

L'influence de la technologie sur le rôle de l'infirmière des soins intensifs
dans les activités de surveillance des patients

par

Sophie Péladeau

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de maîtrise

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Sophie Péladeau, Ottawa, Canada, 2012

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

La surveillance est un concept central en soins infirmiers et ce, particulièrement à l'unité des soins intensifs. S'assurer que la condition du patient demeure stable ou s'améliore tout en assurant une surveillance continue est en fait la principale raison d'admission dans ce type d'unité. L'aménagement physique d'une unité de soins intensifs se compose typiquement d'un poste central et de lits ou chambres disposés autour de celui-ci. Au poste central se trouvent des moniteurs permettant aux infirmières de surveiller à distance la condition clinique des patients. La technologie, bien qu'étant considérée comme un outil essentiel dans la prestation des soins, peut donc limiter les contacts directs avec les patients. En effet, il est facile pour une infirmière de se fier aux données en évidence sur les moniteurs pour évaluer la condition d'un patient et ce, sans se rendre au chevet de celui-ci.

Nous avons réalisé une ethnographie compte tenu de l'utilité de cette approche dans l'examen des pratiques d'une population donnée, à savoir le personnel infirmier exerçant aux soins intensifs. Elle nous a permis de saisir comment les infirmières exerçant dans ce milieu de soins incorporent la technologie dans leurs activités quotidiennes de surveillance des patients. Nous avons ensuite examiné dans quelle mesure ces activités contribuent à un processus d'objectivation de la personne, notamment lorsque celle-ci est inconsciente. Ce projet de recherche s'appuie sur le plan théorique sur les travaux de Giorgio Agamben, développés à partir de l'expérience humaine en camps de concentration. Les concepts d'*état d'exception* et de *vie nue*, en particulier, retiennent notre attention afin de théoriser certains processus infirmiers en lien avec la technologie aux soins intensifs. Ce choix théorique pour le moins radical repose sur la possibilité de comprendre une unité de soins intensifs en tant que version atténuée d'un espace au cœur duquel l'état d'exception peut être compris.

Les résultats de cette étude montrent que les infirmières à l'unité des soins intensifs sont dépendantes de la haute technologie à leur disposition lorsqu'elles soignent leurs patients. Cependant, elles font valoir l'importance de leur rôle au chevet de la clientèle souffrant de conditions de santé instables. Les infirmières se montrent toutefois hésitantes quant à leur implication auprès des patients en fin de vie, notamment dans le processus de prise de décision. Selon notre cadre théorique, les infirmières affirment respecter la dimension *bios* de la personne malade, c'est-à-dire la façon dont celle-ci décide de vivre, guidée par ses valeurs, ses opinions, ses droits et sa liberté. Cela entraîne toutefois certains conflits avec des membres de l'équipe médicale qui ont des représentations autres des patients, représentations qui s'accordent davantage avec la dimension *zoé* dont discute Agamben. En dépit de ces différences, il convient de noter que la technologie avancée joue un rôle primordial dans la manière dont ces représentations se développent et influencent les dynamiques entre le personnel soignant, les patients et les familles.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE	II
REMERCIEMENTS	VI
LISTE DES TABLEAUX	VII
AVANT-PROPOS	VIII
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	1
Introduction	1
1.1. Établissement du problème	2
1.1.1. Unité des soins intensifs	2
1.1.2. Surveillance	3
1.1.3. Relations infirmières	6
1.1.4. Paradoxes en soins infirmiers	8
1.2. Objectifs et questions de recherche	10
1.3. Position épistémologique	11
1.4. Pertinence du problème pour les sciences infirmières	14
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	17
2.1. La technologie	18
2.1.1. La technologie à l'unité des soins intensifs	19
2.1.2. Le <i>caring</i> face à la technologie	26
2.1.3. L'effet de la technologie sur l'expérience en fin de vie	28
2.2. La surveillance	32
2.3. Le panoptisme	39
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE	45
3.1. État d'exception	46
3.2. Homo sacer (Homme sacré) et la vie nue	48
3.3. Le camp comme état d'exception	49
3.4. L'unité des soins intensifs comme état d'exception	51

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	56
4.1. Ethnographie	56
4.2. Milieu d'étude	60
4.3. Échantillonnage et recrutement	61
4.4. Collecte de données	63
4.4.1. L'observation	64
4.4.2. Les entrevues	65
4.5. Analyse des données	66
4.6. Considérations éthiques	68
4.6.1. Consentement éclairé	68
4.6.2. Confidentialité	68
4.7. Critères de rigueur	69
4.7.1. Crédibilité	69
4.7.2. Transférabilité	70
4.7.3. Fiabilité	71
4.7.4. Confirmabilité	72
4.7.5. Réflexivité	72
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS	73
5.1. L'observation	73
5.2. Les entrevues	78
5.2.1. Environnement de travail	80
5.2.1.1. Autonomie	80
5.2.1.2. Travail d'équipe	82
5.2.1.3. Difficultés	84
5.2.2. Connaissances et aptitudes	87
5.2.3. Rôle infirmier	91
5.2.3.1. Répondre aux besoins du patient et de la famille	91
5.2.3.2. Évaluations	93
5.2.3.3. Activités de surveillance	95
5.2.4. Effets de la technologie	97
5.2.4.1. Effets sur le patient et la famille	97
5.2.4.2. Effets sur le personnel infirmier et les soins	100

CHAPITRE 6 : DISCUSSION	105
6.1. Surveillance du corps.....	106
6.2. État d’exception	114
6.3. Vie nue et biopouvoir.....	116
6.4. Limites de l’étude	121
6.5. Implications pour la pratique, l’éducation, la recherche et la gestion	124
6.5.1. Pratique	124
6.5.2. Éducation	126
6.5.3. Recherche.....	128
6.5.4. Gestion	130
CONCLUSION	132
RÉFÉRENCES	134
ANNEXES	
ANNEXE A : Certificat d’approbation déontologique.....	141
ANNEXE B : Présentation de recrutement.....	143
ANNEXE C : Invitation remise lors de la présentation de recrutement.....	147
ANNEXE D : Grille d’observation	149
ANNEXE E : Guide d’entrevue.....	151
ANNEXE F : Formulaire de consentement	153

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche se termine sur une belle note grâce à un travail d'équipe remarquable. Il me faut donc reconnaître les personnes qui ont tant dévoué à cette étude. D'abord, j'aimerais remercier le support continu et les conseils experts qui m'ont été offerts tout au long du processus de recherche de la part de mes directeurs de recherche Amélie Perron et Dave Holmes. Leur appui m'a été indispensable. D'autres personnes du corps professoral de l'Université d'Ottawa ont également contribué à l'atteinte des objectifs de cette étude, notamment Denyse Pharand et Thomas Foth, qui ont chaleureusement accepté de faire partie de mon comité de thèse. Ensuite, mon projet de recherche n'aurait pu se réaliser sans les infirmières à l'unité des soins intensifs qui ont accepté avec gentillesse de participer à mon étude. Leur ouverture envers la réalisation de ce projet a été grandement appréciée.

Je tiens à noter que les membres de ma famille, entre autre mon père, ma mère et ma sœur Christine, m'ont offert du support de façon continue et m'ont encouragée à travers mon cheminement à la maîtrise. J'ai su garder courage lors de moments plus difficiles grâce à eux. Par ailleurs, je manifeste une reconnaissance particulière envers mon cercle d'amie, qui a su m'offrir du soutien et m'a incité à persévérer dans le cours de mon projet. Plus que tout, je remercie Martin, mon mari, la personne sur laquelle je peux le plus compter, qui m'a encouragée et appuyée au cours de cette étape mémorable dans mon cheminement de carrière.

LISTE DES TABLEAUX

1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	78
Sexe.....	78
Niveau de formation (infirmières et infirmiers autorisés)	78
Moyenne d'âge.....	79
Nombre d'années d'expérience.....	79
2. CATEGORIES ET THEMES SOULEVES DANS LES ENTREVUES SEMI-STRUCTUREES	79

AVANT-PROPOS

Les écrits scientifiques en soins infirmiers discutent considérablement des concepts de technologie, de fin de vie et d'expériences infirmières vécues à l'unité des soins intensifs. Cependant, très peu d'études établissent des liens entre ces notions et les travaux du philosophe Giorgio Agamben. À cet égard, nous discutons de ces thèmes en soins infirmiers en relation avec deux concepts développés par Agamben : l'*état d'exception* et la *vie nue*. Par ailleurs, nous enrichissons le projet grâce à notre expérience professionnelle en tant qu'infirmière en soins intensifs. La dimension critique de cette recherche prévoit notamment une prise de conscience chez les infirmières pratiquant en soins critiques en ce qui a trait aux interventions axées sur la technologie, la surveillance des patients et les soins en fin de vie.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

INTRODUCTION

Les infirmières ne poursuivent pas toutes le même cheminement de carrière suite à la formation universitaire générale en soins infirmiers. Celles qui poursuivent une spécialisation en soins critiques choisissent un parcours qui nécessite un plus haut niveau de formation en but de se spécialiser (Gutsche et Kohl, 2007). Ces infirmières possèdent plusieurs compétences cliniques et parfois même quelques années d'expérience dans des milieux de soins moins critiques tels que les unités de médecine et chirurgie. Par ailleurs, elles suivent des cours de spécialisation en soins critiques ainsi que des formations portant sur l'utilisation de l'équipement technique. Ces engagements servent à préparer les infirmières adéquatement pour fonctionner dans le domaine des soins intensifs et d'intervenir dans des situations urgentes avec la confiance nécessaire pour prodiguer des soins sécuritaires et de qualité.

La technologie est un outil indispensable à la prestation des soins dans un milieu de soins intensifs. Pour bien fonctionner dans ce type de milieu, les infirmières doivent s'adapter et suivre des formations continues afin d'incorporer tous les appareils techniques dans leur pratique. Dans la présente thèse, le terme *technologie* est employé en référence à tous les appareils techniques à la disposition des infirmières aux soins intensifs afin de poursuivre leurs activités d'intervention et de surveillance en soins critiques. Quelques exemples de tels appareils incluent les moniteurs cardiaques, les défibrillateurs, les ventilateurs mécaniques, l'équipement de refroidissement

thérapeutique, l'hémodialyse, les stimulateurs cardiaques endoveineux, l'équipement nécessaire aux accès veineux centraux et accès artériels invasifs et toute pompe volumétrique pour les intraveineuses ou l'alimentation parentérale.

1.1. ÉTABLISSEMENT DU PROBLÈME

1.1.1. UNITÉ DES SOINS INTENSIFS

L'unité des soins intensifs est un environnement de haute technologie qui permet d'offrir des soins de santé avancés. Les patients des soins intensifs souffrent habituellement d'une diversité de conditions, souvent même de multiples pathologies simultanées, nécessitant des soins très complexes. Almerud (2008) ajoute que les progrès continus en technologie médicale contribuent également à la complexité des soins infirmiers aux soins intensifs. De ce fait, l'infirmière soigne cette clientèle notamment grâce à ses connaissances et compétences reliées aux divers appareils techniques (Alasad, 2002).

L'infirmière des soins intensifs a une charge de travail variable, dépendant de la complexité des soins des patients sur l'unité; elle varie habituellement de un à trois patients pour son quart de travail (Gutsche et Kohl, 2007). Des moniteurs cardiaques sont installés au chevet de chaque patient et, au poste central, un système de moniteurs cardiaques centraux permet aux infirmières de surveiller leurs patients à distance. La surveillance est un concept particulièrement important à l'unité des soins intensifs et chaque discipline professionnelle y participe selon son domaine d'expertise. Il s'agit par ailleurs du motif premier de l'admission d'un patient dans cette unité : surveiller son instabilité.

1.1.2. SURVEILLANCE

La surveillance est un concept central dans la pratique des soins infirmiers (Johnson, 2005), tout particulièrement à l'unité des soins intensifs. Surveiller l'instabilité clinique d'un patient est, en fait, la raison fondamentale pour expliquer l'admission d'un patient dans ce type d'unité de soins. Johnson (2005) constate que les infirmières ont toujours eu le rôle de surveiller et d'observer leurs patients et ce, depuis les travaux de Florence Nightingale il y a plus d'un siècle. La surveillance quotidienne fait partie intégrante du rôle infirmier (Bernard, 2009) et par conséquent elle fait l'objet de multiples formes de documentation des informations recueillies et des interventions posées.

Sans cette surveillance continue, les infirmières ne peuvent subvenir adéquatement aux besoins de leurs patients. Cependant, la visibilité à l'unité des soins intensifs suggère que le patient est sujet à observation et évaluation sans qu'il n'en soit nécessairement conscient. Cela induit des relations de pouvoir qui sont en faveur du personnel soignant suite à son accès à toute l'information amassée et documentée au sujet du patient, information qui est rarement accessible au patient et à la famille. L'observation clinique, également consignée, est utile aux autres professionnels de la santé, à savoir les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les médecins. Il convient de souligner que le fait même de consigner de l'information au sujet du patient et de rendre ainsi cette information disponible à d'autres agents de soins contribue à amplifier davantage la visibilité et donc la surveillance dont le patient fait l'objet (Perron et Holmes, 2011). Les rapports du personnel infirmier servent donc de pierre angulaire dans la coordination des soins entre les membres de l'équipe traitante.

La clientèle des soins intensifs inclut à la fois des personnes relativement stables et conscientes, ainsi que d'autres, souvent inconscientes, dont l'état de santé est plus précaire et fluctuant. Des médicaments sont souvent administrés aux patients pour induire une sédation et permettre certaines techniques invasives, dont la ventilation mécanique. Or, il arrive que ce niveau de sédation doive être diminué, par exemple pour effectuer l'évaluation neurologique du patient. Dans ces circonstances, le réveil peut provoquer de l'agitation ou de la confusion et entraîner un risque d'extubation, d'aspiration pulmonaire ou de blessure. En ce sens, la surveillance continue mise en œuvre par les infirmières vise également à prévenir ce type d'incidents et à assurer la sécurité des patients en tout temps (Institute of Medicine, 2004).

Dans le même ordre d'idée, afin de prodiguer les soins nécessaires aux patients en soins critiques, détecter les signes de détérioration le plus rapidement possible est primordial (Craft, 2001). Le personnel soignant peut ensuite intervenir selon les données recueillies, entre autre grâce à la surveillance électronique. À cet effet, certains auteurs admettent qu'une meilleure surveillance du patient est directement liée à des soins de meilleure qualité et par conséquent produit de meilleurs résultats (Kelly et Vincent, 2010; Kutney-Lee et al, 2009).

Les activités de surveillance du personnel infirmier sont facilitées par l'organisation même du milieu. Selon une étude au sein de 40 hôpitaux choisis au hasard aux États-Unis, Catrambone et collègues (2009) concluent que, en moyenne, 63.4% des lits dans les unités de soins intensifs sont considérés comme étant visibles du poste central de l'unité. Ainsi, les chambres des patients dans ce milieu sont typiquement disposées de manière à ce que la surveillance infirmière se fasse tant au chevet du patient qu'à partir du

poste infirmier. Compte tenu de l'acuité des soins infirmiers requis, une visibilité maximale des patients permet de surveiller ceux-ci afin d'assurer l'observation continue de leurs paramètres vitaux de manière à ce que tout changement dans l'état de santé des patients soit rapidement identifié. Il n'est donc pas surprenant, comme le note Johnson (2005), qu'il soit impossible d'offrir un environnement privé aux patients admis à l'unité des soins intensifs.

La question de la visibilité est centrale à l'unité des soins intensifs car elle est indispensable au maintien d'une surveillance clinique efficace. Ceci n'est pas sans rappeler la notion de panoptisme de Jeremy Bentham, un philosophe anglais du 19^e siècle. Bentham illustre sa théorie, originalement fondée sur le milieu carcéral, par le biais d'une architecture circulaire qui permet de maintenir les lieux, et les personnes qui s'y trouvent, dans une visibilité constante (Bentham, 1977). Selon Bentham, la surveillance s'organise autour d'une tour centrale entourée de multiples chambres formant un anneau périphérique. Toutes les personnes occupant les chambres sont visibles de la tour centrale mais ce regard n'est pas nécessairement réciproque. Par conséquent, le concept de panoptisme engendre une relation de pouvoir entre l'observateur et la personne observée. Les individus occupant les chambres peuvent penser qu'ils sont surveillés, regardés, examinés en tout temps. Cependant, selon l'organisation du panopticon de Bentham, la personne enfermée n'a aucun moyen de savoir si elle est *réellement* observée car il est impossible pour elle de voir à l'intérieur de la tour centrale. Elle en vient donc à modifier son comportement *au cas où* elle serait observée afin de se conformer aux attentes du milieu.

Nous verrons au chapitre deux dans quelle mesure les principes du panoptisme sont repris dans l'organisation de l'unité des soins intensifs où s'est déroulée notre étude, tant au regard de la visibilité constante à laquelle est soumise le patient, qu'aux relations de pouvoir ainsi constituées entre ce dernier et l'équipe de soins.

1.1.3. RELATIONS INFIRMIÈRES

L'infirmière côtoie de façon régulière les membres de la famille des patients. Elle s'engage à rassurer ces derniers, à faire de l'enseignement, à répondre le mieux possible à leurs questions et à offrir du soutien émotionnel. Elle en profite pour encourager la participation de la famille dans les soins. Elle se doit par ailleurs de parler à ses patients et à la famille, de respecter leur intimité et d'expliquer la nature de ses interventions. À cet égard, l'infirmière développe rapidement des relations de confiance avec les patients et leurs proches, ce qui l'amène à bien connaître la famille, le patient et les valeurs familiales (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2008; Bu et Jezewski, 2006). Ces relations permettent à l'infirmière de défendre adéquatement les intérêts de ses patients.

La majorité des patients à l'unité des soins intensifs sont inconscients (Wikstrom et al, 2007). Lorsqu'une infirmière soigne un patient inconscient et branché à des ventilateurs mécaniques, il est difficile de communiquer clairement avec lui. Celui-ci n'a pas connaissance des enjeux qui l'entourent. Cependant, grâce à une diminution du niveau de sédation par exemple, l'infirmière a parfois des occasions durant lesquelles le patient est lucide et réussit à communiquer avec des gestes ou grâce à l'écriture. Il s'agit de courtes périodes qui permettent à l'infirmière d'assumer pleinement son rôle d'avocate

car « la vie des patients est dans les mains du personnel soignant des soins intensifs » (Wikstrom et al, 2007, p.188, traduction libre).

Défendre les souhaits des patients en fin de vie est une situation problématique vécue couramment à l'unité des soins intensifs (Browning, 2010). Lorsque des décisions doivent être prises face aux soins de son patient, l'infirmière se doit de suivre les principes de son code de déontologie (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2008). Elle renforce les valeurs de son patient et encourage le respect de ses souhaits. « Les infirmières défendent les droits des personnes prises en charge si elles croient que la santé de ces personnes est compromise par des facteurs hors de leur contrôle, y compris par des décisions prises par d'autres » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2008, p.11). L'infirmière qui exerce adéquatement son rôle d'avocat dans un milieu de soins intensifs participe donc aux prises de décisions interdisciplinaires et défend les droits et les intérêts de ses patients.

Dans des situations où aucune communication avec la personne malade n'est possible et qu'il n'y a aucun document légal pré-signé, tel qu'un testament, les proches du patient ainsi que l'équipe traitante doivent prendre des décisions qui auront un effet direct sur la vie du patient. Dans ces circonstances, Ravenscroft et Dominic Bell (2000) affirment que la qualité de vie des patients n'est souvent pas prise en considération. Bu et Jezewski (2006) indiquent pour leur part que les droits et la qualité de vie des patients sont souvent ignorés, possiblement parce que le rôle d'avocat du patient serait négligé dans la prise de décision. Malgré les interventions technologiques permettant généralement de rallonger des vies (Browning, 2010; Shorter et Stayt, 2009), les patients en fin de vie ne sont pas nécessairement en faveur de tels traitements. Carol, une

historienne spécialisée en histoire de la pensée, des sociétés, de la médecine et du corps, ajoute que « les temps ont changé, et peut-être faut-il que la médecine, si performante et bien intentionnée soit-elle, accepte que la mort soit avant tout l'affaire de celui qui meurt» (Carol, 2004, p.307).

La prise de décision au nom d'un patient qui peut difficilement communiquer sa volonté est au cœur des enjeux de pouvoir qui investissent le milieu de soins intensifs. Examiner cet aspect des soins infirmiers nécessite donc une approche politique car le rôle d'avocat du personnel infirmier vise précisément à établir un certain équilibre dans la négociation des relations de pouvoir entre le patient et l'équipe soignante.

1.1.4. PARADOXES EN SOINS INFIRMIERS

Les infirmières se servent quotidiennement de la technologie à l'unité des soins intensifs. Divers auteurs abordent le sujet de la technologie et discutent de ses enjeux dans un contexte de soins de santé. Au Canada, la surcharge de travail des infirmières constitue une préoccupation de taille bien identifiée (Statistique Canada, Santé Canada, Institut Canadien d'information sur la santé, 2006). Elle a un impact sur la santé générale et la santé mentale des infirmières, ainsi que sur le taux d'absentéisme des infirmières au travail au Canada. Or, plusieurs auteurs affirment que la technologie contribue précisément à cette surcharge de travail au lieu de l'alléger (Sandelowski, 1997; Wilkin et Slevin, 2004). Ces auteurs expliquent ce paradoxe par le fait que soigner un patient de nos jours ne se limite plus à la surveillance d'une seule personne mais inclut également la surveillance des paramètres de multiples appareils.

Outre les contraintes liées à une augmentation de la charge de travail des infirmières, d'autres difficultés surgissent également dans les milieux où la technologie est au centre des soins. Alasad (2002), par exemple, établit un lien entre le temps consacré à la surveillance et la manipulation de la technologie et l'humanisation des soins. Son analyse d'entrevues réalisées avec 22 infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs en Jordanie l'amène à conclure que lorsque la technologie est présente, les infirmières négligent davantage le patient car elles dédient leur pleine attention aux appareils qui l'entourent. Par ailleurs, il semblerait que pour certaines d'entre elles, les tâches reliées à la surveillance technique des patients sont plus stimulantes que d'autres tâches infirmières, telles que la relation thérapeutique et les soins physiques de mobilisation et d'hygiène (Alasad, 2002). Almerud (2008), conférencier sénior dans un centre de soins aigus et critiques en Suède, indique que les activités reliées à la technologie sont généralement séduisantes et motivantes pour le personnel soignant. Par conséquent, ces activités sont davantage valorisées que d'autres interventions de soins dirigées vers le patient.

