

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

UMI[®]

Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600



Université d'Ottawa • University of Ottawa

**LE *CARING* COMME INDICATEUR EN ÉVALUATION DE LA QUALITÉ
DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

Par: Jocelyne Blais

Thèse présentée à l'École des études supérieures et de la recherche
de l'Université d'Ottawa
en vue de l'obtention de la maîtrise ès arts en Éducation

Ottawa, Canada, 1998

© Jocelyne Blais, Ottawa, Canada, 1998



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

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

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-38736-4

LE *CARING* COMME INDICATEUR EN ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

RECONNAISSANCE

Je désire témoigner ma profonde reconnaissance à la professeure Renée Forgette-Giroux qui a su, avec rigueur et souplesse, guider ma réflexion, susciter ma créativité et soutenir ma motivation. Son professionnalisme, son ouverture d'esprit et sa disponibilité m'ont permis de vivre une expérience d'apprentissage des plus riches. Je partage avec elle la fierté que me procure la réalisation de ce projet.

Je tiens à remercier les infirmières qui ont gracieusement accepté de jouer le rôle d'experts ainsi que M. Gilles Gélinas, directeur général d'un CLSC de l'Outaouais pour m'avoir facilité l'accès au système d'information de son établissement. Je désire exprimer ma gratitude aux clients qui, ayant reçu des services infirmiers à domicile, ont généreusement accepté de participer à cette recherche, sans eux, ce projet n'aurait pu se réaliser.

Enfin je ne saurais passer sous silence la complicité, l'encouragement et la compréhension que j'ai reçu de ma famille, de mon mari Michel, de mes deux enfants Maxim et Joëlle, de ma belle-mère Fernande. Leur support inconditionnel fut pour moi une source de motivation et un élément déterminant dans la réussite de ce projet. Un merci tout spécial à Lise, Daniel et Lucie pour le support technique et moral en situation de crise, votre aide a fait toute la différence.

LE *CARING* COMME INDICATEUR EN ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

RÉSUMÉ

En dépit de l'urgence d'évaluer la qualité des soins infirmiers en santé communautaire, ce domaine de recherche demeure peu exploré. L'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire exige un cadre de référence capable de tenir compte des réalités inhérentes à l'exercice infirmier communautaire. Dans un domaine où les habiletés relationnelles ont préséance sur les habiletés techniques, le cadre de référence supportant l'évaluation doit faire une place prépondérante à la relation infirmière-client. Dans ce contexte, le concept du *caring*, tel que définit par Watson, apparaît un indicateur pertinent de la qualité des soins infirmiers. S'appuyant sur la théorie de Watson, cette recherche descriptive a pour but d'identifier les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients en santé communautaire comme démontrant du *caring*. Pour ce faire, une liste de 98 items correspondants aux dix facteurs de *caring* fut élaborée. Des 684 clients francophones ayant reçu des soins infirmiers à domicile dans un CLSC de l'Outaouais, 158 retournèrent le questionnaire dûment rempli. Les résultats obtenus permettent de déterminer la valeur relative des comportements infirmiers et des dix facteurs de *caring*, telle qu'attribuée par les répondants. Ainsi, les clients en santé communautaire placent en première priorité les comportements infirmiers qui sont empreints d'humanisme et qui témoignent de la compétence relationnelle de l'infirmière. Les résultats suggèrent également l'existence de différences dans les perceptions selon les besoins de santé, l'âge et le degré de scolarité des participants. Le concept de *caring* apparaît un indicateur de qualité valable et devrait être intégré à un modèle d'évaluation de la qualité en soins infirmiers en santé communautaire.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre	Page
INTRODUCTION	
A. Problématique	1
B. Définition des termes	9
I. CADRE CONCEPTUEL	
A. Théorie de Watson	12
1. Concept du <i>caring</i>	12
2. Postulats du <i>caring</i>	15
3. Facteurs de <i>caring</i>	16
4. Conclusion	23
B. Recension des écrits	25
1. Recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du <i>caring</i>	25
1.1 Perceptions des clients	25
1.2 Perceptions des infirmières	30
1.3 Perceptions de la dyade infirmière-client	33
2. Recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du <i>caring</i> et utilisant la théorie de Watson	36
3. Conclusion	44
C. Questions de recherche	47

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre	Page
II. MÉTHODOLOGIE	
A. Population et échantillon	49
1. Description de la population	49
2. Caractéristiques de l'échantillon	52
B. Instrumentation	57
1. Procédure d'élaboration du questionnaire	57
2. Validité du questionnaire	59
3. Fidélité du questionnaire	61
C. Procédure de collecte et d'analyse des données	62
III. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	
A. Première question de recherche	66
B. Deuxième question de recherche	79
C. Troisième question de recherche	89
IV. CONCLUSION	
A. Résumé	96
B. Contributions et limites	100
C. Recherches futures	101
BIBLIOGRAPHIE	103

LISTE DES ANNEXES

	Page
A. Document de consultation soumis aux experts en soins infirmiers	113
B. Approbation du comité de déontologie de l'Université d'Ottawa	138
C. Autorisation du Directeur Général du CLSC	140
D. Questionnaire sur les comportements infirmiers démontrant du <i>caring</i> en santé communautaire	142

LISTE DES TABLEAUX

	page
Tableau 1. Recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du <i>caring</i>	46
Tableau 2. Retour des questionnaires	53
Tableau 3. Caractéristiques démographiques de l'échantillon total (n=158)	54
Tableau 4. Caractéristiques démographiques de l'échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)	55
Tableau 5. Caractéristiques démographiques de l'échantillon programme maintien à domicile (n=105)	56
Tableau 6. Répartition des items en fonction des facteurs de <i>caring</i>	60
Tableau 7. Valeurs alpha de Cronbach pour chaque facteur de <i>caring</i> et pour l'instrument	62
Tableau 8. Comportements infirmiers présentant une moyenne supérieure à 4.5 Échantillon total (n=158)	68
Tableau 9. Comportements infirmiers présentant une moyenne inférieure à 4.0 Échantillon total (n=158)	70
Tableau 10. Comportements infirmiers présentant une moyenne supérieure à 4.5 Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)	72
Tableau 11. Comportements infirmiers présentant une moyenne inférieure à 4.0 Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)	74
Tableau 12. Comportements infirmiers présentant une moyenne supérieure à 4.5 Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	76
Tableau 13. Comportements infirmiers présentant une moyenne inférieure à 4.0 Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	77
Tableau 14. Rang, moyenne et écart-type pour chacun des facteurs de <i>caring</i> Échantillon total (n=158)	80

LISTE DES TABLEAUX	page
Tableau 15. Rang, moyenne et écart-type pour chacun des facteurs de <i>caring</i> Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)	83
Tableau 16. Rang, moyenne et écart-type pour chacun des facteurs de <i>caring</i> Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	84
Tableau 17. Priorités accordées aux facteurs de <i>caring</i> selon le programme	85
Tableau 18. Comparaison entre les résultats de la présente recherche et ceux obtenus lors des recherches antérieures	87
Tableau 19. Rang des moyennes de chacun des facteurs de <i>caring</i> en fonction de l'âge Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)	90
Tableau 20. Rang des moyennes de chacun des facteurs de <i>caring</i> en fonction de l'âge Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	91
Tableau 21. Rang des moyennes de chacun des facteurs de <i>caring</i> en fonction du sexe Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	92
Tableau 22. Rang des moyennes de chacun des facteurs de <i>caring</i> en fonction du niveau de scolarité Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)	93
Tableau 23. Rang des moyennes de chacun des facteurs de <i>caring</i> en fonction du niveau de scolarité Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	94
Tableau 24. Rang des moyennes de chacun des facteurs de <i>caring</i> en fonction du nombre de visites à domicile reçues Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53) Échantillon programme maintien à domicile (n=105)	95

INTRODUCTION

A. Problématique

De nos jours, l'évaluation de la qualité est devenue une préoccupation universelle.

Confrontés à des déficits budgétaires incontrôlés, les gouvernements et les entreprises du monde industriel doivent produire plus et mieux et ce, avec des ressources de plus en plus limitées. Cette réalité s'observe dans toutes les sphères de l'activité humaine et, le domaine de la santé n'échappe pas à cette règle. L'urgence et la complexité des problématiques en matière de santé, les coûts exorbitants engendrés par ces services, le développement technologique accéléré, l'insatisfaction grandissante des consommateurs et des payeurs de services, les exigences légales et sociales encadrant les pratiques professionnelles, sont autant de facteurs qui poussent les intervenants de la santé à évaluer la qualité des soins et des services offerts. Toutefois, bien que l'urgence d'évaluer la qualité soit reconnue de tous, la démarche évaluative elle-même, demeure une entreprise complexe qui soulève passion et controverse. En effet, l'abondance et la diversité des opinions ainsi que le manque de consensus constatés dans la littérature démontrent de façon fort éloquente que le concept de qualité peut-être évalué sous de multiples aspects, selon le contexte, l'intention, la démarche, le cadre théorique, la mesure, les indicateurs et les individus impliqués. Le concept de qualité peut se définir en termes de pertinence, de compétence, d'efficacité,

L'emploi exclusif de la forme masculine dans ce document ne vise qu'à alléger le texte et n'exclut aucunement les femmes. Le terme infirmière inclut le masculin.

d'efficience ou d'excellence. L'évaluation de la qualité peut interroger la structure, la démarche, les résultats; elle peut également refléter le point de vue des clients, des administrateurs et des professionnels. Malgré ces nombreuses possibilités, un fait demeure, la justesse des résultats obtenus repose sur la congruence existant entre les différentes étapes de la démarche évaluative, à savoir, l'intention, la mesure, le jugement et la décision (Lussier, 1992). Considérant que le concept de qualité fait référence à un ensemble de caractéristiques qui forment ce que l'on pourrait appeler "l'équation de la qualité", le choix des indicateurs correspondant à ces caractéristiques apparaît une étape essentielle de la démarche évaluative. Cette recherche qui s'intéresse à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire, s'attarde à l'une des caractéristiques de l'équation qualité, c'est-à-dire à l'aspect relationnel de l'exercice infirmier et propose le concept de *caring*, tel que conçu par Watson, comme indicateur de qualité.

Bien que l'évaluation de la qualité ne soit pas une nouveauté en sciences infirmières (déjà au 19^e siècle, Florence Nightingale utilisa des mesures pour évaluer la qualité des soins administrés aux malades), ce n'est qu'autour des années 1960 que ce concept s'est étendu du secteur industriel au domaine de la santé. Depuis, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers s'est principalement concrétisée à travers l'action des corporations professionnelles, des systèmes d'agrément des établissements, des associations et regroupements professionnels et par le biais de législations spécifiques. Les recherches empiriques ont également contribué à enrichir les connaissances mais demeurent peu nombreuses (Bull, 1985; Flynn & Ray, 1979; Schmele, 1985). D'ailleurs, dans les faits, très peu d'établissements de santé québécois utilisent un modèle pour évaluer de façon systématique la qualité des soins infirmiers dispensés (Chagnon, 1992; Ordre

des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 1994). Une enquête menée auprès des infirmières oeuvrant en Centre local de services communautaires (CLSC), confirme le vide constaté dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire au Québec:

Dans 94% des centres, il n'existe pas de programme d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, ni d'outils, ni de méthodes à cet effet afin d'améliorer la nature des interventions et d'accroître les résultats auprès des usagers. Les infirmières de CLSC partent donc à zéro dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins et leurs ressources pour créer ou adapter des outils sont très limitées... Dans une proportion de 81%, il ne se fait pas non plus d'évaluation de la compétence des infirmières, dans le but de maintien et de développement professionnel. (OIIQ, 1994, p. 14)

En dépit d'une littérature limitée, la recension des écrits dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers permet de faire certaines constatations. Les recherches effectuées sont issues du domaine hospitalier et la littérature traitant spécifiquement de la santé communautaire demeure très limitée (Ackerman, 1994; Engle & Bardauskas, 1979; Kristjason & Chalmers, 1991; Salmon & Peoples-Sheps, 1989; Schroeder, 1988; Shamansky, 1991; Zlotnick, 1992). Les rares initiatives locales américaines produites en santé communautaire sont difficilement adaptables à la réalité québécoise, compte-tenu du contexte socio-politique fort différent (Flynn & Ray, 1991). La grande majorité des travaux repose sur le cadre d'analyse développé par Donabedian (1980a, 1980b) pour les soins médicaux: structure-processus-résultats. Il existe une confusion terminologique marquée ainsi qu'une absence de consensus quant à une définition claire et précise du concept même de qualité, d'où la difficulté d'opérationnaliser et de mesurer ce concept (Ambler Peters, 1993; Dean-Barr, 1993; Grenier,

1993; Hanson Frost, 1992; Hodges & Icenhour, 1990; Nielsen, 1992; Santé et Bien-être Canada, 1993; Schwandt, 1990; Taylor, Hudson & Keeling, 1991). L'emprunt du vocabulaire au domaine de la gestion et de l'administration ainsi que le recours à une terminologie anglophone ne fait qu'ajouter à la confusion (Brunelle, 1993; Grenier, 1993). Les cadres de références supportant les modèles d'évaluation des soins infirmiers en milieu hospitalier sont surtout axés sur l'aspect technique de l'exercice infirmier, négligeant l'aspect humaniste de la relation infirmière-client (Ambler Peters, 1993; Brunelle, 1993; Flynn & Ray, 1991; Vuori, 1987). Or, quoique plus facile à circonscrire, l'aspect technique, ne constitue qu'un aspect de l'exercice infirmier. À ce titre, l'OIIQ (1997) définit la compétence professionnelle de l'infirmière comme suit: "La compétence professionnelle fait référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement nécessaires à l'infirmière pour exercer sa profession, ainsi qu'à la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée." (p. 3). Les modèles d'évaluation de la qualité dans le domaine de la santé reflètent souvent le point de vue des professionnels et des administrateurs et négligent l'opinion du client (Ambler Peters, 1993; Hart, 1996). Or, certaines études récentes démontrent que la satisfaction des clients est un indicateur valable de la qualité des soins et que les habiletés relationnelles des professionnels sont un élément important du concept de satisfaction (Cleary & McNeil, 1988; Laferriere, 1993; Reeder & Chen, 1990). Par ailleurs, la littérature souligne que l'opinion des clients diffère souvent de celle des professionnels lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité des soins de santé reçus.

Puisqu'il n'existe pas, à notre connaissance, de modèle d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire, il apparaît logique de se demander si les modèles d'évaluation créés pour le milieu hospitalier pourraient être adaptés au domaine de la santé

communautaire. Bien que les avis soient partagés, de nombreux auteurs affirment que la mission des établissements, la philosophie d'intervention, les rôles et fonctions et par conséquent les connaissances, compétences et habiletés des infirmières oeuvrant en santé communautaire sont différentes de celles requises par le domaine hospitalier (Ackerman, 1994; Kenyon, Smith, Hefty, Bell, McNeil & Martaus, 1990; Kristjanson & Chalmers, 1990). Il serait donc peu judicieux de transposer ces modèles d'évaluation sans leurs cadres conceptuels d'origine (Ervin, Chen & Upshaw, 1989; Gates & Przykucki, 1989; Kreidler, Bobo, Solem, Dannemiller & Vishnia, 1989; McCarthy, 1991; Zlotnick, 1992).

En santé communautaire, les infirmières interviennent dans les milieux de vie des clients. Ces milieux échappent au contrôle des professionnels. La cible de l'exercice infirmier n'est pas l'individu mais plutôt l'individu, vivant dans une famille, un groupe, une communauté. L'intervention de l'infirmière est souvent continue plutôt qu'épisodique, et se veut orientée vers l'éducation, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, plutôt que vers le traitement de celle-ci. Le client est perçu comme responsable de ses soins, autonome, compétent et capable de s'occuper de lui-même en collaboration avec ses proches. L'infirmière doit développer un partenariat avec le client et son entourage dans le but de l'habiliter à faire des choix judicieux en matière de santé. Elle doit le supporter dans une démarche d'amélioration de sa qualité de vie et l'outiller avec des connaissances qui lui permettront de prendre en charge sa santé, d'utiliser adéquatement les ressources communautaires et d'atteindre un niveau optimal de bien-être. (Swanson & Albrecht, 1993).

Bien que les cadres conceptuels, les modèles d'intervention, les rôles et fonctions, les cadres théoriques d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire ne

soient pas clairement définis dans la littérature (Ackerman, 1994; Hagan, 1991; Kristajanson & Chalmers, 1991; McCarthy, 1991; Salmon & Peoples-Sheps, 1989; Zerwekh, 1990; Zlotnick & Decker, 1991), certaines recherches empiriques établissent l'unicité de l'exercice infirmier en santé communautaire en soulignant les compétences spécifiques requises pour y oeuvrer (Ackerman, 1994; Bramadat, Chalmers, & Andrusyszyn, 1996; Ferguson & Calder, 1993; Hagan, 1991; Kenyon, Smith, Hefty, Bell, McNeil & Martaus, 1990; Zerwekh, 1990). Parmi ces compétences, l'éducation pour la santé est identifiée par les chercheurs comme étant une fonction cruciale de l'infirmière travaillant en santé communautaire. Hagan (1991), suite à une recherche descriptive auprès de 631 infirmières oeuvrant en CLSC, propose une définition de l'éducation pour la santé: "Éduquer pour la santé, c'est à la fois enseigner et établir une relation d'aide en vue de favoriser chez les individus des choix libres et éclairés de moyens d'améliorer ou de maintenir leur santé globale". (p.49). "L'éducation pour la santé exige également la mise en oeuvre d'un programme d'enseignement et d'apprentissage adapté aux besoins des personnes auxquelles il s'adresse...elle exige une relation d'égalité et de réciprocité entre les partenaires." (Hagan et Proulx, 1996, p.47). Cette définition est également appuyée par la Fédération des CLSC du Québec: "L'éducation pour la santé vise à fournir des occasions d'apprentissage de connaissances, d'attitudes et de comportements favorable à la santé. Dans le contexte des soins infirmiers, ces apprentissages sont favorisés par une relation interpersonnelle de réciprocité et par la promotion de l'autonomie de la clientèle, inscrivant ainsi cette relation éducative dans la philosophie humaniste de l'éducation qui prévaut actuellement dans le domaine de la santé. " (1992, p. 17)

Dans ce contexte, les habiletés psycho-sociales utilisées par les infirmières en santé communautaire ont préséance sur les habiletés techniques. “Les habiletés techniques si valorisées par les soins infirmiers dans les centres hospitaliers de soins aigus et si rigoureusement enseignées et apprises, deviennent secondaires aux habiletés d’identifier et de répondre aux besoins des individus et de leurs familles.” (Traduction libre, Tansy & Lenz, 1988, p.118). Ce sont d’ailleurs ces habiletés relationnelles, habiletés non visibles, non tangibles, qui pourraient expliquer la difficulté de mesurer l’efficacité de l’exercice infirmière en santé communautaire (Ackerman, 1994; Allen, 1991; Fratchett, 1990; Gulino & LaMonica, 1986; Hemphill, Lutes, Taylor, Carrol & Craig, 1988; Mattner, 1988; Zlotnick & Decker, 1991). Ackerman (1994) reprend ce constat: “Les habiletés psycho-sociales utilisées au quotidien par les infirmières oeuvrant en santé communautaire pour favoriser des changements positifs au niveau de la santé des clients qu’elles desservent ne sont pas aussi facilement visibles que les habiletés techniques enseignées durant la formation des infirmières. Lorsque les techniques de soins sont quasi-absentes, il existe peu de mesures pour évaluer l’efficacité des interventions. Alors comment mesurer et évaluer la compétence de l’exercice infirmier en santé communautaire?” (Traduction libre, p.5)

L’évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire exige donc un cadre de référence capable de tenir compte des réalités inhérentes à l’exercice infirmier en santé communautaire. Parmi les théories existant en sciences infirmières, la théorie du *caring* de Watson propose des postulats qui apparaissent congruents avec la réalité de l’exercice infirmier en santé communautaire. Cette théorie repose sur une approche humaniste, une conception holistique de la santé qui situe le client et ses proches au coeur de l’intervention infirmière. Une

telle vision des soins infirmiers suppose chez l'infirmière une compétence marquée au niveau des habiletés relationnelles, compétence enrichie par la maîtrise d'habiletés techniques spécifiques à un milieu clinique donné. La théorie de Watson reconnaît l'éducation pour la santé comme un élément essentiel de l'exercice infirmier, situe l'intervention dans un contexte de promotion de la santé et d'autonomie des clients et propose un partenariat infirmière-client, où l'infirmière accompagne le client dans une démarche d'auto-soin et de prise en charge en matière de santé mais aussi de croissance personnelle. Le concept de *caring* a déjà été identifié par de nombreux auteurs comme étant un élément important de la qualité des soins infirmiers (Benner & Wrubel, 1989; Ludwig-Beyer, Ryan, Johnson, Hennessy, Gattuso, Epsom, Czurylo, 1993; Shiber & Larson, 1991; Watson, 1979, 1985, 1994) et l'assise philosophique devant guider l'exercice infirmier en santé communautaire (Ackerman, 1994; Rocheleau & Hagan, 1993). Bien que la théorie de Watson ait déjà servi de cadre théorique en milieu hospitalier, aucune recherche n'a tenté de l'appliquer auprès d'une clientèle francophone en santé communautaire. Le terme *caring* étant difficilement traduisible en langue française, il sera utilisé comme tel dans le présent document, imitant ainsi certains auteurs de langue française.

L'objectif de cette recherche sera donc d'identifier les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients en santé communautaire comme démontrant du *caring* en s'inspirant de la théorie de Watson. Pour ce faire, le premier chapitre introduit le cadre conceptuel de la recherche en présentant la théorie du *caring* de Watson ainsi qu'une recension des recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du *caring*. Ce chapitre se termine avec les questions de recherche. Le deuxième chapitre explique la méthodologie utilisée, décrivant les caractéristiques de la population et de l'échantillon, l'instrument ainsi que la procédure de

collecte et d'analyse des données. Le chapitre trois expose les résultats de la recherche et les interprète en fonction des questions de recherche. Finalement, le chapitre quatre présente un résumé de la recherche ainsi que les conclusions et les recommandations.

B. Définition des termes

Un **centre local de services communautaires (CLSC)** est un “établissement où l'on offre à la population d'un territoire délimité des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, le centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations, à l'école ou à leur domicile, ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.” (Gouvernement du Québec, 1990, p. 53)

Le terme **client** signifie l'individu, son entourage, sa famille, ses proches (toute personne significative pour le client) à qui l'infirmière procure des soins.

La **compétence professionnelle de l'infirmière** “fait référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement nécessaires à l'infirmière pour exercer sa profession, ainsi qu'à la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée.” (Perspectives de la qualité de l'exercice de la profession d'infirmière, OIIQ, 1997, p.3)

L'**exercice infirmier** se définit légalement ainsi: “Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins

infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance.” (Art.37, Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec). L’infirmier et l’infirmière peuvent, dans l’exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d’ordre sanitaire (Art. 36)

Un **indicateur clinique** est une mesure quantitative qui peut être utilisée pour contrôler et évaluer la qualité des soins prodigués aux clients et des services de support offerts. (Traduction libre, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 1989, p.330)

Les **infirmières oeuvrant en CLSC** “sont des professionnelles de la santé qui abordent les situations de santé de façon globale et s’efforcent de répondre aux besoins de santé de la population en adoptant une approche multidisciplinaire et communautaire. Elles interviennent à toutes les étapes de la vie des individus (de la conception à la mort) et dans tous les milieux de vie pour aider ceux-ci à traverser ces différentes étapes et à s’adapter aux changements dans leur état bio-physiologique et psycho-social; ce qui les amène à travailler dans des champs d’activité très diversifiés. L’infirmière est donc une généraliste de la santé qui réalise des activités de promotion de la santé, de prévention, de traitement, de réadaptation et de réinsertion. Pour mener à bien ces activités, elle travaille en étroite collaboration avec la clientèle, le réseau naturel, la communauté et les autres professionnels (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires, etc.).” (Fédération des CLSC du Québec, 1992, p.12). Pour exercer sa profession l’infirmière doit détenir un permis d’exercice de l’OIIQ.

L’**Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ)** est un ordre professionnel provincial qui regroupe 67, 000 membres et qui a pour mandat d’assurer la protection du public et de promouvoir l’excellence professionnelle de l’exercice infirmier.

La **qualité de l'exercice infirmier** désigne un ensemble d'attributs des soins infirmiers définis à partir de résultats escomptés chez les clients, d'éléments organisationnels, qui contribuent à assurer l'adéquation des soins prodigués par l'infirmière dans une optique d'amélioration continue. (Perspectives de la qualité de l'exercice de la profession d'infirmière, OIIQ, 1997, p.3)

La **santé** est le processus dynamique et continu dans lequel une personne (famille, groupe ou collectivité) aspire à un état d'équilibre favorisant son bien-être et sa qualité de vie. La santé est la capacité d'une personne d'accomplir les tâches liées à l'exercice de ses rôles à l'aide de ses propres ressources et de celles de son entourage et ce, d'une façon satisfaisante pour elle-même et pour ses proches. Ce processus implique l'adaptation à de multiples facteurs environnementaux, un apprentissage ainsi qu'un engagement de la personne et de la société. (Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière, OIIQ, 1996, p.8 et 10)

Chapitre I

CADRE CONCEPTUEL

A. Théorie de Watson

1. Concept du *caring*

Bien que le *caring* soit reconnu de tous comme étant un élément essentiel de la profession infirmière, la littérature définit ce concept de multiples façons, selon la perspective privilégiée par les auteurs: philosophique, psychologique, humaniste, féministe, transculturelle. Ainsi Morse, Solberg, Neander, Bottorff et Johnson (1990) ont répertorié 35 définitions du concept de *caring*. Conscients de cette réalité, Vezeau et Schroeder (1991) estiment qu'une référence crédible au concept de *caring* doit toujours indiquer le nom de l'auteur. Il apparaît donc important de présenter le cadre théorique de cette recherche, la théorie du *caring* de Watson.

La théorie de Watson (1979 et 1985, 1988, 1994) s'inspire de nombreux auteurs humanistes provenant de domaines tels que la philosophie, la psychologie et les sciences infirmières. Pour elle, le *caring* est un élément essentiel de l'exercice infirmier et constitue la contribution la plus importante des sciences infirmières à l'humanité. Watson définit le *caring* de la façon suivante: "Le *caring* infirmier ne se limite pas à une émotion, à un intérêt, à une attitude ou à un désir bienveillant. C'est un idéal moral qui a pour but la protection, la valorisation et le maintien de la dignité humaine et qui implique des valeurs, des attitudes et des connaissances. Le *caring* exige un engagement qui doit se traduire en actions concrètes." (1988, p. 29, traduction libre). Le *caring* est le processus par lequel l'infirmière reconnaît l'unicité du client et devient sensible à ses sentiments.

Reposant à la fois sur des connaissances scientifiques et une approche humaniste, cette théorie propose à l'infirmière un rôle d'accompagnement du client dans une démarche d'appropriation de sa santé. Elle exige de l'infirmière une compréhension du sens de l'expérience vécue par le client et implique un partage du pouvoir et des connaissances en matière de santé. Cette approche vise donc l'autonomie, la prise en charge et valorise la compétence du client à faire des choix éclairés en matière de santé.

La pratique du *caring* suppose pour l'infirmière, le développement de caractéristiques personnelles et l'acquisition de compétences relationnelles ainsi que de compétences techniques. Le *caring* fait donc appel à un équilibre harmonieux entre le savoir, le savoir être et le savoir faire: "...une telle orientation se situe bien au-delà des habiletés fonctionnelles et des compétences technologiques, elle implique l'acquisition de compétences dans l'utilisation thérapeutique de soi." (Watson, 1994, p.3, traduction libre). Cette conception des soins infirmiers amène Watson à différencier l'**accessoire**, les procédures et techniques de soins, la terminologie spécialisée, de l'**essentiel**, c'est à dire la relation d'aide qui s'établit avec le client et qui est en fait, le coeur de l'exercice infirmier.

