx de Casterlé, B., Milisen, K., et Darras, E. (2003). *La profession en crise? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers. Projet sur demande du Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement*. Belgique: Université catholique de Louvain. 100 p. Document consulté le 16 février 2010 de <http://www.hosp. ucl.ac.be/recherche/Rapport%20version%20finale.pdf>
- Do, K. L. (2003). *L'exploration du dialogue de Bohm comme approche d'apprentissage: une recherche collaborative*. Thèse inédite. Québec : Université Laval.
- Estryn-Behar, M. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Paris : Assistance publique – Hôpitaux de Paris. FIIQ (2008). Pour une pratique unifiée. *En action*, 21.
- Fischer, G. N. (1989). *Psychologie des espaces de travail*. Paris : Armand Colin.
- Fortin, P. et Parent, P. P. (2004). *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles*. Paris : L' Harmattan.

- Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy.* New York : Washington Square Press.
- Frankl, V. (1988). *Découvrir un sens à sa vie.* Montréal : Les Editions de l'Homme.
- Gasparutto, G. (1990). L'infirmière et la communication. *Les dossiers de l'infirmière magazine*, 3, V- XVI.
- Gaumer, B. (2008). *Le système de santé et des services sociaux du Québec.* Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données.* Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Génelot, D. (1992). *Manager dans la complexité-Réflexions à l'usage des dirigeants.* Paris : Insep Éditions.
- Gingras, J. M. (2000). Histoire de vie et créativité. Dans M. C. Josso, *La formation au cœur des récits de vie : Expériences et savoirs universitaires.* Paris : L'Harmattan.
- Gouvernement du Québec (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé,* projet de loi n 90, chapitre 33. Document consulté le 2 février 2009 de www.oiiq.org.
- Gouvernement du Québec (2010). *Adoption du projet de loi no 100 : « une réponse réaliste et équitable aux enjeux du Québec ».* Le ministre des Finances, monsieur Raymond Bachand. Document consulté le 22 juin 2010 de <http://communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQF/Juin2010/12/c4587.html>.
- Grand' Maison, J. (1978). *Quelle société ?* Montréal : Les Éditions Leméac.
- Grand' Maison, J. (2004). *Du jardin secret aux appels de la vie, réconcilier l'intérieurité et l'engagement.* Montréal : Fides.
- Harlow, S., et Cummings, R. (2002). Technologies and Levels of Learning: a Gregory Bateson Perspective. *Computers in the Schools*, 19, 95-100. Document consulté de Éric.
- Hawkins, P. (1991) The Spiritual of Learning Organization, *Management Education and Development*, 22, 172-187.

- Hedge, A. (1982). The Open Plan Office. A Systematic Investigation of Employee Reactions to their Work Environment, *Environment and Behavior*, 14, 519-542.
- Hesbeen, W. (2006). *Forum le dialogue au cœur du soin*. Congrès SIDIEF. Montréal.
- Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode de cas. Application à la recherche en gestion*, Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Hunter, K. et Giardino, I. (2007). Une question de sécurité des patients. *Recherche sur les politiques de santé*, 13, 26-29.
- Institut national de santé publique du Québec (2010). Site consulté le 18 janvier 2010 de <http://www.inspq.qc.ca/domaines/index.asp?Dom=70&Axe=75>.
- Isaac, W. (1999). *Dialogue and the Art of Thinking Together*. New-York : Currency.
- Jasseron, C., Estryn-Behar, M., Le Nezet, O. et Rahhal, I. (2006). *Les facteurs liés à l'abandon prématué de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle, analyse longitudinale des soignants de l'enquête*. Paris : Unité PRESST-NEXT, *Recherche en soins infirmiers*, 85, 46-64.
- Katz, D., et Kahn, R.L. (1978). *The Social Psychology of Organizations*. New York : John Wiley and Sons.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., et Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval : Beauchemin.
- Kristensen, T. (1996). Job Stress and Cardiovascular Disease: A Theoric Critical Review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 246-260.
- Laberge, C. (1999). *Le dialogue comme discipline de conversation stratégique : l'expérience du ministère du Développement des ressources humaines Canada*. Mémoire de M. Sc. en management. Montréal : HEC.
- Laîné, A. (1998). *Faire de sa vie une histoire*. Paris : Desclée de Brouwer.

- Lavoie -Tremblay, M., Viens, C. et Mayrand -Leclerc, M. (2002). *L'environnement de travail : un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers.* Québec: Presses inter universitaires.
- Lebfevre, S., Perreault, J.P. et Adib, S. (2001). Sens et spiritualité au travail. Une recherche exploratoire. *Théologiques*, 9, 117-134
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notions et étapes. Dans J.P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale du contenu. Méthode GPS et concept de soi.* Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Lemieux, R. (2000). *Misère de la religion, grandeur du spirituel.* Conférence, Congrès Événement 2000, le bilan de santé spirituel et du religieux.
- Lemieux, R. (2008). *Les quêtes de sens à travers les âges. Plénière Congrès du réseau des soins palliatifs du Québec.* Document consulté le 12 novembre 2009 de <http://www.reseaupalliatif.org>.
- Le Moigne, J. L. (1977). *La théorie du système général.* Paris : Les Presses Universitaires de France.
- Le Moigne, J. L. (2006). *La théorie du système général : théorie de la modélisation,* Collection Les classiques du réseau intelligence de la complexité. Document de www.mcxapc.org.
- Lescarbeau, R., Payette, M. et St-Arnaud, Y. (2003). *Profession: consultant.* Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Lheureux, M. S. (2005). Le caring au centre des préoccupations. *La Presse.* 31 mars.
- Lhotellier, A. et St-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche praxéologique. *Nouvelles pratiques sociales*, 7.