En lien avec ce qui précède, les soins infirmiers à l'unité des soins intensifs qui sont fortement axés sur la surveillance technologique, peuvent inciter une vision objective du patient. Notamment, les écrits montrent qu'un patient observé, évalué et surveillé en général est perçu comme un objet de savoir aux yeux du personnel soignant (Almerud et al, 2007; Bunton et Peterson, 1997; Cavallaro, 1998; Foucault, 1975; Haggerty et Ericson, 2000; Staples, 2000). Pourtant, malgré les activités de surveillance, l'infirmière qui défend les intérêts de ses patients doit également prioriser la qualité de vie (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2008) et offrir des soins axés sur toutes les

sphères de la personne, et non des soins objectivés axés sur les systèmes. L'Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (2009) poursuit en affirmant que l'infirmière doit respecter les valeurs de son patient en matière de qualité de vie et la vie privée de celui-ci. Devant ces principes de soins, un autre paradoxe émerge donc. En effet, la surveillance électronique continue sous-entend une visibilité constante du patient et celle-ci défavorise le respect de la vie privée. Les écrits qui présentent les fondements de ces paradoxes seront discutés davantage au chapitre deux.

1.2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif de cette recherche ethnographique consiste à décrire les discours et les perceptions des infirmières dans leur milieu de travail naturel, soit un milieu de soins critiques où les soins sont axés sur la surveillance des patients grâce à la technologie. Elle vise également à faire prendre conscience des enjeux politiques qui émergent des relations de pouvoir entre l'infirmière et le patient qui est surveillé de façon continue par le biais de la technologie. Ce phénomène de « pouvoir sur la vie », dont nous discuterons davantage au chapitre trois, affecte la profession infirmière autant que la qualité des soins offerts aux patients en milieu de soins critiques.

La question de recherche principale qui a guidé cette étude tisse précisément le lien entre la technologie et la surveillance :

Comment la technologie influence-t-elle le rôle de l'infirmière, exerçant en milieu de soins intensifs, dans les activités de surveillance des patients?

À travers cette recherche, nous démontrons un intérêt particulier pour les patients inconscients à l'unité des soins intensifs. Ces personnes inconscientes ont peu ou pas connaissance des événements et des prises de décisions dont elles font l'objet. Par

conséquent, leur vie se trouve à proprement parler entre les mains du personnel soignant (Wikstrom et al, 2007). En fait, nous considérons le rôle d'avocat de l'infirmière directement relié au fait que « le savoir créé par la technologie formule la façon dont les infirmières perçoivent leurs patients » (O'Keefe-McCarthy, 2009, p.787, traduction libre). Dans le cadre de notre recherche, nous problématisons précisément ce lien direct entre le rôle de l'infirmière, les soins prodigués aux patients et la surveillance par le biais de la technologie.

Par ailleurs, nous supposons que la surveillance continue par des moyens technologiques avancés risque de provoquer une perception extériorisée du patient. Notre projet s'intéresse donc au processus selon lequel le personnel infirmier des milieux de soins intensifs ferait abstraction du corps vivant pour ne soigner qu'un corps objectivé grâce à la technologie. Nous nous intéressons à la façon dont les fonctions de surveillance des infirmières créent des conditions et des pratiques propices à ce processus d'abstraction. Par le fait même, nous avons énoncé une deuxième question de recherche :

Dans quelle mesure les activités de surveillance, par le biais de la technologie, contribuent-elles à un processus d'objectivation de la personne inconsciente dans une unité de soins intensifs?

Nous répondons à ces questions au chapitre cinq grâce aux séances d'observation dans le milieu d'étude et suite à l'analyse des transcriptions d'entrevues semi-structurées avec des infirmières autorisées travaillant dans ce type de milieu de soins.

1.3. POSITION ÉPISTÉMOLOGIQUE

Notre projet s'inscrit dans un paradigme de théorie critique car nous problématisons le rôle de la technologie dans les soins infirmiers à l'unité des soins

intensifs. Nous jugeons que la surveillance, grâce à la technologie, amène le personnel soignant à percevoir le patient comme un objet de savoir, un assemblage de systèmes évalués indépendamment. Nous remettons en question la nature du soin infirmier, le rôle d'avocat et le respect de la vie du patient face à ce phénomène d'objectivation des patients. Nous tentons de mener les infirmières des soins intensifs à prendre conscience de leur rôle au regard des activités de surveillance puisque nous supposons que des relations de pouvoir émergent entre le patient et l'infirmière par l'entremise de cette surveillance continue. Nous établissons donc des liens entre la pratique infirmière clinique dans une unité de soins intensifs et les écrits de Giorgio Agamben issus des sciences politiques et sociales.

Le lien entre la technologie et le rôle infirmier a été étudié à quelques reprises, dans le cadre d'études qualitatives phénoménologiques surtout, dans différents milieux de soins intensifs. Cependant, peu de ces études en sciences infirmières ont recours aux travaux d'Agamben. Parmi les études qui se réfèrent à ceux-ci, celle réalisée par Wynn est particulièrement pertinente. Suivant une approche herméneutique critique, Wynn présente trois cas cliniques de nouveau-nés très malades au sein d'une unité de soins intensifs néonataux dans son article intitulé *Nursing and the Concept of Life: Towards an Ethics of Testimony* (2002). Elle utilise le concept de la *vie nue* d'Agamben pour décrire les nouveau-nés qui ne peuvent pas encore s'exprimer lors de dilemmes éthiques dans des situations critiques. Cette auteure suppose que le rôle de l'infirmière dans cette unité de soins est de promouvoir la vision globale d'une vie, contrairement à une vision d'un corps (perçu comme un assemblage de systèmes) sur lequel le personnel soignant intervient dans le but de le faire survivre biologiquement.

Une autre auteure, Georges, s'est inspirée des travaux d'Agamben dans plusieurs articles faisant écho à notre problématique, sans toutefois aborder le concept de technologie dans les milieux de soins. D'abord, en collaboration avec Benedict, elle publie les articles *An Ethics of Testimony - Prisoner Nurses at Auschwitz* (2006) et *Nurses and the Sterilization Experiments of Auschwitz: A Postmodernist Perspective* (2006). Selon une perspective féministe critique, ces deux auteures analysent les enjeux politiques qui émergent des témoignages d'infirmières prisonnières dans les camps Nazis, en s'appuyant sur les travaux d'Agamben sur le biopouvoir. Ensuite, Georges publie son ouvrage intitulé *Bio-Power, Agamben, and Emerging Nursing Knowledge* (2008). Toujours selon une approche féministe critique, cette auteure utilise de nouveau les travaux d'Agamben traitant du biopouvoir pour suggérer que ce concept est essentiel à considérer dans l'évolution du savoir infirmier. Plus récemment, Georges (2011) a publié *Evidence of the Unspeakable - Biopower, Compassion, and Nursing*. Dans cet article, l'auteure compare la création d'espaces biopolitiques – au sein desquels un pouvoir est exercé sur la vie – à un phénomène qu'elle surnomme « the Unspeakable ». Elle discute des effets de ce phénomène sur la pratique infirmière et la manière d'y résister.

Les travaux d'Agamben ont aussi été utilisés en lien avec la psychiatrie clinique et la psychiatrie correctionnelle. Foth (2009) et Cloyes (2010) discutent des enjeux politiques pris pour acquis dans la pratique infirmière. Ces deux auteurs assurent que l'infirmière se doit de prendre conscience de la marginalisation et de la violence émergeant dans ces milieux en raison de la prise de pouvoir par le personnel soignant.

À la lumière de ce qui précède, nous choisissons d'utiliser les travaux d'Agamben comme cadre théorique de ce projet car ce penseur fournit une approche philosophique et

politique utile pour notre problématique. Un tel cadre théorique permet d'examiner les questions de pouvoir à l'unité des soins intensifs, notamment le pouvoir exercé par l'équipe soignante ou par la famille d'un patient, sur la vie de celui-ci, alors qu'il n'a souvent aucun moyen de contester ce pouvoir ni la prise de décision. Ce cadre théorique englobe les concepts de *vie nue* et d'*état d'exception* d'Agamben. Ces deux thèmes sont les concepts principaux du cadre théorique appliqué à cette problématique et seront expliqués en détail au chapitre trois. En analysant les données recueillies à la lumière de ce cadre théorique, des liens entre la pratique infirmière, l'idéologie du panoptisme et le concept de la *vie nue* nous guident dans notre description de la culture des soins intensifs.

Selon notre perspective critique, nous croyons que notre cadre théorique invite les lecteurs à une réflexion profonde qui amène une remise en question des phénomènes uniques à la culture des soins intensifs. Nous questionnons les réalités conçues à l'unité des soins intensifs. Nous reconnaissons les réalités propres à chaque infirmière au sein de cette unité. Les liens que nous établissons entre le cadre théorique choisi et les réalités perçues par les infirmières des soins intensifs donnent du sens à ce projet de recherche et servent de fil directeur à notre réflexion.

1.4. PERTINENCE DU PROBLÈME POUR LES SCIENCES INFIRMIÈRES

L'avenir de la profession infirmière aux soins intensifs dépend grandement des développements technologiques dans le domaine de la médecine. D'une part, Bernardo (1998) stipule que la technologie a le potentiel de créer une pratique avancée intéressante pour les infirmières, en plus de participer à l'évolution du rôle infirmier. Par contre, il prédit aussi que, dans un avenir proche, la technologie pourrait remplacer plusieurs

dimensions de la pratique infirmière, faisant en sorte que la présence d'une infirmière au chevet des patients soit de moins en moins nécessaire. S'il n'y a plus de place distincte pour l'infirmière au chevet, la technologie avancée aux soins intensifs participera-t-elle à la transformation du rôle infirmier en rôle de technicien? Bien que la présente thèse ne vise pas à répondre à cette question, nous étudions la relation entre la pratique infirmière et la technologie à l'unité des soins intensifs puisque nous supposons que les soins infirmiers dans un milieu de soins critiques ne se limitent pas seulement aux soins reliés à la technologie. Parce que les activités de surveillance technique font partie intégrante du travail quotidien des infirmières, Forbat et ses collègues (2009) soutiennent qu'il est nécessaire de questionner la surveillance en lien avec la technologie dans les milieux de soins de santé afin d'alimenter la pensée critique des infirmières exposées quotidiennement à toute cette technologie. Nous estimons que la présente étude répond à cette demande.

Agir à titre d'avocate des patients est un rôle central en sciences infirmières et cette notion est reprise dans le code d'éthique et les normes de pratique infirmière (OIIO, 2009). C'est pourquoi nous abordons le concept de la technologie dans les milieux de soins intensifs et examinons son impact sur la qualité de vie des patients, la prolongation ou l'interruption de la vie, l'habileté à communiquer et négocier avec le patient et à impliquer celui-ci comme partenaire de soins. Nous sommes d'avis que la surveillance par le biais de la technologie risque de favoriser la déshumanisation des soins et l'objectivation de la personne malade. Nous cherchons à conscientiser l'infirmière à l'unité des soins intensifs face aux effets de l'omniprésence de la technologie dans sa pratique puisque nous estimons que la technologie est à risque d'influencer la perception

de l'infirmière face à la maladie et la santé, la vie et la mort et, par conséquent, son rôle d'avocate. Nous sommes du même avis que Perron et collègues (2005), selon lesquels agir pour le meilleur intérêt du patient met automatiquement l'infirmière en position d'autorité, une position que nous jugeons pourtant influençable. Ainsi, nous supposons que la discipline infirmière se doit de reconnaître les enjeux de pouvoir que ce rôle procure à la pratique infirmière pour des raisons de sécurité et de protection des droits des patients. Georges (2008), Henderson (1994), Holmes (2001), Holmes et Gastaldo (2002) et Perron et collègues (2005) soutiennent notre avis que la reconnaissance des relations de pouvoir dans les milieux de soins est fondamentale au développement du savoir infirmier.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Notre recension des écrits présente trois thèmes majeurs. D'abord, le concept de la technologie se montre pertinent à notre recherche dû à sa présence accrue au sein de la pratique infirmière, particulièrement dans un milieu de soins intensifs. Entre autre, nous estimons que l'existence même des milieux de soins intensifs repose précisément sur les avancées techniques et que les infirmières incorporent la technologie quotidiennement dans leurs plans de soins. Nous abordons ensuite les écrits qui exposent des points de vue plus critiques envers la technologie. Plus spécifiquement, nous traitons des écrits qui présentent des arguments touchant l'humanisation des soins, le *caring* et les soins en fin de vie dans un environnement saturé d'appareils techniques, tel que l'unité des soins intensifs. C'est ainsi que ces écrits nous mènent à affirmer que la profession infirmière se doit de prendre davantage conscience des effets des avancées techniques au sein des pratiques de soins.

Le deuxième concept discuté dans cette recension est celui de la surveillance. Avant tout, nous sommes consciente de nombreuses études en philosophie, en sociologie et en criminologie concernant la surveillance. Toutefois, dans ce projet, nous abordons le concept de surveillance majoritairement sous un angle clinique. Nous raisonnons que la surveillance est un concept qui est inévitablement à la base du soin infirmier en milieu de soins critiques et les écrits consultés ici permettent de cerner dans quelle mesure la surveillance continue en milieu clinique entraîne des conséquences particulières pour le patient.

Le dernier thème que nous présentons est lié au concept de surveillance. Il s'agit du concept de panoptisme. Nous discutons des liens entre cette théorie, les pouvoirs qu'elle occasionne et le milieu des soins intensifs. Ces liens permettent ainsi de clarifier la pertinence de ce concept dans notre recension des écrits. La description du thème du panoptisme sert ensuite d'introduction au prochain chapitre, soit le cadre théorique.

Cette recension des écrits a été obtenue grâce à la consultation de multiples livres en français et en anglais, ainsi que deux bases de données majeures, à savoir CINAHL et PubMed. Les mots clés suivants ont été utilisés, seuls ou en combinaison, lors de la recherche dans ces bases de données: camera, caring, culture, critical care, end of life, intensive care, nursing, panopticon, patient advocacy, surveillance, technology. La recension nous a permis d'établir l'état des connaissances sur le rôle de l'infirmière au cœur de la technologie et des activités de surveillance qu'elle rend possible.

2.1. LA TECHNOLOGIE

La technologie est fortement établie dans le travail quotidien d'une infirmière pratiquant dans un milieu de soins intensifs. À des fins de clarification, la notion de technologie au sein de ce projet est relative à tout appareil technique médical retrouvé dans un milieu de soins intensifs, utilisé dans le but d'offrir des traitements pour promouvoir la survie. Plusieurs chercheurs ont abordé le sujet de la technologie en lien avec les soins infirmiers par le biais d'études qualitatives. La majorité de ces études se sont fondées sur l'analyse d'entrevues avec des infirmières ou des patients qui ont séjourné en milieu de soins intensifs.

2.1.1. LA TECHNOLOGIE À L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS

Tout bien considéré, un milieu de soins intensifs ne peut exister sans la technologie. Almerud et collègues (2008b) nous appuient en affirmant que les milieux de soins intensifs sont dépendants de la technologie. À notre avis, la régularité de la technologie à l'unité des soins intensifs est une disposition à la fois culturelle et naturelle. O'Keefe-McCarthy (2009) est du même avis en soulignant que la présence de la technologie est définie comme une norme attendue à l'unité des soins intensifs et qu'elle se fait reconnaître dans la pratique quotidienne des soins infirmiers. La technologie constitue en effet une part essentielle du soin infirmier dans ce milieu (Wilkin et Slevin, 2004) afin d'assurer les soins fondamentaux d'ordre critique. Elle a un effet direct sur la pratique professionnelle autant que sur l'expérience hospitalière vécue par les patients (Almerud, 2008). Almerud et collègues (2008b) vont jusqu'à suggérer que la technologie est une *valeur* indispensable à la pratique infirmière en soins critiques, au même titre que la relation thérapeutique.

La présence de la technologie à l'unité des soins intensifs laisse entendre qu'il s'agit d'une réalité inévitable. Epling et collègues (2003) avancent que la technologie s'est faufilée dans la réalité de la pratique médicale et infirmière sans que les professionnels ne la remarquent, ne la questionnent ou ne la critiquent. Par conséquent, la technologie reste largement incontestée dans les milieux de soins (O'Keefe-McCarthy, 2009). Selon Barnard (1997), les infirmières en général ne prennent pas en considération les implications des avancées techniques sur la pratique infirmière, même si la technologie a un impact direct sur les soins. Notre recension présente d'ailleurs des

exemples d'effets positifs et négatifs sur la pratique infirmière, occasionnés par la technologie.

D'après ce qui précède, la technologie est apparente et partie intégrante des milieux de soins critiques contemporains. Les études recensées montrent que les appareils techniques dans les milieux de soins intensifs sont perçus par plusieurs infirmières comme quelque chose qui influence leur pratique de manière positive. Notamment, les avancées techniques auraient le potentiel de créer des opportunités qui permettent de faire grandir le rôle infirmier (Bernardo, 1998). La technologie est également perçue par certaines infirmières comme un facilitateur de pratique (McGrath, 2008; Wikstrom et al, 2007; Wilkin et Sleven, 2004) car elle permet une surveillance électronique simultanée de plusieurs systèmes physiologiques. Ces infirmières expliquent notamment que la présence de machines dans leur pratique occasionne chez elles un sens de contrôle et de sécurité car ces appareils constituent une source d'information continue (Alasad, 2002).

Bernardo (1998) ainsi que Wikstrom et collègues (2007) proposent pour leur part que la technologie réduit le temps et les efforts dans les soins que les infirmières prodiguent au patient. Bernardo (1998) spécifie que la technologie réduit le temps requis pour compléter des tâches et rend certaines procédures plus confortables et plus privées pour le patient. D'ailleurs, pour des raisons de complexité des soins dans un milieu de soins intensifs, il arrive que les infirmières ne se voient assigner qu'un seul patient. Ce temps précieux passé avec un patient amène une autre perception positive soulevée par certaines infirmières plus expérimentées, qui mentionnent que la technologie servant à sauver des vies leur permet de se rapprocher davantage du patient et des familles (McGrath, 2008).

En plus des avantages présentés ci-haut, la technologie occasionnerait également un environnement plus sécuritaire pour le patient hospitalisé (O'Neill et Miranda, 2006). En fait, les avancées techniques permettent une surveillance accrue des patients et des paramètres vitaux. Grâce à cette surveillance, il est donc possible de reconnaître très rapidement les signes de détérioration. Suite à cette constatation précoce, le patient peut recevoir les traitements nécessaires plus rapidement, favorisant ainsi les résultats attendus (O'Neill et Miranda, 2006). Nombre d'auteurs s'entendent donc pour affirmer que les avancées techniques permettent de nos jours de sauver et de rallonger des vies (Browning, 2010; Shorter et Stayt, 2009).

Présentée sous un autre angle, les écrits exposent également une dimension plutôt critique de la technologie dans les milieux de soins. D'une part, malgré les multiples avantages que la technologie occasionne, tel la rapidité de certaines interventions, elle est également considérée par certaines infirmières comme quelque chose de demandant et qui prend beaucoup de leur temps (Alasad, 2002; Almerud et al, 2007; Wilkin et Slevin, 2004). Par exemple, Browne et Cook (2011) relèvent l'exemple de la vérification du fonctionnement sécuritaire des appareils. Sur une unité de soins intensifs, plusieurs équipements tels que les appareils défibrillateurs et les ventilateurs mécaniques nécessitent des vérifications quotidiennes. Cela peut sembler une perte de temps pour les infirmières (Browne et Cook, 2011). Cependant, si ce n'est pas fait, la supervision des paramètres devient moins fiable et le risque d'erreur augmente (Browne et Cook, 2011). Dans le même ordre d'idée, certains auteurs admettent que la technologie amplifie la surcharge de travail vécue par les infirmières (Sandelowski, 1997; Wilkin et Slevin, 2004). Conséquemment, dans un milieu occupé comme l'unité des soins intensifs, cette

préoccupation de l'équipement mène les infirmières à négliger d'autres tâches et aspects de la pratique infirmière, tels que la dimension humaniste des soins, qui est toute aussi importante (Alasad, 2002).

En lien avec ce qui précède, un autre enjeu vécu par les infirmières relève du fait que les paramètres des appareils techniques sont facilement accessibles dans les milieux de soins intensifs. Ainsi, les machines sont à risque de devenir le point de repère principal dans la collecte de données infirmière (O'Keefe-McCarthy, 2009) au détriment d'autres données, obtenues notamment du patient lui-même ou de sa famille. Puisque l'infirmière des soins intensifs se sert régulièrement d'appareils techniques lors de l'évaluation d'un patient, nous estimons qu'il est pertinent de présenter ces écrits.

Nous questionnons le niveau de jugement clinique utilisé lorsque le personnel infirmier interprète les données obtenues des appareils techniques. De ce fait, la confiance de l'infirmière envers ces appareils, ainsi que le degré de crédibilité qu'elle attribue aux résultats qu'elle obtient, affecte ensuite sa prise de décision dans le cours de traitement de ses patients (Browne et Cook, 2011). O'Keefe-McCarthy (2009) croit entre autre que l'infirmière se fie beaucoup aux savoirs engendrés par la technologie pour prendre des décisions reliées à ses interventions. Certaines études suggèrent que les infirmières prennent la technologie pour acquis dans leur pratique (Almerud et al, 2008a; Almerud et al, 2008b, Wikstrom et al, 2007). Par ailleurs, Almerud et collègues (2008a) jugent que les professionnels de la santé se fient trop aux appareils techniques pour évaluer un patient et que, ce faisant, ils se réfèrent moins à leurs compétences cliniques et à leurs connaissances théoriques. Une préoccupation soulevée par ces auteurs, et que nous partageons, repose sur le fait que les infirmières remettent rarement en question la fiabilité

de cette technologie (Almerud et al, 2008a, 2008b). Cette confiance absolue envers les machines occasionne des situations de risque pour le patient, surtout si les infirmières ne réalisent pas les conséquences des erreurs possibles (Browne & Cook, 2011). L'infirmière qui se fonde sur ces données pour intervenir auprès du patient peut décider d'augmenter ou de diminuer la dose d'un médicament ou de modifier un traitement, ce qui a des répercussions graves si les données sur lesquelles elle s'est fiée étaient erronées. Nous sommes donc du même avis qu'O'Keefe-McCarthy (2009) qui affirme que la collecte de donnée est insuffisante si elle repose uniquement sur la technologie dans la formulation des plans de soins et des interventions auprès du patient.

Certains auteurs débattent du fait que le soin devient invisible dans un milieu de soins intensifs quand le centre d'intérêt est orienté sur la machine (Wilkin et Slevin, 2004). O'Keefe-McCarthy (2009) suggère que la technologie agit comme barrière à des soins infirmiers individualisés. Elle ajoute que « les infirmières ne voient vraiment jamais leurs patients car leur vue est obstruée par la présence de la technologie qui bloque leur habileté à intervenir de manière efficace et morale » (O'Keefe-McCarthy, 2009, p. 790, traduction libre). Bernardo (1998) suit cette idée en affirmant que la technologie dans les milieux de soins met le patient à risque d'être perçu comme une « extension de la machine » (p. 42, traduction libre) qui fournit de l'information au personnel soignant.