Watson conçoit la santé comme un processus d'adaptation, de croissance sur le continuum naissance-mort. Ainsi, tout au long de sa vie l'individu fait face aux changements, aux crises de développement, aux pertes et, chaque fois, l'individu est appelé à s'adapter. Cette opportunité de croissance peut résulter soit en maladie, soit en santé, selon la perception qu'a l'individu de sa situation mais aussi selon ses mécanismes de défense et selon son réseau de support. Watson soutient que les facteurs de *caring* s'appliquent autant aux clients en santé qu'à ceux malades, mais elle ajoute qu'ils se prêtent particulièrement bien au contexte de soins

primaires et à l'approche holistique qui font la promotion de l'humanisme, de la santé et de la qualité de vie. Conséquemment les recherches sur le *caring* devraient s'attarder aux comportements des individus vivant de haut niveau de stress, des changements, des crises de croissance, des pertes et des deuils. Ces recherches pourraient également étudier les comportements des infirmières qui accompagnent ces clients dans leur démarche d'adaptation, dans un contexte de prévention de la maladie, de promotion de la santé et d'atteinte d'un niveau de bien-être optimal.

Puisque le *caring* s'actualise dans la relation infirmière-client, Watson appelle "occasion de *caring*" le moment où l'infirmière et le client entrent en contact. Lorsque les deux partenaires décident de s'engager volontairement dans l'interaction, de vivre un partage enrichissant, il en résulte une "occasion de *caring* transpersonnel". Une absence de *caring* transpersonnel réduit le client, tout comme l'infirmière, à un niveau d'objet. (1988, p. 59, traduction libre). Watson déplore que le *caring* infirmier soit menacé par la haute technologie médicale, la bureaucratie, la déshumanisation des soins de santé. Elle soutient que trop souvent les soins infirmiers répondent aux besoins des organisations plutôt qu'aux besoins du client. Malgré ce constat, elle rappelle la contagiosité des valeurs et des actions de *caring* qui peuvent, si des conditions propices sont mises en place, se propager tant au niveau des individus que des systèmes (1988, p.28, traduction libre). La partie qui suit présente les postulats du *caring* ainsi qu'une brève description de chacun des facteurs de *caring*.

2. Postulats du *caring*

La théorie du *caring* de Watson (1979) repose sur les sept postulats suivants:

1. Le *caring* ne peut être démontré et pratiqué qu'au niveau des relations interpersonnelles.
2. Le *caring* repose sur des facteurs de *caring* qui ont pour but la satisfaction de certains besoins humains.
3. Un *caring* efficace fait la promotion de la santé et de la croissance individuelle et familiale.
4. La pratique du *caring* exige un accueil de la personne telle qu'elle est maintenant, mais aussi telle qu'elle pourrait devenir.
5. Un environnement qui favorise le *caring* permet le développement du potentiel d'une personne, tout en lui offrant la possibilité de faire pour elle-même, des choix judicieux en matière de santé à un moment donné de sa vie.
6. Le *caring* est orienté vers la santé plutôt que vers la guérison. Sa pratique intègre des connaissances biophysiques à des connaissances du comportement humain pour améliorer et promouvoir la santé mais aussi pour procurer assistance à ceux qui sont malades. La science du *caring* est donc complémentaire à la science de la guérison, du *curing*.
7. La pratique du *caring* est au coeur même de l'exercice infirmier.

La partie qui suit présente une brève description des dix facteurs de *caring* et permet une compréhension de la théorie de Watson.

3. Facteurs de *caring*

Watson identifie dix facteurs de *caring* qui permettent d'étudier et de comprendre la théorie. Elle utilise le terme "*carative factors*" en opposition au terme "*curative factors*", de façon à différencier le domaine infirmier du domaine médical. Les facteurs de *caring* constituent en fait, un guide conceptuel et philosophique qui dirige la pratique infirmière et encadre la relation infirmière-client et ce, indépendamment des milieux cliniques. Les facteurs de *caring*, issus d'une perspective humaniste et combinés à des connaissances scientifiques, permettent à l'infirmière d'aider le client à atteindre et maintenir sa santé ou à mourir avec dignité. Les facteurs de *caring* proposent un langage commun et peuvent être utilisés comme des critères de soins et des indicateurs de qualité pour évaluer les soins infirmiers. L'utilisation de ces facteurs présuppose des connaissances scientifiques ainsi qu'une compétence clinique. Les dix facteurs de *caring* sont intimement liés et interdépendants et s'énoncent comme suit:

1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir
3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance
5. L'expression de sentiments positifs et négatifs
6. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème
7. La valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage
8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain
9. La satisfaction des besoins humains
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques

Watson décrit les dix facteurs de *caring* et explique comment ils se concrétisent dans la relation infirmière-client. Elle discute les trois premiers facteurs de *caring* en bloc, puisqu'ils inter-réagissent pour former les fondements philosophiques de la science du *caring*; les sept autres facteurs sont discutés individuellement à partir d'une base scientifique. Le texte qui suit présente une brève description des dix facteurs de *caring*.

1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes

Le *caring* repose sur des valeurs humanistes universelles telles que la bonté, la sollicitude, l'amour de soi et des autres, etc..Un système de valeurs humanistes-altruistes guide la vie d'une personne et permet l'engagement envers l'autre, la satisfaction de recevoir en donnant, la capacité de concevoir l'humanité avec amour, d'apprécier la diversité et l'individualité des êtres humains, de faire preuve de tolérance devant les différences. Se développant durant l'enfance, ces valeurs peuvent être enrichies au contact d'autres cultures, de l'éducation ou d'expériences de croissance personnelle. Les valeurs humanistes-altruistes se cultivent par une prise de conscience et une analyse de ses propres croyances et valeurs ainsi que par un contact avec des valeurs différentes. Cette auto-analyse des valeurs permet l'établissement d'une philosophie de vie qui fait la promotion de la maturité, la satisfaction et l'intégrité. La remise en question de son identité personnelle et professionnelle permet à l'infirmière d'enrichir son système de valeurs. Le *caring* est donc grandement influencé par un système de valeurs humanistes-altruistes.

2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir

Watson souligne ici l'effet thérapeutique important de la foi et de l'espoir dans tout processus de guérison. Un sentiment d'espoir aide le client à utiliser l'information donnée pour

adopter un comportement plus sain. Le rôle de l'infirmière est donc d'inspirer foi et espoir envers elle-même comme personne aidante, mais aussi envers le traitement. Pour ce faire, l'infirmière doit d'abord déterminer ce qui est significatif pour la personne car les croyances du client sont un levier puissant dans la promotion de la santé. Même dans les cas où la médecine ne peut offrir une guérison, l'inspiration de la foi et de l'espoir demeure un facteur de *caring* important, l'infirmière peut alors suggérer des mesures de confort et aider le client à mourir avec dignité.

3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres

Pour devenir sensible aux sentiments des autres, il faut d'abord être sensible à ses propres sentiments, et ce qu'ils soient heureux ou douloureux. L'infirmière doit donc vivre et ressentir ses émotions plutôt que de les "penser avec son cerveau". Cette prise de conscience de ses propres sentiments survient souvent à la suite d'expériences humaines intenses qui exigent de puiser à même ses forces intérieures. La pratique de ce facteur de *caring* permet à l'infirmière d'utiliser ce qu'elle est pour aider les autres. Ainsi, l'infirmière sensible à ce qu'elle ressent, devient sensible aux sentiments de l'autre et, est alors capable d'empathie. Elle donne au client l'impression qu'il est compris et accepté tel qu'il est, mais aussi avec son potentiel de croissance personnelle et d'actualisation de soi. Waston remet en question la fameuse notion de "distance thérapeutique", "l'aseptisation" de la relation infirmière-client. Selon elle, l'infirmière qui se cache derrière son rôle, cache en fait ses insécurités, ses anxiétés et ne peut être aidante pour le client. La sensibilité envers soi et les autres suppose honnêteté, authenticité et intégrité et permet à l'infirmière de découvrir et de comprendre le sens que le client accorde à sa vie et à ses problèmes de santé.

4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance

La littérature démontre que la qualité de la relation infirmière-client est un élément déterminant de l'efficacité de l'intervention. En effet, le client qui perçoit le *caring* de l'infirmière développera plus facilement une relation de confiance avec celle-ci. Watson rappelle que l'établissement d'une relation thérapeutique suppose la présence de plusieurs éléments dont l'altruisme, la congruence, la sincérité, l'honnêteté, l'authenticité, l'empathie, la chaleur humaine, la capacité de communiquer efficacement et l'acceptation inconditionnelle du client. Pour développer une telle relation, l'infirmière doit "apprivoiser" le client et s'intéresser au champ phénoménologique qui influence les habitudes de vie affectant sa santé. Ce facteur de *caring* suppose la reconnaissance de l'unicité du client et conséquemment, la mise en place de soins infirmiers individualisés.

5. L'expression de sentiments positifs et négatifs

Ce facteur souligne l'influence des émotions sur le comportement humain, sur la motivation ainsi que sur la prise de décision en matière de santé. La compréhension intellectuelle étant fort différente de la compréhension émotive, une congruence entre les deux niveaux de compréhensions est souhaitable pour éviter au client anxiété, stress, confusion et peur. C'est d'ailleurs cette inconsistance entre la compréhension intellectuelle et la compréhension émotive qui influence les attitudes et les comportements en matière de santé. Les émotions ont un effet puissant sur la pensée et le comportement en produisant des résultats occasionnels ou irrationnels. Théoriquement, il est reconnu que la prise de conscience de ses émotions peut diminuer l'irrationalité et redonner à l'individu un certain contrôle sur ses pensées et son comportement. Ainsi la promotion et l'acceptation de sentiments positifs et négatifs peut aider le

client à être plus conscient de ses émotions et conséquemment à développer plus de contrôle sur ses actions et ses comportements en matière de santé. L'infirmière doit donc susciter et permettre au client la libre expression de sentiments positifs et négatifs et ce, sans se sentir menacée. Elle doit également offrir le support nécessaire pour qu'il puisse prendre le risque de dire les choses telles qu'il les perçoit, sans peur de représailles.

6. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème

L'utilisation systématique d'une démarche créative de résolution de problème permet à l'infirmière de poser un jugement sur la situation et de prendre des décisions qui sont reliées à l'exercice de sa profession. L'infirmière possède à son actif une boîte à outils d'où elle peut puiser des connaissances traitant des comportements humains, des processus biophysiques, des processus pathologiques, des procédures de soins et des régimes thérapeutiques variés. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème permet donc à l'infirmière de rassembler les éléments pertinents, d'obtenir de nouvelles connaissances, de résoudre les problèmes, de développer des plans d'intervention, des programmes, des procédures et d'évaluer et améliorer les services offerts. Ce facteur de *caring* fait donc référence à la compétence clinique de l'infirmière et implique l'acquisition de connaissances scientifiques.

7. La promotion de l'enseignement et de l'apprentissage

Ce facteur s'attarde aux processus entourant l'éducation pour la santé, élément crucial de l'exercice infirmier en santé communautaire. Il suppose la participation active de l'infirmière et du client à une démarche éducative qui repose à la fois sur la transmission de l'information et sur l'établissement d'une relation d'aide facilitant l'apprentissage. Il est reconnu que le simple fait de donner de l'information au client réduit sa réponse émotionnelle à un stressor donné (maladie,

examen diagnostic, chirurgie, etc...), lui permet de retrouver son équilibre et d'envisager des alternatives et des solutions. Or, Watson souligne qu'un enseignement pour la santé efficace ne peut se limiter à la simple transmission de l'information et doit tenir compte du processus d'apprentissage. Ainsi, l'infirmière doit, avant même de donner l'information cognitive, tenter d'établir un lien significatif avec le client, ce qui lui permettra "d'entrer dans son monde", de connaître ses perceptions (justesse et réalisme) et d'évaluer ce qu'il a besoin de savoir. Cette démarche suppose que l'infirmière perçoive le client comme un individu ayant le droit, le pouvoir et le potentiel d'apprendre, de se prendre en main, et de faire des choix judicieux en matière de santé. Elle doit également adapter son enseignement en fonction des besoins, intérêts et capacités du client et utiliser un langage claire, précis et honnête.

8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain

Watson rappelle l'influence de l'environnement sur la santé des individus et décrit comment l'exercice infirmier doit tenir compte du contexte environnemental. Certains éléments environnementaux extérieurs à la personne sont rattachés à des activités bio-sociales et sont manipulés par l'infirmière pour assurer au client support, protection et sécurité. D'autres éléments environnementaux sont intérieurs à la personne et l'infirmière doit intervenir pour apporter un bien-être et une harmonie mentale, spirituelle et socioculturelle. Ces facteurs environnementaux internes et externes sont interdépendants et influencent la santé des individus. L'exercice infirmier doit donc agir sur l'environnement de l'individu et de sa famille en tenant compte des mécanismes qui régularisent l'organisme humain, des réactions aux événements stressants de la vie, des besoins liés au confort, à l'intimité, aux conditions de logement (besoin d'un environnement propre et esthétique), à la nutrition, aux conditions d'hygiène, au niveau de

revenu, à l'éducation, etc...Ce facteur de *caring* suppose donc l'acquisition d'habiletés techniques en soins infirmiers.

9. La satisfaction des besoins humains.

Les besoins humains peuvent être étudiés à partir de nombreuses classifications. Watson propose une analyse des besoins humains basée sur le lien étroit existant entre les émotions et autres forces psychologiques et les besoins physiologiques. Cet auteur classe les besoins humains de la façon suivante: 1) les besoins de **“bas niveau”** qui se divisent en besoins de survie ou besoins biophysiques: nourriture et liquide, élimination, respiration et en besoins fonctionnels, ou besoins psychophysiques: activité-inactivité, sexualité 2) les besoins de **“haut niveau”** qui incluent les besoins intégratifs ou besoins psychosociaux: accomplissement, affiliation; et les besoins intra et inter-interpersonnels: croissance personnelle et actualisation de soi. Ces besoins humains sont interdépendants et fonctionnent comme un tout. Ainsi lorsqu'un besoin est affecté, tous les autres besoins le sont directement ou indirectement. Dans un contexte de *caring*, l'infirmière doit aider le client à combler tous ses besoins humains de façon à atteindre un état de santé optimal. Pour ce faire, Watson propose une approche holistique et dynamique qui englobe les quatre composantes des besoins humains, qui respecte l'individualité du client et qui tient compte de la perception qu'il a de ses besoins. Watson soutient que ce n'est que lorsque le client se sent reconnu, apprécié et traité comme un individu unique qu'il découvre l'intérêt et l'énergie nécessaire pour répondre à ses besoins et éventuellement atteindre un niveau élevé de bien-être et d'actualisation de soi. Ce facteur de *caring* requiert de la part de l'infirmière une compétence au niveau des techniques de soins requises selon les besoins des clients .

10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques.

Watson reconnaît ici que l'individualité, l'unicité et la globalité de chaque être humain reposent sur l'expérience personnelle subjective. Ce facteur suppose un voyage à l'intérieur de soi et donne un sens à l'expérience humaine, à la douleur, à la maladie, à la mort. Cet accès au monde intérieur de la personne, amène l'infirmière à comprendre (et peut-être expliquer) le sens de la vie, tel que perçu par le client, et permet éventuellement de transformer une tragédie ou une expérience difficile en une expérience enrichissante. L'infirmière doit donc accompagner le client dans une démarche de recherche et de compréhension du sens qu'il donne à sa vie, à ses problèmes de santé.

4. Conclusion

Watson propose donc un cadre théorique qui situe la relation infirmière-client au coeur de l'exercice infirmier, elle conçoit le *caring* comme un idéal moral vers lequel l'infirmière doit tendre. Cette théorie exige le développement d'un partenariat où le client est en pleine possession du pouvoir, du contrôle de sa santé, de sa vie. L'infirmière accompagne alors le client et lui propose, par le biais de l'enseignement et de l'apprentissage, des moyens d'améliorer sa santé et d'acquérir l'autonomie nécessaire à la prise en charge de celle-ci. Le *caring* est basé sur une approche humaniste qui se concrétise dans la relation infirmière-client. Le réalisme d'une telle conception de l'exercice infirmier peut certes être remis en question. Malheureusement, un écart marqué existe trop souvent entre la théorie du *caring* et la réalité clinique, au point que certains auteurs parlent d'un manque de pertinence. Ils argumentent que la valorisation de la relation infirmière-client peut se faire au détriment de l'aspect technique des soins infirmiers et que

l'intensité de cette relation devient impossible à atteindre dans certains milieux de travail, soit parce que l'occasion de *caring* est trop brève ou que les deux partenaires impliqués, le client et l'infirmière, ne peuvent ou ne veulent y participer. (Dunlop, 1986; Morse et al., 1990).

Bien que l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire soit une nécessité reconnue de tous, il n'existe pas, à notre connaissance, de modèle d'évaluation qui tienne compte de l'unicité de l'exercice infirmier en santé communautaire. Ce domaine d'intervention se distingue du milieu hospitalier et exige de l'infirmière des compétences relationnelles, qui se situent bien au-delà de la maîtrise de techniques de soins. L'évaluation de la qualité exige donc un cadre de référence qui soit congruent avec la réalité de l'exercice infirmier en santé communautaire. La théorie du *caring* de Watson répond à ces exigences et servira de cadre de référence à la présente recherche.

Utilisant le concept de *caring* comme indicateur de qualité, il est possible d'opérationnaliser ce concept en demandant aux clients ayant reçu des soins infirmiers en santé communautaire d'identifier les comportements infirmiers qu'ils perçoivent comme démontrant du *caring*. Les comportements infirmiers démontrant du *caring* peuvent donc être définis comme des comportements de l'infirmière, ces choses qu'elle fait ou qu'elle dit en prodiguant des soins infirmiers, qui communiquent au client son intérêt et son désir de l'aider à améliorer sa santé, à satisfaire ses besoins et à actualiser son potentiel humain. La recension des écrits qui suit présente les recherches empiriques qui se sont intéressées aux comportements infirmiers démontrant du *caring*.

B. Recension des écrits

La recension des écrits se limite aux recherches empiriques ayant tenté d'identifier les comportements infirmiers démontrant du *caring*. Dans le but de faciliter la compréhension, la recension est divisée en deux parties. La première partie traite des recherches empiriques qui ont étudié les comportements infirmiers démontrant du *caring* sans toutefois utiliser un cadre théorique précis. Ces recherches sont regroupées selon qu'elles s'intéressent aux perceptions des clients, aux perceptions des infirmières et aux perceptions de la dyade infirmière-client. La deuxième partie de la recension présente les recherches qui, s'appuyant sur la théorie de Watson, se sont attardées aux comportements infirmiers démontrant du *caring*.

1. Recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du *caring*

1.1 Perceptions des clients

Henry (1975) fut le premier à s'intéresser aux comportements infirmiers démontrant du *caring*. Il explora, de façon qualitative, le concept de *caring* auprès de 50 clients ayant reçu des soins infirmiers à domicile. Cette étude avait pour but d'identifier et de décrire les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients comme des indicateurs de *caring*. Un guide d'entrevue utilisant des questions ouvertes identifia 214 comportements qui furent divisés en trois grandes catégories: 1) Ce que l'infirmière fait, 2) Comment elle le fait, 3) Avec quelle intensité, elle le fait. La majorité des répondants, 51%, choisirent la deuxième catégorie: comment elle le fait. Ces clients perçoivent du *caring* lorsque l'infirmière individualise ses soins et pose des gestes qui sont au-delà de ses fonctions régulières. Henry ne fait référence à aucun cadre théorique.

Brown (1981) tenta d'identifier, de décrire et de classer les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients comme des indicateurs de *caring*. Elle désirait également analyser deux dimensions des soins infirmiers: la tâche et la dimension affective. Quatre-vingt clients hospitalisés sur un département de médecine-chirurgie remplirent une grille de type Likert, le *Nurse Behaviors Rating Scale*, de façon à mesurer l'importance des comportements infirmiers comme indicateurs de *caring*. Bien que les résultats suggèrent que les comportements infirmiers démontrant du *caring* sont à la fois ce que l'infirmière fait (tâche) et ce qu'elle est comme personne (dimension affective), les comportements infirmiers ciblant le bien-être physique du client furent identifiés comme plus importants. Par la suite, 50 clients furent interrogés pour décrire un épisode de soins où ils ont ressentis du *caring*. Deux aspects des soins infirmiers sont ressortis: 1) ce que fait l'infirmière et 2) comment elle le fait. Huit thèmes majeurs ont émergés: 1) la reconnaissance de l'individualité de la personne, 2) la présence infirmière qui rassure, 3) des informations justes et précises, 4) la démonstration de connaissances et d'habiletés professionnelles, 5) le soulagement de la douleur, 6) la quantité de temps passé au chevet du client, 7) la promotion de l'autonomie et 8) la surveillance de la condition du client. Ces résultats démontrent que les clients associent le *caring* à des comportements infirmiers qui répondent aux besoins physiques reliés aux traitements et qui respectent l'individualité de la personne. L'auteur présente une recension des écrits sur le *caring* mais n'utilise aucun cadre théorique spécifique.

Larson (1984) administra son instrument le *Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort (CARE-Q)* à 57 clients hospitalisés sur une unité d'oncologie. Les clients identifièrent la compétence clinique, le savoir faire de l'infirmière comme étant le comportement infirmier

démontrant le plus de *caring*. Les comportements infirmiers identifiés comme moins importants sont: 1) demander au client comment il désire être appelé, 2) l'apparence professionnelle de l'infirmière et 3) s'asseoir au chevet du client. Il semblerait qu'ici encore la compétence des infirmières à répondre aux besoins physiques reliés au traitement prenne préséance sur les habiletés psycho-sociales valorisées par les infirmières. Larson rappelle aux infirmières que les comportements qu'elles qualifient de *caring* peuvent ne pas être perçus comme tel par les clients. Le chercheur justifie les résultats obtenus dans sa recherche en soulignant que le client atteint de cancer désire guérir, il valorise donc des soins infirmiers compétents qui répondent aux besoins reliés aux traitements. L'auteur n'a noté aucune différence significative entre les milieux cliniques, l'âge, le sexe, le site du cancer et le type de traitement oncologique et la façon dont les clients perçoivent les comportements de *caring* de l'infirmière.

Swanson-Kauffman (1986) interrogea 20 femmes mariées hospitalisées sur une unité de maternité suite à une fausse couche avant 16 semaines de gestation. Le but de cette recherche qualitative était d'identifier les besoins de *caring* de ces femmes. Les catégories retenues sont:

- 1) savoir: représente le désir de la cliente que le sentiment de perte qu'elle vit soit reconnu,
- 2) accompagner: signifie que l'infirmière accepte de vivre l'expérience émotionnelle avec la cliente,
- 3) faire à la place de: reconnaître le besoin de la cliente que l'on fasse des choses pour elle, inclue les soins physiques,
- 4) faciliter: permettre à la cliente de vivre son deuil et
- 5) maintenir l'espoir: croire dans les capacités de la cliente de vivre son deuil et éventuellement, de vivre une autre grossesse.

On remarque ici, que contrairement aux autres recherches, les catégories incluent l'aspect technique mais font surtout appel à l'aspect relationnel de l'exercice infirmier.

Riemen (1986) utilisa une approche phénoménologique pour décrire les comportements infirmiers perçus par dix clients hospitalisés comme démontrant du non-*caring*. Cinq catégories ont émergées: 1) être pressée par le temps, besoin d'être efficiente, 2) être là pour faire une "job", 3) être brusque et rabaisser le client, 4) ne pas répondre aux questions des clients et 5) traiter les clients comme des objets. Il est surprenant de noter que le thème "manque d'habileté dans les techniques de soins" ne soit ressorti à aucun moment. Ces résultats soulignent donc l'importance de l'aspect relationnel de l'exercice infirmier pour les clients.

Dans une recherche phénoménologique, **Shervood** (1988) interrogea 10 clients hospitalisés sur une unité de chirurgie. Les participants devaient répondre à deux questions ouvertes: 1) Quels sont les comportements infirmiers que vous percevez comme démontrant du *caring*? et 2) Comment vous sentez-vous face à ces démonstrations de *caring*? Les résultats furent regroupés sous cinq catégories: 1) capacité d'évaluer les besoins, de comprendre les attentes, 2) capacité de planifier les soins, préparation et connaissances pour gérer les soins requis, 3) capacité d'intervenir, de répondre adéquatement aux besoins, 4) capacité d'évaluer les actes infirmiers mais aussi la condition du client et 5) attitude relationnelle: attitude positive et valorisante. Les clients ont expliqué que les comportements infirmiers démontrant du *caring* ont un effet positif sur leur bien-être physique et mental.

Semonin-Holleran (1990) conduisit une recherche auprès de 10 clients ayant reçu des soins infirmiers en salle d'urgence. Les questions de recherche tentaient d'identifier les comportements infirmiers qui démontrent du *caring* aux clients. Pour ce faire l'auteur développa un instrument comprenant 30 items puisés dans la littérature traitant du *caring* et dans l'expérience du chercheur comme infirmière oeuvrant en salle d'urgence. Les résultats obtenus

démontrent que les clients valorisent les comportements infirmiers qui répondent à leurs besoins, et qui reconnaissent leur unicité comme personne humaine.

En résumé les recherches empiriques menées auprès des clients pour connaître leurs perceptions des comportements infirmiers démontrant du *caring* ne s'appuient sur aucun cadre théorique précis. Ces recherches s'adressent, sauf pour une recherche (Henry, 1975), à des clients hospitalisés. Probablement parce qu'ils sont malades et sentent leur vie en danger, ces clients associent le *caring* à des comportements infirmiers qui répondent à leurs besoins physiques liés aux traitements, à leur sécurité et leur confort. Ces comportements font donc appel à l'aspect technique des soins infirmiers. Les recherches qui rapportent des résultats valorisant l'aspect relationnel du travail des infirmières ont été conduites auprès de clients présentant des besoins psychologiques pressants (Swanson-Kauffman, 1986). Henry interrogeant des clients ayant reçus des services infirmiers à domicile, rapporte que ces clients perçoivent le *caring* lorsque les infirmières font de petits extra pour eux, donc personnalisent leurs soins. De tels résultats indiquent que les clients identifient leurs besoins et en font la priorité selon la perception qu'ils ont de leur état de santé. Ils placent en priorité les comportements infirmiers capables de satisfaire leurs besoins physiques lorsque leur état de santé physique est précaire et valorisent les comportements infirmiers capables de soutenir leurs besoins psychologiques lorsqu'ils vivent une détresse psychologique. Les clients perçoivent l'absence de *caring*.

La prochaine partie de la recension présente les recherches empiriques qui se sont intéressées à la perception qu'ont les infirmières des comportements infirmiers démontrant du *caring* aux clients.

1.2 Perceptions des infirmières

Puisque la littérature rapporte que l'opinion des clients diffère souvent de celle des infirmières lorsqu'il s'agit d'identifier les comportements infirmiers qui témoignent du *caring*, il apparaît important de s'intéresser aux recherches qui ont tenté de cerner la perception des infirmières.

Ford (1981) conduisit une recherche qualitative auprès de 81 infirmières oeuvrant: en éducation (n=45), en centre hospitalier (n=20) ainsi que dans une association d'infirmières (n=16). Elle utilisa un questionnaire à questions ouvertes où les participantes devaient définir et décrire les comportements infirmiers démontrant du *caring*. Elles devaient également expliquer comment elles pratiquent le *caring*. Ford identifia deux catégories qui furent retenues par les trois groupes pour définir le *caring*: 1) un intérêt sincère pour le bien-être de l'autre et 2) le don de soi. L'écoute est le seul comportement infirmier démontrant du *caring* retenu par les trois groupes. Être aidante et démontrer du respect a été retenu par deux des trois groupes. Le domaine affectif est donc valorisé par ces infirmières.