- Marchand, M. E. (2000). *L'exploration réflexive dans la pratique du dialogue de Bohm: une expérience avec des gestionnaires, conseillers et formateurs en gestion*. Thèse inédite. Montréal : Université de Montréal.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitative* (2e éd.). Paris : De Boeck.
- Morin, E. M. (1996). L'efficacité organisationnelle et le sens du travail. Dans Pauchant, T.C., *La quête de sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*. Montréal : Québec/Amérique presses HEC.
- Morin, E. M. (2008). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. *Santé psychologique* (R-543). Document consulté le 21 décembre 2009 de www.irsst.qc.ca
- Morin, E. M. et Aranha, F. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Montréal: IRSST (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail). Document consulté le 21 décembre 2009 de www.irsst.qc.ca.
- Mucchielli, A. (2006). *Étude des communications : Nouvelles approches*. Paris : Armand Colin.
- Musi, C. (2005). Le concept de souffrance en médecine : un modèle théorique, son application et son intérêt. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 9 - 23.
- Nadeau, J. G. (1986). *Problématiser pour comprendre et agir. Dans L'interprétation des données dans la recherche problématique qualitative*. Actes du colloque de l'association pour la recherche qualitative tenu à l'université du Québec à Trois-Rivières le 31 octobre. 99-119. UQTR : Jean-Marie Van Der Maren, Les publications de la faculté des sciences de l'éducation.
- OIIQ. (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*. Document consulté le 15 avril 2009 de www.oiiq.org.
- OIIQ. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier*. Montréal : OIIQ.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir*. Traduction française par Francine Major. Saint-Nicolas, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Patenaude, J. (1996). *Le dialogue comme compétence éthique*. Thèse inédite. Québec : Université Laval.
- Patenaude, J. (2002). Pour une compétence éthique : le modèle dialogique. *Intervention*, 117, 66-76.
- Pattakos, A. (2006). *Découvrir un sens à son travail*. Montréal : Les éditions de l'Homme.
- Pauchant, T.C. (1996). *La quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*. Montréal : Éditions Québec-Amérique.
- Pauchant, T. C. (2002). *Guérir la santé*. Montréal : Éditions Fides, Presses HEC.
- Pauchant, T. C. et Mitroff, I. I. (1995), *La gestion des crises et des paradoxes, prévenir les effets destructeurs de nos organisations*. Montréal : Éditions Québec-Amérique, Presses HEC.
- Pauchant, T.C., Morin, E. M, Gagnon, M., Cauchon, D. et Roy, Y (2003). Dynamiser le changement, l'apprentissage et l'éthique en organisation, Une évaluation de la discipline du dialogue. Article à être soumis à la *Revue Gestion*.
- Pepin, J. et Cara, C. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques*, 9, 34-46.
- Perrenoud, P. (2001). La pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche et Formation*, 36, 131-162. Document consulté le 7 mai 2009 de http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/phpmain/php_2001/2001_18.html#Heading2.
- Pilon, J.-M. (2005). L'accompagnement d'une recherche praxéologique de type science-action. Dans *Formation des adultes aux cycles supérieurs. Quête de savoirs, de compétences ou de sens*. (Chap. 3). (p. 70-99). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Pineau, G. et LeGrand, J. L. (1993). *Les histoires de vie*. Coll. Que sais-je? Paris : PUF.

- Pineault, G. et Jobert, G. (1989). *Les histoires de vie : Utilisation pour la formation.* Tome 1. Paris : L'Harmattan.
- Poirier, D. (2005). *Pratique infirmière en santé publique et communautaire.* Notes de cours. Document inédit. Chicoutimi : Université du Québec à Chicoutimi.
- Poirier, D. (2009). De la souffrance au dialogue. Dans J. P. Béland. *La souffrance des soignants.* Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Polit, D. F. et Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières.* Adaptation française par G. Loiselle. Saint-Laurent : Erpi.
- Priest, A. (2006). *Les maux qui affligen nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada.* Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 30 p. Document consulté le 4 mars 2007 de www.chsrf.ca.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre.* Paris : Éditions du Seuil.
- Robert, P. (2010). Le nouveau Petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Texte remanié par Josette Rey-Debove et Alain Rey. Paris : Le Robert.
- Rocheleau, L., Végiard, S., Tremblay, M. E., Camirand, J., Neill, G. et Traoré, I. (2008). *Regard croisé sur la satisfaction et les attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007.* Montréal : Institut de la statistique du Québec. Document consulté le 1 avril 2009 de www.stat.gouv.qc.ca.
- Rosnay, J. De. (1975). *Le macroscope.* Paris : Les Éditions du Seuil.
- St-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé, guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières.* Montréal : Les éditions de la Chenelière Inc.
- St-Arnaud, Y. (1992). *Connaître par l'action.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- St-Arnaud, Y (1995). *L'interaction professionnelle, Efficacité et coopération.* Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