L'objectivité est un thème grandement discuté en lien avec la technologie dans les milieux de soins intensifs. Pour leur part, Almerud et collègues (2007) examinent la question de l'objectivité dans une étude portant sur la perspective des patients dans une unité de soins intensifs. Celle-ci leur permet de déduire que les patients aux soins intensifs se sentent objectivés, voire chosifiés (Almerud et al, 2007) et ce, en raison de

l'importance accordée par les professionnels à la technologie qui entoure le patient. Ces auteurs concluent que les patients des soins intensifs expriment qu'ils se sentent invisibles, comme une personne « réduite au niveau d'un organe, d'un objet ou d'un diagnostic » (Almerud et al, 2007, p. 155, traduction libre). Justement, Hill et Shirley (1992) suggèrent que « la technologie médicale semble disséquer le patient, offrant des traitements système par système, organe par organe » (p. 24, traduction libre). Heartfield (1996) appuie cette idée dans son étude de la documentation infirmière. Elle conclut que les infirmières se fondent considérablement sur le modèle biomédical dans leur évaluation. Plus particulièrement, le patient est perçu comme « un corps réduit à ses parties et ses fonctions » (p. 101, traduction libre) dans les dossiers médicaux. Il est naturellement classifié selon son diagnostic et l'évaluation des systèmes physiologiques (Heartfield, 1996). Nous estimons que la notion d'objectivation du patient est contradictoire dans un milieu de soins intensifs où tout est fait pour assurer une visibilité maximale du patient. Il semble en effet que les patients se sentent invisibles d'un point de vue « humain » alors qu'au contraire, la technologie favorise une intensification de la visibilité « organique » de leur corps et de leurs fonctions physiologiques.

Parallèlement, Almerud et collègues (2008a) suggèrent que dans un milieu de soins intensifs, « le corps physique devient mesurable et, jusqu'à un certain degré, prévisible et contrôlable » (p. 58, traduction libre). Dans la même lignée, Cavallaro (1998) soutient que le simple fait d'observer une personne mène à l'objectivité de celle-ci, ce qui nous conduit à vouloir la contrôler. Cette notion est reprise par Almerud et collègues (2008a) qui évoquent l'idée selon laquelle la technologie est un outil qui exerce un contrôle sur la vie. Dans un autre projet similaire, certains professionnels de la santé

expriment que la technologie accorde justement un pouvoir sur le contrôle de la vie et de la mort (Almerud et al, 2008b). Nous estimons que ce contrôle influence également la qualité de vie des patients à l'unité des soins intensifs, un sujet discuté plus loin dans ce chapitre.

Les recherches discutant de la technologie intégrée dans la pratique infirmière abordent souvent le sujet de négligence du patient en lien avec l'humanisation des soins. Par exemple, Almerud et collègues, qui ont largement traité de la technologie dans les soins infirmiers dans leurs travaux, montrent que les qualités infirmières d'écoute active et de développement de liens de confiance ne sont plus considérées par les infirmières comme des interventions prioritaires dans un milieu où la technologie est d'un niveau avancé, tel qu'à l'unité des soins intensifs (Almerud et al, 2008a). Selon ces auteurs, le problème n'est pas nécessairement que les infirmières dirigent leur pratique vers la machine, mais plutôt qu'elles s'éloignent d'une pratique centrée sur le patient (Almerud et al, 2008a). O'Keefe-McCarthy (2009) est du même avis. Elle conclut que « la technologie a le pouvoir de retirer les soins infirmiers du patient et de rediriger cette attention vers les appareils » (O'Keefe-McCarthy, 2009, p. 795, traduction libre).

En lien avec l'attention portée à la technologie, la question du niveau d'expertise ou du nombre d'année d'expérience des infirmières est également examinée puisque ces facteurs influencent leur utilisation de la technologie (Crocker et Timmons, 2009). McGrath (2008) affirme ainsi que les infirmières qui ont un large éventail de connaissances et d'expérience en lien avec la technologie sont indispensables au sein d'une équipe de soins intensifs, comparé aux infirmières novices qui ont peu de pratique. Notamment, lorsque la technologie est maîtrisée après des années d'expérience, il serait

plus facile pour les infirmières de saisir les patients dans leur globalité, qui comprend à la fois leurs personnes propres et les appareils environnants (Almerud et al, 2008b). Les infirmières expérimentées, favorisant la sphère holistique des soins infirmiers, servent donc de personnes ressources aux nouvelles infirmières dans ce genre de milieu. Wilkin et Sleven (2004) partagent cet avis et notent que les infirmières qui ont plus d'expérience et une meilleure habileté à prioriser leurs tâches réussissent mieux à équilibrer la technologie et les soins humanistes dans leur pratique. Alasad (2002) explique que ce phénomène est incontournable et qu'il fait partie du processus de développement professionnel. Ainsi, plus l'infirmière acquiert de l'expérience et se sent confortable avec la technologie, plus elle concentre ses soins sur le patient et moins sur les appareils techniques.

2.1.2. LE *CARING* FACE À LA TECHNOLOGIE

La profession infirmière est immanquablement touchée par les avancées techniques dans les milieux de soins. Cela nous mène à discuter de la relation entre la technologie et le *caring*, un concept considéré comme étant à la base des soins infirmiers. D'abord, selon la philosophie de Jean Watson, une théoricienne de l'école du *caring*, l'infirmière qui fait preuve de *caring* « porte son attention sur le soin humain et transpersonnel dans le but d'assister la personne dans sa recherche d'une plus grande harmonie entre l'âme, le corps et l'esprit » (Kérouac et al, 2003, p. 113). De son côté, l'OIIO (2009) énumère des valeurs déontologiques spécifiques, en lien avec le *caring*, qui sous-tendent les soins infirmiers. Elles comprennent le bien-être et l'autonomie des clients, l'intimité et la confidentialité, le respect de la vie et des engagements, l'honnêteté et l'équité.

L'infirmière des soins intensifs qui respecte le bien-être de son patient honore les souhaits de celui-ci (Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario, 2009). Watson reconnaît que l'infirmière et le patient travaillent ensemble dans un esprit de *caring* et que l'infirmière favorise le développement du potentiel du patient, en incluant celui-ci dans la prise de décision (Beedy, 2000). C'est en ouvrant les canaux de communication et en démontrant un effort dans l'établissement d'une relation de confiance avec les patients et les familles que l'infirmière réussit à comprendre les besoins fondamentaux de ceux-ci (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2008; Bu et Jezewski, 2006). Ainsi, pour agir de façon morale sur le bien-être du patient, l'infirmière doit créer une relation profonde avec celui-ci afin de comprendre ses valeurs. Cependant, aux soins intensifs, ce contexte dans lequel la rencontre infirmière-patient a lieu, est « continuellement recréé à travers la technologie » (O'Keefe-McCarthy, 2009, p. 798, traduction libre). En d'autres mots, l'infirmière a la responsabilité d'interpréter et de se fier sur sa relation infirmière-patient dans sa prise de décision, mais la place accordée à la technologie au sein de cette relation modifie continuellement le contexte et la nature de cette relation (Bernardo, 1998).

En lien avec ce qui précède, Beeby (2000a) considère que le *caring* à l'unité des soins intensifs est grandement influencé par les priorités liées à la survie du patient, à savoir par les techniques de soins axées sur le diagnostic médical. De ce fait, elle ajoute que le *caring* auprès du patient est dès lors limité dans un environnement de soins critiques car la relation interpersonnelle infirmière-patient n'est pas toujours possible, par exemple, lorsque le patient est inconscient. C'est pourquoi Wilkin (2003) croit plutôt que « le *caring* à l'unité des soins intensifs est manifesté par des émotions altruistes telles que

la sympathie, la compassion et le souci de l'autre » (p. 1183, traduction libre). Pour ce faire, l'infirmière des soins intensifs inclut la famille et les amis proches du patient dans un esprit de *caring*, dans le respect de l'autonomie suite au rétablissement du patient, ainsi que dans la prise de décision afin de reconnaître et appuyer les souhaits de celui-ci. Wilkin et Sleven (2004) soutiennent cette idée en affirmant qu'il est primordial de soigner la famille afin d'offrir des soins holistiques à un patient en soins critiques.

D'autres attributs du *caring* et du soin holistique à l'unité des soins intensifs découlent du projet de recherche de Wilkin et Sleven (2004). Les infirmières participant à ce projet mentionnent que le *caring* dans ce genre de milieu se manifeste simplement par la présence de l'infirmière aux côtés du patient. Elles ajoutent que le *caring* est déployé lorsque l'infirmière prend soin d'un patient comme un tout, en évaluant les besoins physiques, psychosociaux, sociaux, spirituels et culturels de celui-ci, avec l'assistance de la famille. De plus, les soins physiques, le réconfort, l'écoute, la communication ainsi que la gestion de situations d'urgence ont également été signalés comme indicateurs de *caring* dans cette étude (Wilkin et Sleven, 2004).

2.1.3. L'EFFET DE LA TECHNOLOGIE SUR L'EXPÉRIENCE EN FIN DE VIE

L'infirmière qui fait preuve de respect envers les droits et les valeurs de ses patients est perçue de diverses façons. D'une part, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2008) définit l'acte de plaidoyer comme le fait de « soutenir activement une cause juste et bonne; encourager d'autres personnes à parler pour elles-mêmes ou au nom de personnes qui ne peuvent s'exprimer » (p. 27). De leur côté, Lindahl et Sandman (1998) présentent le rôle d'avocat de l'infirmière comme la volonté de bâtir

une relation affectueuse, le fait de réaliser un engagement ainsi que l'initiative de donner du pouvoir (empowerment) au patient (Lindahl et Sandman, 1998). Bu et Jezewski (2006) analysent également le concept de plaidoyer et discutent des implications positives et négatives de ce rôle. Ces auteurs concluent que le patient voit son autonomie, ses droits et ses valeurs respectés lorsque l'infirmière agit comme son avocate. Il s'ensuit également que le patient et la famille sont davantage informés et la qualité de vie du patient est valorisée. En plus des circonstances positives pour le patient, le rôle d'avocat amène une plus grande satisfaction professionnelle pour l'infirmière (Bu et Jezewski, 2006). Dans le cadre de ce projet, nous mettons plutôt l'accent sur la prise de décision en fin de vie lorsque nous discutons du rôle d'avocate de l'infirmière à l'unité des soins intensifs.

À l'unité des soins intensifs, la prise de décision partagée est difficile car le patient n'est pas toujours apte physiquement ou mentalement à y participer (Thelen, 2005). Thelen (2005) définit la prise de décision en fin de vie comme « un processus à travers lequel les professionnels de la santé, les patients, les familles des patients passent lorsqu'ils considèrent quels traitements seront ou ne seront pas utilisés pour traiter une maladie qui menace la survie » (p. 29, traduction libre). Plus les avancées techniques permettent une prolongation de la vie, plus la nécessité de ces questionnements augmente (McMillen, 2007).

Les infirmières ayant participé à un projet de recherche mené par McMillen (2007) ont exprimé que ce genre de décision en fin de vie ne relevait pas nécessairement de leur rôle infirmier. Par contre, certaines infirmières ont soulevé qu'elles pourraient s'engager davantage dans ce processus puisqu'elles passent la majorité de leur temps avec leurs patients et peuvent transmettre des informations pertinentes aux autres membres de

l'équipe (McMillen, 2007). Selon McMillen (2007) et Thelen (2005), les chercheurs ne jugent pas souvent, eux non plus, que les infirmières jouent un rôle important dans les prises de décisions en fin de vie. McMillen (2007) fait également ressortir que les infirmières qui ont plus d'années d'expérience aux soins intensifs sont souvent plus sollicitées dans la prise de décisions de leurs patients en fin de vie puisque leur opinion semble être plus valorisée. Lindahl et Sandman (1998) croient eux aussi que l'éducation et l'expérience personnelle jouent sur la manière dont l'infirmière perçoit son patient, et particulièrement sur la pratique de son rôle d'avocate. Pour notre part, nous estimons que les infirmières ont un rôle indispensable à jouer dans la prise de décision à l'unité des soins intensifs et c'est vis-à-vis ce contexte que nous abordons le rôle d'avocat dans le cadre de la présente recherche.

Les infirmières soignent des patients en fin de vie qui sont habituellement maintenus en vie grâce à divers appareils techniques. Browning (2010) observe que les infirmières des soins intensifs font partie, malgré elles, d'un système qui impose des interventions sur leurs patients, influençant la vie et la mort de ceux-ci. Ces interventions reliées aux avancées techniques peuvent rallonger la vie (Browning, 2010; Shorter et Stayt, 2009) ou, comme le note Browning (2010), prolonger le processus de la mort et même la période de souffrance. Ainsi, même si les professionnels de la santé cherchent généralement à promouvoir la survie, plusieurs patients jugent que la qualité de vie est affectée par ces interventions médicales (Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario, 2009). Par exemple, dans une étude américaine menée dans quatre milieux de soins critiques, 70% des 1266 personnes âgées participantes au projet souhaitaient que leurs

soins soient axés sur le confort et non sur la prolongation de la vie (Somogyi-Zalud et al, 2002).

Dans les écrits, il semble qu'offrir des soins holistiques et humanistes, un pilier jugé fondamental du soin infirmier, n'est pas nécessairement pratiqué de façon systématique par les infirmières pratiquant à l'unité des soins intensifs. Bu et Jezewski (2006) indiquent que les droits et la qualité de vie des patients sont souvent ignorés. Selon eux, cette négligence serait expliquée par l'infirmière qui a omis de pratiquer son rôle d'avocat dans la prise de décision. Ravenscroft et Dominic Bell (2000) les appuient et affirment à leur tour que la qualité de vie des patients n'est souvent pas prise en considération dans les milieux de soins intensifs. Beeby (2000a) ajoute que l'équipe multidisciplinaire prend souvent des décisions sans réellement connaître les intérêts des patients. Ces analyses renforcent l'importance de l'implication de l'infirmière au sein d'une équipe de professionnels afin de défendre les intérêts des patients en fin de vie.

Il va de soi que l'infirmière qui offre des soins de fin de vie dans un milieu de soins intensifs est régulièrement confrontée à la mort (Shorter et Stayt, 2009). O'Connell (1996) affirme que la mort est devenue une série d'évènements médicaux plutôt qu'une expérience humaine harmonieuse. De son côté, Browning (2010) décrit l'inquiétude généralisée vis-à-vis la technologie qui met de plus en plus en jeu le droit à tous de vivre une mort paisible. La mort devrait assurément être l'affaire de la personne qui meurt, et non être gouvernée par le système (Carol, 2004). Pour cette raison, l'infirmière a intérêt à découvrir, apprécier et honorer les souhaits de ses patients. Nous sommes toutefois sensible au défi que vivent les infirmières à composer quotidiennement avec les souhaits des patients et l'humanisation des soins, tout en étant prises dans la réalité d'un milieu

clinique au sein duquel les soins complexes sont axés majoritairement sur la surveillance et la technologie.

2.2. LA SURVEILLANCE

Tel que soulevé dans la section précédente, la technologie présente dans les milieux de soins intensifs permet, plus que tout, la surveillance clinique. Kutney-Lee et collègues (2009) discutent justement de la surveillance d'individus nécessitant des soins dans les milieux hospitaliers. Selon ces auteurs, la surveillance est typiquement désignée, implicitement ou explicitement, comme une activité foncièrement bénéfique pour les patients : « Une meilleure capacité de surveillance infirmière est significativement associée à une meilleure qualité de soins et moins d'évènement défavorables » (p. 217, traduction libre).

Dans sa discussion de la surveillance clinique, Dougherty (1999) établit une différence entre, d'une part, l'observation et l'évaluation et, d'autre part, la surveillance. Selon lui, l'observation est une activité passive et l'évaluation n'est qu'une collecte de données. La surveillance serait plutôt définie par une combinaison de deux processus infirmiers, à savoir un processus comportemental et un processus cognitif (Dougherty, 1999). Le processus comportemental est associé aux maintes activités de collecte de données. Cette collecte comprend d'abord une composante subjective, par le biais d'entrevues avec les patients ou la famille, la consultation des dossiers présents et antérieurs et les discussions avec d'autres membres de l'équipe soignante. La composante objective, ensuite, comprend l'observation, l'évaluation clinique, le relevé des paramètres des appareils techniques, ainsi que tout résultat de tests diagnostiques, incluant par

exemple les résultats de laboratoire et de radiologie. D'autre part, le processus infirmier cognitif de la surveillance inclut le jugement clinique de l'infirmière (Kelly et Vincent, 2010). Ainsi, celle-ci fait preuve de jugement clinique en démontrant ses habiletés d'interprétation des données, sa pensée critique, ses habiletés à reconnaître des signes cliniques précoces, ainsi que sa prise de décision (Kelly et Vincent, 2010).

Une analyse du concept de surveillance élaborée par Kelly et Vincent (2010) fait donc émerger des concepts connexes à la surveillance et reliés directement aux soins infirmiers. Ceux-ci comprennent l'observation, l'évaluation, le « monitoring », la vigilance et l'attention. Ces concepts permettent à ces auteurs de proposer, à leur tour, une définition théorique récente de la surveillance qui est pertinente pour notre projet.

Dans un milieu de soins aigus, la surveillance infirmière est un processus mis en place principalement pour identifier les menaces à la santé et à la sécurité des patients à travers les acquis continus, l'interprétation, ainsi que la synthèse des données du patient, servant à la prise de décision clinique. En plus des actions posées durant les soins infirmiers, les infirmières utilisent leurs compétences, leur intuition et leur habileté à reconnaître des signes précoces de détérioration de la santé du patient et elles décident quand intervenir selon leur jugement. Le processus de surveillance est influencé par les caractéristiques de l'infirmière telles que l'éducation, ainsi que le contexte d'environnement de travail, tel que le quota de personnel infirmier. En général, les résultats sont liés directement à la surveillance (ex : une meilleure surveillance représente des meilleurs résultats et vice-versa) (Kelly et Vincent, 2010, p. 658, traduction libre).

Selon ces auteurs, plusieurs compétences infirmières influencent cette surveillance clinique. La disposition mentale (*mental readiness*) de l'infirmière en est un exemple. Elle rend la collecte de données infirmière significative et la prise de décision appropriée et rapide (Meyer et al, 2007). À cet effet, l'Institute of Medicine (2004) décrit la responsabilité de l'infirmière comme une « défense de première ligne », grâce à sa

vigilance (Institute of Medecine, 2004, p. 35, traduction libre). Une collecte de données issues de plusieurs sources et professionnels différents et qui s'échelonne sur une longue période de temps permet également de réunir des données pertinentes et complètes, permettant une surveillance plus efficace (Kelly et Vincent, 2010). Une autre qualité infirmière connexe à la surveillance est l'habileté de voir le patient dans sa globalité, plutôt que dans une perspective linéaire. Cette vision globale implique que l'infirmière considère de manière équitable la personne soignée selon les sphères physique, psychosociale, sociale, spirituelle et culturelle, tout en appréciant les appareils techniques qui entourent la personne. Certains chercheurs suggèrent par exemple que le niveau d'expérience clinique est en corrélation positive avec une vision infirmière holistique (Alasad, 2002; Almerud et al, 2008b; Brykczynski, 1998; Wilkin et Sleven, 2004).

La notion de surveillance a également été explorée dans une perspective sociologique. Le sociologue Staples (2000) affirme que la surveillance du corps humain constitue un moyen de répondre aux questions que les surveillants se posent. Bunton et Peterson (1997) partagent cet avis en désignant le corps comme un « objet de savoir » (p. 114, traduction libre). Cette observation est reprise dans une logique médicale et soignante dans le cadre de notre projet. Dans un contexte hospitalier, ces surveillants peuvent par exemple être incarnés par l'équipe soignante, tout particulièrement le personnel infirmier, répondant aux questions d'ordre médical de façon continue.

Pour mieux illustrer le concept de surveillance, Staples (2000) présente quatre caractéristiques de la surveillance postmoderne :

1- Elle s'appuie de plus en plus sur la technologie; elle est méthodique et automatique; elle est parfois exercée de manière anonyme; et elle génère habituellement un relevé permanent comme évidence.

Cette caractéristique s'applique aisément à la pratique infirmière en milieu des soins intensifs. Premièrement, la démarche infirmière constitue un exemple par excellence d'une approche systématique car elle suit quatre étapes bien définies (la collecte de donnée, l'analyse des données, l'intervention et l'évaluation) qui organisent les activités de surveillance qui permettent au personnel infirmier de contrôler l'état de santé des patients. Grâce à cette démarche, les infirmières élaborent des interventions axées sur le confort, le bien-être et le rétablissement de leurs patients.

Deuxièmement, il importe de souligner que la collecte de données se prête tout à fait à une surveillance anonyme telle que décrite par Staples. En effet, un patient n'est pas toujours en mesure de déterminer qui surveille ses paramètres et à quel moment, car une telle surveillance ne se réalise pas nécessairement en présence du patient. Le contrôle des moniteurs au poste infirmier, la consultation d'un relevé de laboratoire, un entretien privé avec un membre de la famille sont autant d'activités qui permettent d'accumuler de l'information sur l'état de santé d'un patient, d'identifier des anomalies et de déterminer les interventions requises, le cas échéant.

Enfin, dans toutes les institutions de soins, les dossiers des patients constituent un document légal et tous les détails sont documentés et conservés de manière confidentielle dans les archives. La confidentialité est un aspect crucial de la pratique infirmière afin de respecter les droits à la vie privée de chacun. Paradoxalement, les infirmières à l'unité des soins intensifs ont le devoir de respecter la vie privée des patients mais elles font partie d'un système au sein duquel les soins sont immanquablement axés sur une surveillance

accrue de façon continue et ce, par la multiplication et la diffusion (ex : au sein de l'équipe traitante ou par le biais de divers relevés) des données sur l'état de santé du patient.

2- Plusieurs nouvelles techniques ciblent et traitent le corps comme un objet qui peut être regardé, évalué et manipulé.

Au cœur de la pratique médicale, la technologie raffinée est déployée autour d'un corps dans le but de le surveiller et d'extraire de l'information de celui-ci. Plus particulièrement, le patient dans un état comateux à l'unité des soins intensifs est quotidiennement surveillé grâce à une panoplie de moniteurs et d'appareils techniques. Il est évalué par le personnel soignant et il fait l'objet d'une multitude d'interventions. Staples (2000) discute du risque d'objectivation lié à la surveillance. Il affirme notamment que la surveillance peut mener les intervenants à percevoir le corps comme un « objet qui contient les évidences de toute déviance possible » (p. 5, traduction libre). Almerud et collègues (2007) appuient également l'idée d'objectivation du patient à l'unité des soins intensifs. Ces auteurs mentionnent que les patients sont souvent déshumanisés par les appareils de surveillance qui les entourent. La surveillance peut donc être perçue comme un moyen d'assurer la docilité et la sécurité du patient, car elle permet d'assurer un contrôle sur le corps (Staples, 2000).