Barr (1985) utilisa une approche phénoménologique auprès de 15 infirmières dans le but de comprendre le sens qu'elles donnent au *caring* dans un milieu de soins intensifs et d'identifier les facteurs qui influencent le *caring*. Ces infirmières identifièrent huit concepts devant être inclus dans un modèle de *caring* : 1) l'approche globale dans les soins, 2) la définition de priorités dans les soins, 3) la nature du *caring*, 4) l'harmonisation des attitudes avec l'action, 5) la reconnaissance de l'individualité des clients, 6) l'implication de la famille, 7) l'enseignement et la communication et 8) les attentes du client. Des éléments positifs et négatifs influençant le *caring* aux soins intensifs furent également identifiés. Les éléments

positifs sont: 1) la réponse positive du client et les relations avec la famille, 2) les connaissances de l'infirmière, 3) le support que l'infirmière reçoit de ses collègues, 4) le modèle de *caring* de l'infirmière, 5) un lien spécial infirmière-client, la permission d'allonger la période de visite et 6) un environnement et un personnel adéquat. Les éléments négatifs influençant le *caring* sont: 1) des clients difficiles, confus ou non communicatifs, 2) des familles absentes, hostiles ou non collaboratrices, 3) un manque de continuité dans les soins au client, 4) un manque de connaissances de l'infirmière, 5) des sentiments de colère, de désespoir, de frustration ou une condition d'épuisement chez l'infirmière, 6) une absence de support des collègues, 7) une peur de certaines maladies ou conditions chez l'infirmière, 8) la situation économique, des exigences bureaucratiques et 9) des données manquantes dans la cueillette de données. Les infirmières participant à cette recherche proposent donc des éléments d'un modèle du *caring* qui font appel à la fois à l'aspect technique et à l'aspect relationnel de l'exercice infirmier. Elles rappellent également la nature contextuelle du *caring* et l'influence de l'environnement de travail sur la qualité de ce *caring*.

Larson (1986) administra son instrument le *CARE-Q* à 57 infirmières oeuvrant en centre hospitalier sur une unité d'oncologie. Le comportement infirmier démontrant le plus de *caring* fut l'écoute du client, celui démontrant le moins de *caring* fut l'apparence professionnelle. Quoique la perception de l'infirmière soit en accord avec la documentation sur le *caring*, les résultats démontrent que la perception de l'infirmière diffère de celle du client.

Wolf (1986) utilisa une échelle de type Likert en quatre points, le *Caring Behavior Inventory (CBI)* auprès de 97 infirmières travaillant en milieu hospitalier et en éducation. La chercheuse leur demanda de mettre par ordre d'importance 75 mots et phrases utilisés pour

décrire le *caring*. Elle divisa les comportements infirmiers démontrant du *caring* en dix catégories: 1) écoute active, 2) réconfort, 3) honnêteté, 4) patience, 5) attitude responsable, 6) informer le client pour qu'il puisse prendre des décisions éclairées, 7) toucher thérapeutique, 8) sensibilité, 9) respect et 10) appeler le client par son nom. Ici encore les infirmières choisissent des comportements reliés au domaine affectif. Wolf constate que le concept de *caring* est complexe et multidimensionnel et recommande que les résultats obtenus avec le CBI soient utilisés pour définir le *caring* de façon opérationnelle.

Utilisant une approche phénoménologique, Ray (1987) interrogea huit infirmières oeuvrant aux soins intensifs coronariens et leur posa la question suivante: "Quel sens accordez-vous au *caring* dans un contexte de soins intensifs coronariens? Cinq thèmes furent développés: 1) le *caring* est perçu comme un processus de croissance personnelle et de maturité, 2) le *caring* est associé à la compétence technique, 3) le *caring* implique un partage, apprendre à donner et à recevoir, s'engager émotionnellement, 4) le *caring* c'est communiquer efficacement avec le client et ses proches et 5) le *caring* implique vivre des conflits existentiels et exige la prise de décisions au niveau de l'éthique. Ray souligne que l'infirmière doit avoir maîtrisé les techniques de soins et la manipulation de l'équipement médical pour être ensuite capable de répondre aux autres besoins du client et de sa famille et protéger les droits et la dignité des clients. Bien que ces résultats placent en première priorité la compétence technique de l'infirmière, ils soulignent aussi l'importance de la compétence relationnelle.

En résumé lorsqu'elles décrivent les comportements infirmiers démontrant du *caring*, les infirmières choisissent d'abord le domaine affectif de leur travail et soulignent l'importance d'une compétence relationnelle. Elles soutiennent qu'elles doivent être capables d'écoute active

et de communication efficace, valorisent la relation d'aide et la démonstration de qualités personnelles favorisant une approche humaniste. La maîtrise des techniques de soins semble nécessaire aux soins intensifs afin de pouvoir par la suite, répondre aux besoins psychologiques des clients. Bien que ces recherches aient interrogé des infirmières oeuvrant dans des champs cliniques variés, aucune n'a rejoint des infirmières en santé communautaire. La prochaine partie présente les perceptions de la dyade infirmière-client.

1.3 Perceptions de la dyade infirmière-client

Le concept du *caring* s'actualisant dans la relation infirmière-client, les recherches qui ont interrogé la dyade infirmière-client offrent une interprétation précieuse des perceptions de chacun. Il apparaît en effet logique de se demander si les comportements infirmiers démontrant du *caring* sont perçus différemment lorsque le client et l'infirmière vivent la même "occasion de *caring*" dans un milieu clinique donné.

Larson (1981), fit une recherche descriptive/comparative auprès de 57 clients hospitalisés sur une unité d'oncologie ainsi qu'auprès de 57 infirmières travaillant sur cette unité. L'étude avait pour but d'identifier les comportements infirmiers démontrant du *caring* et de comparer l'opinion des clients et des infirmières. Pour ce faire Larson développa un instrument de mesure le *Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort (CARE-Q)*. "L'infirmière est disponible, elle surveille la condition du client et exécute le travail à faire" fut identifié par les clients comme comportement infirmier démontrant le plus de *caring*. Les infirmières elles, identifièrent plutôt le comportement suivant: "Réconforter et développer une relation de confiance avec le client". Larson a donc découvert des différences significatives entre les clients

et les infirmières dans la perception des comportements infirmiers démontrant du *caring*. Ainsi les clients privilégient l'aspect technique des soins et les infirmières valorisent l'aspect relationnel des soins. Un seul item a su créer un consensus: placer le client au centre des priorités.

Luegenbiehl (1986) utilisa une approche qualitative auprès de dix dyades (mères-pères) ayant vécu leur travail et accouchement sur une unité de maternité d'un hôpital et de dix infirmières travaillant en salle d'accouchement. Ce chercheur désirait explorer les perceptions des participants face aux comportements infirmiers démontrant du *caring*. Les thèmes qui ont émergés sont: 1) la compétence et la connaissance, 2) l'aide, le réconfort et le support, une présence, le toucher, le fait de donner des explications, le confort et 3) les qualités personnelles de l'infirmière. Les pères ont valorisé la connaissance tandis que les mères et les infirmières ont insisté sur l'importance de vivre cette expérience le plus en douceur possible et en toute sécurité.

Mayer (1986) reproduisit la recherche de Larson, en utilisant le *CARE-Q* auprès de 54 clients hospitalisés en oncologie et de 28 infirmières travaillant en oncologie. Elle constate que les clients et infirmières n'ont pas la même perception des comportements infirmiers qui démontrent du *caring*: Les clients valorisent les habiletés techniques; les infirmières choisissent des comportements qui font référence à la compétence relationnelle: l'écoute, le toucher, être capable de percevoir les besoins du client. Ces résultats sont donc semblables à ceux obtenus par Larson (1981). Mayer conclut que les clients ne deviennent sensibles aux éléments affectifs du *caring* que lorsque leurs besoins physiques sont satisfaits.

Keane (1987) utilisa le *CARE-Q* de Larson auprès de 26 infirmières et de 26 clients hospitalisés dans un centre de réadaptation dans le but d'identifier les similitudes et les différences de perception de la dyade infirmière-client en ce qui a trait aux comportements infirmiers démontrant du *caring*. Les résultats démontrent que clients et infirmières placent en priorité l'item "Sait lorsqu'il est nécessaire d'appeler le médecin" et qu'ils s'entendent pour privilégier les comportements infirmiers orientés vers la satisfaction des besoins physiques. Contrairement aux résultats des autres recherches, les infirmières en réadaptation mettent l'emphase sur la participation active des clients à leurs soins plutôt que sur la composante affective des soins infirmiers. Keane explique ces résultats en suggérant que les perceptions des infirmières en réadaptation sont influencées par la nature des besoins des clients et la philosophie d'intervention préconisée dans un milieu de réadaptation.

En résumé, lorsque la dyade client-infirmière est interrogée, les recherches rapportent les mêmes différences de perceptions que celles soulignées par les études s'intéressant à l'opinion des clients et à l'opinion des infirmières séparément. Les clients valorisent l'aspect technique des soins infirmiers qui assure une réponse à leurs besoins physiques; les infirmières valorisent l'aspect relationnel et affectif de l'exercice infirmier. De tels résultats semblent confirmer la position de Mayer (1986) qui suggère que les clients ne deviennent sensibles à l'aspect relationnel des soins infirmiers qu'une fois leurs besoins physiques comblés. Il est toutefois intéressant de relever que les infirmières en réadaptation associent comportements démontrant du *caring* et philosophie d'intervention. Ce constat suggère l'existence d'un lien entre l'aspect de l'exercice infirmier valorisé par l'infirmière et la philosophie d'intervention épousée par celle-ci. Une philosophie d'intervention valorisant la performance technique amènerait l'infirmière à

orienter ses soins vers l'aspect technique; une philosophie d'intervention humaniste résulterait en des comportements infirmiers ciblant d'abord l'aspect relationnel des soins.

La deuxième partie de la recension des écrits s'attarde aux recherches empiriques qui ont utilisé le cadre théorique de Watson pour identifier les comportements infirmiers démontrant du *caring*.

2. **Recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du *caring* et utilisant la théorie de Watson**

À notre connaissance, six chercheurs ont utilisé la théorie de Watson auprès de clients hospitalisés. Il s'agit de Watson, Burckhardt, Brown, Bloch et Hester (1979); Harrison (1988); Nones Cronin et Harrison (1988); Stanfield (1991); Parsons, Kee et Gray (1993) et McNamara (1995). Quatre de ces recherches ont utilisé l'instrument créé par Harrison (1988), le *Caring Behaviors Assessment (CBA)*. Bien qu'aucune de ces recherches n'aient été réalisées en santé communautaire, la démarche utilisée et les résultats obtenus s'avèrent instructifs.

Watson et al. (1979) tentèrent d'identifier et de classifier les comportements infirmiers démontrant du *caring*. Ces auteurs proposent un nouveau modèle d'intervention basé sur la théorie du *caring* de Watson et suggèrent une classification des interventions infirmières divisée en activités expressives et en activités instrumentales. Les **activités expressives** sont utilisées: 1) pour établir un contact avec le client, elles sont empreintes de confiance, de foi, d'espoir, de sensibilité, d'acceptation des sentiments de l'autre, de compassion, d'empathie, de chaleur humaine, d'authenticité, 2) pour offrir un support au client en terme de présence, de surveillance, de confort, de protection et de promotion d'un environnement sain. Les **activités**

instrumentales sont: 1) des actions physiques orientées vers la réponse aux besoins physiques du client, l'exécution de techniques de soins, de traitements requis par la condition du client,

2) des interventions de nature cognitive ayant pour but l'amélioration de la santé du client:

l'information, l'enseignement et la résolution de problème. Utilisant une approche qualitative et

un échantillon non-aléatoire: étudiantes-infirmières (n=14), infirmières (n=19) et clients (n=14),

les auteurs demandèrent aux participants de compléter les deux questions ouvertes suivantes:

1) Une infirmière qui prend soin d'un client est une infirmière qui... 2) Une infirmière qui

démontre du *caring* est une infirmière qui... À l'aide d'une analyse de contenu, treize catégories

furent identifiées et supportent les valeurs et les buts du modèle de *caring* présenté ainsi que la

classification proposée par les chercheurs . Les trois groupes de participants s'entendent pour dire

qu'un comportement infirmier démontrant du *caring* doit tenir compte: 1) d'un processus de

communication 2) des fonctions infirmières reliées à la coordination. Les clients valorisent les

comportements infirmiers reliés aux besoins physiques, au confort et à la sécurité, tandis que les

étudiantes-infirmières et les infirmières valorisèrent les comportements reliés aux besoins

psychologiques et au domaine affectif (se sentir impliquée, démontrer de l'empathie). Les clients

n'ont pas retenu le rôle d'enseignement tandis que ce comportement fut retenu par les infirmières

et les étudiantes-infirmières. Les auteurs avancent l'hypothèse que le *caring* est un concept qui

est intimement lié au contexte et aux individus impliqués. Ils croient également que les besoins

physiques du client doivent être satisfaits avant qu'il ne devienne réceptif à l'aspect relationnel

des soins infirmiers. Ces chercheurs se demandent d'ailleurs si le *caring* inclut le *curing* ou si

c'est le *curing* qui inclut le *caring*. Ils recommandent que les recherches futures interrogent des

infirmières et des clients dans des champs cliniques variés.

S'inspirant de la théorie de Watson, la recherche d' **Harrison** (1988) avait pour but de développer un instrument de mesure valide et fidèle, le *Caring Behaviors Assessment (CBA)* afin d'identifier les comportements infirmiers démontrant du *caring*. La recherche avait aussi pour but de vérifier si les dix facteurs de *caring* identifiés par Watson correspondaient bien à dix éléments distincts de *caring*. Pour ce faire, elle utilisa neuf experts (infirmières enseignant dans trois écoles de sciences infirmières dont le curriculum est basé sur la théorie de Watson) et 235 participants choisis de façon non aléatoire et provenant de divers milieux: religieux, sociaux et de travail. Le *CBA* contenait 73 comportements infirmiers identifiés dans la littérature traitant du *caring* et de la théorie du *caring* de Watson. Dans la première phase de la recherche, les comportements infirmiers identifiés furent soumis aux neuf experts qui se prononcèrent sur la congruence des 73 items avec les dix facteurs de *caring*. L'instrument fut révisé et soumis aux experts pour une deuxième vérification. Durant la deuxième phase de la recherche, les 235 participants remplirent le questionnaire en identifiant, sur une échelle de type Likert en cinq points, le degré d'importance qu'ils accordaient à chaque item. Les résultats démontrent que le *CBA* possède une validité de contenu. La chercheuse n'a toutefois pu confirmer l'existence de dix facteurs de *caring* distincts, elle explique cet état de fait par la formulation positive de tous les items. Bien que la validité de construit n'ait pu être établie, la cohérence interne de l'instrument a été confirmée par les valeurs alpha élevées obtenues pour les huit échelles et pour l'instrument total.

Pour ce qui est de l'importance relative accordée aux comportements infirmiers démontrant du *caring*, les résultats sont similaires à ceux obtenus par les autres chercheurs. Les clients valorisent la disponibilité de l'infirmière, sa compétence technique, sa capacité à

surveiller la condition médicale du client. Ces clients semblent moins préoccupés par l'individualisation des soins, contrairement aux résultats obtenus par Henry (1975) auprès de clients recevant des soins infirmiers à domicile. Le fait d'être homme ou femme ne semble pas être déterminant dans la perception du *caring*. Tout comme Watson et al. (1979), Harrison recommande que les recherches futures explorent le concept de *caring* auprès d'échantillons plus grands et provenant de milieux cliniques variés. Elle souhaite également que ces études permettent de préciser la validité de construit du *CBA*. Les résultats obtenus avec le *CBA* pourront aussi être comparés avec les résultats obtenus avec d'autres instruments mesurant le *caring*. Enfin, Harrison recommande que l'impact des données démographiques et l'identification des effets des comportements infirmiers démontrant du *caring* sur la santé des clients soient étudiés.

Cronin et Harrison (1988) désirant identifier les comportements infirmiers perçus par les clients comme démontrant du *caring*, demandèrent à 22 clients ayant souffert d'un infarctus du myocarde et hospitalisés sur une unité de soins coronariens de remplir le *Caring Behaviors Assessment (CBA)*. Les résultats démontrent que le *CBA* est un instrument valide et fidèle et que les comportements infirmiers démontrant du *caring* les plus choisis par les clients sont ceux entourant la surveillance de la condition du client et la démonstration de la compétence de l'infirmière à répondre aux besoins physiques des clients. Tout comme les clients atteints de cancer, les clients ayant subi un infarctus conscients que leur vie est en danger, valorisent d'abord l'aspect technique des soins infirmiers. Ils identifient également l'enseignement comme étant un élément important de *caring*, ce qui est en accord avec la perception des clients de Brown (1981) mais différent des résultats obtenus par Watson et al. (1979). Les comportements

liés à l'individualisation des soins sont moins valorisés par ces clients. Aucune différence significative dans les perceptions des comportements de *caring* des clients ne fut notée en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et de la durée de séjour à l'unité de soins coronariens. Ces résultats sont compatibles avec ceux obtenus par Larson (1984). Toutefois, le nombre d'hospitalisation antérieure sur une unité de soins coronariens semble modifier de façon significative la perception des clients pour le facteur 5: l'expression de sentiments négatifs et positifs. Un client ayant déjà subi un infarctus et ayant déjà vécu une hospitalisation aux soins intensifs est peut-être plus près de ses émotions et est donc moins vulnérable lorsqu'il désire verbaliser des sentiments négatifs. Les résultats suggèrent que le *caring* peut être favorisé par des soins infirmiers compétents, lorsque l'infirmière qui pose ces actions le fait de manière calme et qu'elle semble en contrôle de ce qu'elle fait. Les chercheurs recommandent que des études futures soient faites auprès d'échantillons plus grands et plus diversifiés.

La recherche de **Stanfield** (1991) avait pour but de déterminer la validité et la fidélité de l'instrument produit par Cronin et Harrison (1988), le *CBA*, mais aussi de valider les facteurs de *caring* de Watson. Le chercheur procéda à une étude pilote auprès de 61 clients. Par la suite, elle administra l'instrument à 104 clients hospitalisés sur une unité de médecine-chirurgie. Les comportements infirmiers identifiés par les répondants comme démontrant le plus de *caring* se rapportent à la compétence technique de l'infirmière. Les résultats obtenus suggèrent que le *CBA* est un instrument valide et fidèle pour mesurer le concept de *caring* et qu'il pourrait être utilisé auprès de clientèles provenant de milieux cliniques variés. Toutefois à cause d'un échantillon limité, cette recherche n'a pu vérifier de façon concluante l'existence de dix facteurs de *caring* distincts.

Parsons, Kee et Gray (1993) tentèrent d'identifier les comportements des infirmières oeuvrant en salle d'opération qui démontrent du *caring* aux clients. Ils désiraient également évaluer l'importance relative de ces comportements et l'impact des données démographiques. Au total 19 clients participèrent à la recherche. L'instrument utilisé se divisait en trois parties, la première partie demandait aux participants d'identifier, dans leurs propres mots, les comportements infirmiers leur démontrant du *caring* durant leur séjour en chirurgie. La deuxième partie était formée d'une version révisée du *CBA*, huit items furent éliminés pour leur manque de pertinence au milieu clinique. La troisième partie contenait des questions touchant quatre données démographiques. L'analyse des réponses de la première partie démontra la récurrence de trois thèmes: 1) la présence rassurante de l'infirmière, 2) le réconfort verbal et 3) l'expression de l'intérêt et l'attention aux besoins reliés au confort physique. Les résultats obtenus avec le *CBA* indiquent que les clients valorisent les comportements qui démontrent l'expertise technique des infirmières dans un contexte humaniste. Les auteurs concluent que les comportements infirmiers qui présentaient moins d'importance manquaient peut-être de pertinence, compte-tenu de la durée très limitée du séjour à l'hôpital, soit autour de 24 heures. Les répondants valorisent en priorité le facteur de *caring* 9: la satisfaction des besoins humains, puis le facteur 7: la valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage. Le facteur le moins important est le facteur 5: l'expression de sentiments positifs et négatifs. Aucune différence significative n'a été trouvée en fonction des données démographiques. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Cronin et Harrison (1988) auprès d'une clientèle ayant subi un infarctus du myocarde. Cette recherche démontre qu'en dépit d'un séjour limité, donc d'une occasion de *caring* brève, les clients reconnaissent l'importance des comportements infirmiers

démontrant du *caring* et sont capables d'en identifier l'importance relative.

McNamara (1995), s'inspirant de la théorie de Watson, fit une recherche de type qualitatif auprès de six infirmières oeuvrant en salle d'opération. Elle utilisa un guide d'entrevue semi-structuré ayant 12 questions ouvertes. Les questions de recherche se lisaient comme suit:

1) Comment l'infirmière pratique-t-elle le *caring* dans un contexte de salle d'opération?

2) Quels sont les comportements identifiés par les infirmières oeuvrant en salle d'opération qui démontrent du *caring*? 3) Comment l'infirmière oeuvrant en salle d'opération démontre-t-elle

du *caring* envers un client inconscient? Les résultats indiquent que les infirmières oeuvrant en salle d'opération associent les comportements infirmiers démontrant du *caring* aux besoins des

clients: 1) En période pré-opératoire: assurer un support psychologique en développant une relation d'aide basée sur la confiance, diminuer le stress et l'anxiété à l'aide de mesures de

confort, 2) En période opératoire: répondre aux besoins physiques du client et maintenir des mesures de sécurité, assurer la dignité du client et promouvoir la cohésion et l'efficacité de

l'équipe de travail, 3) En période post-opératoire: répondre aux besoins physiques du client,

maintenir sa sécurité et assurer la continuité des soins. Ces résultats sont compatibles avec ceux

obtenus lors des recherches antérieures, les infirmières valorisent les comportements infirmiers

qui touchent l'aspect relationnel de la relation infirmière-client. L'auteur recommande de

reproduire cette recherche en tenant compte de la formation et des années d'expérience des

infirmières, en utilisant un échantillon plus grand et moins homogène. Elle suggère également de

comparer la perception des infirmières avec celle des clients.

Les six recherches précédentes ont utilisé le cadre théorique de Watson dans le but d'identifier les comportements infirmiers indicateurs de *caring*. Ces recherches ont interrogé des

clients en santé et des clients hospitalisés sur des unités de médecine, de soins intensifs-coronariens, de médecine-chirurgie et de salle d'opération ainsi que des infirmières provenant de différents milieux hospitaliers et du milieu de l'éducation. Quatre des six recherches ont eu recours au même instrument, le *Caring Behaviors Assessment (CBA)* créé par Harrison (1988), pour interroger les clients. Les deux autres recherches ont utilisé une approche qualitative. Les résultats obtenus sont en accord avec ceux obtenus lors de recherches qui n'utilisaient pas de cadre théorique spécifique, à savoir les clients identifient d'abord les comportements infirmiers qui répondent à leurs besoins physiques, donc l'aspect technique de l'exercice infirmier, tandis que les infirmières valorisent l'aspect relationnel des soins. Les deux recherches conduites en salle d'opération confirment que le client est capable de percevoir le *caring* infirmier même lorsque l'occasion de *caring* est brève.

3. Conclusion

Le tableau 1 présente l'ensemble des recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du *caring*. L'analyse des recherches traitant des comportements infirmiers démontrant du *caring* permet de faire les constatations suivantes: en dépit d'une littérature abondante, les manifestations et les effets du *caring* demeurent peu connus (Clayton, Murray, Horner & Greene, 1991; Cronin & Harrison, 1988; Shiber & Larson, 1991); mise à part la recherche de Henry (1975), la totalité de ces études furent conduites en milieu hospitalier et s'intéressaient, soit au point de vue des infirmières (étudiantes, cliniciennes, éducateurs, administrateurs), soit à celui des clients hospitalisés, soit à la dyade infirmière-client. Bien que les recherches procèdent à une recension des écrits, très peu utilisent un cadre théorique spécifique. Les recherches quantitatives ont été réalisées principalement dans le but d'élaborer un instrument de mesure. La méthodologie utilisée par l'ensemble des recherches limite toutefois la généralisation des résultats. Ces études furent conduites à l'extérieur du Canada et aucune n'a été conduite auprès d'une clientèle francophone. Une constance dans les résultats obtenus est observée: quelque soit la méthodologie utilisée et le milieu clinique choisi, les clients et les infirmières n'ont pas la même perception des comportements infirmiers démontrant du *caring*, les clients privilégient l'aspect technique des soins infirmiers et les infirmières valorisent l'aspect relationnel. Les résultats de ces recherches suggèrent que les comportements infirmiers démontrant du *caring* sont en fait, une combinaison de ce que l'infirmière fait (compétence technique), de comment elle le fait (compétence relationnelle) et de ce qu'elle est comme personne (qualités personnelles humanistes). Brown (1986) reprenant la classification des actions infirmières proposées par Watson et al. (1979) résume bien la situation: 1) les comportements

infirmiers perçus comme démontrant du *caring* sont, soit des activités instrumentales, ciblant les besoins physiques reliés aux traitements, soit des activités expressives, ciblant les besoins psychosociaux, le support émotif, 2) Les infirmières identifient les comportements infirmiers de type expressif comme des indicateurs de *caring* plus fréquemment que les clients, 3) Les clients identifient les comportements infirmiers instrumentaux comme indicateurs de *caring* plus souvent que les infirmières, 4) Les clients et leur famille identifient les comportements infirmiers instrumentaux comme plus importants, 5) Les infirmières considèrent les comportements infirmiers expressifs comme plus importants, 6) Les clients et les infirmières s'entendent pour dire que les activités expressives et instrumentales sont nécessaires pour prodiguer des soins infirmiers empreints de *caring*.

Tableau 1

Recherches empiriques traitant des comportements infirmiers démontrant du *caring*

AUTEURS	OPINION CLIENT	OPINION INFIRMIERE	MILIEU CLINIQUE	CADRE THEORIQUE	RECHER. QUALI.	RECHER. QUANTI.
Henry, O. (1975)	n=50		soins à domicile		✓	
Watson, J., Burckhardt, C., Brown, L., Bloch, D. & Hester, N. (1979)	n=14	n=19 (inf.) n=14 (étudiantes)	hôpital/ médecine hôpital & cliniques externes	Watson	✓	
Brown, L. (1981/1986)	n=80 n=50		hôpital/ médecine- chirurgie		✓	✓
Ford, M. (1981)		n=81	éducation, hôpital, association d'inf.		✓	
Larson, P. (1981)	n=57	n=57	hôpital/ oncologie			✓
Larson, P. (1984)	n=57		hôpital/ oncologie			✓
Barr, W. (1985)		n=15	hôpital/soins intensifs		✓	
Larson, P. (1986)		n=57	hôpital/oncologie			✓
Leuegenbiehl, D. (1986)	n=10 mères n=10 pères	n=10	hôpital/salle d'accouchement		✓	
Mayer, D. (1986)	n=54	n=28	hôpital/oncologie			✓
Riemen, D. (1986)	n=10		hôpital		✓	
Swanson-Kauffman, K. (1986)	n=20		hôpital/maternité (fausse couche)		✓	
Wolf, Z. (1986)		n=97	hôpital éducation			✓
Keane, S. (1987)	n=26	n=26	hôpital/réadaptation			✓
Ray, M. (1987)		n=8	hôpital/soins intensifs & coronariens		✓	
Harrison, B. (1988)	n=235	n=9 experts	éducation Sc.Inf. citoyens en santé	Watson		✓ instrument: CBA
Nones Cronin S. & Harrison, B. (1988)	n=22		hôpital/soins intensifs & coronariens	Watson		✓ instrument: CBA
Sherwood, G. (1988)	n=10		hôpital/chirurgie		✓	
Semonin-Holleran R. (1990)	n=10		hôpital/urgence			✓
Stanfield, M.(1991)	n=104		hôpital/ médecine-chirurgie	Watson		✓ instrument: CBA
Parsons, E., Kee, C. & Gray, P.(1993)	n=19		hôpital/chirurgie salle d'opération	Watson		✓ instrument: CBA
Mc Namara, S. (1995)		n=6	hôpital/chirurgie salle d'opération	Watson	✓	

C. Questions de recherche

En dépit de l'urgence d'évaluer la qualité des soins infirmiers en santé communautaire, ce domaine de recherche demeure peu exploré et il n'existe pas, à notre connaissance, de modèle d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire. Bien que le concept de qualité et la démarche évaluative ne fasse pas l'objet d'un consensus idéologique et terminologique nous croyons que la justesse de la démarche évaluative repose sur la congruence existant entre l'intention, la mesure, le jugement et la décision. Conséquemment, le choix d'un cadre théorique et des indicateurs de qualité s'avère une étape cruciale de la démarche évaluative. L'unicité de l'exercice infirmier en santé communautaire, supportée par la mission des établissements, la philosophie d'intervention, les rôles et fonctions, les habiletés et compétences spécifiques requises des infirmières y oeuvrant, amène à rejeter les modèles d'évaluation créés pour le domaine hospitalier et incite à rechercher un cadre théorique qui soit pertinent au domaine de la santé communautaire. Ainsi, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire exige un cadre de référence qui tienne compte de l'opinion du client et qui fasse une place prépondérante à la relation infirmière-client et à l'aspect relationnel des soins infirmiers. La théorie du *caring* de Watson, parce qu'elle repose sur une approche humaniste, une conception holistique du client; parce qu'elle valorise la relation infirmière-client; parce qu'elle exige de l'infirmière des compétences relationnelles qui ont préséance sur les compétences techniques; parce qu'elle soutient l'éducation pour la santé dans un contexte de promotion de la santé et parce qu'elle requiert la participation active du client dans la prise en charge de sa santé, apparaît une avenue valable. Quoique ce cadre théorique ait fait l'objet de recherches empiriques en milieu hospitalier, à notre connaissance, il n'a pas été utilisé en santé communautaire auprès

d'une clientèle francophone.