- St-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté. Compétences pour intervenir en relations humaines*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : efficacité et coopération*. (2^e édition revue et corrigée). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Traduction française par J. Heyneman et D. Gagnon. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa : Statistiques Canada. Document consulté le 8 avril 2009 de www.statcan.ca.
- Sutton, L. (2007). *La recherche partenariale: le modèle de l'ARUC-ÉS et du RQPP-ÉS*. Montréal : Repro. - UQAM. Document consulté le 9 juin 2008 de www.aruc-es.uqam.ca.
- Tessier, R. (1996). *Le savoir pratiqué : Savoir et pratique du changement planifié*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, L., Vonarx, N., Simard, C., Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C. et Bourdonnais, R. (2006). *Aspects qualitatifs du lien entre les contraintes de l'environnement psychosocial de travail et la détresse psychologique : Des sujets en quête de rapports sociaux renouvelés*. GIROST: FRSC.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Traduction française par J. Bonnet. Paris : Seli Arslan.
- Watzlawick, P., J.H. Beavin, et Jackson, D.D. (1972). *Une logique de la communication* (traduction française). Paris : Les Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P., Weeland, J. et Fisch, R. (1975). *Changement : paradoxe et psychothérapie*. Traduction française. Paris : Les Éditions du Seuil.
- Wilden, A. (1983). *Système et structure : essais sur la communication et l'échange* (traduction française). Montréal : Les Éditions du Boréal Express.

Zeytinoglu, I. U. et Denton, M. (2005). *Main-d'œuvre satisfaite, main-d'œuvre fidèle: les effets du travail et de l'environnement de travail sur la satisfaction professionnelle, l'épuisement professionnel, la santé physique et le maintien du personnel des foyers pour aînés*. FCRSS. Document consulté le 13 février 2009 de www.fcrss.ca.

Appendices

Appendice A

La déclaration de consentement

Appendice A – La déclaration de consentement

Bonjour à vous,

À titre d'étudiante chercheure au doctorat en théologie pratique, volet praxéologie, responsable du projet de recherche « *Une démarche d'exploration réflexive sur le sens donné à leur pratique par des infirmières du milieu de la santé au Saguenay - Lac-Saint-Jean* », je suis tenue selon les règles de l'éthique, de vous fournir ainsi qu'aux membres du Comité éthique de la recherche de l'UQAC, toutes les informations nécessaires à ce que vous puissiez donner votre consentement éclairé relatif à votre participation à cette recherche.

C'est pourquoi nous allons dans ce document : préciser les raisons pour lesquelles vous êtes invitée à participer au projet; formuler une description du projet; faire part des avantages et des risques à participer à cette recherche; proposer des moyens pour conserver la confidentialité des données et recevoir votre autorisation pour la diffusion ou l'utilisation « *a posteriori* » des données recueillies et préciser les modalités relatives à votre participation ainsi que les signatures requises.

1. INVITATION À PARTICIPER AU PROJET

1.1 Raisons pour lesquelles vous êtes invitée à participer au projet

C'est à titre d'infirmière⁸ dispensant des soins à une clientèle dans le milieu de la santé que nous vous invitons à venir partager votre savoir pratiqué d'infirmière. Dans un contexte novateur d'un dialogue réflexif, nous nous intéressons particulièrement aux réflexions sur votre pratique des soins infirmiers, plus particulièrement sur le sens que vous donnez à cette pratique pour l'adapter et l'affiner au gré des situations changeantes et souvent imprévisibles.

2. DESCRIPTION DU PROJET

2.1 Objectifs de la recherche

Objectif général :

⁸ Dans le but d'alléger le texte, le genre féminin sera utilisé dans le document.

Cette étude de types exploratoire et descriptive s'intéresse aux différents sens donnés à votre pratique infirmière qui s'exerce dans un contexte professionnel et organisationnel actuellement en grande transformation. Le manque d'un espace et d'un temps, tant en milieu universitaire que clinique, pour réfléchir en profondeur sur votre pratique infirmière ne permet pas actuellement de bien saisir cette réalité de l'importance du sens qui transcende une pratique professionnelle.

C'est pourquoi nous vous invitons plus particulièrement à :

- à créer en groupe un espace et un temps de réflexion pour que vous puissiez réfléchir sur le sens donné à votre pratique infirmière actuelle;
- raconter, analyser et interpréter, selon une logique inductive, le sens donné à votre pratique infirmière et celle d'autres partenaires dans un contexte de dialogue afin d'identifier les multiples facettes du sens de cette pratique;
- dégager de ces composantes les ingrédients d'un savoir pratiqué ou d'une théorie d'usage portant sur le sens actuel d'une pratique infirmière en contextes professionnel et organisationnel en constante transformation;
- valider la pertinence d'intégrer ces ingrédients du sens donné à votre savoir pratiqué ou théorie d'usage et d'autres partenaires dans un programme de formation en sciences infirmières;
- relever, pendant et après l'expérience du dialogue, certains de ses effets;
- valider la pertinence d'intégrer la pratique du dialogue comme méthode d'apprentissage dans un programme de formation universitaire en sciences infirmières.

2.2 Exposé du rôle des méthodes de recherche concernant ou affectant la partenaire

Dans cette recherche de données qualitatives, nous avons l'intention d'utiliser les trois stratégies suivantes : le récit de pratique, le cercle de dialogue et le journal d'itinérance de votre cheminement réflexif.

2.3 Description des méthodes de recherche impliquant la partenaire

Récit de pratique

Dès le début de votre participation à cette recherche, vous serez sollicitée pour élaborer un récit de votre pratique infirmière. En premier lieu, cet exercice narratif vous aidera à amorcer votre démarche réflexive sur le sens donné à votre pratique. En second lieu, il apportera au groupe de dialogue une première collecte de données pour situer les thèmes qui seront abordés lors des cercles de dialogue afin de consolider votre démarche praxéologique de réflexion sur votre pratique professionnelle.