3- Les nouvelles techniques sont souvent locales, opérant au sein de notre vie quotidienne.

Nous estimons pouvoir transposer cette caractéristique dans un milieu de soins intensifs puisque la technologie permettant la surveillance des patients est omniprésente et fait partie intégrante des soins infirmiers. Elle fait inévitablement partie de la vie quotidienne des infirmières et, aussi, des patients qui séjournent aux soins intensifs.

4- *Locales ou non, elles réussissent à amener une population de grande envergure, et non pas seulement les « marginaux » confirmés, à être examinés (Staples, 2000, p. 11, traduction libre).*

Un patient à l'unité des soins intensifs est admis principalement pour des raisons de surveillance. Par contre, certains patients ne présentent pas nécessairement des signes majeurs d'une condition critique au moment de l'admission, mais leur état est tout de même jugé à risque de se détériorer. Ils sont donc soumis aux modalités de surveillance des soins intensifs. La population admise aux soins intensifs regroupe des personnes de divers groupes sociaux présentant un état de santé précaire. Cette précarité, qui nécessite une surveillance accrue, constitue le critère principal d'admission. La surveillance qui s'opère ne cible donc pas spécifiquement un groupe particulier, mais s'intéresse à toute personne qui présente un état de santé catégorisé selon certains critères de risque.

Les caractéristiques énoncées par Staples (2000) sont assurément pertinentes et utiles dans la compréhension de notre milieu de recherche. Cet angle sociologique offre donc une toute autre dimension à l'examen des effets de la surveillance sur les processus sociaux qui se déploient aux soins intensifs. Les sociologues Haggerty et Ericson (2000) décrivent quant à eux la surveillance en lien avec le concept d'*assemblage*. Selon eux, le concept d'assemblage permet qu'un organisme soit perçu de façon globale grâce à l'union de plusieurs objets distincts. Ces auteurs affirment que « le corps est lui-même un assemblage fait d'innombrables parties et de processus qui sont brisés dans le but d'observer » (p. 613, traduction libre). Ainsi, afin de poser un diagnostic, il est essentiel de fragmenter le corps en systèmes et d'évaluer individuellement chacune de ses parties (Haggerty et Ericson, 2000). Notamment, en sciences infirmières, l'évaluation des patients est grandement axée sur l'étude fragmentée des différents systèmes anatomiques,

tels que les systèmes cardiaque, respiratoire, gastro-intestinal et autres (Haggerty et Ericson, 2000; Heartfield, 1996; Hill et Shirley, 1992). L'évaluation physique et mentale du patient, ainsi que les données obtenues à partir des appareils techniques, permettent ensuite aux professionnels de la santé de faire des liens entre tous les systèmes du patient, de visionner le corps de façon globale (bien que segmentée) et d'intervenir adéquatement. À ce titre, Haggerty et Ericson (2000) notent que la surveillance a de plus en plus intérêt à unir différents systèmes afin de favoriser des interventions sociales et politiques intégrées.

Le concept de surveillance peut être appréhendé de maintes façons autres que cliniques. En effet, des appareils de surveillance se retrouvent un peu partout dans la vie des gens. Par exemple, les caméras dans les centres d'achats et les banques, installées généralement par mesure de sécurité, sont assurément un exemple par excellence de surveillance continue. Un autre exemple est la surveillance électronique dans le domaine des services correctionnels. En fait, le Service Correctionnel du Canada (2009) explique que la surveillance électronique est utilisée dans la société chez le délinquant afin de lui permettre une libération conditionnelle. « Elle vise alors à favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale » (Service Correctionnel Canada, 2009, p. 17). Ces exemples illustrent des modes de surveillance continue communs en société. Tout comme en milieu clinique, la sécurité est mise de l'avant pour justifier l'ubiquité de la surveillance. Cette caractéristique nous amène ainsi à nous tourner vers le concept de panoptisme, typiquement associé au milieu carcéral et psychiatrique, mais également fort pertinent dans notre milieu d'étude, à savoir les soins intensifs. Le concept du panoptisme sera à présent exploré dans la section qui suit.

2.3. LE PANOPTISME

Le panoptisme est un concept connexe à la surveillance, qui vient notamment rejoindre le cadre théorique de cette recherche comme nous le verrons dans le prochain chapitre. Il s'agit d'un concept introduit par le philosophe Jeremy Bentham. Dans un recueil de lettres intitulé *Panopticon*, Bentham illustre l'idéologie panoptique par le biais de l'architecture pénitentiaire idéale afin d'amplifier et optimiser la surveillance de sujets (ex : détenus). Il applique par la suite la notion à d'autres institutions, dont les écoles et les hôpitaux.

Le bâtiment périphérique est divisé en cellules, dont chacune traverse toute l'épaisseur du bâtiment. Ces cellules ont deux fenêtres : l'une ouverte vers l'intérieur, correspondant aux fenêtres de la tour; l'autre, donnant sur l'extérieur, permet à la lumière de traverser la cellule de part en part. Il suffit alors de placer un surveillant dans la tour centrale, et dans chaque cellule d'enfermer un fou, un malade, un condamné, un ouvrier ou un écolier (Bentham, 1977, p.10).

À l'occasion de sa vingtième lettre, qu'il intitule *Hôpitaux*, Bentham propose l'application du panoptisme en milieu hospitalier. Il explique notamment que le médecin, grâce à ce système d'observation, pourrait surveiller la progression des maladies de ses patients, garantir que les bons médicaments soient correctement préparés et administrés et s'assurer que ses étudiants suivent parfaitement les instructions qu'ils ont reçues. Il discute des cellules, de la contagion, de la ventilation et même de la meilleure qualité de soins aux patients dans un hôpital organisé selon une telle architecture (Bentham, 1977).

En lien avec l'architecture de Bentham, Catrambone et collègues (2009) ont étudié la surveillance des patients dans des milieux hospitaliers aux États-Unis et comparent 56 unités de soins intensifs aux 81 unités de médecine-chirurgie formant leur échantillon. Un

des critères à l'étude, directement relié à notre projet, était la visibilité des patients du poste central des unités. Afin de déterminer le nombre de lits visibles des postes centraux des unités, les chercheuses ont défini qu'un lit était visible lorsqu'elles pouvaient voir le tiers supérieur d'un lit dans une chambre avec la porte ou les rideaux ouverts. Elles concluent qu'en moyenne, 63.4% des lits dans les milieux de soins intensifs étaient visibles comparés à 5.3% dans les unités de médecine-chirurgie.

Trois configurations d'unité représentent le mieux cette moyenne aux unités des soins intensifs. La première, appelée « corridor parallèle », présente un poste central qui est au centre de deux corridors de chambres de patients, un parallèle à l'autre. Le deuxième modèle, appelé « entouré », présente un seul corridor de chambres de patients entourant un poste central de travail. Ensuite le troisième modèle, « en forme de U » représente un corridor de chambres de patient en forme de « U » et le poste central de travail est situé au-dessus du « U » (Catrambone et al, 2009, traduction libre). Ces trois modèles d'unités de soins intensifs tissent un lien direct avec le phénomène de panopticon.

Foucault évoque aussi le panoptisme dans ses écrits. Il explique que :

le *panopticon* fonctionne comme une sorte de laboratoire de pouvoir. Grâce à ses mécanismes d'observation, il gagne en efficacité et en capacité de pénétration dans le comportement des hommes; un accroissement de savoir vient s'établir sur toutes les avancées du pouvoir, et découvre des objets à connaître sur toutes les surfaces où celui-ci vient s'exercer (Foucault, 1975, p. 238).

Foucault (1979) exprime que les pratiques basées sur le panoptisme produisent des corps subjectifs et disciplinés, des corps dociles. Selon lui, le regard et le savoir sont des

façons simples d'exercer un pouvoir sans violence, sans arme et sans coût monétaire. Holmes (2001) ajoute que ce pouvoir disciplinaire est aussi exercé de façon automatique et invisible, sans avoir recours à la force physique.

Le panoptisme constitue un procédé utile et efficace car il modifie les pratiques individuelles. Avec le temps, un regard sur quelqu'un peut amener cette personne à s'observer elle-même, résultant ainsi en une surveillance intériorisée, continue et à distance (Bentham, 1977). Foucault (1975) précise justement que la source du pouvoir dans le *Panopticon* de Bentham vient du fait qu'il n'est pas essentiel d'avoir un surveillant physiquement présent qui regarde de manière continue les occupants des cellules, pour que ceux-ci se sentent constamment observés: « le panoptique est une machine à dissocier le couple voir-être vu: dans l'anneau périphérique, on est totalement vu, sans jamais voir; dans la tour centrale, on voit tout, sans être jamais vu » (Bentham, 1791, cité dans Foucault, 1975, p. 203).

D'un point de vue clinique, le concept de panoptisme est bien implanté dans les milieux de soins hospitaliers, notamment grâce à la surveillance électronique. Il est intéressant de noter que la santé mentale semble constituer le domaine de soins dans lequel la notion du panoptisme est la plus courante. En milieu psychiatrique et psycholégal, par exemple, plusieurs institutions favorisent l'utilisation de caméras et d'appareils audio afin d'assurer une surveillance continue des patients (Holmes, 2001). Holmes (2001) explique que cette surveillance, basée sur le panopticon de Bentham, permet entre autre de contrôler et de réglementer une population choisie, en exerçant un pouvoir disciplinaire. Foucault (1975) explique que ce pouvoir cherche à promouvoir un comportement dit « normal » grâce à des sanctions normalisatrices. Il peut aussi prendre

en charge et gouverner tous les aspects de la vie, de manière à rendre celle-ci saine, utile et productive. Le pouvoir disciplinaire tel que décrit par Foucault rejoint celle du biopouvoir (ou pouvoir sur la vie), discuté davantage au chapitre trois.

Jacob et collègues (2008) notent le paradoxe vécu par les infirmières dans les milieux de soins médicaux-légers et psychiatriques. Selon eux, les infirmières « sont tenues d’agir comme agentes de contrôle social autant que comme agentes de soin » (p. 225, traduction libre). En d’autres mots, l’infirmière dans ces milieux s’engage dans le contrôle et la discipline de ses patients grâce à la surveillance, tout en équilibrant ses soins quotidiens (Jacob et al, 2008). Elle s’engage habituellement dans cette prise de contrôle afin de restreindre le comportement de ses patients mais également pour favoriser des conditions de sécurité dans son milieu de travail (Jacob et al, 2008). La surveillance permet un meilleur suivi des patients instables, mais cette pratique reste souvent incontestée par le personnel infirmier sur les unités de soins psychiatriques (Holmes, 2001).

Le concept de panoptisme commence à peine à être reconnu comme étant pertinent aux sciences infirmières. Pour établir un lien avec notre problématique de recherche, nous comparons *l’anneau périphérique* du panopticon aux chambres de patients entourant le poste central des infirmières. Il convient de souligner que les patients dans un état comateux ou sous sédation ne sont pas conscients de leur entourage, ce qui implique que la surveillance des infirmières est unidirectionnelle. Dans *la tour centrale*, symbolisant le poste infirmier central de l’unité de soins, les infirmières peuvent assurer une surveillance continue de leurs patients même si ceux-ci ne sont pas directement dans leur champ de vision et ce, grâce aux divers moniteurs.

Cavallaro (1998) appuie Foucault (1975) en affirmant lui aussi qu'en posant un regard sur une personne, un pouvoir est automatiquement exercé sur celle-ci. À cet égard, nous adaptons sa définition du panoptisme, inspirée du milieu carcéral, à une unité de soins intensifs contemporaine.

Une prison idéale dans laquelle chaque corps est confiné à une petite cellule [*chambre de patient*] et peut être observé en tout temps par une simple personne [*infirmière*] assise dans la tour centrale [*poste central de l'unité des soins intensifs*]. Les détenus [*patients*] peuvent être vus continuellement mais ne peuvent pas voir l'observateur ou se voir l'un et l'autre (Cavallaro, 1998, p.94, traduction libre, [ajouts personnels]).

Almerud et collègues (2008a) font écho à l'idée du pouvoir exercé sur la personne surveillée en reconnaissant que le personnel soignant à l'unité des soins intensifs assure un contrôle sur le corps grâce aux prescriptions médicales, aux examens cliniques et aux paramètres vitaux continuellement mesurés par les appareils techniques. Il est généralement admis que le bien-être des patients nécessitant des soins critiques dépend de cette surveillance continue (Almerud et al, 2007). Par exemple, les alarmes des divers appareils indiquent rapidement aux infirmières les anomalies ou la détérioration dans l'état de santé des patients afin qu'elles puissent intervenir de manière hâtive et efficace (O'Neill et Miranda, 2006). Par ailleurs, les infirmières observent leurs patients ventilés sous sédation, à partir du poste infirmier au centre de l'unité. La technologie ne se montrant pas toujours fiable (Browne & Cook, 2011), les infirmières doivent donc aussi évaluer leurs patients de manière directe.

Les patients ne sont pas toujours conscients de cette surveillance continue qui peut nuire au respect de la vie privée. Cependant, pour Johnson (2005), la surveillance est à la base des soins de santé, de telle sorte que même Florence Nightingdale promouvait une

pratique basée sur une surveillance faisant écho au panopticon. « La protection de la vie privée avait peu d'importance pour Nightingdale » (Johnson, 2005, p. 6, traduction libre). Holmes (2001) ajoute que la surveillance basée sur le panoptisme est inévitablement associée au soin infirmier, particulièrement en milieux de soins psychiatriques. Pour notre part, nous estimons que la surveillance panoptique est tout aussi essentielle et fait partie de la réalité du milieu des soins intensifs.

Dans l'ensemble, la notion de panoptisme nous amène à concevoir la pratique infirmière à l'unité des soins intensifs comme étant politisée parce qu'elle implique une certaine configuration de relations de pouvoir entre les patients et le personnel soignant, particulièrement le personnel infirmier. D'une part, la surveillance basée sur le panoptisme crée un environnement propice au pouvoir disciplinaire aux soins intensifs. D'autre part, nous estimons que le personnel soignant manifeste un pouvoir souverain au détriment des patients admis dans ce type de milieu. Afin de développer davantage ces notions de pouvoir, nous nous tournons à présent vers notre cadre théorique, fondé sur les travaux d'Agamben.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Notre problématique de recherche vise à comprendre comment l’infirmière perçoit le patient qu’elle soigne dans une unité de soins intensifs, là où les soins sont considérablement axés sur la surveillance technologique. Cette perception influence sa pratique ainsi que le séjour du patient dans ce milieu. Ainsi, la problématique nécessite un cadre théorique robuste qui prend en compte les notions de surveillance, de corps et de droits. De ce fait, la théorie politique de Giorgio Agamben nous semble adaptée à notre sujet. Les travaux d’Agamben portant sur la logique de la souveraineté sont un choix stratégique du fait que les milieux de soins intensifs constituent une version adoucie d’un milieu au sein duquel l’état d’exception peut se déployer. Ce concept, ainsi que sa pertinence pour la présente étude, sera examiné grâce aux deux ouvrages principaux d’Agamben que nous avons choisis afin d’encadrer notre recherche : *Homo sacer. I – Le pouvoir souverain et la vie nue* (1997) et *État d’exception : Homo sacer, II, I* (2003).

Agamben est un philosophe italien qui présente ses écrits selon un paradigme de théorie critique. Notamment, il discute des concepts de la vie humaine, d’état d’exception et des camps de concentration selon un paradigme politique (Agamben, 2000). Pour ce faire, il emprunte la notion de biopouvoir de Foucault et questionne les dimensions éthiques et légales inhérentes à ce concept. Agamben ne considère pas le biopouvoir selon un type particulier d’exercice de pouvoir sur la vie, tel que Foucault le perçoit. Au contraire, il conçoit le biopouvoir comme étant à l’origine de la structure de la

souveraineté. En fait, selon Agamben, la vie est au cœur du pouvoir, dans le sens qu'elle évoque la production même du pouvoir.

Selon une perspective postmoderne, Agamben (1997) met en évidence l'existence des camps dans l'histoire. Il critique les enjeux politiques vécus, particulièrement dans l'histoire des guerres, afin d'émettre des théories relatives au pouvoir sur la vie. Selon Agamben, le camp représente une sphère biopolitique. Au cœur de celle-ci, un pouvoir absolu, un pouvoir souverain, est exercé sur une vie que ce pouvoir identifie comme *homo sacer* (homme sacré). Cette vie symbolise une vie qui est exclue de la communauté politico-légale, une vie qui par conséquent peut subir la violence ou même être éliminée (tuée) en toute impunité. De ce fait, l'*homo sacer* est perçu comme une vie sans protection, une vie que nous comparerons sous peu à celle d'une personne dans un état comateux, soignée sur une unité de soins intensifs contemporaine.

3.1. ÉTAT D'EXCEPTION

Dans cette recherche, nous tentons d'expliquer la culture des soins intensifs à travers la notion d'état d'exception d'Agamben. Un état d'exception se définit comme un milieu dans lequel il y a modification des lois ou du code de déontologie « dans une mesure illégale, mais parfaitement juridique et constitutionnelle », ce qui mène à la création de nouvelles normes (Agamben, 2003, p.49). La modification ou la suspension d'une ou de plusieurs lois est réalisée lors d'une situation dite urgente et exceptionnelle, telle qu'une menace grave à la sécurité de l'état. Durant cette période où règne l'exception, les lois de protection des droits civils peuvent être suspendues. Agamben

(1998) précise que « l'exception n'est pas issue de la règle, au contraire, la règle suspendue laisse la place à l'exception » (p.170, traduction libre).

Historiquement, l'état d'exception est convoqué par un dirigeant d'état. Celui-ci détermine également la durée de cette période d'état d'exception. Dans son ouvrage intitulé *État d'exception*, Agamben (2003) présente l'exemple du président des États-Unis dans la foulée des actes terroristes du 11 septembre 2001. Suite à ces évènements, le président Bush s'est identifié comme *Commander in Chief of the Army*, créant du coup une « situation où l'urgence est devenue la règle et où la distinction même entre la paix et la guerre (et entre guerre extérieure et guerre civile mondiale) devient impossible » (Agamben, 2003, p.41). En plus des multiples exemples d'appel à l'état d'exception dans des situations de menace à la sécurité de l'état, Agamben montre également qu'un état d'exception peut être évoqué pour des raisons de crise économique.

Le dirigeant qui convoque l'état d'exception est désigné par Agamben comme le souverain de cet état. À cet égard, Agamben (1997) note le paradoxe de la souveraineté qui est inhérent à l'état d'exception. Il indique que « le souverain, en ayant le pouvoir légal de suspendre la validité de la loi, se pose légalement en-dehors de la loi » (p.23). Agamben affirme qu'en déclarant un état d'exception, il n'y a plus d'existence en-dehors de l'état normal de la loi, où se positionne le souverain. Ce dernier a donc la liberté d'exercer son pouvoir sans limitations. De ce fait, Agamben explique que le souverain prend charge de l'état d'exception en cautionnant l'exclusion de la vie humaine de la communauté politico-légale. Cette notion de vie prend un sens radicalement différent dans un tel contexte. Agamben la désigne comme une vie nue, une vie dénuée de portée politique.

3.2. HOMO SACER (HOMME SACRÉ) ET LA VIE NUE

Dans ses écrits, Agamben emploie la combinaison des termes grecs *bios* et *zoé* pour définir la vie. *Bios* désigne la façon dont une personne décide de vivre, guidée par ses valeurs, ses opinions, ses droits et sa liberté. *Zoé*, pour sa part, décrit le simple fait de vivre, que ce soit sous forme d'humain, d'animal ou d'un dieu. *Bios* symbolise donc l'existence politique de la personne; *zoé* représente plutôt une vie qui ne compte pas comme une vie à proprement parler et qui n'a aucun droit – une *vie nue*. Agamben considère que cette *vie nue* n'existe plus sur les plans juridique et politique mais qu'elle fait toutefois partie de l'espace biopolitique. Plus précisément, la *vie nue* fonde la notion de corps biopolitique, un corps sur lequel le pouvoir souverain est exercé.

Dans l'état d'exception, la vie qui est exclue au niveau juridique est désignée comme *homo sacer* par Agamben (1997). Agamben décrit l'*homo sacer* comme un être dénué de droits humains, au point où aucune action lui causant du tort ne constitue un crime. Cette personne n'a aucun droit, donc aucune protection. En effet, dans le contexte d'état d'exception, l'*homo sacer* peut être tué sans que le meurtrier ne subisse les conséquences de son geste. Par le fait même, sa vie ne peut pas être sacrifiée religieusement, ni condamnée à mort par des instances juridiques, car elle est exclue de la communauté politico-légale (Agamben, 1997). L'*homo sacer* n'a donc pas le droit à une mort humaine harmonieuse. Il est réduit à un état d'existence purement physique, décrite par Agamben comme une *vie nue*. Le souverain dispose du droit sur la vie et sur la mort de tout *homo sacer* dans l'état d'exception.

3.3. LE CAMP COMME ÉTAT D'EXCEPTION

Agamben développe le concept d'état d'exception par le biais de différentes métaphores, dont celle des camps. Les camps constituent un exemple d'état d'exception porté à l'extrême de par l'absence d'un système régularisé. Dans de tels camps, l'exception devient la règle. Puisque la loi est complètement suspendue, l'état d'exception fait naître de nouvelles normes, mises en œuvre par le souverain. Ainsi, la personne réfugiée dans un camp se retrouve dans une zone où il est difficile de distinguer ce qui est inclus ou exclus de la loi et de la norme. Agamben se questionne donc sur ce qui spécifie une exception et ce qui spécifie une règle.

L'espace de la vie nue, situé en marge de l'organisation politique, finit par coïncider avec l'espace politique, où exclusion et inclusion, extérieur et intérieur, *bios* et *zoé*, entrent dans une zone d'indifférenciation irréductible (Agamben, 1997, p.17).

Selon Agamben, la nature du camp donne lieu à un espace biopolitique le plus absolu. Dans ces camps, tout est donc possible. À l'époque du régime Nazi par exemple, une personne prisonnière dans un camp de concentration était dépossédée automatiquement de tous ses droits civils et par conséquent de son statut politique. Sa vie devenait politisée au sein de cette sphère biopolitique où régnait l'état d'exception. Les détenus étaient aussitôt réduits à un statut d'existence *zoé*, un statut de *vie nue*. Les prisonniers des camps étaient entièrement assujettis au pouvoir souverain car ils n'avaient aucun moyen de le contester.

La vérité, difficilement acceptable pour les victimes elles-mêmes mais que nous devons pourtant avoir le courage de ne pas recouvrir d'un voile sacrificiel, est que les juifs ne furent pas exterminés au cours d'un holocauste délirant et démesuré mais littéralement, selon les mots mêmes

de Hitler, « comme des poux », c'est-à-dire en tant que vie nue (Agamben, 1997, p.125).