Les postulats suivants servent de base à la présente recherche et ont été inspirés par la recension des écrits: a) le *caring* est l'essence même de la pratique en sciences infirmières b) la qualité des soins infirmiers est intimement liée au concept du *caring* c) le *caring* peut être décrit en terme de comportements infirmiers observables d) les clients sont capables d'identifier et de décrire les comportements infirmiers qu'ils perçoivent comme indicateur de *caring*.

La présente recherche vise donc à répondre aux trois questions suivantes:

1. En santé communautaire, quels sont les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients comme des indicateurs du *caring*?
 - 1a Quelle est l'importance relative de ces comportements?
 - 1b Est-ce que l'importance accordée aux comportements infirmiers diffère selon les programmes ?
2. Parmi les dix facteurs de *caring* identifiés par Watson, lesquels sont les plus importants pour les clients ayant reçu des soins infirmiers à domicile?
 - 2a. Ces choix sont-ils différents selon les programmes?
3. Les priorités établies par les clients sont-elles influencées par leur âge, leur sexe, leur niveau de scolarité et le nombre de visites à domicile reçues?

Chapitre II

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les éléments de la méthodologie utilisée dans la recherche, il décrit les caractéristiques de la population et de l'échantillon, l'instrument de mesure ainsi que la démarche utilisée pour son élaboration. Il se termine avec la description de la procédure de collecte et d'analyse des données.

A. Population et échantillon

1. Description de la population

La population visée par notre recherche est constituée des clients francophones ayant reçu des soins infirmiers à domicile dans un CLSC de la région de l'Outaouais, entre le premier avril 1996 et le trente et un mars 1997. Le fait d'avoir situé la recherche durant l'année précédente plutôt que celle en cours permet aux clients un certain recul face aux services reçus, leur opinion risquant ainsi d'être moins biaisée, par contre cette année de décalage favorise une perte de clientèle en raison de déménagements ou de décès. Les clients ont reçu des soins infirmiers à domicile par le biais des deux programmes d'activités suivants: 1) santé maternelle et infantile et 2) maintien à domicile. La population totalise 684 clients: 316 clients au programme santé maternelle et infantile et 368 clients au programme maintien à domicile.

L'identification de la population a été faite de la façon suivante: une liste des clients ayant reçu des soins infirmiers à domicile entre le premier avril 1996 et le trente et un mars 1997 a été

établie à partir du système informatisé du CLSC. Ce système a produit une liste contenant les informations suivantes: nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de dossier CLSC, programme CLSC et nombre de visites à domicile reçues. Puisqu'un nombre important de clients n'avaient pas de code postal, une recherche a dû être faite en ce sens. Le système informatisé a été programmé pour éliminer les clients qui ne parlaient pas français, les personnes décédées, les clientes présentant une dynamique de violence conjugale ainsi que les étudiants âgés de 14 ans et plus qui ont reçus des services dans le cadre du programme scolaire (pour préserver leur droit à la confidentialité). Un élagage de cette liste a été fait afin d'éliminer les clients n'ayant pas d'adresse, les répétitions, les personnes décédées (une deuxième vérification fut faite auprès des intervenants) et les clients déménagés dans une région non desservie par le CLSC ciblé. Puisque qu'un numéro d'utilisateur différent est attribué à la mère et à l'enfant, la liste de clients du programme santé maternelle et infantile a dû être remaniée de façon à établir un pairage mère-enfant et assurer un seul envoi du questionnaire.

La notion de programme correspond à la nature des besoins des clients en soins infirmiers et, par le fait même, est liée à leur problématique santé. Ainsi les clients inscrits au programme de maintien à domicile présentent des besoins reliés à une incapacité temporaire ou permanente causée par une maladie, une chirurgie, un traumatisme, le processus de vieillissement ou une déficience physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique. Ces clients peuvent vivre une période de convalescence, une phase pré-terminale ou terminale, mais tous présentent des besoins de santé reliés à leur maintien à domicile. Ce sont des hommes et des femmes qui sont âgés entre 11 et 77 ans. Ces clients ont reçu la visite d'une infirmière à domicile suite à une référence provenant des établissements du réseau de la santé, du client lui-même ou de ses

proches. Le nombre de visites (variant entre une et 100 visites et plus) est déterminé par l'infirmière selon les besoins du client et sa capacité de d'être autonome dans ses soins. En théorie, les services de maintien à domicile sont des services universels et donc accessibles à tous, quelque soit le revenu. Toutefois une priorité est accordée aux clients présentant des besoins pressants de soins infirmiers requis par leur maintien à domicile.

Les clientes inscrites au programme de santé maternelle et infantile ont reçu la visite d'une infirmière à domicile dans le cadre soit d'une visite post-natale, soit pour assurer un suivi relié à la période périnatale, au développement de l'enfant ainsi qu'à l'acquisition d'habiletés parentales. Bien que ce service s'adresse à tous les membres de la famille, l'infirmière qui rencontre la famille inscrit au système informatisé le nom de la personne qui a reçu le service, en l'occurrence, la mère. Ce programme inclut donc uniquement des mères âgées entre 17 et 39 ans qui ont au moins un enfant âgé entre 0 et 5 ans. Ces clientes ont été référées soit par des établissements du réseau de la santé, des ressources communautaires ou par la cliente elle-même et ses proches. Bien que ce service soit disponible à toutes les familles, quelque soit le revenu, une priorité est accordée aux familles qui accueillent leur premier enfant et aux familles à risques (pauvreté, monoparentalité, violence, problématiques de santé, etc...). Ces clientes ont reçu entre une et 11 visites à domicile, l'infirmière déterminant la durée du suivi en fonction des besoins identifiés et de la capacité des parents de se prendre en charge.

Dans le but de mieux décrire les besoins de la population ciblée par ce projet, il apparaît nécessaire de préciser le rôle de l'infirmière qui visite cette clientèle à domicile. Bien que les clients des deux programmes présentent des besoins différents, la démarche utilisée par l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions demeure semblable: 1) procéder à l'évaluation de

besoins du client, 2) identifier les besoins et problèmes de santé du client, 3) déterminer un plan d'intervention, 4) évaluer l'état du client et prodiguer les soins requis par sa condition de santé, administrer les mesures diagnostiques, les traitements et médicaments selon l'ordonnance médicale ou le protocole de l'établissement et procéder à la surveillance clinique du client, 5) assurer l'enseignement et l'apprentissage des connaissances, l'acquisition d'habiletés techniques requises par le client et ses proches pour répondre aux besoins identifiés, 6) assurer la disponibilité des ressources matérielles et financières requises pour permettre au client de devenir autonome dans ses soins, 7) évaluer l'atteinte des résultats escomptés 8) au besoin, diriger le client vers les ressources appropriées, 9) collaborer avec les autres intervenants du réseau (multidisciplinarité). Ces interventions se font dans un contexte de partenariat infirmière-client (OIIQ, 1996). Cependant l'infirmière est appelée dans l'exercice de ses fonctions à adapter ses soins aux besoins de la clientèle qu'elle dessert. Ainsi les infirmières oeuvrant dans le programme santé maternelle et infantile travaillent dans un contexte de prévention et d'éducation pour la santé tandis que les infirmières oeuvrant en maintien à domicile doivent en plus du contexte préventif assurer des soins techniques à leurs clients.

2. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de cette recherche est composé des clients qui ont choisi de retourner le questionnaire dûment rempli. Tel que le démontre le tableau 2, au total, 684 questionnaires furent envoyés par la poste; 158 clients répondirent au questionnaire: 53, au programme de santé maternelle et infantile et 105, au programme de maintien à domicile. Pour l'ensemble de l'échantillon, le taux de réponse de 27.9% apparaît valable compte tenu de la nature

impersonnelle d'un questionnaire par la poste. Le taux de réponse inférieur du programme de santé maternelle et infantile peut s'expliquer par la grande mobilité des familles (22.4% des questionnaires furent retournés) mais aussi par des contacts moins nombreux avec l'infirmière.

Tableau 2
Retour des questionnaires

Programme	Envois	Réponses	Pourcentage de retour
3. Santé maternelle et infantile	316	053	21.6 %
4. Maintien à domicile	368	105	32.7 %
Total	684	158	27.9 %

Le tableau 3 présente les caractéristiques démographiques de l'échantillon total, de l'échantillon composé des répondants du programme santé maternelle et infantile et de l'échantillon composé des répondants provenant du programme maintien à domicile. Ce tableau indique que les répondants sont en majorité des femmes, dans une proportion de 70.9%. La nationalité, identifiée dans la littérature comme une variable importante de la perception du *caring*, ne pourra être étudiée dans la présente recherche compte tenu de la faible représentativité des individus provenant d'une autre ethnie (n=4). L'âge des répondants se situe entre 11 et 77 ans. La scolarité des participants est répartie entre le niveau primaire, secondaire, collégial et universitaire. Les répondants présentant une scolarité de niveau primaire et secondaire représentent 59.5% des participants. Le fait que les questionnaires aient été répondus adéquatement par tous les participants suggère que cet instrument a été écrit dans un langage clair et facile à comprendre et qu'il peut s'administrer facilement. Les participants ont reçu entre

une et plus de 100 visites, 50.6% ont reçu entre une et trois visites et 49.6% ont reçu entre quatre et 100 visites et plus. Tel que souligné précédemment, cet écart important dans le nombre de visites reçues s'explique par la grande diversité des besoins des clients.

Tableau 3

Caractéristiques démographiques de l'échantillon total (n=158).

Caractéristiques	Nombre	%
Sexe		
masculin	046	29.1
féminin	112	70.9
groupe âge		
11-32	040	25.3
33-44	036	22.8
45-63	040	25.3
64-77	042	26.6
scolarité		
primaire	030	19.0
secondaire	064	40.5
collégial	031	19.6
universitaire	033	20.9
nombre de visites à domicile		
1-3	080	50.6
4-100 et plus	078	49.4

De façon plus spécifique, le tableau 4 présente les caractéristiques des répondants du programme de santé maternelle et infantile. Cet échantillon est composé exclusivement de femmes âgées entre 17 et 39 ans et 69.8% des répondants possèdent une scolarité de niveau collégial et universitaire. Bien que le nombre de visites à domicile reçues se situent entre une et 14 visites, 73% des clientes n'ont reçu qu'une seule visite à domicile de l'infirmière durant l'année de référence.

Tableau 4

Caractéristiques démographiques de l'échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)

Caractéristiques	Nombre	%
Sexe		
masculin		
féminin	53	100
groupe âge		
23 et moins	08	15.1
24-29	15	28.3
30-35	23	43.4
36 et plus	07	13.2
scolarité		
primaire	01	01.9
secondaire	15	28.3
collégial	14	26.4
universitaire	23	43.4
nombre de visites à domicile		
1	39	73.6
2 et plus	14	26.4

Le tableau 5 présente les caractéristiques démographiques de l'échantillon provenant du programme maintien à domicile. Cet échantillon est constitué de 56.2 % de femmes et de 43.8 % d'hommes. Bien que les répondants soient âgés entre 11 et 77 ans, plus de la moitié (66.7%) des clients ont entre 51 et 77 ans. La majorité des participants (74.3 %) possède un niveau d'éducation primaire et secondaire. Plus de la moitié des participants (64.8%) ont reçu dix visites à domicile et moins.

Tableau 5
Caractéristiques démographiques de l'échantillon programme maintien à domicile (n=105).

Caractéristiques	Nombre	%
Sexe		
masculin	46	43.8
féminin	59	56.2
groupe âge		
40 et moins	18	17.1
41-50	17	16.2
51-60	21	20.0
61 et plus	49	46.5
scolarité		
primaire	29	27.6
secondaire	49	46.7
collégial	17	16.2
universitaire	10	9.5
nombre de visites à domicile		
10 et moins	68	64.8
11 et plus	37	35.2

B. Instrumentation

Bien que le *caring* soit reconnu comme un élément essentiel de l'exercice infirmier, les instruments valides et fidèles permettant d'identifier les comportements infirmiers démontrant du *caring* sont rares et se révèlent difficiles à administrer (Larson, 1984; Mayer, 1986) et complexes à interpréter objectivement (Brown, 1982; Stanfield, 1991; Watson et al., 1979;). Puisqu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'instrument de mesure francophone qui, se basant sur la théorie de Watson, interroge des clients en santé communautaire sur les comportements infirmiers qu'ils perçoivent comme démontrant du *caring*, un questionnaire fut élaboré de façon à opérationnaliser les dix facteurs de *caring* identifiés par Watson (1979 et 1985). Le texte qui suit précise la démarche utilisée lors de l'élaboration de cet instrument.

1. Procédure d'élaboration du questionnaire

La documentation francophone traitant de la théorie de Watson étant quasi-inexistante, une traduction maison de la théorie, des postulats et des dix facteurs de *caring* fut produite . Ensuite, une liste de comportements infirmiers démontrant du *caring* fut construite en s'inspirant de trois sources: 1) des facteurs de *caring* de Watson (1979 et 1985, 1988, 1994), 2) des comportements infirmiers déjà identifiés dans l'instrument de Harrison (1988), le *CBA* et 3) des comportements infirmiers identifiés dans les recherches empiriques. Cette liste fut réduite en éliminant les items qui n'étaient pas pertinents au domaine de la santé communautaire ou qui présentaient une redondance. Les comportements infirmiers identifiés furent ensuite rédigés en français. Certains items furent modifiés et ajoutés en fonction de leur pertinence au domaine de la santé communautaire en se basant sur les références suivantes: 1) les facteurs de *caring* de

Watson, 2) la littérature traitant de la santé communautaire et plus spécifiquement des recherches empiriques traitant de l'unicité des rôles et fonctions de l'infirmière oeuvrant en santé communautaire (Ackerman, 1994; Bramadat et al., 1996; Ferguson & Calder, 1993; Hagan, 1991; Kenyon et al., 1990; Zerwekh, 1990) et 3) la connaissance qu'a le chercheur du domaine de la santé communautaire et de la population cible. Les items ainsi obtenus furent regroupés sous le facteur de *caring* correspondant.

Conformément à la théorie de Watson (1979), l'instrument produit dans le cadre de cette étude se divise en dix sections distinctes qui correspondent aux dix facteurs de *caring* et conséquemment se caractérise ainsi des autres recherches recensées. En effet, bien que certains auteurs (Cronin & Harrison, 1988; Harrison, 1988; Parsons et al., 1993; Stanfield, 1991) aient choisi de présenter les trois premiers facteurs de *caring* en bloc, sous le facteur: "Formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes", la présente étude traite ces trois premiers facteurs séparément, de façon à vérifier si les clients, tel que le suggère Watson, perçoivent la distinction existant entre ces trois facteurs de *caring*. De plus, contrairement à l'avis de certains auteurs (Cronin et Harrison, 1988; Parsons et al., 1993; Stanfield, 1991) qui ont choisi d'éliminer le facteur de *caring* 6: l'utilisation d'une démarche de résolution de problème, le considérant inhérent à l'exercice infirmier et donc imperceptible aux clients, des items se rapportant à ce facteur furent développés. Cette décision d'inclure des items pour le sixième facteur de *caring* est basée sur la reconnaissance de la capacité des clients de percevoir la démarche de résolution de problème utilisée par l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions ainsi que sur la nécessité pour les clients de maîtriser cette démarche s'ils désirent prendre en charge leur santé.

2. Validité du questionnaire

Afin d'assurer une validité de contenu apparente, cette première ébauche du questionnaire fut soumise à l'opinion d'experts en soins infirmiers. Ces experts furent choisis pour leur connaissance du domaine de la santé communautaire et leur maîtrise des théories et modèles en soins infirmiers. Six experts en soins infirmiers furent approchés et cinq participèrent à la recherche. Quatre infirmières provenaient du milieu universitaire et une infirmière oeuvrait comme cadre intermédiaire dans un CLSC.

Après un contact téléphonique, les experts reçurent par la poste un document de consultation contenant une lettre d'introduction, un guide explicatif, un bref résumé de la théorie de Watson, et une description détaillée des dix facteurs de *caring*. Le document incluait également une liste de 91 comportements infirmiers ainsi qu'une grille de réponse. Des références pertinentes aux travaux de Watson complétaient l'envoi. L'annexe A présente une copie de ce document de consultation. Les experts devaient se prononcer sur la **clarté**: caractère de ce qui est facile à comprendre, net, précis et exprimé en termes simples; la **pertinence**: caractère de ce qui est approprié, qui se rapporte exactement aux rôles et fonctions des infirmières en santé communautaire; et la **congruence**: qualité d'une articulation dont les deux parties s'adaptent parfaitement, en l'occurrence la théorie de Watson et l'exercice infirmier en santé communautaire. Ils devaient indiquer leur accord en cochant (✓) oui et leur désaccord en cochant (✓) non, ils étaient également invités à écrire des commentaires. Les réponses des experts furent compilées et les items redondants furent éliminés. Les items jugés clairs, pertinents et congruents par les cinq experts furent conservés, au total 55 items furent retenus. Les items jugés pertinents et congruents mais manquant de clarté furent reformulés, au total 34 items furent modifiés. À la

lueur des commentaires des experts, neuf items furent ajoutés de façon à enrichir la pertinence des items au domaine communautaire et certains items furent classés sous un facteur de *caring* différent. Dans le but de diminuer les difficultés de compréhension, les items furent formulés sous forme affirmative, utilisant de courtes phrases et un vocabulaire simple. Les items furent ensuite regroupés selon le facteur de *caring* correspondant. À la fin de cette première étape, le questionnaire contenait 98 items répartis selon les dix facteurs de *caring*. Le tableau 6 indique la répartition des items en fonction des facteurs de *caring* telle que présentée dans le document de consultation ainsi que dans le questionnaire final envoyé aux clients.

Tableau 6

Répartition des items en fonction des facteurs de *caring*

Facteurs de <i>caring</i>	Nombre d'items				
	soumis	retenus	modifiés	ajoutés	document final
1. Valeurs humanistes	06	05	01	01	07
2. Foi et espoir	09	05	02	01	08
3. Sensibilité	11	06	02	01	09
4. Relation d'aide/confiance	12	09	11	-	20
5. Sentiments positifs et négatifs	06	05	01	-	06
6. Résolution de problème	10	04	-	-	04
7. Enseignement/apprentissage	14	08	03	02	13
8. Environnement	11	06	07	03	16
9. Satisfaction des besoins	07	04	04	-	08
10. Forces existentielles	05	03	03	01	07
Nombre total d'items	91	55	34	09	98

Le questionnaire final (Annexe D) comporte donc six pages, une page d'introduction, une page de directives et quatre pages contenant les 98 énoncés regroupés sous dix facteurs de *caring*: L'instrument final regroupe les items de la façon suivante: facteur 1: items 1 à 7; facteur 2: items 8 à 15; facteur 3 : items 16 à 24; facteur 4: items 25 à 44; facteur 5: items 45 à 50; facteur 6: items 51 à 54; facteur 7: items 55 à 67; facteur 8: items 68 à 83; facteur 9: items 84 à 91; facteur 10: items 92 à 98.

Le questionnaire propose donc une liste de 98 items ou comportements infirmiers. Se référant à l'expérience vécue lorsqu'ils ont reçu des services infirmiers à domicile, les participants doivent identifier le degré d'importance qu'ils accordent à chacun des comportements infirmiers énoncés en utilisant une échelle de type Likert en cinq points. Les répondants doivent encercler le chiffre qui correspond à leur choix: 1 signifie que le comportement n'est pas important du tout pour eux; 2 signifie que le comportement est peu important pour eux; 3 signifie qu'ils sont incertains; 4 signifie que le comportement est important pour eux; 5 signifie que le comportement est très important pour eux. À la fin du questionnaire, les clients doivent également indiquer leur âge, leur nationalité d'origine et leur niveau de scolarité.

3. Fidélité du questionnaire

La fidélité de l'instrument, c'est-à-dire sa stabilité constante de mesure, fut évaluée en utilisant les coefficients de fidélité (coefficient de consistance interne) alpha de Cronbach pour chacune des dix sous-échelles et pour l'instrument total. Tel que résumé au tableau 7, les valeurs alpha pour les dix facteurs de *caring* se situent entre .7810 pour le facteur 1: la formation d'un

système de valeurs humanistes-altruistes et .9417 pour le facteur 10: la reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques. La valeur alpha de l'instrument est de .9809, ce qui confirme la fidélité de l'instrument.

Tableau 7

Valeurs alpha de Cronbach pour chaque facteur de *caring* et pour l'instrument

Facteurs de <i>caring</i>	Nombre d'items	Valeurs alpha
1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes	07	.7810
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir	08	.9012
3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres	09	.8574
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance	20	.9075
5. L'expression de sentiments positifs et négatifs	06	.8861
6. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème	04	.8180
7. La valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage	13	.9139
8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain	16	.9091
9. La satisfaction des besoins humains	08	.8479
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques	07	.9417
Total	98	.9809

C. Procédure de collecte et d'analyse des données

Après avoir reçu l'approbation du comité de déontologie de l'Université d'Ottawa (Annexe B) ainsi que l'autorisation du directeur général du CLSC pour utiliser les données requises contenues dans leur système informatique (Annexe C), une liste de clients francophones ayant reçu des soins infirmiers à domicile entre le premier avril 1996 et le trente et un mars 1997 fut produite. Cette liste fut élaguée tel qu'indiqué précédemment et transférée dans un fichier de données *Word perfect* de façon à personnaliser chaque questionnaire en termes de numéro d'identification et du sexe du participant, du programme CLSC et du nombre de visites à

domicile reçues. L'enveloppe adressée aux clients fut également personnalisée en termes de nom et prénom du client, adresse, programme CLSC et numéro d'identification du client. Cette procédure assure un repérage rapide et facilite la collecte des données.

Un document contenant le questionnaire, une lettre d'introduction ainsi que des directives à suivre pour remplir le questionnaire (Annexe D) fut envoyé par la poste à chaque client. L'envoi contenait également une enveloppe de retour pré-affranchie. Les clients avaient un délai de dix jours pour retourner le questionnaire dûment rempli. La collecte de données s'est étendue sur une période de quatre semaines. Le fait de retourner le questionnaire rempli constituait un consentement. Les participants désirant plus d'information pouvaient rejoindre le chercheur par téléphone. Vingt participants ont d'ailleurs utilisé ce service principalement pour témoigner leur intérêt à la recherche et leur satisfaction des soins infirmiers reçus; deux clients se sont désistés parce qu'ils ne pouvaient pas lire le français. À titre informatif, les chefs de service et les intervenants des deux programmes reçurent une copie du questionnaire. Au total 158 questionnaires dûment remplis furent retournés au chercheur. Les réponses furent compilées à l'aide du logiciel *SPSS* , le fichier ainsi constitué contenait les données suivantes: le numéro du participant (pour assurer l'anonymat), le sexe, le programme CLSC, le nombre de visites à domicile reçues, les réponses aux 98 items, l'âge, la nationalité d'origine, et le degré de scolarité. Le texte qui suit présente le plan des analyses des données.

Utilisant le logiciel *SPSS* , une description de l'échantillon est faite à partir de statistiques descriptives, fréquences et pourcentages. L'âge et le nombre de visites étant des variables continues, elles sont regroupées en sous-groupe de la façon suivante: l'échantillon total incluent des clients âgés entre 11 et 77 ans et sont divisés en quatre sous-groupe: 1) 11 à 32 ans

2) 33 à 44 ans 3) 45 à 63 ans 4) 64 à 77 ans. Ces clients ont reçu entre 1 et 100 visites à domicile et plus, cette variable est divisée en deux sous-groupes: 1) 1 à 3 visites 2) 4 à 100 visites et plus. Les clients provenant du programme santé maternelle et infantile sont âgés entre 17 et 39 ans et sont divisés en quatre groupes d'âge: 1) moins de 23 ans 2) 24 à 29 ans 3) 30 à 35 ans 4) 36 ans et plus. Le nombre de visites à domicile reçues se situant entre une et 11 visites, il comporte deux sous-groupes: 1) une visite 2) deux visites et plus. Le programme de maintien à domiciles incluant des clients âgés entre 11 ans et 77 ans, la variable âge se répartit en quatre groupes: 1) moins de 40 ans 2) entre 41 et 50 ans 3) entre 51 et 60 ans 4) 61 ans et plus. Ces clients ayant reçu entre deux et plus de 100 visites à domicile, le nombre de visites est traité de la façon suivante: 1) 10 visites et moins 2) 11 visites et plus.

Pour répondre à la première question de recherche: "En santé communautaire, quels sont les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients comme des indicateurs de *caring*? Quelle est l'importance relative de ces comportements? Est-ce que l'importance accordée aux comportements infirmiers diffère selon les programmes? ", des analyses descriptives (moyenne et écart-type) sont calculées pour chacun des 98 items du questionnaire et les valeurs ainsi obtenues sont comparées afin de déterminer les comportements infirmiers qui sont les plus importants et les moins importants. Cet exercice est fait avec l'échantillon total et les échantillons formés des clients du programme santé maternelle et infantile et de ceux du programme maintien à domicile.

Pour répondre à la deuxième question de recherche: " Parmi les dix facteurs de *caring* identifiés par Watson, lesquels sont les plus importants pour les clients ayant reçu des soins infirmiers à domicile? Ces choix sont-ils différents selon les programmes? ", des analyses descriptives (moyenne et écart-type) sont calculées pour chaque facteur de *caring*. Les moyennes

des facteurs de *caring* sont comparées pour identifier les facteurs les plus importants et les moins importants. Ces analyses sont produites à partir de l'échantillon total, mais aussi à partir des échantillons formés par les clients du programme santé maternelle et infantile et du programme maintien à domicile.

Pour répondre à la troisième question de recherche: "Les priorités établies par les clients sont-ils influencées par leur âge, leur sexe, leur niveau de scolarité et le nombre de visites à domicile reçues? ", une comparaison des moyennes obtenus pour les dix facteurs de *caring* est faite en fonction de l'âge, du sexe pour le programme de maintien à domicile, du degré de scolarité et du nombre de visites à domicile reçues. Les analyses sont faites à partir des données de l'échantillon programme santé maternelle et infantile et de l'échantillon programme maintien à domicile. Le chapitre qui suit présente les résultats de ces analyses et en fait l'interprétation.

Chapitre III

PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'objectif de cette recherche était d'identifier les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients en santé communautaire comme démontrant du *caring* en s'inspirant du cadre théorique de Watson. Pour ce faire un questionnaire fut construit et envoyé à 684 clients ayant reçu des soins infirmiers d'un CLSC par le biais de deux programmes: santé maternelle et infantile et maintien à domicile. Au total 158 clients ont répondu au questionnaire. Le présent chapitre analyse les réponses qui furent recueillies à l'aide de l'instrument et interprète les résultats à la lueur du cadre conceptuel présenté au chapitre 1.

A. Première question de recherche

La première question de recherche se lisait comme suit: "En santé communautaire, quels sont les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients comme des indicateurs de *caring*? Quelle est l'importance relative de ces comportements ? De façon exploratoire, cette première question de recherche tentait aussi de vérifier si l'importance des comportements infirmiers identifiés différait selon les programmes. Pour ce faire des statistiques descriptives, moyenne et écart-type, ont été calculées pour chacun des 98 items du questionnaire. Ces analyses furent faites à partir des réponses provenant de l'échantillon total et des échantillons du programme santé maternelle et infantile et du programme maintien à domicile. L'échelle utilisée pour recueillir les perceptions des clients est une échelle de type Likert en cinq points dont la légende se lit comme suit: le chiffre 1 signifie que le comportement n'est pas important du tout

pour le client; le chiffre 2 signifie que le comportement est peu important pour le client; le chiffre 3 signifie que le client est incertain; le chiffre 4 signifie que le comportement est important pour le client et le chiffre 5 signifie que le comportement est très important pour le client. Une moyenne élevée, c'est-à-dire plus grande que 4.5, signifie que le comportement infirmier est important pour les clients et constitue un comportement infirmier démontrant du *caring*; une moyenne basse, inférieure à 4, signifie que le comportement infirmier a moins d'importance pour les clients et démontre moins de *caring*.