Cercle de dialogue

Par la suite, guidés par les modèles de Bohm (1996), Pauchant (2003) et de Marquis et Roy, initiateurs et animateurs de groupes de dialogue, les caractéristiques du cercle de dialogue que nous épouserons dans notre projet de recherche seront les suivantes :

- le lieu de la pratique du cercle de dialogue se trouvera dans un local de l'UQAC, à Chicoutimi, ce lieu pourrait toutefois être révisé si besoin;
- dans notre étude, nous visons la formation d'un groupe de 10 à 15 infirmières
- toutes les partenaires invitées sont des étudiantes en sciences infirmières qui pratiquent en milieu clinique et aussi des infirmières qui ne fréquentent pas l'université;
- il n'y aura pas de « *leader* » dans le cercle, sauf une facilitatrice dont le rôle sera de créer les conditions visant à optimiser votre démarche réflexive. La facilitatrice cherchera à éviter, par exemple, que le dialogue ne se transforme en débat ou en discussion plus traditionnelle, dans lequel les personnes tentent de se convaincre;
- à chaque cercle de dialogue, il n'y aura pas d'ordre du jour, mais uniquement la suggestion d'un thème issu des récits de pratique qui sera utilisé pour initier le dialogue. Voici quelques exemples de thèmes qui pourraient émerger des récits de pratique : les valeurs et attitudes humanistes à intégrer dans la pratique, l'éthique, l'épanouissement au travail, la relation entre collègues, le plaisir au travail, la dimension spirituelle, etc.;
- nous vous invitons à 6 rencontres ou cercles de dialogue, c'est-à-dire un cercle tous les 15 jours sur une période de 3 mois pour permettre l'atteinte des objectifs de cette recherche exploratoire. Il s'agit ici d'une limite de la recherche, car Bohm recommande 1 à 2 ans. Cette planification est inspirée par d'autres études (Marchand, 2000 et Do, 2003). S'il s'avérait nécessaire de changer quoi que ce soit à cette planification toutes les partenaires devront donner leur accord;
- lors d'un cercle de dialogue, nous vous inviterons à demeurer deux heures, soit : 1h30 minutes pour le dialogue, 20 minutes pour le retour post dialogue (commentaires et régulation) et 10 minutes pour une courte période d'écriture;
- s'il y a lieu, pour les besoins de l'étude, vous serez invitée également à participer à 1 ou 2 séances supplémentaires de trois heures entre co-chercheuses (*peer debriefing*, validation, ajout d'un thème, etc.);
- votre participation demeure volontaire tout au long de la recherche et aussi, à l'intérieur même du cercle de dialogue;
- en tant que partenaire vous serez assise de façon à faire un cercle avec les autres;
- un seul objet pour tout le groupe sera utilisé à chaque fois que vous désirerez prendre la parole (exemple : bâton ou autre objet symbolique). Une fois que vous aurez terminé de vous exprimer vous le déposerez au centre du cercle sur une petite table prévue à cet effet, lorsqu'une autre partenaire se sentira prête à intervenir elle pourra à ce moment le reprendre et refaire la même chose, cette façon de faire se poursuivra jusqu'à la fin du dialogue;

- vous acceptez l'enregistrement des dialogues pour permettre l'analyse de contenu thématique;
- vous pouvez vous retirer en tout temps de la recherche, mais pas nécessairement avec vos données, qui auront déjà fait l'objet d'un enregistrement ou d'un traitement. Ces données seront utilisées par la chercheure.

Journal d'itinérance :

Afin d'ajouter une dimension encore plus personnelle à votre démarche réflexive sur le sens donné à votre pratique actuelle et sur l'expérience du dialogue, vous serez invitée à colliger d'autres informations que vous partagerez avec la chercheure principale. Il s'agira pour vous de noter dans un journal d'itinérance qui vous sera fourni, ce que vous sentez, ce que vous pensez, ce que vous méditez, ce que vous retenez d'une théorie, d'une conversation, ce que vous construisez pour donner du sens à votre pratique infirmière. Dans le but d'amorcer l'écriture de votre journal, après chaque cercle de dialogue qui balisera votre itinérance dans notre projet de recherche, vous aurez à votre disposition une période de 10 minutes pour réaliser cette activité.

2.4 Déclaration sur la portée et les retombées envisageables des résultats de la recherche

Nos suppositions quant à la portée et aux retombées des résultats de notre recherche sont multiples. Ils permettront principalement :

- l'émergence d'un savoir caché approfondissant le sens de sa pratique infirmière actuelle;
- le développement de nouvelles compétences relationnelles dans la pratique du dialogue;
- l'identification des multiples facettes du sens d'une pratique infirmière actuelle qui s'exerce dans un contexte de travail en grande transformation;
- la validation de la pertinence d'intégrer ces ingrédients du sens d'un savoir pratiqué d'infirmières dans un programme de formation universitaire en sciences infirmières;
- la connaissance de certains effets de la pratique du dialogue chez les partenaires;
- la validation de la pertinence d'intégrer la pratique du cercle de dialogue comme méthode d'apprentissage dans un programme de formation universitaire en sciences infirmières.