Puisque ces vies étaient perçues comme des vies qui ne comptaient pas réellement comme des vies, tout acte de violence envers elles était permis. Le souverain détenait le pouvoir absolu sur la vie et la mort des vies de ces *homo sacer*.

L'exemple des expériences médicales au cœur des camps de concentration durant le régime Nazi est utile pour notre discussion. Benedict et Georges (2006) affirment qu'au moins 26 expériences médicales ont eu lieu durant ce régime, expériences dont les prisonniers firent les frais. Un phénomène amplement étudié lors de telles expériences médicales fut la stérilisation. Ces expériences cherchaient à empêcher les prisonniers qui n'étaient pas de race pure aryenne de procréer (Benedict et Georges, 2006). Selon les témoignages de prisonniers d'Auschwitz, les procédures expérimentales étaient extrêmement douloureuses. Les prisonniers n'étaient pas nécessairement informés de la nature des expériences et souvent se considéraient chanceux d'y participer au lieu d'être exterminés dans les chambres à gaz (Benedict et Georges, 2006).

Sur ce point, le souverain formait une union avec les infirmières prisonnières dans les camps de concentration car leurs compétences dans le domaine médical étaient utiles pour le cours des expériences. La manière dont le souverain manifestait son pouvoir sur la vie des infirmières était inconcevable. Devant ce pouvoir souverain, peu d'options s'offraient aux infirmières. Celles-ci acceptaient donc de collaborer au régime Nazi parce qu'elles craignaient la mort (Benedict et Georges, 2006).

Les suppositions que les soins infirmiers forment la base du contact éthique entre l'infirmière et la société (les infirmières sont des agentes qui agissent en bonne foi; les infirmières cherchent à soulager la souffrance; et

par-dessus tout, les infirmières ne doivent pas faire de mal comme première obligation) ont été transmutes en situation morale tordue et méconnaissable, au sein de laquelle les infirmières prisonnières étaient contraintes à peu de choix, dont aucun n'était entièrement acceptable (Benedict et Georges, 2006, p.286, traduction libre).

Par conséquent, le personnel soignant exerçait malgré lui une partie du rôle du souverain (Foth, 2009). Nous discuterons plus loin de la manière dont l'infirmière contemporaine aux soins intensifs vit une réalité de souveraineté comparable.

3.4. L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS COMME ÉTAT D'EXCEPTION

Bien qu'Agamben utilise principalement des symboles de guerre ou de politique comme trame de fond de ses écrits, nous proposons que l'idéologie de l'état d'exception opère également en milieux hospitaliers. Par exemple, Foth (2009) affirme que l'hôpital psychiatrique est un espace où règne l'état d'exception décrit par Agamben. De notre côté, nous estimons qu'une unité de soins intensifs reproduit pareillement une forme d'état d'exception.

Dans un milieu de soins intensifs, les patients nécessitent des soins critiques qui dépendent des avancées techniques. Tel que discuté au chapitre deux, la technologie dans ce milieu de soins permet la survie et la prolongation de la vie. Il est donc commun de retrouver des patients dans un état comateux dans ce type de milieu. « Selon Agamben, le patient dans un état comateux est une incarnation extrême de *homo sacer* » (Wynn, 2002, p.125, traduction libre). Il n'est donc pas surprenant qu'Agamben s'intéresse aux conclusions des neurophysiologues Mollaret et Goulon (1959) concernant ce qu'ils appellent le « coma dépassé ».

Mollaret et Goulon définissent le coma dépassé comme un niveau de coma au-dessus du coma classique. Le coma dépassé est observé chez la personne qui n'a plus de fonctions vitales autonomes, mais qui respire grâce aux appareils de ventilation mécanique. Dans ce type de coma, une circulation sanguine aux organes vitaux est maintenue grâce à des médicaments qui augmentent la contractilité du myocarde (Agamben, 1998). D'autre part, une nutrition artificielle peut également être fournie au corps dans le but d'assurer une certaine fonction organique. Nous sommes d'avis que la personne dans un état de coma dépassé est dans l'impossibilité de distinguer entre sa vie d'être vivant et son existence politique. Elle est réduite à une enveloppe organique, un corps dont les fonctions primaires sont maintenues uniquement grâce à des appareils techniques. Dans son ouvrage intitulé *Homo sacer I – Le pouvoir souverain et la vie nue*, Agamben évoque l'exemple d'une patiente dans un état comateux dont la vie est assistée par des machines et qui est nourrie et hydratée par des suppléments artificiels. Il décrit cet état comme un « champ d'indétermination, où les mots *vie* et *mort* [ont] perdu leur signification et qui, du moins sous cet aspect, n'est pas éloigné de l'espace d'exception où habite la vie nue » (Agamben, 1997, p.177).

La biopolitique est de plus en plus présente dans les milieux hospitaliers, particulièrement dans un milieu de soins intensifs, grâce aux nouvelles technologies favorisant presque l'immortalité au-delà de la réanimation. À ce titre, « la spécificité de la biopolitique du 20^e siècle est non plus de faire mourir, non plus de faire vivre, mais de faire survivre » (Agamben, 1999, p.204), une situation courante à l'unité des soins intensifs. À cet égard, la technologie permettant la survie dans un état de coma dépassé étend les frontières de l'espace biopolitique, un espace où le pouvoir souverain est exercé

sur la vie. Lorsqu'une personne est dans un état de coma dépassé, ses besoins physiologiques vitaux, tels que la respiration, la circulation et la nutrition, sont entièrement soumis à la manipulation des machines, dont les paramètres sont contrôlés par le personnel soignant.

La chambre d'hôpital, dans laquelle la personne dans un coma dépassé est prise entre la vie et la mort, délimite un espace d'exception dans laquelle une vie nue pure est contrôlée par l'homme et sa technologie (Agamben, 1998, p.164, traduction libre).

Ce contrôle accorde un pouvoir décisionnel à l'équipe soignante qui assume ainsi le rôle du souverain, en participant au maintien de la vie de la personne sans que celle-ci ne puisse participer aux décisions que cela entraîne. La famille est également impliquée dans les décisions qui sont de niveau de vie et de mort. Dans une telle situation, nous jugeons que l'infirmière est responsable de représenter le *bios* de la personne malade en exerçant son rôle d'avocat. Wynn (2002) est d'avis que l'infirmière facilite la transition de la vision stricte du *zoé*, perçue par le personnel soignant, vers une vision équilibrée du *zoé* et du *bios* de la personne soignée, c'est-à-dire la perception d'une vie unique et harmonisée.

La notion de coma dépassé amène Agamben à interroger la définition de « mort légale ». D'abord, il est important de souligner que les termes *vie* et *mort* ont une connotation politique et non scientifique pour Agamben. Leur signification se limite donc à la définition que les êtres humains décident d'utiliser selon les découvertes en médecine et selon les écoles de pensées (Agamben, 1998). Par exemple, la mort légale dans l'histoire médicale a été définie par l'arrêt cardiaque et, par la suite, par la mort cérébrale.

Par après, la signification de la mort légale a évolué vers une défaillance cardiaque suite à une mort cérébrale (Agamben, 1998).

La question de la transplantation d'organes illustre davantage dans quelle mesure les définitions de termes tels que « mort légale » sont importantes. Notamment, pour qu'une transplantation soit efficace, l'organe en question est tenu de maintenir un niveau de circulation et d'oxygénation jusqu'au moment de la chirurgie, pour ne pas risquer la mort tissulaire de l'organe. Cependant, si la définition de la mort légale est ambiguë, comment le personnel soignant peut-il cautionner une transplantation d'organe en ne sachant pas si le donneur est légalement décédé? On pourrait faire valoir l'interprétation de la mort légale de manière raisonnée selon des critères religieux, médicaux, éthiques ou politiques sans toutefois parvenir à une réponse consensuelle.

Quoi qu'il en soit, lorsque la mort du donneur est dite officielle et que la respiration et la circulation sont maintenus par les appareils techniques, nous jugeons que le corps est véritablement symbolique de l'*homo sacer*. Cet organisme n'a pas le droit de mourir comme un être humain. Nous le considérons un mort-vivant, c'est-à-dire pris entre la vie et la mort. Les écrits d'Agamben cadrent donc avec notre supposition selon laquelle le patient dans un état comateux à l'unité des soins intensifs est réduit à un statut d'existence physique seulement.

Nous démontrons dans ce présent chapitre plusieurs problématiques vécues à l'unité des soins intensifs, en lien avec les théories d'Agamben. Nous soulignons le rôle de l'infirmière, particulièrement son rôle d'avocate auprès des patients dans un état comateux, et nous mettons en évidence l'idéologie de contrôle exercé sur les patients dans

ce champ de spécialité. Nous discutons également de zones grises telles que le statut de réanimation des patients et la définition de la mort légale, tous en lien avec les concepts principaux d'Agamben. Ce cadre théorique nous semble donc très bien adapté à notre étude.

Le chapitre suivant présente la méthode de recherche que nous avons utilisée. Cette méthodologie de nature qualitative servira à répondre à nos questions de recherche, nous permettant ensuite d'appliquer les théories d'Agamben dans l'analyse de nos résultats.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Nous avons choisi l'ethnographie comme devis pour répondre à nos questions de recherche telles que présentées au premier chapitre :

- 1- Comment la technologie influence-t-elle le rôle de l'infirmière, exerçant en milieu de soins intensifs, dans les activités de surveillance des patients?
- 2- Dans quelle mesure les activités de surveillance, par le biais de la technologie, contribuent-elles à un processus d'objectivation de la personne inconsciente dans une unité de soins intensifs?

Notre projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université d'Ottawa (voir Annexe A). Ensuite nous avons soumis notre protocole au comité d'éthique du milieu hospitalier où nous avons étudié l'unité des soins intensifs. Toutefois, pour des raisons de maintien de confidentialité et d'anonymat des participants, nous avons délibérément omis d'inclure ce second certificat dans les annexes de la présente thèse.

4.1. ETHNOGRAPHIE

Selon Loïselle et collègues (2007), « l'ethnographie décrit et interprète le comportement culturel » (p.223). Ces mêmes auteurs avancent qu'une culture est définie « à partir des mots, des actions et des produits émanant des membres d'un groupe » (Loïselle et al, 2007, p. 223). Le but d'une recherche ethnographique est de comprendre la signification des activités quotidiennes des membres d'une même culture. En lien avec nos questions de recherche, nous cherchons à mieux comprendre la signification des activités de surveillance selon les infirmières des milieux de soins intensifs. Nous

démontrons donc un intérêt envers le langage, les rites, les pratiques, les symboles, les codes et les repères historiques qui façonnent notre milieu d'étude, car, à notre avis, le milieu des soins intensifs crée et perpétue une culture qui lui est propre.

Hammersley et Atkinson (2007) affirment que l'ethnographie sert à comprendre le raisonnement qui guide le comportement et les actions des membres d'une culture. Le chercheur s'intègre donc dans la communauté qu'il étudie. Il adopte entre autre une approche d'appréciation et de respect envers le milieu d'étude (Hammersley et Atkinson, 2007). Souvent ce n'est que suite à l'intégration du chercheur dans le milieu et aux résultats qui émergent de la recherche, que la problématique se précise réellement (Hammersley et Atkinson, 2007).

Nous tentons de décrire la culture d'un milieu très spécifique, ce qui nous éloigne quelque peu de l'approche traditionnelle de recherche anthropologique, au profit de la microethnographie, qui s'intéresse à un milieu plus restreint (Loiselle et al, 2007). Notre recherche représente une microethnographie dans la mesure où la culture à l'unité des soins intensifs constitue une fraction de la culture du milieu hospitalier.

La recherche ethnographique s'inscrit dans le paradigme de recherche naturaliste, également connu sous le nom de paradigme constructiviste. Loiselle et collègues (2007) expliquent que dans ce paradigme, le chercheur « vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre » (p.16). Ainsi, l'étude de type ethnographique se réalise sur le terrain, un milieu dans son état naturel et non contrôlé par le chercheur (Loiselle et al, 2007; Hammersley et Atkinson, 2007). Ceci veut dire que, contrairement aux devis expérimentaux ou quantitatifs, il n'y a aucun contrôle ou de

manipulation de variables environnementales par le chercheur. L'influence de ce dernier sur le milieu d'étude doit donc être minimale. Puisque le but de la recherche ethnographique est de décrire une culture dans son état naturel, les objectifs de celle-ci sont tout à fait congruents avec l'objectif de la présente recherche qui consiste justement à décrire les discours et les comportements des infirmières à l'unité des soins intensifs, sans pour autant influencer ceux-ci.

Le paradigme naturaliste s'appuie sur une épistémologie de type subjective (Guba, 1990). Le chercheur apprécie donc la subjectivité et les valeurs de chaque membre de la culture étudiée (Loiselle et al, 2007). Ce faisant, il s'intéresse à la diversité des données recueillies, désirant mieux comprendre l'expérience humaine et la vision du monde au sein d'une culture donnée. Il tente également de concevoir le sens derrière les pensées des participants qui guident leurs comportements (Hammersley et Atkinson, 2007). À cet effet, Loiselle et collègues (2007) énumèrent les meilleures méthodes subjectives pour obtenir des résultats probants dans un paradigme naturaliste, telles que « l'expérience globale, l'information narrative, l'analyse qualitative, la contextualisation et l'interprétation » (p. 16).

La recherche dans le cadre d'un paradigme naturaliste présente certaines limites. D'abord, Loiselle et collègues (2007) indiquent que les êtres humains sont des « sujets intelligents, sensibles, mais faillibles » (p.19). Puisqu'une part de la collecte de donnée est réalisée directement auprès des participants, ces auteures indiquent que les résultats peuvent parfois ne pas bien représenter le milieu étudié ou bien être complètement insignifiants dépendant de l'approche du chercheur (Loiselle et al, 2007).

D'autre part, une lacune particulière au paradigme naturaliste concernant le type de recherche ethnographique est le manque perçu d'objectivité (Weaver et Olson, 2006). Le constructivisme souscrit à une ontologie relativiste, selon laquelle il n'existe pas de vérité absolue. En d'autres mots, le relativisme implique qu'il y a plusieurs interprétations de la réalité (Loiselle et al, 2007). Le chercheur relativiste ne cherche pas à savoir ce qui est vrai et ce qui est faux, mais estime plutôt que toute vérité est relative (Drummond, 2005). Le critère d'objectivité, cher aux paradigmes positiviste et postpositiviste, n'est donc pas pertinent dans un paradigme constructiviste. La construction du savoir se fait valoir par la réalité conçue par le chercheur et les participants suite à leur interprétation des observations du milieu, au sein duquel plusieurs réalités vécues par divers participants font surface (Loiselle et al, 2007; Guba, 1990; Weaver et Olson, 2006).

Le chercheur construit une certaine réalité en s'investissant au cœur d'une culture avec les intentions de rester complètement neutre et ne pas laisser ses valeurs personnelles influencer ses interprétations. Par contre, Hammersley et Atkinson (2007) soulignent que les réflexions et interprétations du chercheur sont influencées par le monde social duquel il origine. « Le concept de réflexivité reconnaît que les orientations du chercheur sont influencées par leurs lieux socio-historiques, incluant les valeurs et les intérêts que ces lieux leurs confèrent » (Hammersley et Atkinson, 2007, p. 15, traduction libre). Cela implique donc qu'il y a des limites à la production de savoir par le chercheur (Hammersley et Atkinson, 2007), suite à la perception et l'interprétation de ses observations.

Nous avons vu au chapitre un que notre recherche s'inscrit dans un paradigme de théorie critique. À cet effet, l'ethnographie dite critique nous amène à considérer les

phénomènes d'une culture en remettant en question les hypothèses que nous prenons pour acquis (Madison, 2005). Elle reconnaît la dimension politique, tant des phénomènes sociaux que de la recherche, et elle tente de provoquer un changement social (Loiselle et al, 2007), par exemple un changement au sein de la pratique infirmière. Pour ce faire, l'ethnographie critique « perturbe le statu quo [du milieu et met] en lumière les opérations sous-jacentes et obscures du pouvoir et du contrôle » (Madison, 2005, p.5, traduction libre). Afin de faire valoir la dimension critique de ce projet de recherche, nous posons un deuxième objectif qui consiste à conscientiser les infirmières des milieux de soins intensifs aux enjeux politiques et aux relations de pouvoir entre l'infirmière et le patient dans ce milieu. Nous supposons qu'à l'unité des soins intensifs, « les vérités prises pour acquis, influencées par des facteurs sociaux, politiques, culturels, de genre et économiques, sont devenues des vérités réelles avec le temps » (Weaver et Olson, 2006, traduction libre), des vérités qui fondent la réalité que vivent les infirmières au sein de leur pratique et que nous n'hésiterons pas à questionner dans ce projet de recherche.

4.2. MILIEU D'ÉTUDE

Notre étude s'est déroulée dans le département des soins intensifs d'un hôpital situé dans une région métropolitaine de l'est de l'Ontario. L'unité comprend douze lits, répartis dans des chambres privées. Habituellement, chaque quart de travail voit une infirmière autorisée assignée à un, deux ou trois patients, selon les circonstances. L'assignation est déterminée principalement par la condition clinique de ceux-ci. Certaines spécificités du département seront discutées plus amplement au chapitre cinq dans lequel les résultats seront présentés.

Nous connaissions déjà le milieu d'étude pour y avoir travaillé deux ans avant d'entreprendre ce projet de recherche. De ce fait, l'accès au milieu fut un processus simple. Le projet de recherche a été accepté sans modifications par l'administration du département.

L'ethnographie requiert que le chercheur s'intègre dans le milieu d'étude afin de comprendre le raisonnement des participants et de faire des liens avec ses observations. Nous avons choisi cette unité de soins intensifs afin de faciliter notre intégration comme chercheuse. De plus, nous avons supposé que les professionnels de la santé se sentiraient moins intimidés par le projet de recherche et qu'ils seraient moins susceptibles de modifier leurs comportements naturels en présence d'une personne faisant déjà partie de l'équipe soignante. Cependant, lorsque le milieu d'étude est familier pour le chercheur, celui-ci doit prévoir des mesures pour ne pas prendre pour acquis ses observations. Nous avons donc maintenu une vision dite « étrangère » devant la culture du milieu (Hammersley et Atkinson, 2007, p. 9). Pour ce faire, nous avons réalisé les sessions d'observation du milieu en-dehors de nos heures de travail comme infirmière. Nous avons noté tout comportement observé même si la pratique observée était nous était connue et habituelle. Une attitude professionnelle a été maintenue tout au long de la collecte de donnée. Nous sommes restée le plus neutre possible lors des entrevues afin de ne pas influencer le train de celles-ci.

4.3. ÉCHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT

Afin de faciliter une étude plus profonde, l'échantillon d'une ethnographie est habituellement axé sur quelques cas seulement, et possiblement limité à un seul milieu ou

groupe de personnes (Hammersley et Atkinson, 2007). Dans notre cas, un seul département de soins intensifs a été exploré et les infirmières autorisées ont été le seul groupe de professionnels étudié. Nous avons réalisé notre échantillon grâce à une méthode d'échantillonnage de convenance.

Le recrutement des participants a débuté suite à l'approbation du Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa, ainsi que du Comité d'éthique du milieu d'étude. À cette fin, une séance d'information employant une présentation Power Point (voir Annexe B), traçant les grandes lignes de l'étude, a été présentée aux infirmières de l'unité des soins intensifs. Quatre présentations ont eu lieu afin de rejoindre un plus grand nombre de participants, soit deux tôt le matin et deux en après-midi, au moment des changements de quart de travail. Une douzaine d'infirmières ont assisté à la présentation. Afin de favoriser l'anonymat, les infirmières intéressées ont dû répondre à une invitation remise lors de la présentation (voir Annexe C), inclure un moyen de contact (adresse courriel ou numéro de téléphone) et remettre ce formulaire dans notre pigeonier personnel au département des soins intensifs. Un délai de deux semaines a été accordé, suivant les présentations, pour répondre à l'invitation.

Des entrevues avec des informateurs-clés sont suggérées selon Hammersley et Atkinson (2007). Dans notre milieu d'étude, de tels informateurs-clés correspondaient au gestionnaire de l'unité, à la clinicienne ainsi qu'à la chef d'équipe du département. La clinicienne de notre milieu a démontré un intérêt lors de la présentation du projet de recherche et a été recrutée. Nous avons omis de rencontrer la gestionnaire en entrevue puisqu'elle était considérablement nouvelle dans son rôle sur cette unité. Quant à la chef d'équipe, plusieurs infirmières à l'unité des soins intensifs sélectionnée remplissent ce

rôle sur une base rotative, donc aucune entrevue n'a été ciblée pour cet informateur-clé. En résumé, un total de six infirmières, soit cinq femmes (incluant l'infirmière clinicienne de l'unité) et un homme, ont montré un intérêt pour l'étude et ont été recrutées.

Les critères d'admissibilité pour cette recherche étaient d'être infirmier ou infirmière autorisé(e) à l'unité des soins intensifs dans le milieu étudié et de pouvoir clairement communiquer en français. L'âge, le sexe et le nombre d'années d'expérience n'ont pas été considérés comme critère de sélection des participants. Cependant, dans la collecte de données, les informations sociodémographiques suivantes ont été recueillies : le sexe, le niveau d'éducation, l'âge, le nombre d'années d'expérience comme infirmière autorisée et le nombre d'années d'expérience comme infirmière à l'unité des soins intensifs. Ces données ont permis de saisir le profil des participants et de mieux saisir le contexte de leurs propos.

Les personnes recrutées ont été contactées afin de prendre rendez-vous pour l'entrevue. Nous avons estimé qu'un échantillonnage de convenance de six infirmières était raisonnable. Les écrits suggèrent que ce n'est pas tant la taille finale de l'échantillon qui importe, mais bien le degré d'information que les participants partagent. Ce nombre de participants était suffisant afin de satisfaire notre collecte de données, démontré par une saturation des données.

4.4. COLLECTE DE DONNÉES

Hammersley et Atkinson (2007) indiquent que la collecte de données ethnographiques ne suit pas un plan déterminé, puisque le chercheur ne connaît pas très bien la culture d'intérêt au départ. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire de réajuster le

guide d'entrevue selon les thèmes abordés par les participants. Ainsi, malgré notre connaissance préalable du milieu, notre guide d'entrevue et les questions posées en entrevue ont été quelque peu modifiés en cours de collecte de données.

Suivant les principes de l'ethnographie, nous avons utilisé deux méthodes de collecte de données dans la réalisation de ce projet, soit l'observation et l'entrevue. Nous avons omis d'utiliser des questionnaires comme méthode de collecte puisque nous avons jugé que le processus d'entrevue permettait un retour de réponses plus approfondies.