L'analyse des réponses des clients en santé communautaire (échantillon total, n=158) démontrent que les moyennes obtenues pour les 98 comportements infirmiers se situent entre 3.33 et 4.74. Le tableau 8 dresse la liste des dix-neuf comportements infirmiers qui démontrent le plus de *caring* aux clients en santé communautaire. Il s'agit de comportements infirmiers qui respectent l'individualité du client, qui sont empreints d'humanisme (honnêteté, respect, authenticité, patience, douceur, gentillesse, compassion, générosité) et de savoir-vivre, qui témoignent d'une compétence au niveau des habiletés relationnelles (attitude rassurante et calme et positive, écoute active, communication efficace, relation d'aide, respect de la confidentialité). Ces clients valorisent également les comportements infirmiers démontrant une compétence au niveau des habiletés techniques et des connaissances cliniques. Ces résultats sont conformes à la théorie de Watson qui affirme que l'approche humaniste et la compétence relationnelle de l'infirmière doivent servir de base à l'exercice infirmier (George, 1995; Watson, 1979, 1988). Parce qu'ils soulignent l'importance des comportements infirmiers témoignant des valeurs humanistes, de tels résultats sont similaires à ceux obtenus par Brown (1981), McNamara (1995), Parsons et al. (1993) et Semonin-Holleran (1990). Par contre, ces résultats diffèrent de ceux

obtenus lors de recherches effectuées auprès de clients hospitalisés qui eux, valorisaient d'abord la compétence technique de l'infirmière (Brown, 1981; Cronin & Harrison, 1988; Harrison, 1988; Keane, 1987; Larson, 1984; Mayer, 1986 et Watson, et al., 1979).

Tableau 8

Comportements infirmiers présentant une moyenne supérieure à 4.5

Échantillon total (n=158)

Items	Rang	Moyenne	Écart-type
01.Me traite comme une personne "unique" et non comme un numéro	1	4.74	.48
21.Répond à mes questions de façon honnête	2	4.72	.50
06.Me traite avec respect	2	4.72	.48
04.Est humaine, possède des qualités telles que patience, douceur, gentillesse, compassion, générosité	3	4.69	.48
03.Tente de me rassurer lorsque je suis inquiet(e)	4	4.68	.51
88.Semble savoir comment donner des injections, faire des pansements, des traitements, manipuler l'équipement médical à domicile	5	4.67	.66
05.Fait preuve de savoir vivre, de politesse	6	4.66	.52
25.M'écoute vraiment lorsque je parle	6	4.66	.49
60.Répond à mes questions de façon claire	7	4.65	.53
02.Essaie de me comprendre, de voir mon point de vue	8	4.64	.54
40.Semble être une personne à qui je peux faire confiance	9	4.62	.55
63.M'explique avec des mots que je peux comprendre	9	4.62	.60
23.Est "vraie", honnête, authentique avec moi	10	4.61	.54
64.Me donne l'impression qu'elle sait ce qu'elle fait	11	4.56	.62
07.Garde une attitude calme	11	4.56	.56
28.M'explique clairement le but de sa visite	12	4.55	.70
86.Sait quand il faut contacter le médecin, aller à l'hôpital ou consulter un autre intervenant de la santé	12	4.55	.65
29.Me dit comment je peux la rejoindre en cas de besoin	13	4.54	.72
83.Respecte mon droit à la confidentialité dans ses contacts avec moi, mon entourage et les autres ressources	14	4.52	.71

L'ensemble des clients en santé communautaire ont également identifié dix-neuf comportements infirmiers qu'ils perçoivent comme démontrant moins de *caring*. Le tableau 9 présente la liste des items ayant obtenu une moyenne inférieure à 4. Contrairement aux clients de Henry (1975), les clients en santé communautaire ne s'attendent pas à ce que l'infirmière individualise à outrance ses soins et jugent peu importants les comportements infirmiers visant le suivi et la relance. Les répondants semblent réticents à ce que l'intervention de l'infirmière envahisse leur vie personnelle et spirituelle. Ils jugent moins important que l'infirmière les aide à exprimer leurs sentiments positifs et négatifs et qu'elle les informe sur la marche à suivre pour porter plainte. De tels résultats sont compatibles avec les constats d'autres chercheurs (Cronin & Harrison, 1988; Harrison, 1988; Parsons et al., 1993 et Stanfield, 1991) et peuvent indiquer qu'il n'est pas socialement acceptable pour le client de critiquer les soins et services infirmiers reçus. Il est intéressant de noter que certains items jugés non importants par le client, sont valorisés par les infirmières en santé communautaire. Alors que les répondants ne désirent pas l'implication de leur famille et de leurs proches dans leur soin, le système de santé québécois repose de plus en plus sur l'implication du milieu naturel et des proches pour répondre aux besoins de santé des individus et l'exercice infirmier valorise cette approche. De la même façon, les clients semblent peu intéressés à recevoir de l'information sur la sécurité. Or l'éducation pour la santé englobe tous les aspects des habitudes de vie, incluant l'aspect sécurité.

Tableau 9

Comportements infirmiers présentant une moyenne inférieure à 4.0Échantillon total (n=158)

Items	Rang	Moyenne	Écart-type
33.Prends de mes nouvelles si je suis hospitalisé(e)	1	3.33	1.12
90.S'intéresse à ma vie de famille, mon travail, ma vie sociale	2	3.43	1.19
75.Prends en considération mes besoins spirituels et religieux	3	3.51	1.29
94.M'invite à utiliser mes forces intérieures	4	3.62	1.14
31.Me contacte régulièrement pour savoir comment je vais	5	3.66	1.08
66.Utilise des moyens concrets pour me faire comprendre: dessins, vidéo, lectures, etc...	6	3.73	1.01
98.M'invite à écouter mes intuitions	7	3.78	1.21
50.M'informe sur les démarches à suivre pour porter plainte lorsque je crois que mes droits ne sont pas respectés	8	3.79	1.08
89.M'encourage à entretenir des relations harmonieuses avec ma famille, mes amis, mon entourage	9	3.81	1.17
93.M'aide à trouver un sens à l'expérience que je vis	10	3.82	1.10
71.M'explique les règles de sécurité	11	3.83	1.00
92.M'aide à utiliser les expériences passées pour m'adapter à ma situation, faire face à mes problèmes	12	3.85	1.14
82.Au besoin, implique ma famille, mes proches	13	3.86	1.09
32.Adapte ses services à ma façon de vivre	13	3.86	0.98
95.Me donne l'impression de ne plus être seul avec mes problèmes	14	3.90	1.07
72.M'encourage à changer les choses dangereuses dans ma façon de vivre	15	3.92	1.01
47.M'aide à comprendre mes sentiments	16	3.94	1.02
96.M'encourage à utiliser mon potentiel pour résoudre mes problèmes	17	3.95	1.06
14.Utilise l'humour pour diminuer la tension	18	3.97	0.96

Une comparaison des comportements infirmiers identifiés comme étant les plus importants et les moins importants pour les clients du programme santé maternelle et infantile et du programme maintien à domicile permet de répondre à la sous-question: “Est-ce que l’importance accordée aux comportements infirmiers diffère selon les programmes? ” Le tableau 10 dresse la liste des dix-sept comportements infirmiers démontrant le plus de *caring* aux clients du programme santé maternelle et infantile. L’item 21 “Répond à mes questions de façon honnête” est jugé le plus important avec une moyenne de 4.77. Les résultats indiquent que les clientes de ce programme désirent que l’infirmière qui les visite fasse preuve de respect, d’authenticité , d’humanisme et sache les mettre à l’aise. Ils s’attendent également à ce que l’infirmière démontre la maîtrise d’une communication efficace mais aussi d’une compétence au niveau des habiletés techniques, qu’elle respecte les ententes et les promesses faites et qu’elle retourne les appels dans un délai respectueux de leurs besoins.

Tableau 10

Comportements infirmiers présentant une moyenne supérieure à 4.5Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)

Items	Rang	Moyenne	Écart-type
21. Répond à mes questions de façon honnête	1	4.77	.42
06. Me traite avec respect	2	4.75	.48
60. Répond à mes questions de façon claire	3	4.70	.46
25. M'écoute vraiment lorsque je parle	3	4.70	.46
01. Me traite comme une personne "unique" et non comme un "numéro"	4	4.68	.47
04. Est humaine, possède des qualités telles que patience, douceur, gentillesse, compassion, générosité	5	4.64	.48
02. Tente de me comprendre, de voir mon point de vue	6	4.62	.53
63. M'explique avec des mots que je peux comprendre	7	4.60	.74
03. Tente de me rassurer lorsque je suis inquiet (e)	7	4.60	.53
05. Fait preuve de savoir vivre, de politesse	8	4.58	.60
88. Semble savoir comment donner des injections, faire des pansements, des traitements, manipuler l'équipement médical à domicile	9	4.57	.75
83. Respecte mon droit à la confidentialité dans ses contacts avec moi, mon entourage et les autres ressources	9	4.57	.60
23. Est "vraie", honnête, authentique avec moi	10	4.55	.54
42. Sait me rendre à l'aise	11	4.51	.50
34. Fait ce qu'elle a dit qu'elle ferait, ou m'avise si elle ne peut le faire	11	4.51	.54
86. Sait quand il faut contacter le médecin, aller à l'hôpital ou consulter un autre intervenant de la santé	11	4.51	.72
30. Retourne mes appels dans un délai qui respecte mes besoins	11	4.51	.58

D'autre part, le tableau 11 présente les trente-deux comportements infirmiers démontrant le moins de *caring* aux clients du programme santé maternelle et infantile. L'item 33. "Prend de mes nouvelles si je suis hospitalisé(e)" est jugé le moins important avec une moyenne de 3.25. Ces clients jugent moins important les interventions visant l'évaluation et la continuité des soins. Ils ne s'attendent pas à ce que l'infirmière s'intéresse à leur vie privée, sociale et spirituelle. Les comportements infirmiers visant la sécurité, le confort et la diminution du stress sont moins importants pour ces répondants. Bien que les items identifiés par les clients de santé maternelle et infantile incluent ceux choisis par les clients de maintien à domicile, ils sont deux fois plus nombreux. Ce constat remet en question la pertinence de certains items pour cette clientèle. En effet, considérant que plus de 70% des répondants n'ont reçu qu'une seule visite à domicile et que l'intervention infirmière est centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé, certains items ont pu paraître manquer de pertinence aux répondants.

Tableau 11

Comportements infirmiers présentant une moyenne inférieure à 4.0
Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)

Items	Rang	Moyenne	Écart-type
33. Prend de mes nouvelles si je suis hospitalisé (e)	1	3.25	1.07
90. S'intéresse à ma vie de famille, mon travail, ma vie sociale	2	3.28	1.13
31. Me contacte régulièrement pour savoir comment je vais	3	3.29	1.08
94. M'invite à utiliser mes forces intérieures	4	3.40	1.10
93. M'aide à trouver un sens à l'expérience que je vis	5	3.53	1.05
82. Au besoin implique ma famille, mes proches	6	3.55	1.14
75. Prends en considération mes besoins spirituels et religieux	7	3.57	1.23
92. M'aide à utiliser mes expériences passées pour m'adapter à ma situation, faire face à mes problèmes	7	3.57	1.10
14. Utilise l'humour pour diminuer la tension	8	3.58	1.05
50. M'informe sur les démarches à suivre pour porter plainte lorsque je crois que mes droits ne sont pas respectés	8	3.58	1.10
32. Adapte ses services à ma façon de vivre	8	3.58	0.91
89. M'encourage à entretenir des relations harmonieuses avec ma famille, mes amis, mon entourage	9	3.70	1.22
71. M'explique les règles de sécurité	10	3.72	0.86
72. M'encourage à changer les choses dangereuses dans ma façon de vivre	11	3.74	0.98
66. Utilise des moyens concrets pour me faire comprendre: dessins, vidéo, lectures, etc...	12	3.75	1.00
49. Me demande mon opinion sur les services que j'ai reçus	13	3.77	1.07
96. M'encourage à utiliser tout mon potentiel pour résoudre mes problèmes	13	3.77	0.99
47. M'aide à comprendre mes sentiments	14	3.85	1.07
37. M'informe de mes droits et responsabilités lorsque j'utilise les services du CLSC	14	3.85	1.07
56. Vérifie mon désir de changer ma situation, d'améliorer ma santé, de régler mes problèmes	15	3.87	0.88
91. Prends le temps d'évaluer mes besoins, tant physiques que psychologiques	15	3.87	0.98
38. Me donne l'impression que je suis une personne importante pour elle	15	3.87	0.92
24. Me donne l'impression qu'elle aussi ressent des émotions	15	3.87	1.07
58. Vérifie si je suis capable de poser les actions requises par ma situation, ma santé	15	3.87	0.90
97. M'aide à faire face à mes pertes, mes deuils, ma mort	16	3.89	1.05
09. Souligne mes forces	17	3.92	0.87
15. Me donne le goût d'améliorer ma situation, ma santé	18	3.94	0.84
41. M'encourage à parler de mes besoins, de mes problèmes	18	3.94	0.95
70. M'offre des suggestions pour me sentir mieux dans ma peau (gestion de stress, exercices de relaxation, etc...)	18	3.94	0.99
79. Travaille en équipe avec les autres intervenants du réseau de la santé	19	3.96	0.98
10. Me félicite pour mes efforts	20	3.98	1.02
67. Devant mon refus de faire des changements pour améliorer ma santé, s'assure que je connais les conséquences de ce refus	20	3.98	0.84

Les clients du programme maintien à domicile identifient vingt-et-un comportements infirmiers qui leur démontrent du *caring*, le tableau 12 en présente la liste. Les répondants placent en première priorité l'item 1: Me traite comme une personne "unique" et non comme un "numéro" avec une moyenne de 4.77. Ces clients valorisent d'abord les comportements qui respectent leur individualité et les rassurent. Ils retiennent en troisième priorité, la compétence de l'infirmière au niveau des habiletés techniques et soulignent l'importance qu'elle soit compétente au niveau clinique. Ces répondants jugent important que l'infirmière fasse preuve d'humanisme, de savoir vivre, d'authenticité et de compétence au niveau relationnel (écoute active, communication efficace, clarté).

Tableau 12

Comportements infirmiers présentant une moyenne supérieure à 4.5
Échantillon programme maintien à domicile (n=105)

Items	Rang	Moyenne	Écart-type
01.Me traite comme une personne "unique" et non comme un "numéro"	1	4.77	0.49
03.Tente de me rassurer lorsque je suis inquiet(e)	2	4.73	0.49
88.Semble savoir comment donner des injections, faire des pansements, des traitements, manipuler l'équipement médical à domicile	3	4.72	0.61
40.Semble être une personne à qui je peux faire confiance	4	4.71	0.53
04.Est humaine, possède des qualités telles que patience, douceur, gentillesse, compassion, générosité	4	4.71	0.48
05.Fait preuve de savoir vivre, de politesse	5	4.70	0.48
06.Me traite avec respect	5	4.70	0.48
21.Répond à mes questions de façon honnête	5	4.70	0.54
02.Essaie de me comprendre, de voir mon point de vue	6	4.65	0.55
23.Est "vraie", honnête, authentique avec moi	7	4.63	0.54
25.M'écoute vraiment lorsque je parle	7	4.63	0.50
07.Garde une attitude calme	7	4.63	0.52
60.Répond à mes questions de façon claire	7	4.63	0.56
64.Me donne l'impression qu'elle sait ce qu'elle fait	8	4.62	0.61
63.M'explique avec des mots que je peux comprendre	8	4.62	0.51
11.M'aide à garder espoir, à penser positivement	8	4.62	0.60
28.M'explique clairement le but de sa visite	9	4.58	0.76
29.Me dit comment je peux la rejoindre en cas de besoin	9	4.58	0.76
86.Sait quand il me faut contacter le médecin, aller à l'hôpital ou consulter un autre intervenant de la santé	10	4.57	0.61
39.Me donne l'impression qu'elle veut vraiment m'aider	11	4.55	0.61
73.Si nécessaire, me montre comment prendre les médicaments, faire les traitements, utiliser les équipements médicaux à domicile	12	4.52	0.77

Les clients du programme maintien à domicile identifient treize comportements infirmiers qui leur démontrant moins de *caring*, ces items sont énumérés au tableau 13. L'item présentant la plus basse moyenne, 3.37, est l'item 33, le même que celui choisit par les clients du programme santé maternelle et infantile. Sauf pour l'item 98. "M'invite à écouter mes intuitions", ces clients identifient les mêmes items que les répondants du programme santé maternelle et infantile lorsqu'il s'agit de déterminer les comportements infirmiers démontrant moins de *caring*.

Tableau 13

Comportements infirmiers présentant une moyenne inférieure à 4.0
Échantillon programme maintien à domicile (n=105)

Items	Rang	Moyenne	Écart-type
33.Prends de mes nouvelles si je suis hospitalisé (e)	1	3.37	1.15
75.Prends en considération mes besoins spirituels et religieux	2	3.48	1.32
90.S'intéresse à ma vie de famille, mon travail, ma vie sociale	3	3.50	1.21
66.Utilise des moyens concrets pour me faire comprendre: dessins, vidéo, lectures, etc...	4	3.72	1.02
94.M'invite à utiliser mes forces intérieures	5	3.74	1.15
98.M'invite à écouter mes intuitions	6	3.83	1.20
31.Me contacte régulièrement pour savoir comment je vais	7	3.86	1.03
71.M'explique les règles de sécurité	8	3.89	1.06
50.M'informe sur les démarches à suivre pour porter plainte lorsque je crois que mes droits ne sont pas respectés	9	3.90	1.06
89.M'encourage à entretenir des relations harmonieuses avec ma famille, mes amis, mon entourage	10	3.92	1.16
93.M'aide à trouver un sens à l'expérience que je vis	11	3.97	1.10
47.M'aide à comprendre mes sentiments	12	3.99	1.00
92.M'aide à utiliser mes expériences passées pour m'adapter à ma situation, faire face à mes problèmes	12	3.99	1.14

En résumé, en réponse à la première question de recherche, l'ensemble des résultats obtenus permettent de conclure que les clients en santé communautaire jugent que les comportements infirmiers démontrant le plus de *caring* sont ceux qui sont empreints

d'humanisme, qui démontrent la compétence relationnelle de l'infirmière mais aussi sa compétence technique. Par contre ces répondants jugent moins importants les comportements infirmiers qui visent le suivi et la relance, comme s'ils étaient réticents de voir leur vie privée et spirituelle envahit. Ils accordent moins d'importance à l'expression des sentiments positifs et négatifs ainsi qu'à la démarche à utiliser pour se plaindre des soins reçus. Les répondants semblent peu désireux de voir leur famille ou leurs proches impliqués dans leur soin. Ce constat apparaît surprenant et devra faire l'objet d'un questionnement ultérieure considérant que tout le système de santé communautaire repose sur l'implication des familles et des proches. Les clients interrogés jugent peu important que l'infirmière les informe au sujet de la sécurité.

La comparaison des items jugés importants par les clients des deux programmes CLSC indique qu'il existe des différences de perception en fonction des programmes: 1) les clients du programme maintien à domicile choisissent des comportements infirmiers qui respectent leur individualité tandis que ceux du programme santé maternelle et infantile désirent d'abord que l'infirmière réponde à leurs questions de façon honnête, 2) les clients du programme maintien à domicile placent les habiletés techniques en troisième priorité, tandis que ceux du programme santé maternelle et infantile les placent en neuvième priorité, 3) les clients du programme santé maternelle et infantile valorisent les comportements infirmiers qui favorisent le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance. Les clients du programme maintien à domicile eux valorisent les comportements infirmiers qui respectent leur individualité et les rassurent 4) lorsqu'ils choisissent des comportements infirmiers démontrant moins de *caring*, les clients des deux programmes indiquent les interventions infirmières dirigées vers l'évaluation et la continuité des soins et celles ayant pour but d'augmenter la sécurité et le confort et de diminuer

le stress. Les clients du programme santé maternelle et infantile identifient toutefois un plus grand nombre d'items.

Les différences observées peuvent s'expliquer par la nature des besoins respectifs des deux clientèles. Le programme maintien à domicile regroupant des clients malades, convalescents ou handicapés, il apparaît normal qu'ils apprécient des soins infirmiers individualisés et placent une plus grande priorité sur la compétence technique chez l'infirmière. Par contre, le contexte de prévention et d'éducation pour la santé qui prévaut dans le programme santé maternelle et infantile explique que les parents choisissent plutôt une transparence chez l'infirmière qui assure des réponses honnêtes et claires à leurs questions.

B. Deuxième question de recherche

La deuxième question de recherche s'énonçait ainsi: " Parmi les dix facteurs de *caring* identifiés par Watson, lesquels sont les plus importants pour les clients ayant reçu des soins infirmiers à domicile? Ces choix sont-ils différents selon les programmes? Pour répondre à cette question, des statistiques descriptives (moyenne, écart-type) furent calculées pour chacun des dix facteurs de *caring*. Les résultats sont présentés en fonction de l'échantillon total (n=158) mais aussi en fonction des programmes santé maternelle et infantile et maintien à domicile. Les résultats obtenus sont ensuite comparés avec les résultats obtenus lors de recherches antérieures.

Le tableau 14 indique le rang, la moyenne et l'écart-type des dix facteurs de *caring*, tel qu'attribué par l'ensemble des clients en santé communautaire. Les clients choisissent d'abord le facteur 1, la formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes, confirmant ainsi l'apport crucial de l'approche humaniste à la qualité de l'exercice infirmier (Watson, 1979). Le facteur 3,

la pratique d'une sensibilité envers soi et les autres est choisi en deuxième priorité, soulignant ainsi la nécessité pour l'infirmière d'être consciente de ses propres émotions, de faire preuve d'authenticité et d'empathie. Les clients valorisent ensuite avec la même intensité quatre facteurs: l'inspiration de foi et d'espoir, le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance, l'utilisation d'une démarche de résolution de problème et la valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage.

Tableau 14

Rang, moyenne et écart-type de chacun des facteurs de *caring*
Echantillon total (n=158)

Facteurs de <i>caring</i>	Rang	moyenne	écart-type
1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes	1	4.67	.34
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir	3	4.27	.63
3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres	2	4.37	.53
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance	3	4.27	.48
5. L'expression de l'expression de sentiments positifs et négatifs	9	4.00	.79
6. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème	3	4.27	.67
7. La valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage	3	4.27	.56
8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain	8	4.15	.59
9. La satisfaction des besoins humains	7	4.20	.62
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques	10	3.84	.97

De tels résultats confirment l'importance des trois premiers facteurs de *caring*, facteurs qui furent identifiés par Watson (1979) comme la base philosophique de la théorie du *caring*. La priorité donnée au facteur 4, le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance, appuie la croyance de Watson (1979) qui déclarait: "Lorsqu'il s'agit de déterminer l'efficacité de l'intervention, la qualité de la relation d'aide demeure l'élément le plus significatif." (traduction

libre, p.23). De plus, l'intérêt marqué pour le facteur 6, l'utilisation d'une démarche de résolution de problème, suggère que les clients sont capables de percevoir ce facteur et qu'il devrait être inclus dans un instrument mesurant le *caring*, contrairement à la décision de certains chercheurs de ne pas inclure ce facteur dans leur instrument (Cronin & Harrison, 1988; Parsons et al., 1993; Stanfield, 1991). Les clients en santé communautaire, en conformité avec les écrits traitant des compétences requises par les infirmières en santé communautaire (Ackerman, 1994; Bramadat, Chalmers, & Andrusyszyn, 1996; Ferguson & Calder, 1993; Hagan, 1991; Kenyon, Smith, Hefty, Bell, McNeil & Martaus, 1990; Zerwekh, 1990), soulignent l'importance du facteur 7, la valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage. Ils reconnaissent ainsi l'importance d'une démarche éducative qui repose à la fois sur la transmission de l'information et sur le développement d'une relation interpersonnelle. Le facteur 9, la satisfaction des besoins humains et le facteur 8, la promotion d'un environnement bio-psycho-social sain sont retenus au septième et huitième rang par les clients. Ces facteurs requièrent des connaissances cliniques, des compétences techniques de la part de l'infirmière et furent identifiés comme prioritaires lors de recherches antérieures auprès de clients hospitalisés (Cronin, 1988; Cronin & Harrison, 1988; Parsons et al., 1993 et Stanfield, 1991). Classé avant-dernier, le facteur 5, l'expression de sentiments positifs et négatifs semble moins important pour les clients. Ce résultat peut indiquer que les répondants n'associent pas ce facteur au rôle de l'infirmière ou simplement, qu'ils croient qu'il n'est pas socialement acceptable d'exprimer leurs sentiments, surtout négatifs, à l'infirmière qui les visite. Il se pourrait également que les clients ne soient pas conscients de l'effet puissant des sentiments sur les comportements en matière de santé et ne voient donc pas la nécessité de les partager avec l'infirmière. Finalement, le facteur 10, la reconnaissance de forces

existentielles et phénoménologiques est perçu comme le moins important des facteurs de *caring* avec une moyenne de 3.84. Il semblerait que les répondants ne s'attendent pas à ce que l'infirmière les accompagne dans leur recherche de sens, dans leur questionnement existentiel. Il se pourrait aussi que les clients ne soient pas conscients de l'existence de telles forces ou simplement peu désireux d'en faire l'exploration.

Pour répondre à la question: "Est-ce que l'importance accordée aux facteurs de *caring* diffère selon les programmes" une comparaison des priorités faites par les clients des deux programmes s'avère nécessaire. Le tableau 15 présente l'importance relative accordée aux dix facteurs de *caring* par les clientes du programme santé maternelle et infantile, tandis que le tableau 16 présente la perception des répondants du programme maintien à domicile. L'analyse comparative des résultats présentés démontrent que les clientes du programme santé maternelle et infantile se distinguent des clients de maintien à domicile par la plus grande priorité accordée au facteur 6, l'utilisation d'une démarche de résolution de problème et au facteur 7, la valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage. Par contre, elles jugent moins important le facteur 2, l'inspiration de sentiments de foi et d'espoir. Il semble donc que ces mères qui présentent des besoins d'information et de support au niveau du développement de leurs habiletés parentales, souhaitent que l'infirmière fasse preuve d'humanisme et de sensibilité mais aussi d'une compétence clinique afin de suggérer des solutions et apporter des réponses concrètes à leurs questions. Ces mères s'attendent à ce que l'infirmière soit capable de leur transmettre les connaissances et les habiletés qui leur permettront de se prendre en charge comme parent. La faible priorité accordée au facteur 2, l'inspiration de sentiments de foi et d'espoir, peut s'expliquer par un manque de pertinence.

Par ailleurs, les clients de maintien à domicile se distinguent des clientes de santé maternelle et infantile par la plus grande priorité qu'ils accordent au facteur 2, l'inspiration de sentiments de foi et d'espoir ainsi qu'au facteur 4, le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance. Ce constat peut s'expliquer par la nature des besoins de ces clients qui sont confrontés à la maladie et doivent s'adapter à leur situation. Les répondants désirent d'abord des soins infirmiers empreints d'humanisme, de sensibilité, qui inspirent des sentiments de foi et d'espoir; ils souhaitent également que l'infirmière prenne le temps de développer avec eux une relation d'aide basée sur la confiance et leur enseigne ce qu'ils doivent savoir pour s'adapter à leurs problèmes de santé et devenir autonome dans leurs soins. Il est intéressant de noter qu'en dépit de leur condition de santé, ces répondants placent en moins grande priorité les facteurs 8 et 9, facteurs de *caring* requérant des habilités techniques de la part de l'infirmière.