3. ÉVALUATION DES AVANTAGES ET DES RISQUES

3.1 Énoncé des résultats prévisibles de l'étude

a) Les avantages pour les partenaires (même l'absence d'avantage doit être indiquée, le cas échéant)

Notre réflexion et celles d'autres chercheurs ayant déjà expérimenté le cercle de dialogue nous permettent de croire que vous pourrez bénéficier de certains des avantages suivants à participer à cette recherche. Il s'agit principalement :

- d'expérimenter la pratique d'une activité praxéologique favorisant l'exploration réflexive;
- d'utiliser un espace et un temps pour réfléchir et donner un sens à votre pratique comme infirmière;
- d'apprendre par la démarche réflexive de vos pairs;
- de construire votre propre modèle ou votre savoir sur le sens émergeant de votre pratique.
- de mettre en pratique les connaissances acquises tout au long de la démarche de recherche;
- de pratiquer le respect, la suspension, l'écoute et l'expression (4 principes du dialogue de Bohm);
- de pratiquer l'exploration réflexive, l'acceptation des différences et le questionnement en groupe;
- d'apprendre à être ensemble, à partager et à comprendre d'autres expériences;
- de participer au développement de connaissances en sciences infirmières.

b) Les avantages pour la discipline

Quelques avantages pour la discipline infirmière et la théologie pratique sont :

- la production d'un savoir pratiqué original sur le sens donné à sa pratique infirmière actuelle enrichissant le champ disciplinaire des sciences infirmières et la perspective humaniste de la théologie pratique;
- l'accès à ce savoir pratiqué que l'on retrouvera dans la thèse de doctorat qui s'inscrit dans différentes perspectives issues d'une réflexion rigoureuse et cohérente, distinct d'un savoir homologué et généralisable;
- l'accès également, en raison d'une grande quantité de données, à la mise au jour de différentes problématiques pouvant faire l'objet de futures démarches de recherche.

c) Les avantages pour la société

Une prise de conscience des différents sens humain, éthique, scientifique, technique, etc., dans la pratique quotidienne d'infirmières confrontées aux nombreuses transformations professionnelles et organisationnelles actuelles représente un avantage appréciable pour

l'ensemble de la société en droit de recevoir des soins teintés d'humanisme et d'un savoir-faire de grande qualité.

3.2 S'il y a lieu, une description des risques prévisibles au plan psychologique, physique, social ou autre.

De plus, même si la pratique du dialogue s'est avérée positive à ce jour, certains risques potentiels pouvant porter atteinte au plan psychologique, social ou autre peuvent se manifester. Pour que vous puissiez donner votre consentement éclairé relatif à votre participation à cette recherche, nous tenons à vous avertir des risques suivants :

- participer à l'écriture d'un récit de pratique, à un journal d'itinérance ainsi qu'à six cercles de dialogue exigent un don de soi, mais aussi un don de temps important;
- le dialogue, étant un espace d'apprentissage pour vous distancer, vous permettre d'explorer d'autres paradigmes, croyances, conceptions sur la pratique infirmière, est un exercice qui peut parfois être inconfortable;
- prendre conscience de vos présupposés et la mise au jour de vos jugements risque de soulever un enjeu important autour du dévoilement de soi et d'une certaine vulnérabilité. Par exemple : lorsqu'une partenaire partage ce qu'elle croit vraiment, son geste peut s'accompagner d'une vulnérabilité et d'un sentiment qu'elle pourrait être jugée par les autres (Pilon, 2005);
- une réflexion qui favorise une prise de conscience de ses agir professionnels peut amener un sentiment de culpabilité, un risque de déséquilibre et de confusion;
- si des soins de nature psychologiques, en lien avec les activités de cette étude, devenaient nécessaires, nous vous invitons à utiliser les services d'une ou d'un professionnel qui est rattaché au PAE (programme d'aide aux employés-es) de votre établissement de santé. Afin de recevoir de plus amples informations quant à son accès, nous vous conseillons de communiquer avec le service du personnel de votre établissement;
- dans le cadre de cette étude, une autre ressource vous est offerte. Il s'agit d'utiliser le service donné à la Clinique de psychologie de l'UQAC. Les frais reliés à deux consultations pourront être réclamés à la chercheure principale.

Voici les coordonnées mises au jour en janvier 2009:

Clinique de psychologie, Pavillon des Humanités, UQAC

Local : H3-1140 Téléphone: 418-545-5024 # 5024

Horaire: lundi au vendredi : 8:30 à 12:00 et 13:00 à 16:30, de janvier à mai : 16:30 à 20:00

Coûts: \$ 25.00 entrevue d'accueil, \$20.00 si statut d'étudiant à l'UQAC. \$25.00 si

clientèle externe.

4. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS

4.1 S'il y a lieu, la liste des dispositions prise pour sauvegarder l'anonymat et la confidentialité.

Dans cette étude, 3 niveaux seront considérés. Il s'agit :

- D'un premier niveau entre les partenaires :

Considérant certaines particularités reliées au cercle de dialogue que nous utiliserons pour recueillir des données dans notre étude, l'établissement d'un code d'éthique pour le groupe qui renvoie à des règles, des devoirs, et des principes découlant de valeurs promues s'avère nécessaire. Proposé par la chercheure principale, celui-ci visera, plus particulièrement à assurer la confidentialité entre les partenaires, encourager les attitudes individuelles de respect, d'empathie, d'attention, de réceptivité, de sollicitude et de reciprocité. Le code d'éthique suivant devra être accepté et signé par toutes les partenaires.