4.4.1. L'OBSERVATION

L'ethnographie est réalisée grâce à l'observation minutieuse du milieu d'étude afin d'explorer les diverses dimensions qui composent la culture des soins intensifs. Notamment, nous avons effectué de l'observation directe des lieux. Cette méthode diffère de l'observation participante, qui requiert, comme son nom l'indique, que le chercheur prenne part aux activités courantes du milieu au même titre que les acteurs qui composent ce milieu.

Peretz (2004) affirme que « l'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences sans en modifier le déroulement ordinaire » (p.14). De ce fait, nous avons eu l'avantage de pouvoir nous intégrer dans le milieu des soins intensifs grâce à notre connaissance préalable de l'unité comme infirmière employée. Puisque nous avons des relations préétablies avec des collègues de travail, notre présence n'a pas modifié le déroulement naturel quotidien du milieu autant qu'un chercheur étranger au milieu.

L'observation nous a permis de décrire les lieux physiques, l'utilisation de ceux-ci par le personnel soignant, l'atmosphère, ainsi que les comportements et discours courants du milieu d'étude, afin de faire des liens pertinents lors des entrevues. Il a été important d'utiliser le plus de détails possible lors de la description des activités quotidiennes puisqu'elles sont au centre de l'étude ethnographique (Grbich, 1999).

Trois sessions de quatre heures en matinée, étalées sur trois jours, et une semaine plus tard, deux autres sessions de quatre heures en soirée, étalées sur deux jours, ont été effectuées, pour un total de 20 heures d'observation. L'observation a été réalisée principalement à partir du poste infirmier des milieux de soins intensifs afin de respecter l'intimité des patients et de leurs familles. Par conséquent, en aucun temps les patients n'ont fait l'objet d'observations. De même, aucun dossier de patient n'a été consulté dans le cadre de notre recherche. Diverses catégories d'observation adaptées des écrits de Peretz (2004) ont permis de regrouper nos observations.

La grille utilisée pour guider les sessions d'observation (voir Annexe D) est une adaptation de la grille de Peretz pour le milieu de recherche choisi. Les sept critères d'observation établis englobent les aspects nécessaires afin de bien décrire le milieu des soins intensifs. Des notes ont été prises pour la durée de ces observations. Par la suite, une critique des données nous a aidée à définir les éléments clés à explorer plus en détail lors des entrevues.

4.4.2. LES ENTREVUES

Les six infirmières autorisées du département des soins intensifs qui se sont portées volontaires ont été rencontrées en entrevue. Les entrevues semi-structurées se sont

déroulées majoritairement sur le lieu de travail des participants mais pas nécessairement sur le département en question. Certaines entrevues ont été réalisées en-dehors du milieu de travail des participants, à la demande de ceux-ci. Il est à noter cependant que tous les entretiens ont eu lieu en-dehors des heures régulières de travail et dans un bureau privé. Ils ont été effectués suivant un guide d'entrevue (voir Annexe E) et ont été enregistrés sur bande audio avec le consentement des participants. Afin de répondre adéquatement aux objectifs de la recherche, nous avons choisi de modifier ou d'ajouter des questions d'entrevue durant le processus de collecte de données. Dans l'ensemble, les questions posées lors des entrevues portaient sur le rôle infirmier, les activités de surveillance, le rôle et l'utilisation de la technologie à l'unité des soins intensifs, ainsi que la perception du corps. Par la suite, le contenu des bandes audio a été transcrit de manière intégrale afin d'en faire une analyse approfondie.

Grbich (1999) explique que les données d'une ethnographie sont résumées en même temps qu'elles sont amassées. Subséquemment, des notes détaillées et des résumés d'entrevues ont été conservés dans un journal de réflexion. Cela nous a permis d'approfondir nos réflexions au sujet de la culture étudiée tout au long du processus de recherche.

4.5. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse ethnographique est continue (Grbich, 1999). Les données sont interprétées selon la signification que donnent les participants aux actions et aux événements qu'ils vivent (Davies et Logan, 2008). L'analyse des entrevues a été effectuée grâce au modèle d'analyse de contenu de Bardin (2003).

L'analyse des données proposée par Bardin est de type thématique. Selon elle, « faire une analyse thématique consiste à repérer des « noyaux de sens » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (Bardin, 2003, p.137). Cette analyse a été effectuée par le biais de lectures répétées des transcriptions d'entrevues afin de nous familiariser le mieux possible avec les textes avant d'en dégager les thèmes principaux. Pour ce faire, des mots-clés ont été identifiés et catégorisés selon une démarche de type structuraliste (Bardin, 2003).

La première étape est l'*inventaire*. Au cours de celle-ci, le chercheur isole les éléments évidents qui découlent des transcriptions. Afin de codifier ces éléments, nous avons utilisé différentes couleurs directement sur les transcriptions d'entrevues. D'abord, nous avons regroupé les mots ou les expressions qui concernaient les connaissances, le jugement, la pensée critique, les responsabilités, les défis, les formations et les cours théoriques. Ensuite, nous avons regroupé les termes touchant l'environnement de travail, le travail d'équipe, les difficultés, l'instabilité du milieu, les complications et les conditions de travail. Le troisième regroupement incluait toute méthode d'évaluation clinique, incluant toutes les activités de surveillance et la perception du corps. Nous avons par la suite identifié et regroupé les expressions qui se rapportaient à la qualité des soins. Enfin, nous avons regroupé les groupes de mots reliés au rôle de l'infirmière, incluant le rôle d'avocat ainsi que le rôle de l'infirmière dans les activités d'évaluation et de surveillance du patient par le biais ou non de la technologie. Il est à noter que certaines parties du texte ont été représentées par plus qu'une couleur. Lors de ce processus, il a été

important d'utiliser la marge élargie à la droite du texte pour inclure des commentaires ou des mots-clés mentionnés fréquemment.

Les éléments ont ensuite été transposés dans des documents distincts afin de passer à la deuxième étape, soit la *classification*. Celle-ci comprend le classement des éléments en catégories afin de donner une image plus complète du phénomène d'intérêt. Pour ce faire, il a fallu déterminer les liens entre chacun des éléments. Ce processus nous a permis de mieux comprendre la signification derrière les réponses des participants aux questions d'entrevues. Les catégories émergentes et les thèmes sous-jacents seront présentées sous forme de tableau lors de la présentation des résultats au chapitre cinq.

4.6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

4.6.1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Cette étude est à risque minimal. La politique des Trois Conseils définit le risque minimal de la façon suivante : « lorsque l'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de leur vie quotidienne » (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 1998). Chaque participant a dû signer un formulaire de consentement (voir Annexe F) avant de procéder à l'entrevue.

4.6.2. CONFIDENTIALITÉ

Plusieurs stratégies ont été utilisées afin d'assurer la confidentialité des données de recherche. Premièrement, un code numérique a été utilisé afin d'identifier les documents

et les bandes audio. À partir de ce moment, seul le numéro d'identification a été utilisé pour se référer aux participants et aucun nom n'est apparu sur les documents ou bandes audio. Toutes les entrevues ont eu lieu dans un endroit privé déterminé à l'avance. Tous les noms (personnes et lieux, incluant le milieu d'étude) ont été éliminés en cours de transcription.

Compte tenu du petit nombre d'employés à l'unité des soins intensifs, nous nous sommes assurée de ne divulguer aucune information aux autres employés ou au gestionnaire. Dans notre rapport final nous n'avons inclus aucune information pouvant servir à identifier les infirmières. Si nous souhaitions inclure une citation ou une situation spécifique pouvant nuire à l'anonymat d'un participant, nous obtenions le consentement de celui-ci.

4.7. CRITÈRES DE RIGUEUR

4.7.1. CRÉDIBILITÉ

Loiselle et collègues (2007) définissent la crédibilité comme un « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative envoyant à la confiance qu'on peut avoir dans la véracité de ces données » (p.337). Ces auteurs se réfèrent aux écrits de Lincoln et Guba (1985) qui présentent des stratégies permettant d'améliorer la crédibilité d'une recherche qualitative.

En premier lieu, Lincoln et Guba (1985) proposent l'engagement prolongé et l'observation constante au sein du milieu choisi. Étant employée comme infirmière à l'unité des soins intensifs depuis quelques années, nous avons appris à connaître et vivre quotidiennement dans cette culture de soins intensifs. Cela nous a permis d'analyser les

observations ainsi que les entrevues avec véracité. Par ailleurs, nous étions confiante dans ce milieu et nous savions comment aborder certains sujets plus sensibles lors des entrevues. Nous avons su distinguer notre rôle d'infirmière dans le milieu des soins intensifs et notre rôle de chercheuse au sein d'une institution académique. Notamment, aucune session d'observation directe ni d'entrevues n'a été réalisée durant nos heures de travail. Lors des sessions d'observation, ainsi que durant les entrevues, nous avons maintenu une approche professionnelle et respectueuse envers les participants. Considérant notre expérience dans le milieu, nous sommes restée le plus neutre possible durant les entrevues afin de ne pas influencer les idées des participants favorisant nos valeurs et croyances personnelles. L'analyse des résultats a respecté les mêmes principes.

Une autre technique suggérée par Lincoln et Guba (1985) qui nous permet de vérifier l'exactitude de nos données est la triangulation. Cette technique suppose que nous avons utilisé plusieurs méthodes ou approches dans le cours de notre cueillette de données. À ce titre, nous avons choisi d'employer l'observation directe et les entrevues semi-structurées. Enfin, les résultats de ce projet ont été révisés à plus d'une reprise par nous-mêmes ainsi que notre directrice de thèse, afin d'assurer l'intégrité du processus d'analyse des données.

4.7.2. TRANSFÉRABILITÉ

Selon Loiselle et collègues (2007), la transférabilité est le « degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes » (p. 341). Nous croyons que les résultats de notre recherche ethnographique peuvent être pertinents aux infirmières de notre milieu d'étude autant qu'aux infirmières d'autres milieux de soins

intensifs présentant des caractéristiques semblables (ex : milieu urbain, nombre de lit, effectifs infirmiers, etc). Par contre, nous émettons l'hypothèse que nos conclusions de recherche peuvent également être pertinentes pour les infirmières des milieux de soins qui utilisent quotidiennement le même genre de technologie, tels que la salle d'urgence et le bloc opératoire.

En ce qui a trait aux milieux de soins autrement spécialisés (ex : psychiatrie, unité de médecine-chirurgie), nous proposons que nos conclusions quant à la surveillance et au rôle d'avocate de l'infirmière sont applicables même si la présence de la technologie est moins prédominante. Nous jugeons que les infirmières pratiquant dans tous les domaines de la santé peuvent être interpellées, car la surveillance est un concept omniprésent dans l'exercice infirmier et ce, peu importe le milieu de pratique.

4.7.3. FIABILITÉ

La fiabilité est décrite comme un « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (Loiselle et al, 2007, p.340). Puisque notre projet est de type qualitatif et qu'il s'inscrit dans un paradigme de théorie critique, nous jugeons que le critère de fiabilité n'est pas entièrement pertinent. Nous rappelons que, dans ce courant de pensée, la construction du savoir découle de la réalité que le chercheur construit grâce à ses observations et ses interprétations, réalisées dans un contexte précis. La recherche et l'analyse des données sont donc hautement contextualisées. Si le même projet était réalisé dans un autre milieu d'étude, mené par un autre chercheur ou impliquant un autre échantillon, les résultats différeraient peut-être. Nous reprenons donc la notion de

relativisme ici, selon laquelle nos conclusions ne prétendent pas à une vérité universelle, mais participent au développement du savoir de la discipline infirmière.

4.7.4. CONFIRMABILITÉ

Loiselle et collègues (2007) décrivent la confirmabilité comme un « critère permettant d'évaluer la qualité de la recherche qualitative; cette notion renvoie à la congruence des données, ou encore à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation » (p. 340). Notre directrice de thèse nous a assistée durant le processus d'interprétation et d'analyse des résultats afin d'assurer l'intégrité des conclusions.

4.7.5. RÉFLEXIVITÉ

Les conclusions d'une ethnographie sont basées en grande partie sur les perspectives et les interprétations du chercheur suite à ses observations et à l'analyse des entrevues. Ainsi, il a été essentiel que nous maintenions un journal de bord contenant des notes de suivi, des notes d'observations, ainsi que les notes prises durant les entrevues afin de permettre une réflexion continue tout au long du projet. Ces réflexions nous ont permis de revenir régulièrement à nos questions de recherche et de demeurer alignée sur nos objectifs de recherche.

Étant donné notre relation avec le milieu de recherche comme infirmière des soins intensifs, nous avons fait preuve de réflexivité en évaluant les effets possibles du projet de recherche sur notre milieu de travail ainsi que sur les relations entre nos collègues. Nous étions également sensible aux effets possibles de notre statut (en tant qu'employée dans ce milieu et comme collègue de travail) sur les propos des participants.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Afin de répondre aux questions de recherche avec authenticité, nous nous sommes servi de deux méthodes de collectes de données, soit l'observation ainsi que les entrevues semi-structurées. Dans le présent chapitre, les résultats obtenus à partir de ces deux méthodes de collecte de données sont présentés.

5.1. L'OBSERVATION

Les observations détaillées du milieu, préalables aux entretiens, nous ont permis de bien nous situer vis-à-vis les propos des participants. Elles ont également facilité la reformulation des questions d'entrevue au besoin. L'analyse des entrevues est plus crédible suite à une observation rigoureuse du milieu d'étude. Dans la présente étude, les observations ont été structurées selon sur une grille d'observation adaptée des travaux de Peretz (voir Annexe D). Ces observations directes ont permis de mieux comprendre les concepts discutés lors des entrevues. Les sessions officielles d'observation au poste central de l'unité des soins intensifs se sont échelonnées sur un mois. Nous avons effectué un total de 20 heures d'observation directe formelle. Notre connaissance préalable du milieu nous a permis de décrire ce dernier de manière minutieuse et les heures formelles d'observation ont servi à enrichir les descriptions, en ajoutant des détails que nous aurions pu prendre pour acquis en raison de notre habitude de l'environnement.

Le département des soins intensifs présente des enjeux difficiles. Il s'agit d'un milieu de soins critiques donc les patients qui s'y trouvent requièrent une surveillance

accrue. Un enjeu spécifique des soins intensifs est le changement, soit le changement dans l'état de santé des patients, le changement d'assignation pour équilibrer la charge de travail et le changement drastique des priorités. Les infirmières travaillent étroitement avec les médecins, les pharmaciens, les thérapeutes respiratoires, les diététiciens, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux. La collaboration interdisciplinaire est remarquable, notamment le jour, car en soirée la majorité de ces professionnels de la santé ne travaillent pas.

Les patients admis à l'unité des soins intensifs sont majoritairement des adultes d'âge avancé. Ils proviennent habituellement de la salle d'urgence mais il arrive qu'ils soient admis directement d'une autre unité de soins si leur état de santé se détériore soudainement et rapidement. Les patients arrivent à l'unité des soins intensifs accompagnés d'un porteur. Il arrive que le transfert nécessite deux porteurs si plusieurs appareils techniques, tels que des pompes ou un ventilateur mécanique, accompagnent le patient. L'infirmière du patient à la salle d'urgence ou à l'unité de soins d'où arrive le patient accompagne également ce dernier jusqu'à l'unité des soins intensifs afin d'assurer un transfert sécuritaire. Elle présente à l'équipe des soins intensifs un rapport détaillé permettant une continuité des soins. La durée du séjour à l'unité des soins intensifs est variable; elle peut s'échelonner sur un ou deux jours si le patient est stable et récupère rapidement. Cependant, s'il y a de multiples complications, le séjour peut atteindre plus d'un mois.

Il y a peu de temps de silence aux soins intensifs en raison des appels téléphoniques, des alarmes des moniteurs cardiaques, des cloches d'appel, ainsi que des rencontres interprofessionnelles qui ont lieu de manière continue au poste central. La

position du poste central permet une surveillance importante de la majorité des patients. L'unité comprend un total de 12 chambres privées disposées tout autour du poste. Dans la terminologie de Catrambone et collègues (2009), ces chambres sont disposées selon le modèle « entouré », c'est-à-dire de façon circulaire. Deux chambres de patients se situent à l'extérieur de ce cercle de surveillance directe, donc ne sont pas visibles directement du poste. Pour ce qui est des chambres visibles, les portes de ces chambres sont visibles du poste central mais les patients n'y sont pas nécessairement installés de manière à être visibles du poste central. La surveillance de tous les patients est toutefois assurée grâce aux moniteurs cardiaques. Trois chambres sont accompagnées d'une antichambre, utile pour les cas d'isolation. À l'extérieur de certaines chambres se trouvent des postes de travail avec ordinateur et des fenêtres vitrées permettant l'accès visuel à un ou deux patients lorsque l'infirmière s'y installe pour documenter de l'information au dossier.

Au poste central se trouve un bureau de commis qui réunit quantité de documents et de formulaires dont ont besoin les professionnels de la santé. Il s'agit également de l'endroit où est situé le système pneumatique d'envois d'échantillons et de requêtes vers d'autres départements. Ce système n'étant pas encore fonctionnel au moment de l'étude, des porteurs viennent chercher les requêtes et les échantillons de laboratoire et les acheminer aux départements appropriés. Devant cet espace de travail se trouve un chariot de réanimation ainsi qu'un deuxième chariot sur lequel est placé un second appareil défibrillateur cardiaque et un appareil à succion portatif. Au même endroit, il y a également un cabaret d'intubation ainsi qu'un chariot d'intubation difficile. Le bon fonctionnement de cet équipement est validé par une infirmière au moins trois fois par jour, soit le jour, le soir, et la nuit.

Le poste central comprend une salle servant à la préparation des médicaments. De plus, le centre de l'unité présente deux moniteurs servant à la surveillance des signes vitaux et électrocardiogrammes d'un maximum de douze patients sur l'unité. Au moment de l'étude, le quota de patients surveillés variait de huit à neuf. De plus, certains patients sont surveillés grâce à un appareil de télémétrie sur une autre unité de soins dans l'hôpital et leur rythme cardiaque est surveillé par les infirmières à l'unité des soins intensifs. Notamment, deux autres moniteurs servent à la surveillance d'un maximum de six télémétries.

Il faut une carte d'accès pour entrer sur l'unité des soins intensifs. Ainsi, lorsque les visiteurs se présentent, ils doivent utiliser un téléphone relié au bureau de la commis afin de demander la permission d'entrer. La salle d'attente pour les visiteurs est située à l'extérieur du département.

Les autres dispositifs de l'unité comprennent une salle de toilette pour les employés et trois salles de toilettes pour les patients, dont l'une est équipée d'une douche. D'autre part, une salle d'utilité propre et une salle d'utilité souillée sont aisément accessibles tout près du poste central. Il y a une petite cuisine réservée aux patients, ainsi qu'une plus grande cuisine pour les employés. Une salle a également été aménagée avec quelques fauteuils, deux télévisions et beaucoup de documentation utilisée lors de l'enseignement aux patients et aux familles. Le bureau du gestionnaire, le bureau de la clinicienne, ainsi qu'une salle de conférence sont également tout près du poste central infirmier.

Le troisième critère d'observation de notre grille nous mène à la discussion des règles, consignes et horaires aux soins intensifs. Les visiteurs aux soins intensifs sont limités à des heures de visite de midi à 20h00. Deux visiteurs par patient sont autorisés à la fois pour une courte période, soit une dizaine de minutes à chaque heure. Cependant, les infirmières font des exceptions lors de situations particulières, lorsqu'un patient est mourant par exemple. Quant à l'horaire des infirmières, certaines préfèrent travailler des quarts de travail de 12 heures, alors que d'autres préfèrent des quarts de huit heures. L'unité compte trois à quatre infirmières 24 heures sur 24.

La charge de travail dépend du nombre de patients, de leur diagnostic et de la gravité des soins qu'ils nécessitent. Une infirmière peut donc être responsable de un à trois patients simultanément. Sur chaque quart de travail, une infirmière se voit assigner la responsabilité de chef d'équipe. Celle-ci assure le bon fonctionnement de l'unité. Elle effectue la gestion des lits et modifie les assignations des patients au besoin. En tout temps, une infirmière s'occupe également de faire l'analyse des bandes de rythme des télémétries, et une autre est responsable d'assister aux codes bleus (arrêts respiratoires/cardiaques) ailleurs dans l'hôpital, annoncés aux haut-parleurs.

Aux soins intensifs, la majorité des infirmières sont des femmes. Peu d'hommes sont infirmier sur le département. Selon les données recueillies lors des entrevues, l'équipe formant le personnel infirmier n'est cependant pas constante. Beaucoup de changement de personnel s'opère dans l'espace d'un an. De plus, des infirmières sont souvent en formation, en jumelage ou en orientation sur l'unité. Il y a quelques hommes qui sont préposés aux bénéficiaires et la majorité des médecins aux soins intensifs sont des hommes.

À la lumière de ces observations, l'on constate à quel point la technologie est omniprésente aux soins intensifs. La majorité des interventions infirmières repose sur une forme ou une autre de technologie, et l'on voit que de nombreuses mesures ont été prises afin de faciliter au maximum l'accès à celle-ci, par exemple en positionnant les chariots de réanimation dans un lieu central à haute circulation.

Ces descriptions permettent de contextualiser les propos du personnel infirmier rencontré lors des entrevues. Il convient à ce stade-ci de se tourner vers ceux-ci afin d'examiner l'impact de cette technologie sur les interventions des infirmières et les relations de celles-ci avec les personnes soignées.

5.2. LES ENTREVUES

Six membres du personnel infirmier ont participé aux entrevues semi-structurées. Les données démographiques reflètent une diversité importante entre les participants. Leurs caractéristiques sont réunies dans le tableau 1.

Tableau 1. Données sociodémographiques des participants

Sexe

Femmes	Hommes
5/6	1/6

Niveau de formation (infirmières et infirmiers autorisés)

Baccalauréat	Diplôme collégial
3/6	3/6

Moyenne d'âge

20 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans
3/6	2/6	1/6

Nombre d'années d'expérience

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5	Participant 6
Expérience totale en tant qu'infirmier(e) autorisé(e)	8 ans	3 ans	13 ans	27 ans	5 ans	8 ans
Expérience à l'unité des soins intensifs	3 ans	1,5 an	10 ans	17 ans	9 mois	5 ans

Les entrevues ont toutes été retranscrites verbatim. La transcription nous a permis d'appliquer le processus d'analyse de contenu de Bardin pour dégager les catégories et les thèmes pertinents aux questions de recherche. Le tableau 2 présente les catégories principales et les thèmes qui en découlent.