Tableau 15

Rang, moyenne et écart-type de chacun des facteurs de *caring*
Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)

Facteurs	Rang	moyenne	écart-type
1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes	1	4.61	.31
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir	8	4.01	.67
3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres	2	4.30	.44
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance	5	4.14	.40
5. L'expression de sentiments positifs et négatifs	9	3.85	.76
6. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème	3	4.24	.61
7. La valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage	4	4.16	.54
8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain	7	4.02	.59
9. La satisfaction des besoins humains	6	4.09	.60
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques	10	3.63	.94

Tableau 16

Rang, moyenne et écart-type de chacun des facteurs de *caring*
Échantillon programme maintien à domicile (n=105)

Facteurs de <i>caring</i>	Rang	moyenne	écart-type
1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes	1	4.71	.34
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir	2	4.41	.57
3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres	2	4.41	.57
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance	4	4.35	.51
5. L'expression de sentiments positifs et négatifs	9	4.08	.80
6. L'utilisation d'une méthode de résolution de problème	6	4.28	.71
7. La valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage	5	4.34	.57
8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain	8	4.22	.59
9. La satisfaction des besoins humains	7	4.26	.63
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques	10	3.95	.97

Le tableau 17 fait ressortir les similitudes et les différences dans le choix des priorités accordées aux facteurs de *caring* par les clients des programmes santé maternelle et infantile et maintien à domicile. Ces résultats confirment que tous valorisent des soins infirmiers empreints de valeurs humanistes-altruistes, démontrant une sensibilité envers soi et les autres. Bien que les recherches antérieures aient regroupé les trois premiers facteurs de *caring* sous un même facteur (Cronin & Harrison, 1988; Harrison, 1988; Parsons et al., 1993 et Stanfield, 1991), les résultats démontrent que les clients des deux programmes semblent faire des distinctions entre ces trois facteurs supportant ainsi la pertinence de les traiter séparément lors de l'élaboration d'un instrument de mesure sur le *caring*. Les répondants s'entendent également pour identifier comme moins importants les facteurs 5 et 10, l'expression de sentiments positifs et négatifs et la reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques.

Tel que noté précédemment, les résultats démontrent toutefois des différences de perception, les clients du programme santé maternelle et infantile placent au huitième rang d'importance le facteur 2, l'inspiration de sentiments de foi et d'espoir, comparativement aux clients de maintien à domicile qui situent ce facteur au deuxième rang. Les clients de maintien à domicile jugent plus important que l'infirmière favorise le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance. Tandis que les clients de santé maternelle et infantile privilégient davantage l'utilisation d'une démarche de résolution de problème et la valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage.

Tableau 17

Priorités accordées aux facteurs de *caring*, selon le programme

Facteurs de <i>caring</i>	Rang	
	Santé maternelle et infantile	Maintien à domicile
1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes	1	1
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir	8	2
3. La pratique d'une sensibilité envers soi et les autres	2	2
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance	5	4
5. L'expression de sentiments positifs et négatifs	9	9
6. L'utilisation d'une démarche de résolution de problème	3	6
7. La valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage	4	5
8. La promotion d'un environnement bio-psycho-social sain	7	8
9. La satisfaction des besoins humains	6	7
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques	10	10

Les résultats de la présente recherche peuvent être comparés avec les résultats obtenus par les chercheurs qui ont utilisé le cadre théorique de Watson. Le tableau 18 présente le rang de chaque facteur de *caring* tel qu'établi par les clients de différents milieux cliniques. Tous les

clients hospitalisés s'entendent pour placer en première priorité le facteur 9, la satisfaction des besoins humains. Or ce facteur suppose la compétence technique de l'infirmière. Les auteurs de ces études expliquent que la situation précaire de la santé des répondants justifie un tel choix et supporte la croyance que les besoins primaires doivent être satisfaits en premier lieu. Les citoyens en santé choisissent d'abord le facteur 6, la démarche de résolution de problème et en deuxième lieu le facteur 9, la satisfaction des besoins. Ce choix indique qu'ils s'attendent à ce que l'infirmière fasse preuve de "savoir faire", démontrant une compétence clinique et technique. Les clients en santé communautaire privilégient d'abord des soins infirmiers qui utilisent une approche humaniste-altruiste reposant sur le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance. Ces clients désirent aussi des soins infirmiers démontrant une capacité à utiliser la démarche de résolution de problème. Les comportements infirmiers favorisant l'enseignement et l'apprentissage sont valorisés par les clients en santé communautaire, mais aussi par les clients hospitalisés sur des unités de soins coronariens et de chirurgie. La popularité de ce facteur confirme le rôle important joué par l'enseignement et l'apprentissage dans l'exercice infirmier. Le facteur 10, la reconnaissance de forces existentielles, demeure le facteur le moins valorisé, sauf pour les clients hospitalisés sur une unité de soins coronariens. Les clients ne semblent pas associer ce facteur de *caring* aux fonctions infirmières et, par conséquent, ne s'attendent pas à ce que l'infirmière intervienne à ce niveau. Par contre, les clients hospitalisés sur une unité de soins intensifs ont jugé ce facteur de *caring* important peut-être parce qu'ils sont conscients de la fragilité de leur vie et donc plus ouverts à un questionnement existentiel.

Tableau 18

Comparaison entre les résultats de la présente recherche et ceux obtenues lors des recherches antérieures

Facteurs de caring	Priorités accordées par les clients aux facteurs de caring				
	Santé communautaire Blais 1998 10 facteurs	Citoyens en santé Harrison 1988 8 facteurs	Soins intensifs coronariens Cronin & Harrison 1988 7 facteurs	Médecine et Chirurgie Stanfield 1991 7 facteurs	Chirurgie/ péri-opératoire Parsons et al., 1993 7 facteurs
Nombre de facteurs de <i>caring</i> opérationnalisés:					
1. Valeurs humanistes-altruistes	1	3	3	3	3
1. Valeurs humanistes-altruistes	1				
3. Sensibilité envers soi et les autres	2				
2. Sentiments de foi et d'espoir	3				
4. Relation d'aide basée sur la confiance	3	6	6	5	5
6. Démarche de résolution de problème	3	1	-	-	-
7. Enseignement et apprentissage	3	5	2	4	2
9. Satisfaction des besoins humains	7	2	1	1	1
8. Environnement bio-psycho-social sain	8	4	5	2	4
5. Sentiments positifs et négatifs	9	7	7	6	7
10. Forces existentielles et phénoménologiques	10	8	4	7	6

Note. Les autres chercheurs ont regroupé les facteurs 1,2 et 3 sous le facteur 1. Valeurs humanistes-altruistes.

En réponse à la deuxième question de recherche : “Parmi les dix facteurs de *caring* identifiés par Watson, lesquels sont les plus importants pour les clients ayant reçu des soins infirmiers à domicile?” les résultats démontrent que les clients en santé communautaire privilégient d’abord les trois premiers facteurs de *caring*, facteurs identifiés par Watson (1979) comme étant la base philosophique de la théorie du *caring*. Ils souhaitent des soins infirmiers empreints d’humanisme, de sensibilité et capables d’inspirer l’espoir et d’initier une relation d’aide et de confiance. Ces clients s’attendent à ce l’infirmière démontre une compétence dans l’utilisation d’une démarche de résolution de problème et dans la pratique de l’enseignement et de l’apprentissage mais aussi dans le domaine des habiletés techniques. Ils voient toutefois peu d’importance à l’expression des sentiments et à la reconnaissances de forces spirituelles. Les résultats obtenus confirment la pertinence de l’application de la théorie de Watson en santé communautaire et démontrent que les clients en santé communautaire désirent des soins infirmiers dévoués et compétents. Ces résultats suggèrent que le concept de *caring* fait appel à un équilibre harmonieux entre le savoir, le savoir être et le savoir faire.

La comparaison des choix posés par les clients du programme santé maternelle et ceux du programme maintien à domicile démontre que les mères désirent que l’infirmière fasse preuve de compétence clinique (connaissance) et jugent moins importants que l’infirmière leur inspire des sentiments de foi et d’espoir. Les clients de maintien à domicile eux, désirent que l’infirmière soit capable de leur inspirer un sentiment d’espoir et qu’elle initie une relation d’aide basée sur la confiance. Ces résultats confirment la nature contextuelle du concept de *caring* mais remettent en question la croyance voulant que les clients ne deviennent sensibles aux éléments affectifs du *caring* que lorsque leurs besoins physiques sont satisfaits. En effet, les clients du programme

maintien à domicile, bien que présentant des besoins de santé variés et pressants, démontrent qu'ils sont sensibles à l'aspect affectif du *caring* et en font même une priorité.

C. Troisième question de recherche

La troisième question de recherche est la suivante: " Les priorités établies par les clients sont-elles influencées par leur âge, leur sexe, leur niveau de scolarité et le nombre de visites à domicile reçues? Des comparaisons de moyennes permettent de répondre à ce questionnaire. Les résultats compilés au tableau 19 suggèrent qu'il existe des différences de perception chez les clientes du programme santé maternelle et infantile lorsqu'il s'agit d'identifier des comportements infirmiers démontrant du *caring* selon l'âge des répondants. Ainsi les mères âgées de 36 ans et plus valorisent plus que les autres, l'inspiration d'un sentiment de foi et d'espoir tandis que les mères âgées de 23 ans et moins jugent plus important que les autres clientes, le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance ainsi que la promotion d'un environnement bio-psycho-social sain. Il semble également que plus les clientes sont jeunes, plus elles valorisent la satisfaction des besoins humains. Ces résultats sont compatibles avec la réalité des jeunes familles québécoises souvent aux prises avec des problèmes de pauvreté, d'isolement.

Tableau 19

Rang des moyennes de chacun des facteurs de *caring* en fonction de l'âge
Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)

	<u>23 ans et -</u> rang	<u>24 à 29 ans</u> rang	<u>30 à 35 ans</u> rang	<u>36 ans et +</u> rang
1. Valeurs humanistes-altruistes	1(4.59*)	1(4.67)	1(4.55)	1(4.71)
2. Sentiments de foi et d'espoir	7(4.20)	9(3.99)	7(3.81)	3(4.48)
3. Sensibilité envers soi et les autres	3(4.42)	2(4.39)	2(4.15)	4(4.44)
4. Relation d'aide	8(4.19)	3(4.33)	5(3.98)	8(4.21)
5. Sentiments positifs et négatifs	10(3.87)	6(4.22)	9(3.53)	10(4.14)
6. Résolution de problème	2(4.53)	5(4.23)	3(4.03)	2(4.57)
7. Enseignement et apprentissage	6(4.22)	4(4.31)	4(3.99)	5(4.43)
8. Environnement bio-psycho-social sain	4(4.23)	8(4.20)	8(3.76)	6(4.33)
9. Satisfaction des besoins humains	4(4.23)	6(4.22)	6(3.85)	7(4.29)
10. Forces existentielles et phénoménologiques	9(3.88)	10(3.89)	10(3.23)	9(4.16)

* moyenne

Le tableau 20 présente les moyennes obtenues par les clients du programme maintien à domicile en fonction de l'âge. Les résultats démontrent que plus les clients sont âgés et plus ils valorisent les comportements infirmiers témoignant une sensibilité envers soi et les autres. Plus que les autres participants, les clients âgés de 61 ans et plus jugent important que l'infirmière réponde à leurs besoins humains et influence leur environnement bio-psycho-social (facteurs 8 et 9). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que ces clients âgés sont souvent frappés par la maladie, la perte d'autonomie et la pauvreté. Harrison (1988) avait d'ailleurs rapporté une différence de perception chez ses participants pour le facteur 8, la promotion d'un environnement bio-psycho-social sain. En effet, les répondants âgés de 18 à 30 ans et ceux âgés de 60 ans et plus jugeaient ce facteur plus prioritaire que les clients âgés de 31 à 44 ans.

Tableau 20

Rang des moyennes de chacun des facteurs de *caring* en fonction de l'âge
Échantillon programme maintien à domicile (n=105)

	<u>40 ans et -</u> rang	<u>41 à 50 ans</u> rang	<u>51 à 60 ans</u> rang	<u>61 ans et +</u> rang
1. Valeurs humanistes-altruistes	1(4.69*)	1(4.68)	1(4.75)	1(4.71)
2. Sentiments de foi et d'espoir	5(4.26)	2(4.42)	4(4.49)	3(4.43)
3. Sensibilité envers soi et les autres	4(4.27)	4(4.31)	2(4.51)	2(4.46)
4. Relation d'aide	3(4.28)	6(4.22)	5(4.34)	4(4.42)
5. Sentiments positifs et négatifs	9(3.91)	9(3.95)	10(4.18)	9(4.15)
6. Résolution de problème	6(4.19)	3(4.32)	6(4.31)	8(4.28)
7. Enseignement et apprentissage	2(4.36)	5(4.23)	3(4.50)	7(4.31)
8. Protection de l'environnement	8(3.04)	8(4.06)	8(4.25)	6(4.34)
9. Satisfaction des besoins humains	7(4.05)	7(4.12)	7(4.26)	5(4.39)
10. Forces existentielles et phénoménologiques	10(3.61)	10(3.66)	10(4.18)	10(4.11)

* moyenne

Le tableau 21 démontrent que les femmes et les hommes du programme maintien à domicile identifient les comportements infirmiers démontrant du *caring* de la même façon. Ces résultats sont conformes aux résultats des recherches antérieures qui ne rapportent aucune différence de perception des comportements infirmiers démontrant du *caring* en fonction du sexe des participants (Brown, 1981; Cronin & Harrison, 1988; Harrison, 1988; Henry, 1975; Larson, 1984, 1987 et Mayer, 1986).

Tableau 21

Rang des moyennes de chacun des facteurs de *caring* en fonction du sexe des clientsÉchantillon programme maintien à domicile (n=105)

	<u>Femmes</u> rang	<u>Hommes</u> rang
1. Valeurs humanistes-altruistes	1(4.67*)	1(4.74)
2. Sentiments de foi et d'espoir	2(4.26)	2(4.52)
3. Sensibilité envers soi et les autres	2(4.26)	2(4.52)
4. Relation d'aide	5(4.21)	4(4.45)
5. Sentiments positifs et négatifs	9(3.83)	9(4.25)
6. Résolution de problème	6(4.12)	6(4.39)
7. Enseignement et apprentissage	4(4.24)	5(4.40)
8. Protection de l'environnement	8(4.06)	8(4.33)
9. Satisfaction des besoins humains	7(4.10)	7(4.38)
10. Forces existentielles/phénoménologiques	10(3.73)	10(4.11)

* moyenne

Le tableau 22 présente les moyennes obtenues par la clientèle du programme santé maternelle et infantile en fonction du degré de scolarité. Les résultats démontrent des différences de perception des comportements infirmiers démontrant du *caring* selon le degré de scolarité. Ainsi les résultats reliés au facteur 5 démontrent que plus les clients sont scolarisés, moins ils jugent importants les comportements infirmiers favorisant l'expression des sentiments positifs et négatifs. Les mères plus scolarisées ont peut-être un meilleur réseau de support ou se permettent moins d'exprimer leurs sentiments. Par contre, les résultats obtenus au facteur 3 suggèrent que plus les mères sont scolarisées, plus elles jugent important que l'infirmière fasse preuve de sensibilité. Par ailleurs, plus les mères sont scolarisées plus elles jugent important que les comportements infirmiers soient dirigés vers la satisfaction des besoins humains (facteur 9) et vers la promotion d'un environnement bio-psycho-social sain (facteur 8). Ces mères plus

scolarisées s'attendent donc à ce que l'infirmière réponde à leurs questions de façon compétente.

De tels résultats sont différents de ceux obtenus par Harrison (1988) qui démontraient que plus

les clients sont scolarisés et moins ils privilégient les facteurs 8 et 9.

Tableau 22

Rang des moyennes de chacun des facteurs de *caring* en fonction du degré de scolarité
Échantillon programme santé maternelle et infantile (n=53)

	<u>Primaire</u> rang	<u>Secondaire</u> rang	<u>Collégial</u> rang	<u>Universitaire</u> rang
1. Valeurs humanistes-altruistes	2 (4.71*)	1(4.57)	1(4.67)	1(4.59)
2. Sentiments de foi et d'espoir	6(4.38)	8(4.07)	5(4.15)	8(3.85)
3. Sensibilité envers soi et les autres	5(4.56)	3(4.35)	2(4.37)	2(4.21)
4. Relation d'aide	4(4.60)	5(4.24)	3(4.20)	6(4.02)
5. Sentiments positifs et négatifs	3(4.67)	6(4.13)	9(3.86)	10(3.61)
6. Résolution de problème	1(5.00)	2(4.46)	8(4.06)	3(4.17)
7. Enseignement et apprentissage	7(4.31)	4(4.27)	4(4.19)	5(4.06)
8. Protection de l'environnement	10(3.75)	9(4.03)	7(4.07)	7(4.00)
9. Satisfaction des besoins humains	8(3.88)	6(4.13)	6(4.09)	4(4.07)
10. Forces existentielles et phénoménologiques	9(3.86)	10(3.58)	10(3.68)	9(3.63)

* moyenne

Le tableau 23 regroupe les moyennes obtenues par les clients du programme maintien à domicile en fonction du degré de scolarité. Contrairement aux clients du programme santé maternelle et infantile, plus les clients sont scolarisés, moins ils jugent importants que l'infirmière fasse preuve de sensibilité (facteur 3). Par contre, les clients plus scolarisés placent une plus grande importance sur les comportements infirmiers qui démontrent une compétence clinique et une maîtrise d'une démarche de résolution de problème. Également à l'inverse des clients du programme santé maternelle et infantile, les clients plus scolarisés jugent moins

important que les comportements infirmiers tendent à satisfaire les besoins humains. De tels résultats sont conformes à ceux obtenus par Harrison (1988). Cronin & Harrison (1988) n'avait toutefois rapporté aucune différence de perception en fonction du degré de scolarité des participants.

Tableau 23

Rang des moyennes de chacun des facteurs de *caring* en fonction du degré de scolarité
Échantillon programme maintien à domicile (n=105)

	<u>Primaire</u> rang	<u>Secondaire</u> rang	<u>Collégial</u> rang	<u>Universitaire</u> rang
1. Valeurs humanistes-altruistes	1(4.76*)	1(4.68)	1(4.75)	1(4.64)
2. Sentiments de foi et d'espoir	2 (4.56)	3(4.32)	2(4.37)	4(4.43)
3. Sensibilité envers soi et les autres	2(4.56)	2(4.38)	6(4.27)	6(4.32)
4. Relation d'aide	4(4.55)	4(4.22)	4(4.31)	5(4.41)
5. Sentiments positifs et négatifs	9(4.24)	9(3.99)	10(3.99)	9(4.11)
6. Résolution de problème	8(4.35)	7(4.18)	4(4.31)	3(4.47)
7. Enseignement et apprentissage	5(4.49)	6(4.19)	3(4.34)	2(4.51)
8. Protection de l'environnement	7(4.38)	8(4.11)	7(4.23)	7(4.22)
9. Satisfaction des besoins humains	6(4.45)	5(4.20)	8(4.13)	8(4.21)
10. Forces existentielles et phénoménologiques	10(4.20)	10(3.85)	9(3.76)	10(3.95)

* moyenne

Le tableau 24 présentent les moyennes des clients des deux programmes CLSC en fonction du nombre de visites à domicile reçues. Ces résultats démontrent que la perception des comportements infirmiers témoignant du *caring* est peu influencée par le nombre de visites à domicile reçues à l'intérieur d'un même programme. Ce constat permet de conclure que la durée de "l'occasion de *caring*" a peu d'influence sur la perception des clients face aux comportements infirmiers démontrant du *caring*.

Tableau 24

Rang des moyennes de chacun des facteurs de *caring* en fonction du nombre de visites à domicile reçues

Échantillon programmes santé maternelle et infantile (n=53) et programme maintien à domicile (n=105)

	Santé maternelle et infantile		Maintien à domicile	
	<u>1 visite</u> rang	<u>2 visites et +</u> rang	<u>10 visites et -</u> rang	<u>11 visites et +</u> rang
1. Valeurs humanistes-altruistes	1(4.61*)	1(4.60)	1(4.74)	1(4.66)
2. Sentiments de foi et d'espoir	8(3.95)	7(4.18)	2(4.44)	3(4.36)
3. Sensibilité envers soi et les autres	2(4.27)	3(4.36)	3(4.43)	2(4.38)
4. Relation d'aide	5(4.10)	5(4.23)	5(4.36)	4(4.32)
5. Sentiments positifs et négatifs	9(3.80)	9(4.00)	9(4.13)	9(3.98)
6. Résolution de problème	3(4.18)	2(4.42)	6(4.32)	6(4.20)
7. Enseignement et apprentissage	4(4.14)	6(4.20)	4(4.37)	5(4.28)
8. Protection de l'environnement	6(4.01)	8(4.05)	8(4.25)	8(4.17)
9. Satisfaction des besoins humains	6(4.01)	4(4.31)	7(4.30)	7(4.19)
10. Forces existentielles et phénoménologiques	10(3.56)	10(3.84)	10(3.99)	10(3.87)

* moyenne

En résumé, la troisième question de recherche tentait de vérifier si les clients des deux programmes perçoivent différemment les comportements infirmiers démontrant du *caring* selon leur âge, leur sexe, leur niveau de scolarité et le nombre de visites à domicile reçues. Une comparaison des moyennes obtenues pour chacun des dix facteurs de *caring* en fonction de ces variables démontre que les clients des deux programmes présentent des différences de perception selon leur âge et le degré de scolarité. Par contre, le sexe des participants et le nombre de visites à domicile reçues a peu d'influence sur les perceptions des clients.

Chapitre IV

CONCLUSION

Ce chapitre présente un résumé de la recherche et discute des résultats obtenus en termes de conclusions, de limites et de contributions et propose des orientations pouvant guider les recherches futures.

A. Résumé

En dépit d'une urgence reconnue de tous, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire demeure un sujet de recherche peu exploré. La confusion idéologique et terminologique entourant le concept de qualité rend complexe son opérationnalisation et sa mesure. Considérant que la qualité de l'exercice infirmier fait référence à un ensemble de caractéristiques ayant un impact sur les soins prodigués aux clients dans un contexte spécifique, la justesse des résultats de l'évaluation repose d'une part, sur la pertinence des caractéristiques identifiées ainsi que des indicateurs correspondants et d'autre part, sur la congruence existant entre les étapes de la démarche évaluative.

L'unicité de l'exercice infirmier en santé communautaire exige donc un modèle d'évaluation capable de tenir compte des réalités inhérentes à ce domaine d'intervention qui se distingue du milieu hospitalier et exige de l'infirmière des compétences relationnelles se situant bien au-delà de la maîtrise des techniques de soins. La théorie du *caring* de Watson propose des postulats qui apparaissent congruents avec la nature de l'exercice infirmier en santé

communautaire et présente le concept de *caring* comme un indicateur valable de la qualité des soins infirmiers. Le concept de *caring* peut s'opérationnaliser par l'identification des comportements infirmiers démontrant du *caring*.

Cette recherche descriptive avait pour objectif d'identifier les comportements infirmiers qui sont perçus par les clients en santé communautaire comme démontrant du *caring* en s'inspirant de la théorie de Watson. L'analyse des résultats démontre qu'en réponse à la première question de recherche, les clients de santé communautaire considèrent que les comportements infirmiers démontrant le plus de *caring* sont ceux qui respectent leur individualité, qui sont empreints d'humanisme et qui témoignent d'une compétence relationnelle et d'une maîtrise des techniques de soins. Par contre, ces clients ne s'attendent pas à ce que l'infirmière individualise ses soins de façon exagérée et apparaissent réticents à ce que son intervention envahisse leur vie privée et spirituelle. Les répondants placent moins de priorité sur les comportements infirmiers favorisant l'expression de sentiments et semblent peu désireux de connaître la marche à suivre pour porter plainte contre les services.

Les clients présentent certaines différences dans la perception des comportements infirmiers démontrant du *caring*, selon leurs besoins de soins infirmiers. Ainsi, les clientes du programme santé maternelle et infantile désirent d'abord que l'infirmière réponde à leurs questions de façon honnête et qu'elle démontre une capacité à développer avec eux une relation d'aide basée sur la confiance. Les clients du programme maintien à domicile valorisent les comportements infirmiers qui respectent leur individualité et qui les rassurent au besoin. De telles différences de perception appuient la nature contextuelle du concept de *caring* et peuvent être expliquées par les besoins distincts des deux types de clientèles.

La deuxième question de recherche détermine l'importance relative des facteurs de *caring*. Ici, contrairement aux études antérieures produites en milieu hospitalier, les clients placent en première priorité les trois premiers facteurs de *caring* identifiés par Watson comme étant la base philosophique de la théorie. Ils identifient aussi comme prioritaire le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance, l'utilisation d'une démarche de résolution de problème et la valorisation de l'enseignement et de l'apprentissage. Les facteurs de *caring* requérant une maîtrise des techniques de soins, la satisfaction des besoins humains et la promotion d'un environnement bio-psycho-social sain, sont également identifiés mais ne sont choisis qu'au septième et huitième rang. Les clients jugent moins important l'expression de sentiments positifs et négatifs et la reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques. Les résultats obtenus suggèrent qu'il existe certaines différences dans les perceptions des clients des deux programmes. Les clientes du programme santé maternelle et infantile préfèrent l'utilisation d'une démarche de résolution de problème et jugent moins important l'inspiration de sentiments de foi et d'espoir. Les clients de maintien à domicile placent l'inspiration de foi et d'espoir au deuxième rang et privilégient le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance.

La troisième question de recherche permet d'établir que les variables démographiques âge et degré de scolarité ont une influence sur la perception des clients en santé communautaire lorsqu'il s'agit d'identifier les comportements infirmiers démontrant du *caring*. Par contre, le sexe des participants et le nombre de visites à domicile reçues ne semblent pas influencer leur choix. Ce constat est particulièrement intéressant puisqu'il pourrait signifier que la durée de l'occasion de *caring* n'a pas d'impact sur la perception du client. Il est donc très important que

l'infirmière fasse preuve de *caring* dans tous ses contacts avec le client, si brefs soient-ils.

Bien que toute généralisation des résultats doive se faire avec prudence, compte-tenu de la méthode d'échantillonnage non-aléatoire et de la petite taille de l'échantillon, les résultats obtenus suggèrent que, contrairement aux clients hospitalisés, les clients en santé communautaire valorisent d'abord les comportements infirmiers individualisés, empreints d'humanisme et démontrant la compétence relationnelle de l'infirmière. De tels résultats impliquent que les infirmières et les gestionnaires oeuvrant en santé communautaire et soucieux d'offrir des soins de qualité doivent valoriser et soutenir le développement de la relation infirmière-client, cet aspect relationnel de l'exercice infirmier trop souvent menacé par le manque de ressources, l'augmentation et l'alourdissement de la clientèle et par la valorisation d'une technologie de pointe. Car ce n'est que lorsque les infirmières se sentent respectées et appréciées dans leur milieu de travail, qu'elles peuvent diriger leurs énergies à humaniser leurs soins et investir dans la relation infirmière-client, assurant ainsi l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Les résultats obtenus semblent confirmer l'aspect contextuel et subjectif du concept de *caring* déjà souligné par certains auteurs, et suggèrent que le *caring* nécessite une écoute attentive des besoins exprimés par le client. En fait, les clients valorisent un comportement infirmier démontrant du *caring* dans la mesure où ce comportement répond à un besoin qu'ils perçoivent plutôt qu'à un besoin identifié par l'infirmière.

B. Contributions et limites

L'apport théorique de cette recherche se situe dans l'opérationnalisation, en français, de la théorie du *caring* de Watson pour le domaine de la santé communautaire. En effet, la production d'un instrument de mesure possédant une fidélité et une validité de contenu apparente permettra une meilleure compréhension du concept de *caring*. Le fait que cette recherche s'intéresse au point de vue du client lui confère également un aspect original. Cette contribution apparaît essentielle dans un domaine de recherche qui demeure peu exploré.

De façon pratique, l'identification de la valeur relative des comportements infirmiers jugés par les clients comme démontrant du *caring* permettra bien sûr, une meilleure connaissance de la théorie de Watson et enrichira le domaine de la pratique, de l'éducation, et de la gestion des soins infirmiers. Les infirmières oeuvrant en santé communautaire doivent prendre conscience de l'importance du concept de *caring* dans leur pratique quotidienne et s'assurer que ce concept fait partie intégrante de leur philosophie d'intervention. Une meilleure connaissance des perceptions et des attentes des clients à cet égard aura un impact positif sur le bien-être et la satisfaction de la clientèle et pourra également servir à l'élaboration d'indicateurs pour évaluer la qualité des soins infirmiers en santé communautaire. D'ailleurs, les résultats de cette recherche démontrent que le *caring* est un concept suffisamment pertinent pour être intégré dans un modèle d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire.