Code d'éthique pour les cercles de dialogue

La participation à des cercles de dialogue favorisant l'exploration réflexive visant la construction personnelle et collective du sens donné à sa pratique infirmière exige une implication personnelle importante et comporte des règles éthiques vis-à-vis vous-même et les autres personnes. C'est pourquoi, le code d'éthique exigé par cette démarche est extrêmement important. En voici les principales règles inspirées de Laîné (1998).

Le respect de soi. Le récit de soi, sous formes écrite ou orale, n'est pas chose facile pour toutes et demande une capacité d'implication personnelle et d'introspection importantes. Toutefois, vous demeurez entièrement libre d'exprimer seulement ce que vous désirez. Il est important de respecter vos limites en faisant authentiquement des choix sur ce que vous voulez communiquer ou ne pas communiquer.

Le respect de l'autre. Vous aurez à écouter et à partager avec d'autres personnes des témoignages et cela doit se faire dans le plus grand respect. Il ne s'agit en aucun cas de porter des jugements ou de faire des interprétations de quelque

nature que ce soit. La démarche de groupe est importante parce que le récit sur l'expérience de l'autre peut vous faire découvrir des choses par rapport à votre propre récit, auxquelles vous n'auriez pas pensé.

Le respect de la confidentialité. Il va de soi que cette règle est incontournable. Tout ce qui sera échangé entre vous et les autres partenaires ainsi qu'entre les personnes de l'équipe de recherche demeure confidentiel. Nous vous référons à la déclaration de consentement que nous avons co-signée et qui fait partie de la certification éthique exigée par le comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi.

- D'un deuxième niveau avec les milieux cliniques :

Aucun nom d'établissement ni aucun indice pouvant les identifier ne seront mentionnés de façons orale et écrite.

- D'un troisième niveau entre la chercheure principale et les partenaires :

Lors de la transcription des *verbatim*, un pseudonyme pourra vous être attribué et toutes autres informations pouvant permettre votre identification seront retirées.

4.2 Description du consentement requis de la partenaire relativement aux données recueillies avec cette dernière

Les points suivants visent à vous informer sur le traitement que nous ferons en regard des données que vous partagerez :

- une fois colligée, la confidentialité de vos données sera assurée par le changement de votre nom qui ne sera pas cité en cours de route, ni dans le processus de validation chercheure-infirmières, ni dans le rapport final. L'anonymat ou le changement de votre nom sera conservé en tout temps si publication;
- les enregistrements des dialogues sur audiocassettes et leur conversion en documents écrits et fichiers électroniques sur clé USB seront doubles. Ces documents seront conservés sur une période de sept ans après le dépôt de la thèse. Passé ce délai, ils seront détruits. Une version de ces types de documents sera conservée, en lieu sûr dans un classeur sous clé situé dans le bureau du directeur de thèse à l'UQAC et l'autre version, dans un classeur sous clé situé dans le bureau de la chercheure principale situé à l'UQAC, qui est également professeure en sciences infirmières;
- tout au long de la démarche de recherche, ces documents ainsi que votre récit de pratique, votre journal d'itinérance, vos courriels, s'il y a lieu, qui seront imprimés

en format papier et autres notes diverses écrites seront traités avec confidentialité et classés sous clé. Les données en format électronique, comme les fichiers des *verbatim*, seront accessibles dans l'ordinateur uniquement par l'utilisation d'un mot de passe;

- grâce à l'utilisation d'un pseudonyme, votre récit de pratique, ainsi que votre journal d'itinérance sur lesquels vous aurez pris soin d'inscrire votre pseudonyme, vous seront remis lors du dépôt de la thèse. Si cela s'avère impossible, ces documents seront détruits. Les courriels qui auront été imprimés en format papier et toutes autres notes diverses écrites et électroniques seront également détruits immédiatement après le dépôt de la thèse.

4.3 Autorisation de la partenaire touchant la diffusion ou l'utilisation « *a posteriori* » des données recueillies.

Sous le couvert de la confidentialité, en tant que partenaire à cette recherche, vous nous autorisez à ce que l'on utilise les informations que vous partagerez pour la diffusion « *a posteriori* ».

5. MODALITÉS RELATIVES À VOTRE PARTICIPATION

5.1 Détails sur les compensations

- Dans le but d'assurer un certain confort, des breuvages et des aliments vous seront offerts lors des cercles de dialogue.
- Des calepins et des crayons vous seront remis.
- Nous répétons que si des soins de nature psychologiques, en lien avec les activités de cette étude, devenaient nécessaires, nous vous invitons à utiliser les services d'une ou d'un professionnel qui est rattaché au PAE (programme d'aide aux employés-es) de votre établissement de santé. Afin de recevoir de plus amples informations quant à son accès, nous vous conseillons de communiquer avec le service du personnel de votre établissement.
- Dans le cadre de cette étude, une autre ressource vous est offerte. Il s'agit d'utiliser le service donné à la Clinique de psychologie de l'UQAC. Les frais reliés à deux consultations pourront être réclamés à la chercheure principale.

5.2 Déclaration sur l'accessibilité ou non des résultats de la recherche (ou des épreuves) pour la partenaire.

Tout en considérant les règles d'éthique établies pour réaliser cette étude, l'accessibilité aux résultats de la recherche sera possible. Des résumés des dialogues et des journaux d'itinérance pourront également vous être remis à la suite des cercles de dialogue.

5.3 Déclaration sur la protection d'assurance accordée ou non à la partenaire.

Dans le cadre de cette recherche, aucune protection d'assurance particulière n'est accordée à la partenaire.