Tableau 2. Catégories et thèmes soulevés dans les entrevues semi-structurées

<i>Catégories principales</i>	Environnement de travail	Connaissances et aptitudes	Rôle infirmier	Effets de la technologie
<i>Thèmes</i>	-Autonomie -Travail d'équipe -Difficultés	-Théorie -Clinique	-Répondre aux besoins du patient et de la famille -Évaluations -Activités de surveillance	-Effets sur le patient et la famille -Effets sur le personnel infirmier et les soins

Dans les sections suivantes, chaque catégorie et ses thèmes pertinents seront présentés de manière détaillée et illustrés par des propos des participants.

5.2.1. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

5.2.1.1. AUTONOMIE

Tel que vu précédemment, le département de soins intensifs sélectionné pour cette recherche a une capacité de 12 lits. Au moment de l'étude, le quota de l'unité était à huit ou neuf patients seulement. Il a été vu plus tôt qu'un petit nombre d'infirmières, soit trois ou quatre, forment l'équipe à chaque quart de travail. Une infirmière indique qu'au quotidien, il n'y a pas de médecin en permanence à l'unité des soins intensifs, ce qui commande de l'assiduité dans la surveillance des patients et dans la gestion des épisodes critiques :

Les patients des soins intensifs sont dans une phase aigüe de leur maladie donc il y a plus de surveillance, que ça soit des paramètres vitaux, on a les moniteurs, on doit faire la lecture des bandes de rythme, on doit surveiller le patient de près, tout dépendamment du diagnostic. [L'infirmière a] plus de responsabilités dans le sens que c'est des gens qui sont assez malades et on n'a pas de médecin sur place comme par exemple à l'urgence (Participant 3, lignes 43-49).

De ce fait, les infirmières affirment qu'elles doivent disposer de compétences uniques et d'un jugement clinique assuré afin d'évaluer leurs patients fréquemment, avec rigueur et exactitude.

Il faut être très vigilant aux signes de détérioration du patient, il faut agir plus rapidement, il faut être très concentré sur ce qu'on fait, il faut intervenir rapidement si on voit que le patient détériore et il faut aviser le médecin pour une ordonnance (Participant 3, lignes 49-52).

Si l'état d'un patient se détériore, les infirmières des soins intensifs sont alertées et débudent les soins de réanimation rapidement.

Souvent on va avoir des patients qui sont en pré-code et on doit les traiter avant que le médecin arrive (Participant 3, lignes 57-58).

Elles travaillent en collaboration avec les médecins en discutant de leurs évaluations physiques, des changements ou des progressions dans l'état de santé des patients. D'ailleurs, les médecins ne se déplacent pas toujours pour évaluer un patient dont l'état de santé décline.

Durant tout le 24 heures, je trouve que ce sont les infirmières, quand le médecin n'est pas là, qui déterminent si le médecin doit revenir l'évaluer [le patient] (...) l'infirmière va faire l'évaluation continue du patient (Participant 1, lignes 15-19).

Un participant soutient que les médecins font confiance aux évaluations et aux opinions des infirmières, et octroient leurs ordonnances médicales en conséquence.

Son point de vue va être important, ce qu'elle a à dire, ce qu'elle a vu, ce qu'elle a évalué, c'est important (Participant 4, lignes 203-205).

Toutefois un autre participant s'oppose à cette idée :

La plupart des médecins ne t'écoutent pas vraiment parce que quand même que tu leur dirais quelque chose, ils vont quand même aller évaluer le patient. Ils se fieront jamais à ton évaluation seulement (Participant 6, lignes 242-244).

Ces extraits indiquent que les participants perçoivent leur niveau d'autonomie différemment. Il semblerait que les réponses varient selon l'expérience personnelle de chacun avec le personnel médical.

5.2.1.2. TRAVAIL D'ÉQUIPE

Les infirmières des soins intensifs forment une petite équipe. À chaque quart de travail, un préposé au bénéficiaire, une commis (absente la nuit) et un médecin se joignent à elles. Un participant dit apprécier l'aide du préposé lors des repositionnements des patients, ce qui facilite les évaluations physiques, notamment l'évaluation de l'intégrité de la peau.

Le préposé peut nous aider à faire des petites choses pour évaluer les patients comme pour tourner, évaluer le dos, évaluer, ausculter les poumons dans le dos (Participant 1, lignes 48-50).

Par ailleurs, les participants disent s'entraider continuellement en vérifiant les alarmes sur les moniteurs de tous les patients pendant le quart de travail, même celles des patients qui ne leurs sont pas assignés.

Prendre soin d'un patient c'est un travail d'équipe; ça prend bien plus qu'une personne (Participant 4, lignes 291-292).

Au début de ton quart de travail, tu règles tes alarmes de pression et de tout ce que tu as besoin, le pouls, la respiration. Si ton alarme sonne, ça t'indique à toi ou à une autre infirmière d'aller voir dans la chambre, de vérifier ce qui se passe parce que ton patient, ses données sont rendues plus hautes ou plus basses que les alarmes que tu as mises. Si ce n'est pas toi, ça peut être une autre infirmière qui va voir. On travaille, on essaie de travailler en équipe et s'assurer que les patients sont corrects (Participant 2, lignes 93-100).

D'autre part, lorsqu'il y a des décisions de fin de vie à prendre, certains participants partagent l'opinion selon laquelle ils n'ont pas un rôle significatif à jouer à ce niveau et que cela revient aux médecins.

Ce n'est pas à moi de déterminer si un patient est DNR [pas de réanimation] ou pas. C'est au médecin de parler avec le patient ou avec la

famille, et eux prennent une décision en expliquant évidemment toutes les conséquences que ça amène (Participant 6, lignes 291-293).

On peut toujours impliquer le comité d'éthique mais habituellement ce n'est pas vraiment notre place de dire ce qui doit être fait. On peut quand même dire ce qu'on... bien même ce qu'on en pense, ce n'est pas vraiment... c'est plutôt d'être là pour écouter la famille, discuter et faire de l'écoute active (Participant 5, lignes 121-125).

Un participant mentionne qu'il s'agit au contraire d'un travail d'équipe multidisciplinaire et qu'une infirmière spécialisée en éthique est une personne-ressource souvent consultée.

Je pense qu'elle [l'infirmière] a un gros mot à dire là-dedans parce qu'elle est avec le patient souvent et continuellement donc le médecin et toute l'équipe multi, que ce soit une travailleuse sociale, que ce soit les soins palliatifs, peu importe, c'est un travail d'équipe. Elle n'est pas toute seule là-dedans pour prendre des décisions. Son point de vue va être important (...) On a une [infirmière spécialisée en éthique] qui nous supporte énormément aux soins [intensifs]. Quand arrive cette période-là, où des décisions doivent être prises et que le patient n'est pas en mesure de le faire, elles [infirmières] font appel à cette infirmière (Participant 4, lignes 199-216).

Tel qu'évoqué plus tôt, à chaque quart de travail, une infirmière est désignée *responsable* (chef d'équipe). Selon les entrevues, celle-ci s'avère être une personne-ressource pour les autres infirmières, la gestionnaire, les médecins, ainsi que la coordonnatrice le soir, la nuit et la fin de semaine. Cette chef d'équipe s'occupe également de la gestion des lits, des départs et des congés des patients, ainsi que de l'assignation des patients aux infirmières afin d'équilibrer la charge de travail. En plus de ces responsabilités de chef d'équipe, elle a sa propre assignation de patients.

Si on prend une infirmière tout court au chevet, on a la responsabilité d'évaluer nos patients. Ici aux soins [intensifs], on en a deux à trois selon notre capacité, donc donner des traitements, relever des ordonnances, assurer la sécurité des patients, leur bien-être, leur confort, donner des

soins de qualité. En plus, avec le rôle de chef d'équipe, j'ai plus de tâches donc m'assurer que le département, que tout est sous contrôle, incluant du coaching [sic] de travail d'équipe et faire l'assignation des patients. Je suis une personne ressource aussi pour les autres infirmières si elles ont des questions. Souvent les médecins vont parler avec la chef d'équipe quand ils ont des admissions à annoncer ou on va aussi discuter avec la coordonnatrice (Participant 3, lignes 16-26).

Les propos de ce participant soulignent le rôle pivot du chef d'équipe, qui dépasse un rôle purement administratif. En ce sens, il semble que le chef d'équipe remplit un rôle de leadership qui assure le bon fonctionnement de l'unité par ses activités axées sur le soutien, la communication, la cohésion de l'équipe et la coordination des processus soignants.

5.2.1.3. DIFFICULTÉS

L'environnement aux soins intensifs est décrit dans les entrevues par les participants comme étant *délicat, instable* et *stressant*. À cet effet, la pénurie infirmière affecte inévitablement le département des soins intensifs. Le manque de personnel et la surcharge de travail présentent un défi pour les membres du personnel infirmier dans le maintien d'une qualité de soins élevée.

Avec les situations de pénurie d'infirmières comme on vit, il y a une surcharge de travail à bien des quarts de travail. Elles [infirmières] ont plus que... des fois elles ont beaucoup plus que deux patients qui sont vraiment instables, donc ça leur demande beaucoup plus. C'est un grand défi. (...) Quand il y a une surcharge, ça peut être difficile, ça met le patient à risque, ça met la qualité des soins à risque (Participant 4, lignes 68-77).

Les soins intensifs c'est comme une salle de trauma, on sait jamais quand est-ce que quelque chose va nous arriver et faut tout le temps être prêt. Si on a une charge de travail à l'extrême, on n'est pas prêt pour les

problèmes qui peuvent arriver à notre patient (Participant 1, lignes 79-82).

En plus de subir les contrecoups de cette pénurie, d'autres difficultés émergent des entrevues, notamment en ce qui concerne les interactions avec les familles des patients aux soins intensifs. Une infirmière explique que certains membres de la famille sont particulièrement agressifs ou exigeants lors de situations critiques, provoquant ainsi un niveau de stress encore plus élevé chez les infirmières. Elle partage une expérience vécue :

J'étais dans une chambre et il y a le fils d'un patient qui est venu. Il dit : tu es qui toi? Il commence sa phrase comme ça. J'ai dit : je suis l'infirmière de Monsieur un tel. Il dit : je ne veux pas te parler, je veux parler au médecin. Il dit : Toi tu vas me dire n'importe quoi, tu connais rien, tu es infirmière, je veux parler au médecin. J'ai dit : le médecin n'est pas là. Il dit : j'ai fait trente-cinq milles pour venir voir mon père, je veux voir le médecin tout de suite. [J'ai dit :] Non, il n'est pas disponible, il n'a pas juste vous à voir. Et là il a commencé à devenir agressif (Participant 6, lignes 228-240).

Un autre participant renchérit en affirmant que certaines familles reconnaissent peu le travail des infirmières :

Il y a certaines familles que peu importe ce que tu vas leur dire, ce que tu vas faire, tu restes une infirmière, juste une infirmière je devrais dire, et ta parole vaut pas grand-chose (Participant 6, lignes 240-242).

Les perceptions négatives, voire méprisantes, de certains membres de familles constituent donc une contrainte supplémentaire avec laquelle le personnel infirmier doit transiger, et celui-ci doit veiller à ce que cela n'affecte pas la qualité des soins prodigués.

Les procédures de l'unité des soins intensifs stipulent qu'un médecin a la charge primaire des patients aux soins intensifs pour une semaine. Par la suite, les médecins font

des rotations. Toutefois, certains patients sont présents sur l'unité pour une période excédant une semaine. Selon notre expérience, les médecins ne partagent pas tous la même philosophie de pratique ; il arrive que le plan de traitement varie d'un patient à l'autre, influençant ainsi la continuité des soins. Quoi qu'il en soit, les infirmières reconnaissent la conception générale des médecins, selon laquelle il s'agit de guérir le patient avant tout :

Souvent les médecins veulent à tout prix que le patient s'en sorte (Participant 3, lignes 170-171).

Une difficulté semblerait donc être la différence d'opinion entre les médecins et les infirmières, particulièrement en ce qui a trait aux décisions de fin de vie. Les médecins chercheraient presque systématiquement à sauver des vies mais le personnel infirmier serait davantage préoccupé par la qualité de vie des patients.

On est là pour parler pour le patient. Tu as le médecin qui est là et il a ses termes médicaux, ses choses médicales mais il ne voit pas le patient à chaque jour comme l'infirmière (Participant 5, lignes 112-115).

On est 24 heures avec le patient. On voit qu'il souffre, on voit qu'il est mort-vivant, on en fait part au médecin, pour en faire part à la famille, pour un résultat qui est, qui n'est pas là (Participant 6, lignes 321-324).

La moyenne d'âge [des patients] est dans les 80 ans et c'est des gens qui devraient être morts ça fait longtemps, mais qui... à cause de la technologie, à cause des médecins qui ne veulent pas laisser aller, et la famille qui n'ont pas de connaissances non plus, on maintient les gens en vie artificiellement pour des semaines et des semaines et les gens n'ont pas de qualité de vie (Participant 6, lignes 351-356).

Ce n'est pas juste des jeunes qui se blessent ou qui ont le cancer. Là, on se bat pour une vie qui en vaut plus la peine comparé à quelqu'un qui a fumé toute sa vie, qui a bu toute sa vie, qui est rendu à 80 ans, qui a les poumons finis, qui fait de l'emphysème, qui a une liste d'antécédents longue comme un bras, mais qui veut vivre. C'est son droit. C'est un choix

de société. Puis là, il faut s'acharner dessus, occuper un lit, puis dépenser des millions de dollars sur ce patient-là pour prolonger de quoi? De six mois? Avec aucune qualité de vie (Participant 6, lignes 359-367).

Un participant témoigne qu'il rencontre des difficultés lorsqu'il est limité dans ce qu'il peut dévoiler comme information aux familles, limites imposées par le champ même de la profession infirmière :

On n'a pas le droit de donner de diagnostic; on n'a pas le droit de faire de pronostic (Participant 6, lignes 245-246).

Ces limites contraignent donc la manière dont le personnel infirmier peut exercer son rôle d'avocat du patient, tel que discuté plus loin au chapitre six.

5.2.2. CONNAISSANCES ET APTITUDES

Les infirmières des soins intensifs détiennent des connaissances et aptitudes de nature théorique ainsi que clinique. Les connaissances théoriques sont définies comme celles acquises en cours de formation, par exemple en anatomie, en physiopathologie et en pharmacologie. Les compétences cliniques de l'infirmière touchent à l'application des connaissances théoriques, notamment par le biais de techniques diverses. Sont incluses dans ces connaissances les savoirs reliés à la manipulation de la technologie environnante. Un participant explique que le fait d'utiliser un appareil pour évaluer un patient ne se limite pas à la lecture des paramètres mais doit inclure l'interprétation des données selon sa pensée critique.

Elles [infirmières] ne peuvent pas être partout en même temps, malgré que tu as tout cet équipement-là pour t'aider, ça prend un être humain pour pouvoir valider et évaluer tout ce que les machines nous donnent comme résultat. (...) Elle doit connaître toute l'hémodynamie aussi. Ça veut dire que la courbe qui apparaît au moniteur, c'est bien beau la lecture, mais

elle doit regarder sa courbe, s'assurer que la courbe a toutes les ondes qu'elle devrait avoir, donc est-ce que c'est une bonne courbe, est-ce que c'est une bonne lecture ? Donc elle doit aller plus loin que ce que le moniteur lui donne (Participant 4, lignes 72-92).

Il faut savoir quand l'utiliser [la technologie] et comment bien l'utiliser. Il faut connaître l'équipement pour avoir de bonnes valeurs en bout de ligne (Participant 4, lignes 121-122).

Les participants interrogés expriment une certaine fierté du fait qu'ils ont plusieurs connaissances et compétences avancées. En se comparant aux infirmières travaillant aux unités de soins généraux, notamment les soins de médecine et chirurgie, les infirmières des soins intensifs estiment qu'elles connaissent mieux leurs patients.

L'infirmière aux soins intensifs connaît beaucoup plus son patient. Elle est beaucoup plus [présente] pour le patient comme tel. Elle le connaît de la tête aux pieds comparativement à l'étage (Participant 2, lignes 18-20).

Toutefois, il faut souligner que l'assignation de patients aux autres unités est différente qu'à l'unité des soins intensifs, où les infirmières n'ont qu'un à trois patients.

On a moins de patients mais les patients sont plus lourds, fait que ça équivaut je pense, que d'avoir cinq ou six patients plus légers. Mais tu es jamais à l'abri qu'ils compliquent [détériorent] alors tu es quasiment mieux d'en avoir deux qui soient lourds que d'avoir six patients qui compliquent, selon moi. Ça fait beaucoup de monde à retenir aussi. Tous les dossiers, je ne pense pas que les gens sur les étages aient le temps de lire chaque dossier, de voir chaque diagnostic, chaque antécédent et de tout apprendre ça (Participant 6, lignes 29-35).

Dans le même ordre d'idée, les infirmières des soins intensifs croient qu'elles ont l'opportunité de mieux connaître les familles et donc de développer des relations de confiance plus significatives avec ces dernières.

Tu es proche, tu es beaucoup plus proche de la famille quand il arrive un décès ou quelque chose (Participant 2, lignes 21-22).

On est là pour écouter la famille, et discuter, [et faire] de l'écoute active (Participant 5, lignes 124-125).

Par ailleurs, dans un département de soins intensifs, les infirmières se décrivent comme étant *rapides, alertes, et vigilantes*. Elles reconnaissent les signes de détérioration et débudent promptement les démarches de réanimation si nécessaire.

Tu surveilles tes patients beaucoup plus rigoureusement parce qu'ils sont à risque d'avoir des complications à n'importe quel moment et des arythmies (Participant 2, lignes 22-24).

Les patients sont plus critiques aux soins intensifs, ils ont besoin de plus d'évaluation, et il y a un besoin de plus de formation de l'infirmière pour pouvoir juger plus rapidement s'il y a des problèmes (Participant 1, lignes 22-25).

Il faut être vigilant aux signes de détérioration du patient, il faut agir rapidement. Il faut être très concentré sur ce qu'on fait. Il faut intervenir rapidement si on voit que le patient détériore (Participant 3, p.2, lignes 49-52).

On va avoir des codes bleus ici, comme il y en a aussi sur les étages, sauf que sur les étages, l'infirmière ne sera jamais seule pour le code, il y a toujours l'équipe qui vient (Participant 3, p.2, lignes 55-57).

Pour atteindre ce niveau de fonctionnement, le milieu de soins suggère qu'elles suivent des cours de spécialisation dans les soins intensifs. Par ailleurs, elles doivent suivre les formations continues obligatoires du milieu afin de se conformer aux meilleures pratiques, respectées grâce aux multiples procédures mises en place qui sont spécifiques aux soins intensifs.

Ici, chaque seconde compte et si on n'est pas à notre place, bien un patient peut mourir rapidement, ce qui n'est pas nécessairement le cas en haut [sur les autres unités de soins] puisqu'en haut ils vont lancer le code si le patient décompense. Ils ne feront pas d'action nécessairement ou ne donneront pas de médication extrêmement dangereuse avec des effets

secondaires potentiellement mortels donc ils n'auront pas à faire tout ça. Ce qui est notre cas donc pour nous, ça exige plus de formation (Participant 6, p.3, lignes 73-79).

Ces formations incluent entre autres les instructions et démonstrations de nouveaux appareils ou de nouvelles technologies.

Toutes ces connaissances, ces habiletés, les techniques, les procédures, les politiques, l'infirmière doit connaître tout ça. Elle travaille dans un environnement qui est assez délicat. Elle travaille avec des appareils beaucoup plus sophistiqués aujourd'hui (Participant 4, lignes 24-28).

Ça prend plus de formation : bandes de rythme, ECG. L'orientation générale aux soins intensifs est plus avancée qu'en médecine ou en chirurgie (Participant 3, lignes 59-62).

Les participants soulignent à maintes reprises l'importance de se garder à jour dans les formations théoriques ainsi que pratiques, particulièrement lorsqu'il y a des nouveaux appareils sur l'unité, afin d'offrir des soins compétents. Il s'agit de savoir quand et comment bien utiliser la technologie afin d'être efficace, réduire les risques et respecter les décisions du patient. Dans ce milieu de soins intensifs, un participant se dit frustré de ne pas être reconnu ou rémunéré justement pour toutes les connaissances supplémentaires connexes à une spécialisation en soins critiques :

On a tous le même titre mais dans le fond, on ne fait pas tous le même travail. J'ai fait un certificat en soins critiques justement pour ça, j'ai de l'expérience en soins critiques, mais on me considère autant que quelqu'un qui sort de l'école et qui rentre ici. Je n'ai aucun avantage à me spécialiser. Je n'ai pas d'avantages à me développer dans mes soins intensifs et je suis payé et considéré de la même façon que quelqu'un qui serait infirmier général (Participant 6, lignes 415-422).

Il convient de souligner que cette opinion n'est toutefois pas partagée par tous les membres du personnel infirmier.

5.2.3. RÔLE INFIRMIER

5.2.3.1. RÉPONDRE AUX BESOINS DU PATIENT ET DE LA FAMILLE

Les infirmières des soins intensifs affirment que la technologie est adéquate et adaptée à la clientèle qu'elles desservent dans ce département.

On a ce qu'il faut pour prendre bien soin des cas, des sortes de patients qu'on a ici et ce n'est pas des soins comme des chirurgies à cœur ouvert ou des choses comme ça donc je pense qu'on a l'équipement nécessaire pour donner de bons soins (Participant 4, lignes 108-111).

Afin de bien répondre aux besoins des patients, les infirmières expriment en entrevue qu'elles utilisent leur jugement et leurs connaissances avancées pour réviser correctement les ordonnances médicales avant de les exécuter. Elles participent aussi activement aux discussions multidisciplinaires avec les médecins, les résidents, les pharmaciens, la diététicienne et les thérapeutes respiratoires afin de remplir leur rôle d'avocate du patient.

Je suis l'avocate du patient (Participant 1, ligne 10).

L'infirmière est là pour parler pour le patient (Participant 5, lignes 117-118).

Selon les entrevues, les infirmières reconnaissent leur rôle dans la prise de décision des traitements des patients. Elles doivent reconnaître l'opinion de l'équipe médicale et leurs valeurs personnelles et ne pas laisser celles-ci influencer leur responsabilité d'agir comme avocates de leurs patients.

Je défendais le patient si je trouvais que ce n'était pas les meilleurs soins (Participant 1, lignes 13-14).

Notre rôle c'est de répondre aux besoins du patient et de soutenir la famille et de ne pas les influencer dans leurs décisions non plus, il faut

rester neutre. Il ne faut pas mettre nos valeurs en ligne de compte non plus et c'est de les soutenir là-dedans (Participant 3, lignes 174-178).

D'autres manières dont les infirmières démontrent leur compassion incluent d'essayer de comprendre le mieux possible les patients, donner des soins de qualité, d'écouter, d'enseigner, de s'assurer que les patients coopèrent, ainsi que de donner du soutien sur une base continue. De plus, l'infirmière disent assurer la confidentialité, l'intimité, la dignité, la sécurité, le bien-être, et le confort de ses patients, tout en faisant preuve d'empathie et de respect. La douleur par exemple peut être un élément difficile à évaluer chez un patient inconscient mais les infirmières expriment qu'elles font de leur mieux pour évaluer la douleur, en observant les expressions faciales, les mouvements de contraction et les signes vitaux. Elles expliquent par ailleurs l'importance d'offrir des soins humanistes et de parler aux patients même s'ils sont inconscients.