Les établissements d'éducation responsables de la formation des infirmières doivent s'assurer que le concept du *caring*, ses manifestations et ses effets sur la santé des clients sont enseignés aux étudiantes-infirmières. De la même manière, les programmes de formation continue doivent aussi offrir des mise-à-jour de façon à sensibiliser les infirmières et leur

proposer des moyens concrets d'intégrer ce concept dans leur pratique professionnelle.

Cette recherche descriptive présente toutefois des limites inhérentes à la méthodologie de recherche utilisée et à la complexité du concept à opérationnaliser. L'utilisation d'une méthode d'échantillonnage non-aléatoire, la petitesse de l'échantillon, la qualité métrologique de l'instrument sont autant de limites qui incitent à une interprétation prudente des résultats. La petite taille de l'échantillon n'a pas permis de procéder à des analyses inférentielles qui auraient pu confirmer ou infirmer l'existence de dix facteurs de *caring* distincts, comme le propose la théorie de Watson. Il est également possible que les réponses des clients aient été influencées par une mauvaise compréhension de la formulation d'un item, un désir d'évaluer les soins reçus plutôt que de préciser l'importance du comportement proposé ou une référence à des soins infirmiers reçus en centre hospitalier, plutôt qu'en santé communautaire. La formulation positive des items peut également avoir incité les clients à identifier tous les comportements infirmiers proposés comme importants.

C. Recherches futures

À la lueur des résultats obtenus, certaines recommandations peuvent être émises dans le but de diriger les recherches futures. Le concept de *caring* possédant une reconnaissance universelle, les efforts devront maintenant être dirigés vers une meilleure connaissance de ses manifestations et de ses effets sur la santé des clients et sur la qualité de l'exercice infirmier.

Puisque les recherches antérieures en milieux hospitaliers ont souligné des différences marquées entre la perception des infirmières et celle des clients, les recherches futures devront également questionner les infirmières oeuvrant en santé communautaire et comparer leurs

perceptions avec celles des clients. Les réponses obtenues pour certains items, par exemple celles touchant l'implication de la famille, l'enseignement de la sécurité et le droit de porter plainte, soulèvent des interrogations qui devront être investiguées lors de prochaines études. Les effets de variables démographiques telles que l'âge, le sexe, le degré de scolarité, l'ethnie et le revenu, sur les perceptions de clients devront aussi être étudiés. Finalement, devant les limites d'une méthodologique quantitative, l'utilisation d'un instrument de mesure étant toujours réductionniste, les recherches futures devront continuer d'approfondir l'étude du concept de *caring* en utilisant une approche qualitative.

BIBLIOGRAPHIE

Ackerman, P. (1994). Competencies for the practice of effective public health nursing: confirmation of Zerwekh's family caregiving model. Dissertation Abstracts International, 55 (5), 1797-B. (University Microfilms No. AAC94 - 26092)

Allen, C. (1991). Holistic concepts and the professionalization of public health nursing. Public Health Nursing, 6 , 74-80.

Ambler Peters, D. (1993). Improving quality requires consumer input: using focus group. Journal of Nursing Care Quality, 7 (2), 34-41.

Aucoin-Gallant, G. (1990). La théorie du *caring* de Watson. L'infirmière canadienne, 86 (11), 32-34.

Barr, W. (1985). Critical care nurses' perceptions of caring: a phenomenological study. Dissertation Abstracts International, 47 (2), 567-B. (University Microfilms No. AAC86 - 08482)

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). The primacy of caring. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Bramadat, I., Chalmers, K., & Andrusyszyn, M. (1996). Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: the perceptions of community nurses, administrators and educators. Journal of Advanced Nursing, 24, 1224-1233.

Brown, L. (1981). Behaviors of nurses perceived by hospitalized patients as indicators of care. Dissertation Abstracts International, 42 (11), 4361-B. (University Microfilms No. AAC - 82 09803)

Brown, L. (1986). The experience of care: patient perspectives. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 56-62.

- Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et services: un cadre conceptuel. Montréal, Canada: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Bull, M. (1985). Quality assurance: its origins, transformation, and prospects. In C. Meisenheimer (Ed.), Quality assurance a complete guide to effective programs. Maryland: Aspen Publication.
- Chagnon, M. (1992). Évaluation de la qualité des soins chez les aînés. Mythe ou réalité? Gésiqualité, 10 (2), 2-7.
- Clayton, G., Murray, J., Horner, S., & Greene, P. (1991). Connecting: A catalyst for caring. In P. Chinn (Ed.), Anthology on caring (pp. 85-93). New York: National League for Nursing Press.
- Cleary, P., & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry, 25 (01), 25-36.
- Cronin, S., & Harrison, B. (1988). Importance fo nursing caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. Heart and Lung, 17 (4), 374-380.
- Dean-Barr, S. (1993). Application of the new ANA framework for nursing practice standards and guidelines. Journal of Nursing Care Quality, 8 (1), 33-42.
- Donabedian, A. (1980a). Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1980b). Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 2. The criteria and standards of quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Dunlop, M. (1986). Is a science of caring possible? Journal of Advanced Nursing, 11, 661-670.

Engle, J., & Barkauskas, V. (1979). The evaluation of a public health nursing performance tool. Journal of Nursing Administration, 9 (apr.), 8-16.

Ervin, N., Chen, S., & Upshaw, H. (1989). Development of a public health nursing quality assessment measure. Quality Review Bulletin, 15 (5), 138-143.

Fatchett, A. (1990). Health visiting: a withering profession? Journal of Advanced Nursing, 15, 216-222.

Fédération des CLSC du Québec. (1992). Les services infirmiers en CLSC. Montréal: Fédération des CLSC du Québec.

Ferguson, L., & Calder, B. (1993). Educational implications of community health preceptors' practice values. Nurse Educator, 18 (5), 20-24.

Flynn, B., & Ray, D. (1979). Quality assurance in community health nursing. Nursing Outlook, 27 (oct.), 650-653.

Flynn, B., & Ray, D. (1991). Current perspectives in quality assurance and community health nursing. In B. Walton Spradley (Ed.), Readings in Community Health Nursing (pp. 251-260). Pennsylvania: J. B. Lippincott Company.

Ford, M. (1981). Nurse professionals and the caring process. Dissertation Abstracts International, 42 (3), 967-B. (University Microfilms No. AAC81 - 19796)

Gates, R., & Przykucki, J. (1989). Improving practice in ambulatory care: development of an ambulatory nursing quality assurance program. Journal of Nursing Quality Assurance, 3 (4), 36-48.

George, J. (1995). Nursing Theories (4th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

Gouvernement du Québec . (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Grenier, R. (1993). Définitions, une terminologie à apprivoiser. Gesiqualité, 2 (3), 1-6.

Gulino, C., & LaMonica, G. (1986). Public health nursing: a study of role implication. Public Health Nursing, 3, 80-91.

Hagan, L. (1991). L'éducation pour la santé en CLSC. Nursing Québec, 11 (4), 48-55

Hagan, L., & Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé, le temps d'agir. L'infirmière du Québec, 3 (3) , 44-52.

Hanson Frost, M. (1992). Quality: a concept of importance to nursing. Journal fo Nursing Quality, 7 (1), 64-69.

Harrison, B. (1988). Development of the caring behaviors assessment based on Watson's theory of *caring*. Masters Abstracts International, 27 (01), 95. (University Microfilms No. AAC 1334100)

Hart, M. (1996). Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. Journal of Advanced Nursing, 24, 1234-1240.

Hemphill, D., Lutes, C., Taylor, G., Carroll, M., & Cragg, N. (1988). Public health nursing documentation and case management through the use of flowsheets. Journal of Community Health Nursing, 5, 11-18.

Henry, O. (1975). Nurse behaviors perceived by patients as indicators of caring. Dissertation Abstracts International, 36 (2), 652B. (University Microfilms No. AAC75 - 16229)

Hodges, L., & Icenhour, M. (1990). Measuring quality: A systematic integrative approach. In J. McCloskey & H. Grace (Eds.), Current Issues in Nursing. (pp. 295-302). Missouri: Mosby.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1989). Characteristics of clinical indicators. Quality Review Bulletin, 15 (11), 330-339.

Keane, S. (1987). *Caring: nurse-patient perceptions*. Rehabilitation Nursing, 12 (4), 182-187.

Kenyon, V., Smith, E., Hefty, L., Bell, M., McNeil, J., & Martaus, T. (1990). Clinical competencies for community health nursing. Public Health Nursing, 7 (1), 33-39.

Kreidler, M., Bobo, N., Solem, G., Dannemiller, H., & Vishnia, D. (1989). Developing standards and criteria: Family health nurse specialists in a nursing center. Journal of Quality Assurance, 4 (01), 73-83.

Kristjanson, L., & Chalmers, K. (1990). Nurse-client interactions in community based practice: Creating common meaning. Public Health Nursing, 7 (4), 214-223.

Kristjanson, L., & Chalmers, K. (1991). Preventive work with families: issues facing public health nurses. Journal of Advanced Nursing, 16 , 317-324.

Laferrière, R. (1993). Client satisfaction with home health care nursing. Journal of Community Health Nursing, 10 (2), 67-76.

Larson, P. (1981). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. Dissertation Abstracts International 42 (02), 568-B. University Microfilms No. AAC81-16511)

- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 11 (6), 46-50.
- Larson, P. (1986). Cancer nurses' perceptions of caring. Cancer Nursing, 9 (2), 86-91.
- Larson, P. (1987). Comparaison of cancer patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. Hearth and Lung, 16 (2), 187-193.
- Ludwig-Beyer, P., Ryan, C., Johnson, N., Hennessy, K., Gattuso, M., Epsom, R., & Czurylo, K. (1993). Using patient perceptions to improve quality care. Journal of Nursing Care Quality, 7 (2), 42-51.
- Luegenbiehl, D. (1986). The essence of nurse caring during labor and delivery. Dissertation Abstracts International, 47 (06), 2375B. (University Microfilms No. AAC86-18902)
- Lussier, D. (1992). Évaluer les apprentissages dans une approche communicative. Vanves: Hachette F.L.E.
- Mattner, K. (1988). Public health nursing and productivity measurement: are home visit numbers the right focus? Nursing Management, 19 (3), 66-104.
- Mayer, D. (1986). Cancer patients' and families' perceptions of nurse caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 63-69.
- Mayer, D. (1987). Oncology nurses' versus cancer patients' perceptions of nurse caring behaviors: a replication study. Oncology Nurse Forum, 14 (3), 48-52.
- McCarthy, V. (1991). Effective home care nursing perceptions of clients, nurses, and nurse supervisors. Dissertation Abstracts International, 52 (9), 4668B. (University Microfilms No. AAC92 - 07436)

McNamara, S. (1995). Perioperative nurses' perceptions of caring practices. AORN Journal, 61 (2), 377-388.

Morse, J. , Solberg, S. , Neander, W. , Bottorff, J., & Johnson, J. (1990). Concept of caring and caring as a concept. Advanced Nursing Science, 13 (1), 1-14.

Nielsen, P. (1992). Quality of care: discovering a modified practice theory. Journal of Nursing Care Quality, 6 (2), 63-76.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1994). L'exercice infirmier en CLSC. Montréal, Canada: Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1996). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Montréal, Canada: Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1997). Direction de la qualité de l'exercice, nouvelles orientations. Montréal, Canada: Auteur.

Parsons, E., Kee, C., & Gray, P. (1993). Perioperative nurse caring behaviors. AORN Journal, 57 (3), 1106-1114.

Ray, M. (1987). Technological *Caring*: a new model in critical care. Dimensions of Critical Care Nursing, 6 (3), 166-173.

Reeder, P. , & Chen, S. (1990). A client satisfaction survey in home health care. Journal of Nursing Quality Assurance, 5 (1), 16-24.

Riemen, D. (1986). Non caring and caring in the clinical setting: patients' descriptions. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 30-36.

Rocheleau, L., & Hagan, L. (1993). Le point sur les orientations de la pratique des soins infirmiers en CLSC. Nursing Québec, 13 (3), 40-46.

Salmon, M., & Peoples-Sheps, M. (1989). Infant mortality and public health nursing: A history of accomplishments, a future of challenges. Nursing Outlook, 37 (01), 6-7, 51.

Santé et Bien-Être Canada. (1993). An inventory of quality initiatives in Canada. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada.

Schmele, J. (1985). A method for evaluating nursing practice in a community setting. Quality Review Bulletin, 11 (4), 115-122.

Schroeder, P. (1988). Directions and dilemmas in nursing quality assurance. Nursing Clinics of North America, 23 (3), 657-664.

Schwandt, T. (1990). Defining "quality" in evaluation. Evaluation and Program Planning, 13, 177-188.

Semonin-Holleran, R. (1991). Caring from the patient's perspective in the emergency department. Dissertation Abstracts International, 52 (2), 751B. (University Microfilms No. AAC91-11715)

Shamansky, S. (1991). QI, CQI, QM, TQM, QQL, AYE, AYE, AYE. Public Health Nursing, 8 (3), 145-146.

Sherwood, G. (1988). Nurses' caring as perceived by post-operative patients: A phenomenological study. Dissertation Abstracts International, 49 (6), 2133B. (University Microfilms No. AAC88 - 16567)

Shiber, S., & Larson, E. (1991). Evaluating the quality of caring: Structure, process, and outcome. Holistic Nursing Practice, 5 (3), 57-67.

Sithichoke-Rattan, N. (1989). A clinical application of Watson's theory. Pédiatric Nursing, 15 (5), 458-462.

Stanfield, M. (1991). Watson's caring theory and instrument development Dissertation Abstracts International, 52 (8), 4128B. (University Microfilms No. AAC92-03096)

Swanson, J., & Albrecht, M. (1993). Community Health Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.

Swanson-Kauffman, K. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 37-46.

Tansy, E., & Lentz, J. (1988). Generalists in a specialized profession. Nursing Outlook, 30, 174-178.

Taylor, A., Hudson, K., & Keeling, A. (1991). Quality nursing care: the consumers' perspective revisited. Journal of Nursing Quality Assurance, 5 (2), 23-31.

Vezeau T., & Schroeder, C. (1991). *Caring approaches: A critical examination of origin, balance of power, embodiment, time and space, and intended outcome*. In P. Chinn (ed.), Anthology on Caring. New York: National League for Nursing Press. (Publication No. 15-2392)

Vuori, H. (1987). Patient satisfaction. An attribute or indicator of the quality of care? Quality Review Bulletin, 13 (03), 106-108.

Watson, J. (1979 et 1985). Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown and Company.

Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1994). Applying the art and science of human caring. New York: National League for Nursing Press.

Watson, J., Burckhardt, C., Brown, L., Bloch, D., & Hester, N. (1979). A model of Caring: An alternative Health Care Model for Nursing Practice and Research. (Division of Community Health Nursing Practice Publication, NP-59, p.32-44). Mo: American Nurses' Association.

Wolf, Z. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 84-92.

Zerwekh, J. (1990). A qualitative description of the competencies of expert public health nurses. Dissertation Abstracts International, 51 (06), 2824B. University Microfilms No. AAC90 - 29247)

Zlotnick, C. (1992). A public health quality assurance system, Public Health Nursing, 9 (2), 133-137.

Zlotnick, C., & Decker, R. (1991). Home visiting outcomes and quality of life measures. Journal of Community Health Nursing, 8 (4), 207-214.

ANNEXE A

Document de consultation soumis aux experts en soins infirmiers

Le

Madame,

Bonjour,

Tel que discuté précédemment, je vous sou mets le questionnaire que j'ai produit dans le cadre de mon projet de thèse en vue de l'obtention du M.A. en Éducation. Ce projet s'intéresse à l'engagement professionnel (Caring de Jean Watson) comme indicateur en évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire et plus précisément à l'opinion des clients qui ont reçus ces soins dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC).

Vous trouverez en annexe les documents (guide explicatif ainsi que le questionnaire à critiquer).

J'apprécierais grandement que vos commentaires me soient retournés avant le _____ à l'adresse suivante: Jocelyne Blais

Pour de plus amples informations vous pouvez me rejoindre au _____.

Je tiens à vous remercier de votre collaboration. Tous vos commentaires seront grandement appréciés.

Jocelyne Blais

GUIDE EXPLICATIF

Le questionnaire ci-joint, basé sur la théorie de l'engagement professionnel de Watson, est divisé en 10 parties puisque Watson propose 10 facteurs d'engagement professionnel. Les clients auront à identifier les comportements infirmiers qu'ils perçoivent comme des indicateurs d'engagement professionnel en utilisant une échelle de type Likert en 5 points.

Il s'agit donc d'émettre votre opinion quant à la clarté, la pertinence et la congruence des items du questionnaire en fonction de la théorie de Watson. Il faut aussi tenir compte des rôles et fonctions des infirmières oeuvrant en santé communautaire. Pour faciliter votre travail, j'ai inséré avant chaque question, un résumé décrivant brièvement le facteur d'engagement professionnel correspondant. Vous trouverez également une bibliographie ainsi que le texte de mon séminaire de thèse.

A. Clarté:

Caractère de ce qui est facile à comprendre; net, précis. Utilisation de termes simples.

❖ **Pertinence:**

Caractère de ce qui est approprié, qui se rapporte exactement aux rôles et fonctions des infirmières en santé communautaire.

❖ **Congruence:**

qualité d'une articulation dont les deux parties s'adaptent parfaitement, en l'occurrence la théorie de Watson et l'exercice infirmier en santé communautaire.

La théorie de Watson

"CARING" OU "ENGAGEMENT PROFESSIONNEL"

Bien que le terme "caring" soit utilisé par de nombreux auteurs anglophones et même francophones, j'ai choisi d'utiliser le terme "engagement professionnel" lorsque je réfère à la théorie de Watson.

THEORIE DE L'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

La théorie de Watson repose à la fois sur des connaissances scientifiques et une approche humaniste. Cette théorie propose à l'infirmière un rôle d'accompagnement du client dans une démarche d'appropriation de sa santé. Elle exige de l'infirmière une compréhension du sens de l'expérience vécu par le client et un partage du pouvoir et des connaissances en matière de santé. Cette approche a pour but l'autonomie, la prise en charge et la compétence du client à faire des choix éclairés en matière de santé.

POSTULATS DE L'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL:

1. L'engagement professionnel ne peut être démontré et pratiqué qu'au niveau des relations interpersonnelles.
2. L'engagement professionnel repose sur des "facteurs d'engagement professionnel" qui ont pour but la satisfaction de certains besoins humains.
3. Un engagement professionnel efficace favorise la santé et la croissance individuelle/familiale.

4. L'engagement professionnel suppose l'acceptation de la personne telle qu'elle est, mais aussi telle qu'elle pourrait devenir.
5. Un environnement favorisant l'engagement professionnel permet le développement du potentiel tout en offrant à la personne la possibilité de faire des choix judicieux pour elle-même à un moment donné de sa vie.
6. L'engagement professionnel est orienté vers la santé plutôt que vers la guérison. Sa pratique intègre des connaissances biophysiques à une connaissance du comportement humain pour améliorer, promouvoir la santé et procurer assistance à ceux qui sont malades. La science de l'engagement professionnel "caring" est donc complémentaire à la science de la guérison "curing".
7. La pratique de l'engagement professionnel est au coeur même de l'exercice infirmier.

FACTEURS D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

Watson utilise le terme "carative factors" en opposition au terme "curative factors", de façon à différencier le domaine infirmier du domaine médical. Elle identifie dix facteurs qui constituent un guide conceptuel et philosophique encadrant la relation client-infirmière. Ces facteurs, développés à partir d'une philosophie humaniste et d'une base scientifique, permettent à l'infirmière d'accompagner le client dans une démarche visant l'atteinte d'un état de santé optimal ou permettant une mort digne. Ces facteurs peuvent être utilisés comme des critères de soins, des indicateurs de qualité pour évaluer les soins infirmiers.

Voici donc les 10 facteurs d'engagement professionnel qui forment une structure permettant d'étudier et de comprendre la théorie de Watson:

1. La formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes
2. L'inspiration de sentiments de foi et d'espoir
3. Le développement d'une sensibilité envers soi et les autres
4. Le développement d'une relation d'aide basée sur la confiance
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs
6. L'utilisation systématique d'une méthode de résolution de problème
7. La promotion de l'enseignement et de l'apprentissage.
8. La protection, le support et/ou l'amélioration de l'environnement bio-psycho-social-spirituel de la personne et de sa famille.
9. La satisfaction des besoins humains.
10. La reconnaissance de forces existentielles et phénoménologiques.

Il est à noter que les trois premiers facteurs sont inter-reliés et servent de base philosophique et humaniste à la théorie. Dans une large mesure, ces facteurs sont interdépendants et Watson les étudie en bloc. Les sept autres facteurs sont discutés séparément. Bien que reliés à des valeurs et à la philosophie humaniste, ces facteurs sont discutés à partir d'une base scientifique contenant des données empiriques essentielles à l'enseignement et à la pratique des soins infirmiers.

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #1:
LA FORMATION D'UN SYSTÈME DE VALEURS HUMANISTES-ALTRUISTES:

Selon Watson, l'engagement professionnel repose sur des valeurs humanistes universelles telles que la bonté, sollicitude, amour de soi et des autres, etc. Se développant durant l'enfance ces valeurs peuvent être enrichies au contact d'autres cultures, de l'éducation ou d'expériences de croissance personnelle. Chez l'infirmière, l'interaction entre les étudiantes-infirmières et leurs professeurs, à travers le "rôle modeling" et le partage d'attitudes et de croyances facilitera l'acquisition de ces valeurs humanistes.

Un système de valeurs humaniste-altruiste guide la vie d'une personne et permet l'engagement envers l'autre, la satisfaction de recevoir en donnant, une capacité de concevoir l'humanité avec amour, d'apprécier la diversité et l'individualité. L'engagement professionnel est grandement influencé par ce système de valeurs humaniste-altruiste. Selon Watson, ces valeurs peuvent être développées par une prise de conscience et une analyse de ses propres croyances et valeurs, ainsi que par un contact avec des valeurs différentes. Cette auto-analyse des valeurs permet l'établissement d'une philosophie de vie qui fait la promotion de la maturité, la satisfaction et l'intégrité. Les valeurs et les comportements altruistes donnent un sens à la vie.

**FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 1:
LA FORMATION D'UN SYSTÈME DE VALEURS HUMANISTES-ALTRUISTES:**

	Clarté			Pertinence			Congruence		
	oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
1.1 Me traite comme un être humain									
1.2 Essaie de voir les choses de mon point de vue									
1.3 Me rassure									
1.4 M'apporte réconfort									
1.5 Me donne l'impression qu'elle est disponible si j'en ai besoin									
1.6 Possède des qualités personnelles telles que: patience, douceur, gentillesse, sollicitude, etc...									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #2: **L'INSPIRATION DE SENTIMENTS DE FOI ET D'ESPOIR:**

Watson souligne ici l'effet thérapeutique important de l'espoir et de la foi dans tout processus de guérison. Le rôle de l'infirmière est d'inspirer un sentiment de foi et d'espoir envers elle-même mais aussi envers le traitement. Un sentiment d'espoir aide le client à accepter l'information donnée par l'infirmière et à adopter un comportement plus sain. Quelque soit le plan de traitement scientifique, l'infirmière doit déterminer ce qui est significatif et important pour la personne. Ainsi, les croyances et l'opinion du client ne doivent jamais être négligés puisqu'ils sont un levier important dans la promotion de la santé. Cet aspect est particulièrement important dans le cas où la médecine scientifique n'a plus rien à offrir au client, l'infirmière pouvant alors suggérer des mesures de confort.

**FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 2 :
L'INSPIRATION DE SENTIMENTS DE FOI ET D'ESPOIR**

		Clarté			Pertinence			Congruence		
		oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
2.1	Me démontre qu'elle croit en moi									
2.2	Souligne mes forces et les aspects positifs de ma condition									
2.3	Me félicite pour mes efforts									
2.4	M'amène à voir la lueur au bout du tunnel									
2.5	Me rappelle les résultats positifs déjà atteints									
2.6	Tient compte de mes croyances, de mes valeurs									
2.7	Démontre une attitude positive									
2.8	M'encourage à croire en moi									
2.9	A un bon sens de l'humour									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #3: **LE DÉVELOPPEMENT D'UNE SENSIBILITÉ ENVERS SOI ET LES AUTRES:**

Pour devenir sensible aux sentiments des autres il faut d'abord être sensible à ses propres sentiments, qu'ils soient heureux ou douloureux. Watson fait référence ici à la nécessité pour l'infirmière de ressentir ses émotions plutôt que de les "penser avec son cerveau". Cette prise de conscience de ses propres sentiments résulte souvent d'expériences humaines intenses qui exigent de puiser à même les forces intérieures. C'est un pré-requis qui permet à l'infirmière d'utiliser ce qu'elle est pour aider les autres. Ainsi, l'infirmière qui est sensible aux sentiments de l'autre est capable d'empathie et donne au client l'impression qu'il est compris, accepté et capable d'avancer vers un niveau plus mature de fonctionnement et de croissance. Par ce que la sensibilité de l'infirmière favorise le développement personnel et l'actualisation de soi, Watson questionne la fameuse notion de "distance thérapeutique", "l'aseptisation" de la relation client-infirmière. L'infirmière qui se cache derrière son rôle, ses insécurités, ses anxiétés ne peut être aidante. La sensibilité envers soi et les autres suppose honnêteté, authenticité et intégrité. C'est cette sensibilité à l'autre qui permet à l'infirmière de découvrir et de comprendre le sens que le client donne à sa vie et à ses problèmes de santé.

FACTEUR D ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 3:
LE DÉVELOPPEMENT D'UNE SENSIBILITÉ ENVERS SOI ET LES AUTRES:

	Clarté			Pertinence			Congruence		
	oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
3.1 Me comprend									
3.2 S'informe sur la façon dont je veux que les choses soient faites									
3.3 M'accepte tel que je suis									
3.4 Est sensible à mes sentiments et mon humeur									
3.5 Est «bonne» et «prévenante»									
3.6 Sait lorsque j'en ai assez et agit en conséquence									
3.7 Maintien une attitude calme									
3.8 Me traite avec respect									
3.9 Répond à mes questions de façon honnête et consistante									
3.10 Respecte mes choix et mes prises de décisions									
3.11 Est «vrai» dans ses contacts avec moi									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #4: **LE DÉVELOPPEMENT D'UNE RELATION D'AIDE BASÉE SUR LA CONFIANCE:**

La littérature démontre que la qualité de la relation client-infirmière est un élément déterminant de l'efficacité de la relation d'aide. En effet, le client qui perçoit l'engagement professionnel de l'infirmière développera plus facilement une relation de confiance avec celle-ci. Watson rappelle que l'établissement d'une relation thérapeutique suppose la présence de plusieurs éléments dont l'altruisme, la congruence, la sincérité, l'honnêteté, l'authenticité, l'empathie, une communication efficace et une acceptation inconditionnelle du client. Pour développer une telle relation, l'infirmière doit "apprivoiser" le client, et s'intéresser au champ phénoménologique qui affecte, motive ou entrave les habitudes de vie affectant sa santé. Elle doit considérer le client comme un individu unique.