5.4 Permission pour la chercheure de retirer la partenaire de la recherche.

S'il s'avérait que certains de vos comportements soient jugés non adaptés selon le code d'éthique proposé pour la bonne marche des cercles de dialogue, la chercheure se réserve le droit après un avis verbal de vous retirer de la recherche.

5.5 Autorisation pour la partenaire de se retirer en tout temps de la recherche sans préjudice à ses droits.

Vous pouvez vous retirer comme partenaire dans la recherche en tout temps sans préjudice à vos droits. Nous vous rappelons toutefois que les données que vous aurez déjà partagées et qui auront fait l'objet d'un enregistrement ou d'un traitement ne pourront être retirées de la recherche parce qu'elles seront fondues aux autres données, donc non retracables. D'autre part, si vos documents, récit de pratique et journal d'itinérance, se trouvent en possession de la chercheure au moment de votre départ ils vous seront remis.

5.6 Droit de la partenaire d'obtenir, avant et pendant l'étude, réponse aux questions qu'elle peut avoir à poser à la responsable de la recherche.

En tout temps, cette adresse de courriel (danielle_poirier@uqac.ca) peut être utilisée si vous nécessitez une réponse à vos questions par la responsable de la recherche. De plus, pour toute question concernant l'éthique de la recherche à l'Université, vous pouvez contacter le président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, monsieur Jean-Pierre Béland au 545-5011, poste 5219.

6. SIGNATURES REQUISES

6.1 La partenaire signe et date le document

Je déclare avoir reçu toutes les informations, avoir eu suffisamment de temps pour réfléchir et reçu des réponses à mes questions en vue de mon consentement éclairé et accepte volontairement de participer à l'étude.

Signature de la partenaire

Date

6.2 La chercheure signe et date le document

Je déclare avoir expliqué tous les aspects de l'étude à la partenaire susmentionnée ainsi qu'avoir recherché son consentement éclairé.

Signature de la chercheure

Date

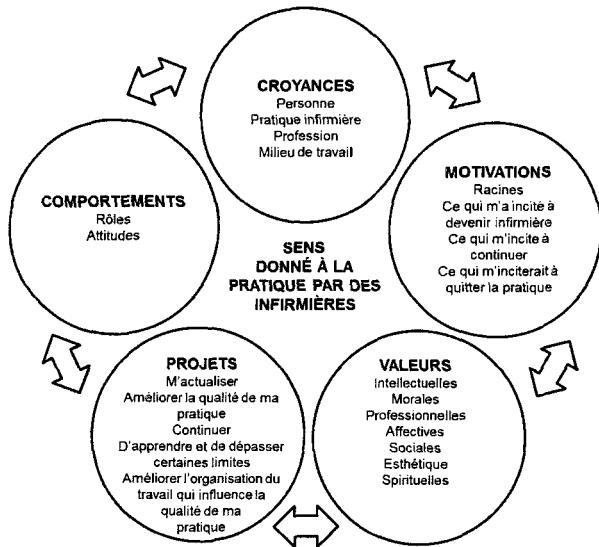
6.3 Une copie du consentement vous est fournie :

Une copie est remise à la partenaire : ()

Appendice B

Le résumé du sens donné à la pratique par des infirmières

Appendice B – Le résumé du sens donné à la pratique par des infirmières



Comportements

Mes rôles : Aider des personnes et soulager la souffrance. Assurer des soins de base et pratiquer la relation d'aide. Faire la différence dans la vie de personnes malades Chercher à comprendre, avoir un bon jugement clinique et donner des bons soins. Enseigner et assurer le suivi. Travailler en équipe.

Mes attitudes : Être dévoué. Être humaine et professionnelle. Être empathique. Faire preuve de dynamisme. Être chaleureuse et souriante. Être capable de rire avec les autres et rire de soi.

Croyances

Sur ma personne : Croire en soi et en son potentiel créatif. Avoir confiance en soi, en ses capacités d'organisation et d'adaptation. Exprimer ses émotions. Se respecter. Considérer ses limites personnelles. Se questionner. Savoir s'affirmer et savoir lâcher prise.

Sur ma pratique infirmière : Avec le temps, les compétences se développent. Les responsabilités et la prestation des soins sont de plus en plus complexes. Il est rare que l'on ait le temps de toucher ou d'écouter un patient qui a besoin de se confier. L'infirmière dans sa pratique est la plupart du temps en relation avec une ou des personnes. Enseigner aux patients exige de prendre du temps. L'information non uniforme donnée aux patients et un manque de rétention par ceux-ci causent problèmes. Le domaine de la prévention est aussi intéressant que le curatif. Travailler en dyade est un bon moyen pour assurer une bonne qualité des soins. Il est difficile de se faire déléguer des actes médicaux. Un rapport hiérarchique infirmière/médecin persiste et influence la pratique.

Sur la profession : Il y a une grande fierté à exercer la profession d'infirmière. Un chevauchement des différents paradigmes du sens donné à la profession. Les infirmières ne s'assument pas suffisamment. Une profession hautement considérée mais peu valorisée et respectée dans les faits. Il y a un manque de *leadership* infirmier.