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 4:
LE DÉVELOPPEMENT D'UNE RELATION D'AIDE BASÉE SUR LA CONFIANCE:

	Clarté			Pertinence			Congruence		
	oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
4.1 M'écoute vraiment lorsque je parle									
4.2 Accepte mes sentiments sans me juger									
4.3 M'appelle pour savoir comment je vais									
4.4 S'intéresse à ma vie de famille, à mon travail									
4.5 M'explique clairement le but de sa visite									
4.6 Fait preuve d'honnêteté et d'authenticité									
4.7 Retourne rapidement mes appels									
4.8 S'adapte à ma façon de vivre									
4.9 Me visite à l'hôpital si je suis hospitalisé									
4.10 Me touche lorsque j'ai besoin de réconfort									
4.11 Fait ce qu'elle a dit qu'elle ferait									
4.12 Est disponible lorsque j'en ai besoin									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 5:
LA PROMOTION ET L'ACCEPTATION DE L'EXPRESSION DE SENTIMENTS
POSITIFS ET NÉGATIFS:

Watson souligne que les émotions jouent un rôle vital dans le comportement humain, la motivation ainsi que dans la prise de décision. La compréhension intellectuelle étant fort différente de la compréhension émotionnelle, la congruence entre les deux compréhensions sont souhaitables, car toute incohérence à ce niveau peut être la source d'anxiété, de stress, de confusion et de peur. Cette incohérence peut en retour, affecter la compréhension, influencer les attitudes et le comportement. Car les émotions ont un effet puissant sur le comportement et la pensée en produisant des résultats occasionnels irrationnels ou impulsifs. Théoriquement, il est reconnu que la prise de conscience de ses émotions peut diminuer l'irrationalité et redonner un certain contrôle sur ses pensées et ses comportements. Ainsi la promotion et l'acceptation de sentiments positifs et négatifs peut aider le client à être plus conscient de ses émotions et à développer plus de contrôle sur ses actions et ses comportements. L'infirmière doit donc permettre au client l'expression de sentiments positifs et négatifs sans se sentir menacée et offrir le support nécessaire au client pour qu'il puisse prendre le risque de dire les choses telles qu'il les perçoit.

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 5:
LA PROMOTION ET L'ACCEPTATION DE L'EXPRESSION DE SENTIMENTS
POSITIFS ET NÉGATIFS

		Clarté			Pertinence			Congruence		
		oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
5.1	M'encourage à exprimer mes sentiments									
5.2	Ne se sent pas menacée lorsque je suis en colère									
5.3	M'aide à comprendre mes sentiments									
5.4	Ne démissionne pas lorsque je suis difficile à vivre									
5.5	M'aide à acheminer mes plaintes lorsque nécessaire									
5.6	Me demande d'évaluer les services que j'ai reçus									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #6:
L'UTILISATION SYSTÉMATIQUE D'UNE MÉTHODE DE RÉOLUTION DE
PROBLÈME:

L'utilisation systématique d'une méthode de résolution de problème lors de la prise de décision permet à l'infirmière de poser un jugement et prendre des décisions reliées à l'exercice de sa profession. L'infirmière possède une boîte à outils d'où elle peut puiser des connaissances traitant des comportements humains, des processus biophysiques, des processus pathologiques, des habiletés et procédures de soins et des régimes thérapeutiques variés. L'utilisation systématique d'une méthode de résolution de problème permet à l'infirmière de rassembler les éléments pertinent, d'obtenir de nouvelles connaissances, de résoudre les problèmes, de développer des plans, des programmes, des procédures et d'évaluer, corriger et améliorer les services.

FACTEUR D ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 6:
L'UTILISATION SYSTÉMATIQUE D'UNE MÉTHODE DE RÉOLUTION DE PROBLÈME :

		Clarté			Pertinence			Congruence		
		oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
6.1	Prends le temps de bien évaluer ma situation									
6.2	Démontre de la consistance dans sa façon de régler les problèmes									
6.3	M'apprend la démarche de résolution de problème pour que je puisse prendre mes propres décisions									
6.4	Me donne des explications pour que je puisse prendre des décisions éclairées									
6.5	M'aide à voir les conséquences positives et négatives d'une décision									
6.6	Cherche à comprendre ma réalité, mes problèmes									
6.7	Identifie clairement les éléments de solutions									
6.8	Propose différentes solutions en lien avec le(s) problèmes identifiés									
6.9	Etablie un plan d'intervention avec moi									
6.10	Évalue le plan d'intervention avec moi									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #7: **LA PROMOTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'APPRENTISSAGE:**

Ce facteur s'attarde aux processus entourant l'éducation à la santé, élément crucial de l'exercice infirmier en santé communautaire. Il suppose la participation active de l'infirmière et du client à une démarche qui repose à la fois sur la transmission de l'information et sur les processus interpersonnels facilitant l'apprentissage. En théorie et en pratique, il est reconnu que le simple fait de donner de l'information puisse réduire la réponse émotionnelle à un stresser donné (maladie, examen diagnostique, chirurgie, etc...) et permettre à l'individu de retrouver son équilibre et d'envisager des alternatives et des solutions. Or, Watson rappelle qu'un enseignement efficace ne peut se limiter à la simple transmission de l'information mais doit tenir compte du processus d'apprentissage. Elle souligne donc l'importance pour l'infirmière d'établir un lien significatif avec le client ce qui lui permettra «d'entrer dans son monde», de connaître ses perceptions (justesse et réalisme), d'évaluer ce qu'il a besoin de savoir et ce, avant de donner de l'information cognitive. Ce facteur suppose que l'infirmière perçoive le client comme un individu ayant le droit, le pouvoir et le potentiel d'apprendre, de se prendre en main, et de faire des choix judicieux en matière de santé.

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 7:
LA PROMOTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'APPRENTISSAGE:

	Clarté			Pertinence			Congruence		
	oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
7.1 M'encourage à poser des questions concernant ma maladie et mon traitement									
7.2 Répond à mes questions									
7.3 Me renseigne sur ma maladie									
7.4 Vérifie ma compréhension des explications/enseignement donnés									
7.5 Vérifie ce que je veux savoir sur ma maladie									
7.6 M'aide à me fixer des objectifs réalistes face à ma santé									
7.7 M'aide à planifier des actions pour atteindre ces buts									
7.8 Me donne des explications claires									
7.9 Se met à mon niveau, m'explique dans mes mots									
7.10 Connaît bien son domaine									
7.11 Prend le temps d'évaluer si je suis capable de poser des gestes requis									
7.12 Vérifie mes connaissances sur le sujet avant de débiter son enseignement									
7.13 Me questionne sur mes expériences passées									
7.14 Sait ce qu'elle fait									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #8:
LA PROTECTION, LE SUPPORT ET/OU L'AMÉLIORATION DE
L'ENVIRONNEMENT BIO-PSYCHO-SOCIAL-SPIRITUEL DE LA PERSONNE ET DE
SA FAMILLE

Watson rappelle l'influence des facteurs environnementaux sur la santé des individus et leur lien avec certaines activités posées par les infirmières dans l'exercice de leur profession. Certains facteurs sont extérieurs à la personne et sont rattachés à des activités bio-sociales et à des manipulations de l'environnement que l'infirmière pose pour support, protection et sécurité. D'autres facteurs sont intérieurs à la personne, ce sont des activités utilisées par l'infirmière pour apporter un bien-être et une harmonie mentale, spirituelle et socioculturelle. On souligne l'interdépendance des facteurs internes/externes de l'environnement sur la santé des individus. L'exercice infirmier doit donc agir sur l'environnement de l'individu et de sa famille en tenant compte des mécanismes qui régularisent l'organisme humain, des réactions aux événements stressants de la vie, des besoins de confort, d'intimité, des conditions de logement (besoin d'un environnement propre et esthétique), de la nutrition, des conditions d'hygiène, du niveau de revenus, de l'éducation, etc...

FACTEUR D ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 8:**LA PROTECTION, LE SUPPORT ET/OU L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT BIO-PSYCHO-SOCIAL-SPIRITUEL DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE :**

		Clarté			Pertinence			Congruence		
		oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
8.1	M'explique à quoi m'attendre durant le suivi à domicile (fréquence et durée des visites), plan de service, etc...									
8.2	Comprend mon besoin de solitude									
8.3	M'offre des suggestions pour améliorer ma santé mentale (gestion du stress, exercices de relaxation, etc...)									
8.4	Se préoccupe de mon bien-être: nutrition, logement, revenu, etc...									
8.5	M'explique les règles de sécurité, ainsi qu'à ma famille									
8.6	M'encourage à participer à mes soins dans les limites de mes capacités									
8.7	Respecte ma modestie									
8.8	Prends en considération mes besoins spirituels									
8.9	Connaît les ressources du milieu qui touchent le bien-être bio-psycho-social									
8.10	Me réfère à ces ressources au besoin									
8.11	S'intéresse à tous les aspects de ma santé									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #9: **LA SATISFACTION DES BESOINS HUMAINS:**

Les besoins humains peuvent être étudiés à partir de nombreuses classifications. Watson propose une analyse des besoins humains basée sur l'effet des émotions et autres forces psychologiques sur les besoins physiologiques. Cet auteur classe les besoins humains de la façon suivante :

1.	Besoins de «bas niveau» (besoins biophysiques) . Nourriture et liquide . Élimination . Respiration	Besoins de survie
2.	Besoins de «bas niveau» (besoins psychophysiques) . Activité-inactivité . Sexualité	Besoins fonctionnels
3.	Besoins de «haut niveau» (besoins psychosociaux) . Accomplissement . Affiliation	Besoins intégratifs
4.	Besoins de «haut niveau» (besoins intra et interpersonnels) . Actualisation de soi	Besoins de croissance personnelle

Ces besoins humains sont interdépendants et fonctionnent comme un tout. Ainsi lorsqu'un besoin est affecté, tous les autres besoins le sont directement ou indirectement.

Le rôle principal de l'engagement professionnel est donc d'aider le client à combler tous ses besoins humains de façon à atteindre un état de santé optimal. Pour ce faire, Watson propose une approche holistique-dynamique qui englobe les quatre composantes des besoins humains et qui respecte l'individualité du client, la perception qu'il a de ses besoins. Car ce n'est que lorsque le client se sent reconnu, apprécié et traité comme un individu unique qu'il découvre l'énergie nécessaire pour se déplacer dans la hiérarchie des besoins et atteindre l'actualisation de soi.

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 9:
LA SATISFACTION DES BESOINS HUMAINS

		Clarté			Pertinence			Congruence		
		oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
9.1	M'aide dans mes soins personnels jusqu'à ce que je puisse le faire moi-même									
9.2	Sait comment donner des injections, faire des pansements									
9.3	Sait comment manipuler l'équipement médical à domicile									
9.4	Me donne mes traitements et mes médicaments à temps									
9.5	Monitorise ma condition de très près									
9.6	M'aide à me sentir en contrôle									
9.7	Sait quand il faut appeler le médecin ou m'envoyer à l'hôpital									

Commentaires :

FACTEUR D'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL #10:
LA RECONNAISSANCE DE FORCES EXISTENTIELLES ET
PHÉNOMÉNOLOGIQUES

Watson reconnaît ici que l'individualité, l'unicité et la globalité de chaque être humain reposent sur l'expérience personnelle subjective. Ce facteur suppose un voyage à l'intérieur de soi et donne un sens à l'expérience humaine, à la douleur, à la maladie, à la mort. Cet accès au monde intérieur de la personne, amène l'infirmière à comprendre (et peut-être expliquer) le sens de la vie, tel que perçu par le client, et permet éventuellement de tourner une tragédie ou une expérience difficile en une expérience enrichissante.

FACTEUR D ENGAGEMENT PROFESSIONNEL # 10
LA RECONNAISSANCE DE FORCES EXISTENTIELLES ET
PHÉNOMÉNOLOGIQUES

	Clarté			Pertinence			Congruence		
	oui	✓	non	oui	✓	non	oui	✓	non
10.1 Semble savoir comment je me sens									
10.2 M'aide à réaliser que mes expériences passées sont importantes									
10.3 M'aide à me sentir bien dans ma peau									
10.4 M'aide à trouver un sens à l'expérience que je vis									
10.5 M'invite à mobiliser mes forces extérieures									

Commentaires :

ANNEXE B

Approbation du comité de déontologie de l'Université d'Ottawa



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté d'éducation
Cabinet du doyen

Faculty of Education
Office of the Dean

CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE

Faculté d'éducation
Université d'Ottawa

Titre du projet L'engagement professionnel comme indicateur
en évaluation de la qualité

Chercheur principal Jocelyne Blais

Cochercheur Aucun

Directeur de thèse Renée Forgette-Giroux

Date d'approbation 4 février 1998

Pour le Comité de déontologie
Aline Giroux, présidente

N.B. L'approbation déontologique est pour un an.

ANNEXE C

Autorisation du Directeur Général du CLSC

Le 5 février 1998

Mme Jocelyne Blais

Madame,

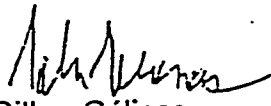
Faisant suite à votre lettre et à notre rencontre du 5 février 1998, j'ai le plaisir de vous informer que nous vous autorisons à avoir accès aux données clientèles dans le but d'effectuer une recherche sur l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en santé communautaire.

J'autorise Mme . à vous aider à titre de personne-ressource pour extraire les données nécessaires.

Je prends bonne note des mesures qui sont prises pour assurer la confidentialité des données et je vous souhaite tout le succès mérité dans la poursuite de cette étude.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Le directeur général,



Gilles Gélinas

ANNEXE D**Questionnaire sur les comportements infirmiers
démontrant du *caring*
en santé communautaire**

RECHERCHE SUR LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN CLSC

Le 10 Mars 1998.

Monsieur, Madame,

Dans le cadre d'un projet de thèse de maîtrise en Éducation à l'Université d'Ottawa, je vous invite à participer à ma recherche qui s'intéresse à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en CLSC. **Je désire connaître votre opinion en tant que client ayant reçu les services d'une infirmière travaillant en CLSC.**

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez remplir le questionnaire ci-joint et le retourner dans l'enveloppe affranchie à cette fin. Ceci exigera 30 minutes de votre temps. Vous trouverez à la page suivante les directives qui vous aideront à répondre au questionnaire.

Le fait de remplir et de retourner le questionnaire dans l'enveloppe affranchie à cette fin tiendra lieu de consentement.

Afin d'assurer l'anonymat, un numéro, que je serai seule à connaître, sera assigné au questionnaire. Je m'engage à conserver les données sous clé et à les détruire lorsque la recherche sera terminée. La confidentialité des données sera respectée lors de la rédaction du rapport final.

Si vous avez des questions ou des commentaires concernant votre participation à cette recherche, n'hésitez pas à communiquer avec moi au (_____). Une copie des résultats de cette recherche sera disponible sur demande.

Merci de l'attention que vous m'avez accordée.

N. B. Si la personne à qui est adressée cette lettre ne peut répondre (absence, incapacité, décès) vous pouvez en tant que membre de sa famille, de son entourage, le faire à sa place.

VOTRE OPINION EST TRÈS IMPORTANTE !

Jocelyne Blais, B. ScInf.

Étudiante à la maîtrise ès arts, Faculté d'Éducation, Université d'Ottawa

Cette recherche a été approuvée par le Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté d'Éducation (CUDREH) de l'Université d'Ottawa. Pour de plus amples informations sur la conduite déontologique de ce projet, veuillez communiquer avec la présidente du comité, Mme Aline Giroux, au 562-5800.

DIRECTIVES À SUIVRE POUR COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

- Le questionnaire ci-joint propose une liste de comportements de l'infirmière.
- Vous devez identifier le degré d'importance que vous accordez à chaque comportement de l'infirmière, en vous basant sur l'expérience que vous et votre famille avez vécue lorsque vous avez reçu des soins d'une infirmière du CLSC.

Pour répondre, **ENCERCLEZ** le chiffre qui correspond à votre choix :

PAS IMPORTANT	1	2	3	4	5	TRÈS IMPORTANT
	1	signifie que le comportement n'est pas important du tout pour vous				
	2	signifie que le comportement est peu important pour vous				
	3	signifie que vous êtes incertain				
	4	signifie que le comportement est important pour vous				
	5	signifie que le comportement est très important pour vous				

(VOIR LES EXEMPLES AU VERSO)



- Il est très important de **répondre à tous les énoncés**, il n'y a pas de "bonnes" ou de "mauvaises" réponses. Vous devez répondre le plus franchement possible.
- S'il vous plaît, **ne pas écrire votre nom sur le questionnaire**.
- Après avoir répondu au questionnaire, utilisez l'enveloppe affranchie fournie avec le questionnaire et retournez les 4 pages brochées du questionnaire par la poste. **Cet envoi postal ne vous coûtera rien.**
- Vous devez me retourner le questionnaire rempli **le plus tôt possible**, avant le 20 mars 1998.

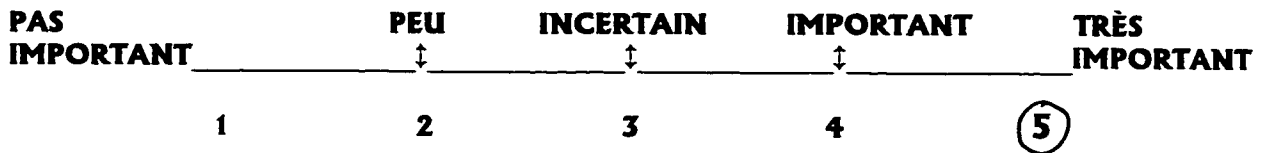
Merci de votre collaboration!

Si vous avez des questions concernant le questionnaire ou vous avez besoin d'aide pour le compléter, vous pouvez rejoindre Jocelyne Blais au numéro suivant: _____.

EXEMPLES

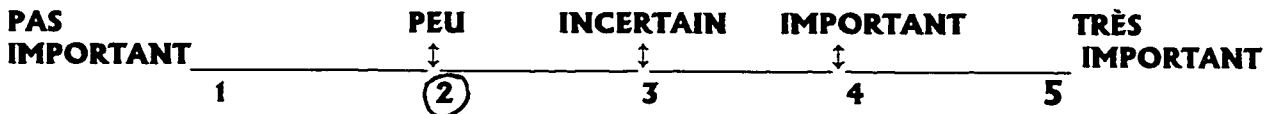
EXEMPLE # 1: Me téléphone tous les jours

Si vous trouvez **très important** que l'infirmière vous appelle tous les jours, vous **encerclez le 5**, de la façon suivante:



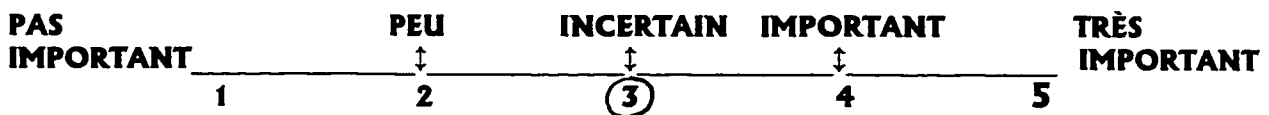
EXEMPLE #2: M'appelle par mon prénom

Si vous trouvez **peu important** que l'infirmière utilise votre prénom, vous **encerclez le 2**, de la façon suivante:



EXEMPLE # 3: Rencontre tous les membres de ma famille

Si vous êtes **incertain** de l'utilité que l'infirmière rencontre tous les membres de votre famille, vous **encerclez le 3**, de la façon suivante:



QUESTIONNAIRE

Encerclez le chiffre qui correspond à votre opinion

Pas
Important
1 Peu
Important
2 Incertain
3 Important
4 Très
Important
5

COMPORTEMENTS DE L'INFIRMIÈRE

1. Me traite comme une personne "bâtarde" et non comme un "humain"	1	2	3	4	5
2. Essaie de me comprendre, de voir mon point de vue	1	2	3	4	5
3. Tente de me rassurer lorsque je suis inquiet (e)	1	2	3	4	5
4. Est humaine, possède des qualités telles que patience, douceur, gentillesse, compassion, générosité	1	2	3	4	5
5. Fait preuve de savoir vivre, de politesse	1	2	3	4	5
6. Me traite avec respect	1	2	3	4	5
7. Garde une attitude calme	1	2	3	4	5
8. Me démontre qu'elle croit en mes capacités	1	2	3	4	5
9. Souligne mes forces	1	2	3	4	5
10. Me félicite pour mes efforts	1	2	3	4	5
11. M'aide à garder espoir, à penser positivement	1	2	3	4	5
12. Me rappelle les résultats positifs déjà atteints	1	2	3	4	5
13. M'encourage à avoir confiance en moi	1	2	3	4	5
14. Utilise l'humour pour diminuer la tension	1	2	3	4	5
15. Me donne le goût d'améliorer ma situation, ma santé	1	2	3	4	5
16. S'informe sur la façon dont je veux que les choses soient faites	1	2	3	4	5
17. M'accepte tel (le) que je suis	1	2	3	4	5
18. Tient compte de mes croyances, de mes valeurs	1	2	3	4	5
19. Est à l'écoute de mes sentiments et de mon humeur	1	2	3	4	5
20. Reconnaît mes limites et en tient compte	1	2	3	4	5
21. Répond à mes questions de façon honnête	1	2	3	4	5
22. Respecte mes choix et mes décisions	1	2	3	4	5
23. Est "vraie", honnête, authentique avec moi	1	2	3	4	5
24. Me démontre qu'elle aussi, ressent des émotions	1	2	3	4	5
25. M'écoute vraiment lorsque je parle	1	2	3	4	5
26. Accepte mes sentiments sans juger, ni critiquer	1	2	3	4	5
27. S'intéresse à qui je suis comme personne, au sens que je donne à ma vie, à ma santé	1	2	3	4	5
28. M'explique clairement le but de sa visite	1	2	3	4	5

* Pour alléger le texte, le terme infirmière inclut le masculin

Encerclez le chiffre qui correspond à votre opinion

Pas Important 1 Peu Important 2 Incertain 3 Important 4 Très Important 5

COMPOTEMENTS DE L'INFIRMIÈRE

29. Me dit comment je peux le rendre à l'aise si besoin	1	2	3	4	5
30. Retourne mes appels dans un délai qui respecte mes besoins	1	2	3	4	5
31. Me contacte régulièrement pour savoir comment je vais	1	2	3	4	5
32. Adapte ses services à ma façon de vivre	1	2	3	4	5
33. Prend de mes nouvelles si je suis hospitalisé(e)	1	2	3	4	5
34. Fait ce qu'elle a dit qu'elle ferait, ou m'avise si elle ne peut pas le faire	1	2	3	4	5
35. Est ponctuelle, respecte l'horaire qu'elle a établi avec moi	1	2	3	4	5
36. Est disponible lorsque j'en ai besoin	1	2	3	4	5
37. M'informe de mes droits et responsabilités lorsque j'utilise les services du CLSC	1	2	3	4	5
38. Me donne l'impression que je suis une personne importante pour elle	1	2	3	4	5
39. Me donne l'impression qu'elle veut vraiment m'aider	1	2	3	4	5
40. Semble être une personne à qui je peux faire confiance	1	2	3	4	5
41. M'encourage à parler de mes besoins, de mes problèmes	1	2	3	4	5
42. Sait me rendre à l'aise	1	2	3	4	5
43. Semble comprendre ce que je vis (sentiments, peurs, espoirs)	1	2	3	4	5
44. Vérifie avec moi si, ce qu'elle comprend de ma situation, de mes besoins, est juste	1	2	3	4	5
45. M'encourage à exprimer mes sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs	1	2	3	4	5
46. Ne paraît pas menacée par l'expression de sentiments négatifs	1	2	3	4	5
47. M'aide à comprendre mes sentiments	1	2	3	4	5
48. Ne me laisse pas tomber lorsque je suis difficile à vivre	1	2	3	4	5
49. Me demande mon opinion sur les services que j'ai reçus	1	2	3	4	5
50. M'informe sur les démarches à suivre pour porter plainte lorsque je crois que mes droits ne sont pas respectés	1	2	3	4	5
51. Prend le temps de bien comprendre ma situation, ma réalité, mes problèmes	1	2	3	4	5
52. Me donne des explications pour que je puisse prendre des bonnes décisions	1	2	3	4	5
53. M'aide à voir les conséquences positives et négatives d'une décision	1	2	3	4	5
54. M'aide à trouver des solutions à mes problèmes	1	2	3	4	5
55. Vérifie et me rappelle souvent si j'ai répondu à ma santé	1	2	3	4	5

Encerclez le chiffre qui correspond à votre opinion

COMPORTEMENTS DE L'INFIRMIÈRE

Pas Important 1 Peu Important 2 Incertain 3 Important 4 Très important 5

56. Vérifie mon désir de changer ma situation, d'améliorer ma santé, de régler mes problèmes	1	2	3	4	5
57. Vérifie mes connaissances sur la santé, avant de débiter son enseignement	1	2	3	4	5
58. Vérifie si je suis capable de poser les actions requises par ma situation, ma santé	1	2	3	4	5
59. M'encourage à poser des questions concernant ma santé, ma maladie, ma situation, en tout lieu	1	2	3	4	5
60. Répond à mes questions de façon claire	1	2	3	4	5
61. M'aide à comprendre ma situation, mes priorités de santé	1	2	3	4	5
62. Vérifie ma compréhension des explications données	1	2	3	4	5
63. M'explique avec des mots que je peux comprendre	1	2	3	4	5
64. Me donne l'impression qu'elle sait ce qu'elle fait	1	2	3	4	5
65. Est "intéressante", sait comment me motiver à augmenter mes connaissances pour mieux prendre soin de ma santé	1	2	3	4	5
66. Utilise des moyens concrets pour me faire comprendre: dessins, vidéo, lectures, etc.	1	2	3	4	5
67. Devant mon refus de faire des changements pour améliorer ma santé, s'assure que je connais les conséquences de ce refus	1	2	3	4	5
68. Comprend mon besoin d'être entouré (e), mais aussi mon besoin d'être seul(e) à certains moments	1	2	3	4	5
69. M'aide à comprendre comment le stress affecte ma santé	1	2	3	4	5
70. M'offre des suggestions pour me sentir mieux dans ma peau (gestion du stress, exercices de relaxation, etc...)	1	2	3	4	5
71. M'explique les règles de sécurité	1	2	3	4	5
72. M'encourage à changer les choses dangereuses dans ma façon de vivre	1	2	3	4	5
73. Si nécessaire, me montre comment prendre les médicaments, faire les traitements, utiliser les équipements médicaux appropriés	1	2	3	4	5
74. Respecte ma modestie, lorsque j'ai besoin de soins physiques	1	2	3	4	5
75. Prend en considération mes besoins spirituels et religieux	1	2	3	4	5
76. Connaît les ressources et les services qui peuvent améliorer ma situation, ma santé	1	2	3	4	5
77. Au besoin, me réfère à ces services	1	2	3	4	5
78. M'explique comment utiliser les services de santé et les ressources de mon milieu	1	2	3	4	5

Encerclez le chiffre qui correspond à votre opinion

Pas
Important
1 Peu
Important
2 Incertain
3 Important
4 Très
Important
5

COMPOTEMENTS DE L'INFIRMIÈRE

79. Travaille en équipe avec les autres intervenants de santé	1	2	3	4	5
80. Me donne des suggestions pour améliorer mon confort	1	2	3	4	5
81. Est "sensible" à ma douleur physique et psychologique	1	2	3	4	5
82. Au besoin, implique ma famille, mes proches	1	2	3	4	5
83. Respecte mon droit à la confidentialité dans ses contacts avec moi, mon entourage et les autres personnes	1	2	3	4	5
84. M'aide, ou me procure de l'aide, dans mes soins personnels jusqu'à ce que je puisse le faire moi-même	1	2	3	4	5
85. M'encourage à faire ce que je peux par moi-même	1	2	3	4	5
86. Sait quand il me faut contacter le médecin, aller à l'hôpital ou consulter un autre intervenant de la santé	1	2	3	4	5
87. M'informe sur les signes et symptômes que je devrais rapporter	1	2	3	4	5
88. Semble savoir comment donner des injections, faire des pansements, des traitements, manipuler l'équipement médical à domicile	1	2	3	4	5
89. M'encourage à entretenir des relations harmonieuses avec ma famille, mes amis, mon entourage	1	2	3	4	5
90. S'intéresse à ma vie de famille, mon travail, ma vie sociale	1	2	3	4	5
91. Prends le temps d'évaluer mes besoins, tant physiques que psychologiques	1	2	3	4	5
92. M'aide à utiliser mes expériences passées pour m'adapter à ma situation, faire face à mes problèmes	1	2	3	4	5
93. M'aide à trouver un sens à l'expérience que je vis	1	2	3	4	5
94. M'invite à utiliser mes forces intérieures	1	2	3	4	5
95. Me donne l'impression de ne plus être seul avec mes problèmes	1	2	3	4	5
96. M'encourage à utiliser tout mon potentiel pour résoudre mes problèmes	1	2	3	4	5
97. M'aide à faire face à mes peurs, mes deuil, ma mort	1	2	3	4	5
98. M'invite à écouter mes intuitions	1	2	3	4	5

Age: _____

Nationalité d'origine: ☐ Canada ☐ Autres _____

Degré de scolarité : ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Collégial ☐ Universitaire

Merci de votre participation !