Sur le milieu de travail : Un début difficile dans la profession. Le fait de côtoyer tous les jours des malades, tristes, angoissées et qui ont à faire des deuils c'est difficile, mais c'est aussi plus difficile lorsque la charge de travail s'alourdit. Le contexte de travail est de plus en plus difficile. Le climat de travail négatif devenu lourd est difficile à ignorer. Une cohabitation de plusieurs générations amène des conflits. Le temps supplémentaire obligatoire est inhumain. Une mobilité du personnel peut occasionner un problème de compétences. Le discours dominant est axé sur les restrictions budgétaires. Il y a un manque de reconnaissance envers la profession et une différence dans l'exercice des rôles entre infirmières. Il y a un rapport inégal entre collègues. Il y a un manque de pouvoir pour améliorer les conditions de travail. C'est difficile d'améliorer et de partager son savoir pratiqué. Il y a un manque de soutien à la formation continue. Il y a de la déception mais aussi de l'espoir. Il y a de la déception en fin de carrière.

Motivations

Les racines de mon identité professionnelle : La présence d'une infirmière dans mon environnement. Le fait de soigner une personne malade dans ma famille.

Ce qui m'a incité à devenir infirmière : Une propension à donner des soins. Un intérêt pour la biologie. Une expérience olfactive. L'accès à un programme de formation à proximité. Le fait de travailler dans un hôpital au préalable. Le soutien de mes proches.

Ce qui m'incite à continuer ma pratique infirmière :

Avoir du soutien de la part d'un professeur et d'une collègue pour développer ses compétences. Être satisfaite de mon travail. Être auprès des patients et apprendre. La reconnaissance des autres. Avoir de bonnes relations avec les autres. Avoir du plaisir et rire lorsque c'est pertinent. Avoir un travail stimulant et faire face à diverses situations cliniques. Avoir un poste stable, un horaire de travail satisfaisant et la possibilité d'être autonome.

Ce qui m'inciterait à quitter la pratique : Le jour où je n'aurai plus la flamme. Si un membre de ma famille était malade. Si je faisais une faute professionnelle. Le temps supplémentaire obligatoire. Le domaine des soins m'incite à vouloir changer de secteur. Lorsqu'il se présente une opportunité qui permet d'améliorer ses conditions de vie. Les conditions de travail difficiles.

Valeurs

Intellectuelles : Apprendre, s'instruire et développer ses connaissances. Apprendre dans un autre domaine que les sciences infirmières. Partager des connaissances avec un patient.

Morales : Le respect. L'intégrité. L'honnêteté. La liberté.

Professionnelles : La qualité des soins. Les résultats des soins.

Affectives : L'amour. Le plaisir au travail. Le climat positif au travail. La sécurité. La famille. Le patient. Les membres de l'équipe. Les amies. La communication. L'empathie. La fidélité.

Esthétiques : Bien paraître.

Spirituelles : Spiritualité. Foi.

Projets

Continuer de m'actualiser comme personne : Être heureuse, vivre pleinement, foncer, relever des défis et oser. Continuer à travailler parce que j'aime ce que je fais. Continuer d'alimenter ma passion des soins.

Continuer d'améliorer la qualité de ma pratique infirmière : Demeurer humaine. Être ouverte au changement. Garder du temps pour être avec mes patients. Prendre le temps de m'arrêter pour que les personnes reçoivent les soins comme il se doit. Continuer de me battre pour avoir une belle carrière et de bonnes conditions de travail.

Continuer d'apprendre et de dépasser certaines limites de ma pratique infirmière actuelle : Continuer d'apprendre, mieux documenter ma pratique infirmière. Créer des cliniques pour soigner les problèmes de santé courants.

Améliorer l'organisation du travail qui influence la qualité de ma pratique infirmière : Repenser l'organisation des soins infirmiers. S'impliquer pour améliorer les conditions de travail. Consulter les différentes instances ou ressources d'aide s'il y a un problème. Avoir des aidants dans le milieu de travail.

Appendice C

Le questionnaire d'évaluation des effets du dialogue réflexif

*Appendice C - Le questionnaire d'évaluation des effets du dialogue réflexif***Questionnaire**

Pseudonyme : _____

Âge : _____

Années d'expérience : _____

Participation au dialogue réflexif

NB : Vous pouvez utiliser plus d'espace si besoin, il suffit d'agrandir les fenêtres et utiliser d'autres pages.

La pratique du dialogue réflexif a eu quels effets (opinions, comportements, etc.) :

Sur vous ?

Sur votre vision de la profession?

Dans votre pratique infirmière quotidienne?

Dans votre milieu de travail?

Quels sont vos commentaires sur les méthodes de la recherche :

Sur le récit de pratique?

Sur le cercle de dialogue?

Avez-vous trouvé pertinent :

Le lieu de la rencontre à l'UQAC ?

Le temps alloué aux cercles de dialogue, 1h30 ?

L'intervalle des cercles aux deux semaines ?

Le journal d'itinérance?

Si vous avez répondu non à une de ces questions, quel changement proposez-vous ?

Recommanderiez-vous la formation de cercles de dialogue?

Dans un programme de formation en sciences infirmières?

Pourquoi?

Pour des collègues en milieu de travail?

Pourquoi?

Pour des infirmières de différents milieux de travail, ouvert sur invitation et selon le modèle actuel?

Serait-il pertinent d'utiliser le contenu (anonyme) issu de notre dialogue dans un programme de formation en sciences infirmières?

Pourquoi?

Suite à votre expérience du dialogue réflexif :

Que retenez-vous de cette expérience de réfléchir sur votre pratique ?

Est-ce que vous aimeriez avoir l'opportunité de continuer à réfléchir sur votre pratique ?

Pourquoi?

Comment cela pourrait-il se faire?

Merci pour votre collaboration!

Danielle Poirier

Appendice D

Le résumé des effets du dialogue réflexif

Appendice D – Le résumé des effets du dialogue réflexif