J'aime faire le bain d'un patient qui est intubé, comme ça je peux être certaine que je le vois de la tête aux pieds. On le touche et on regarde en même temps ses expressions faciales, voir s'il a de la douleur quelque part. La technologie va nous aider mais je pense qu'il n'y a rien qui peut nous remplacer pour des choses comme ça (Participant 1, lignes 124-130).

Si c'est des patients en fin de vie j'essaie de ne pas mettre de moniteur, ne pas mettre de technologie auprès du patient. Je trouve que c'est plus invasif et ce n'est pas nécessaire. Mais il y a quand même des patients, des familles qui veulent vraiment qu'on continue à utiliser le moniteur jusqu'à la fin et on le respecte également (Participant 2, lignes 70-74).

Un patient qui est ventilé, on va lui parler à chaque fois qu'on fait des soins même s'il est sur sédation mais c'est difficile de faire l'enseignement. On va plutôt prendre la famille pour leur expliquer la démarche de soins ou l'enseignement qu'on ferait au patient (Participant 3, lignes 147-152).

Un sujet sensible mais qui doit être abordé avec les patients et les familles est le statut de réanimation. Il semble que ce sujet soit abordé lors de la collecte de données à l'admission du patient à l'unité de soins. Les infirmières présentent différentes visions à ce propos. Certaines révèlent qu'elles s'impliquent activement, qu'elles abordent le sujet de réanimation et qu'elles assistent les familles dans la prise de décision :

Si je prends la question de réanimation ou de non-réanimation, la première chose serait de discuter avec le patient, ce qu'il veut, est-ce qu'il en avait déjà parlé avec sa famille, et moi je vais essayer de défendre ce point-là (Participant 3, lignes 160-163).

En contrepartie, d'autres cèdent aux médecins toutes discussions qui touchent les soins de fin de vie et la prise de décisions de traitements.

C'est au médecin de parler avec le patient ou la famille, et eux prennent une décision en expliquant évidemment toutes les conséquences que ça amène (Participant 6, lignes 291-293).

Il existe donc des points de vue fortement opposés vis-à-vis la perception du personnel infirmier en ce qui a trait au statut de réanimation. Tel que nous verrons sous peu, cela a des répercussions sur la manière dont les infirmières prendront position face aux préférences du patient en fin de vie.

5.2.3.2. ÉVALUATIONS

Les infirmières interrogées affirment évaluer leurs patients fréquemment. Selon les propos obtenus, les évaluations englobent toutes les évaluations physiques de la tête aux pieds, les évaluations neurologiques ainsi que la surveillance et la prise de données des paramètres du moniteur cardiaque, du ventilateur, des pompes intraveineuses et de tout autre appareil utilisé dans le cadre des soins administrés. Ces derniers comprennent par exemple les pompes épidurales, les pompes d'analgésie continue, les pompes à

gavage, les lignes artérielles, les lignes veineuses centrales, les stimulateurs cardiaques endoveineux et les ventilateurs Bipap. L'évaluation initiale sert de point de référence aux évaluations subséquentes afin de déterminer le progrès ou la détérioration de l'état du patient.

Le corps va être un outil de communication dans le fond. C'est le corps qui nous donne les informations qu'on veut savoir sur le patient (...) Je pense que le corps du patient est un outil de communication pour nous et nous révèle des signes. Les symptômes, les patients ne peuvent pas nous les décrire alors on mesure les signes. C'est mesurable, quantifiable ; c'est objectif (Participant 6, lignes 181-200).

Une infirmière conçoit même le corps comme « quelque chose à explorer » (Participant 1, ligne 109).

C'est toujours ses données de base qu'elle [l'infirmière] va recueillir. Elle va toujours aller comparer avec ses données de base parce que ses données, elle va les avoir recueillies, elle va avoir évalué le patient elle-même pour obtenir un point de référence et après, elle va avoir toutes ses données qu'elle a obtenues du dossier autant des résultats des laboratoires, les notes d'évolution du médecin ou parler directement à l'équipe multidisciplinaire comme le médecin, la diététiste, la pharmacienne. Il faut avoir une vue globale de son patient et ça va lui permettre de faire une meilleure surveillance des écarts (Participant 4, lignes 55-63).

En ce sens, la technologie assiste considérablement les infirmières dans leurs évaluations mais celles-ci insistent sur l'importance d'avoir une vision globale de leurs patients, malgré tous ces appareils.

Une infirmière connaît son patient et elle en prend soin en tant qu'un être global (Participant 2, lignes 190-191).

Il n'y a pas une technologie encore ... qui ait une vision globale (...) Ça prend des êtres humains encore (Participant 6, lignes 208-212).

La technologie va nous aider mais je pense que rien peut nous remplacer (Participant 1, lignes 128-130).

Par ailleurs, les participants décrivent le corps malade aux soins intensifs comme suit :

C'est un être humain. On doit lui parler même s'il est ventilé, même s'il est branché de partout, il ne faut jamais oublier ça. Pour moi [le fait d'être branché] c'est secondaire. Pas dans le sens que ce n'est pas important mais le patient est toujours ma priorité avant tous les appareils qui l'entourent. Il ne faut jamais oublier ça (Participant 3, lignes 130-134).

Pour moi, le patient c'est toujours une priorité, même avant quoi que ce soit dans la chambre. C'est un être humain (Participant 3, lignes 128-130).

Les infirmières évoquent le fait que la dimension humaniste des soins infirmiers est affectée lorsqu'on commence à exercer dans un milieu rempli d'appareils techniques. Selon elles, l'exposition à de nouvelles technologies, des nouveaux apprentissages et de multiples alarmes nuisent à la priorisation du patient. Selon les participants, avec les années d'expérience, les appareils deviennent moins visibles et il est plus facile de voir le patient comme un tout et de prioriser la personne, et non la technologie. Des extraits seront présentés à cet effet au point 5.2.4.2.

5.2.3.3. ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE

La surveillance est un concept central dans ce projet. Les extraits suivants témoignent notamment de la place qu'occupe la surveillance dans les soins.

Si je n'avais pas un moniteur cardiaque qui me dit quand il y a une élévation du [segment] ST, il faudrait tout le temps que je sois en train de regarder, là ce serait un peu plus difficile. Il faudrait que je sois toute seule avec mon patient, tout le temps en train de l'évaluer. La même chose pour un thermomètre, une température continue ou avec une ligne

artérielle, voir quand la pression monte et descend, c'est plus facile. Je peux me déplacer dans une autre chambre. Et la nouvelle technologie fait que quand il y a une alarme, je peux le voir quand je suis en train d'évaluer mon autre patient (Participant 1, lignes 58-66).

Les infirmières des soins intensifs surveillent leurs patients grâce aux moniteurs cardiaques dans les chambres des patients, ainsi qu'au poste central de l'unité. Le poste central est également vitré, ce qui facilite la surveillance visuelle des patients qui sont disposés autour du poste.

Ici, avec toutes les vitres, tu peux facilement voir ton patient (...) Les chambres sont vitrées, donc si les rideaux sont ouverts, tu vois pratiquement ton patient 24 heures sur 24. Surveiller toutes les données qu'on prend par rapport à lui aussi, sur le moniteur, PVC [pression veineuse centrale], voie centrale, et physiquement aussi quand tu fais tes tournées, c'est une façon de surveiller ton patient (Participant 2, lignes 37-46).

En lien avec les activités de surveillance, l'expression *voir* est un terme qui est utilisé fréquemment par nos participants, lors de nos entretiens :

Voir tout ce qui pourrait se passer avec le patient (Participant 1, p.4, ligne 111).

Je le vois de la tête aux pieds (Participant 1, p. 5, ligne 126).

Tu vois pratiquement ton patient 24 heures sur 24 (Participant 2, p. 2, ligne 43).

Voir le patient souvent (Participant 6, p.2, lignes 49-50).

Cependant, elles expliquent que le fait d'avoir la charge de deux ou trois patients peut nuire à la surveillance visuelle de leurs patients. Les moniteurs cardiaques sont donc très utiles afin d'assurer une surveillance continue.

Je trouve que c'est difficile si tu as un patient d'un bout de l'unité à l'autre, ça fait beaucoup de va-et-vient et tu as moins de surveillance

visuelle du patient. Avec les moniteurs, ça aide à avoir une certaine surveillance (Participant 5, lignes 47-50).

Dans l'ensemble, les patients admis aux soins intensifs requièrent une surveillance accrue car ils sont à risque de complications. Leur état de santé étant critique et pouvant détériorer à n'importe quel moment, la technologie permet donc d'amplifier les activités de surveillance du personnel infirmier et ce dernier intègre celle-ci dans le cadre de ses activités quotidiennes. Il convient à ce stade-ci d'explorer quels sont les effets de toute cette technologie sur les dynamiques et les processus de soins aux soins intensifs.

5.2.4. EFFETS DE LA TECHNOLOGIE

5.2.4.1. EFFETS SUR LE PATIENT ET LA FAMILLE

Selon les participants, la technologie peut avoir des effets positifs sur les patients mais elle doit être adaptée à chacun d'entre eux. Plusieurs interventions invasives nécessitent des appareils techniques dont l'utilisation comporte des risques. Il est primordial que les infirmières connaissent bien l'équipement qu'elles emploient car il y a des risques d'erreurs s'il est mal manipulé. En partageant une expérience vécue, cette infirmière déclare, au sujet du patient:

Est-ce qu'on lui rend service en mettant de l'équipement comme ça, si les gens ne comprennent pas le but et les risques? (Participant 4, lignes 142-143).

Une autre infirmière mentionne toutefois que d'autres technologies permettent aussi d'éviter des interventions très invasives lorsque celles-ci ne sont pas nécessaires, minimisant ainsi les risques.

L'utilisation d'appareils complexes présente plusieurs avantages mais selon les participants, la majorité des patients et des familles ne connaissent pas cette technologie. De ce fait, ils affirment consacrer beaucoup de temps à l'enseignement car la technologie peut être vécue comme une expérience bouleversante et émouvante pour le patient et ses proches.

Ils [les membres de la famille] sont tellement concentrés sur tout ce qu'il y a autour, toutes les lignes qu'ils voient sur le moniteur, les chiffres pour eux c'est du chinois, c'est de l'inconnu. Ils ne comprennent pas donc dans mon travail, quand j'ai un patient qui est critique, qui a beaucoup d'équipement, avant de faire entrer la famille dans la chambre, je leur explique toujours que, oui, ça va être impressionnant (Participant 3, lignes 113-119).

Je pense qu'en fait de support à la famille, l'infirmière est là pour expliquer les choses. Elle les prépare avant d'entrer dans la chambre (Participant 4, lignes 166-168).

On essaie de dédramatiser. On essaie de leur expliquer [aux familles] qu'est-ce que la machine fait pour que les gens comprennent et les gens trouvent ça moins dramatisant [sic] effectivement. Même chose pour les pressions, les appareils, les solutés, les pompes, on explique ce qu'il y a dedans et ce que ça fait. Ça nous aide beaucoup. On a peur de ce qu'on ne connaît pas (Participant 6, lignes 153-157).

Je vais leur poser des questions [aux familles]: est-ce qu'il est rouge comme ça d'habitude? Ses pieds sont-ils enflés comme ça? Je peux demander aussi par rapport aux selles. Il va combien de fois par semaine habituellement parce que là ça fait deux jours qu'il n'est pas allé... des choses comme ça, c'est peut-être sa normale [sic]. On peut l'utiliser, quand on a la famille. Des fois il n'y en a pas mais on peut utiliser la famille comme ressource (Participant 1, lignes 134-140).

Par ailleurs, une infirmière déclare qu'il y a encore du progrès à faire quant à la participation de la famille dans les soins.

Faire participer la famille dans les soins, je pense que c'est essentiel de nos jours. Je pense qu'elles [les infirmières] pourraient s'améliorer de ce

côté-là. On a tendance à trop faire pour le patient et ne pas penser que la famille pourrait nous aider dans certaines choses (Participant 4, lignes 175-178).

Les participants expliquent qu'il est fondamental en tout temps de respecter les choix des patients et des familles. Une infirmière donne un exemple :

Il y a souvent des familles qui nous expliquent ou qui nous demandent c'est quoi tel chiffre ou telle donnée. Personnellement je leur explique ce que c'est. Si c'est des patients en fin de vie, j'essaie de ne pas mettre de moniteur, ne pas mettre de technologie auprès du patient. Je trouve que c'est plus invasif et ce n'est pas nécessaire. Mais il y a quand même des patients, des familles qui veulent vraiment qu'on continue à utiliser le moniteur jusqu'à la fin et on le respecte également (Participant 2, lignes 68-74).

La technologie permet aujourd'hui de prolonger des vies. Cependant, les effets de la technologie sur les patients sont variables et les infirmières expriment que certaines personnes âgées qui sont malades depuis plusieurs années et qui n'ont plus de qualité de vie ne profitent pas autant de cette technologie qui prolonge au contraire une vie de souffrances.

On est rendus avec tellement de technologies qui maintiennent les gens artificiellement en vie ou qui prolongent la vie des gens qui n'ont plus de qualité de vie (Participant 6, lignes 337-340).

Pour prolonger de quoi? De six mois? Avec aucune qualité de vie. (Participant 6, lignes 366-367).

Je pense que la technologie, à part de maintenir les patients en vie plus longtemps et de les faire souffrir un peu plus, ça ne changera pas grand-chose (Participant 6, lignes 347-349).

Les appareils sont là pour aider à la survie des organes mais il faut être capable de passer par-dessus et de donner les meilleurs soins de qualité au patient malgré tous les appareils qui sont là (Participant 4, lignes 238-241).

Il a été exprimé dans une entrevue que les avancées techniques sont considérablement favorables aux patients plus jeunes, dans les salles de traumatologie et dans les salles d'opération notamment.

La technologie est là mais je pense qu'elle serait plus utile pour bien d'autres types de personnes malades plutôt que des personnes âgées qui traînent depuis des années, qui ont plusieurs maladies (Participant 6, lignes 376-379).

Bien entendu, la technologie a un effet sur les patients à l'unité des soins intensifs et dans une large mesure sur leurs familles. Cependant, nous devons souligner également l'effet de ces avancées techniques sur le personnel soignant lui-même, particulièrement sur les soins infirmiers offerts aux patients dans cette unité de soins.

5.2.4.2. EFFETS SUR LE PERSONNEL INFIRMIER ET LES SOINS

Les infirmières des soins intensifs apprécient la technologie à leur disposition. Elles expriment que celle-ci améliore la vitesse des soins, permet d'économiser du temps, réduit le travail, épargne des maux de dos, permet d'obtenir de l'information plus rapidement, intensifie la précision des données et facilite la surveillance.

Ça [la technologie] réduit le temps qu'elle [l'infirmière] prendrait si elle faisait tout ça manuellement (Participant 4, lignes 104-105).

C'est sûr qu'avec les moniteurs c'est beaucoup plus facile. Présentement je trouve que c'est bien fait. Je trouve que ça va bien et on a les outils nécessaires pour surveiller nos patients adéquatement, surtout avec les moniteurs au poste qui nous indiquent les données de notre patient directement (Participant 2, lignes 51-57).

Une infirmière explique que tout cela lui permet d'assumer une plus grande charge de patients :

La nouvelle technologie aussi fait que quand il y a une alarme, je peux la voir quand je suis en train d'évaluer mon autre patient; [voir] c'est quoi qui se passe avec mon autre patient. Je peux ouvrir la page [sur le moniteur cardiaque]; ça m'aide vraiment. Comme ça, tu sais des fois les moniteurs peuvent sonner et ce n'est pas justifié. De cette façon-là, je peux évaluer vite fait et [décider] si j'ai besoin d'aller voir mon patient rapidement ou si je peux finir ce que je fais avec mon patient avant d'aller voir l'autre. À cause de cette technologie, je peux prendre soins de plus d'un patient aux soins intensifs (Participant 1, lignes 64-72).

Une infirmière affirme qu'elle ne pourrait s'en passer dans ses soins :

Je ne pourrais pas me voir prendre soins d'un patient sans aucune technologie... J'en suis devenue dépendante (Participant 5, lignes 67-69).

À cet égard, plusieurs participants suggèrent que cette dépendance envers la technologie affecte davantage les membres du personnel infirmier moins expérimentés :

Pour une nouvelle qui voit tout ça, elle va peut-être trop se fier à cette technologie-là au lieu de se fier sur ses connaissances et ses capacités à elle. C'est la seule chose que je vois, que ça peut être dangereux pour les nouvelles qui rentrent dans ce monde de technologie. Mais pour celles qui ont vu le début quand on n'avait rien, il y a eu évolution. Je sais que les machines sont là pour nous aider mais je n'aurais pas confiance à 100% sur ce que je vais recevoir comme information d'un appareil (Participant 4, lignes 274-282).

Je pense qu'avec l'expérience on prend plus confiance en nous, à parler à nos patients et les intégrer dans nos soins. Au début, j'avais un petit peu de difficulté avec ça, le fait de prendre mon patient en tant qu'être humain et pas juste un patient dont il faut surveiller les données au moniteur. Quand tu commences, t'es plus incertaine, t'as beaucoup de stress, t'as beaucoup d'insécurité. Je pense qu'avec le temps, on réussit à avoir confiance en nous puis être capable d'intégrer notre patient dans nos soins (Participant 2, lignes 133-143).

Lorsqu'une infirmière débutante est questionnée sur l'influence de la technologie qui entoure le patient, elle répond :

Ça devrait pas influencer mais dans le fond, ça peut influencer un peu parce que si tu as un patient qui est alerte et qui te parle, tu auras plus de conversations avec eux. Quand ils sont là, dans un état comateux, puis qu'ils n'ont même pas d'espoir (...) disons que le pronostic n'est pas bon, des fois on a tendance à juste dire : Ah bien ... tu sais, il n'est pas mort mais... (...) Donc je trouve peut-être qu'on respecte moins le corps ou la personne (Participant 5, lignes 144-155).

D'ailleurs, les infirmières avec plusieurs années d'expériences expriment des propos qui dévoilent une différence dans la vision des infirmières débutantes et expérimentées.

Tu peux pas dire à 20 ans que t'as 30 ans puis t'as 10 ans d'expérience. C'est impossible ça. Puis même moi je le croyais à 20 ans, mais là je vois. Je le vois que ce n'est pas pareil. Puis quand ça fait 20 ans, ça doit être encore différent, puis 30 ans, puis ainsi de suite (Participant 6, lignes 479-483).

Un autre participant suggère que les infirmières plus jeunes ont été élevées dans un environnement beaucoup plus axé sur la technologie, avant même de débiter leur formation en sciences infirmières. Ainsi, dans le monde des soins intensifs, la technologie serait un phénomène plus fascinant pour ces infirmières nouvellement diplômées.

On commence à voir les nouvelles infirmières qui sont beaucoup plus axées vers la technologie. Des appareils, c'est impressionnant et tout ça. Et même des fois, certaines d'entre elles vont oublier qu'il y a un patient. Tout comme les patients à la salle d'opération souvent, quand ils sont opérés. Même les gens qui travaillent à la salle d'opération disent qu'ils ne voient même plus le patient; c'est comme un corps qu'on opère (Participant 3, lignes 203-208).

Un participant explique ce phénomène par le fait qu'en début de carrière, les infirmières sont encore dans un processus d'apprentissage et mettent plusieurs techniques en pratique pour la première fois depuis leur formation générique.

Il y a des choses qu'elles [infirmières débutantes] ont apprises probablement à l'école mais qu'elles vont mettre en pratique juste une fois qu'elles sont ici au travail (Participant 4, lignes 255-257).

L'accent sur les aspects pratiques ou sur les appareils techniques semblerait participer à l'objectivation du patient, un sujet pertinent à l'unité des soins intensifs, qui est également en lien avec notre cadre théorique. L'objectivation sera discutée davantage au chapitre six.

À cet effet, les infirmières présentent d'autres désavantages issus de toute cette technologie avancée :

Ça met toujours le patient à risque, peu importe l'équipement. C'est invasif, bien souvent, notre équipement, donc on ne met pas des lignes artérielles pour rien aux patients, on ne met pas des cathéters à trois voies pour rien, on augmente les risques de bactériémie. Donc oui, jusqu'à un certain point, l'équipement, ça a un avantage mais d'un autre côté, ça a un désavantage pour le patient (Participant 4, lignes 148-153).

Il y a une limite aux équipements. Il faut savoir quand l'utiliser et comment bien l'utiliser. Il faut connaître l'équipement aussi pour avoir de bonnes valeurs au bout de la ligne. Si on a un appareil et on ne sait pas trop comment il fonctionne, on l'utilise de la mauvaise façon, eh bien au bout de la ligne on va avoir des mauvais résultats qui vont nuire à la surveillance du patient (Participant 4, lignes 120-125)

Cette infirmière émet par ailleurs une mise en garde contre la manière dont la technologie transforme les perceptions du personnel infirmier :

C'est peut-être trop facile de se fier complètement sur ces appareils. Ça enlève la réalité des choses (Participant 4, lignes 116-117).

En d'autres mots, les infirmières croient que la technologie, aussi indispensable soit-elle, ne peut pas remplacer leurs soins :

Il n'y a pas un appareil qui va avoir toutes ces connaissances-là, et donner des soins avec empathie, il y a juste un être humain qui peut faire ça. Donc non, je ne verrai jamais la technologie remplacer un être humain aux soins intensifs (Participant 4, lignes 293-296).

La technologie, pour tout ce que je t'ai nommé, il n'y a pas une technologie encore qui ausculte les poumons pour nous autres, qui ausculte l'abdomen, qui fait l'examen physique, qui mesure la température de la peau, qui voit une vision globale, qui fait un examen neuro. Il n'y a pas de technologie qui fait ça. Ça prend des êtres humains encore. Ils ne les ont pas encore remplacées [les infirmières] par des machines pour faire ça (Participant 6, p.8, lignes 208-213).

Ce chapitre, descriptif surtout, présente divers extraits des entrevues avec les participants à notre étude et traite dans une large mesure du rôle de l'infirmière des soins intensifs à travers ses activités quotidiennes de surveillance du patient, grâce à la technologie à sa disposition. Le prochain chapitre vise à présenter les pistes de discussion qui émergent des résultats et de leur analyse. Dans le cadre de ce chapitre, nous aurons recours à quelques extraits supplémentaires venant faire suite aux idées dans la présentation des résultats. Les écrits d'Agamben seront également repris en lien avec les résultats obtenus et des liens avec les écrits scientifiques courants seront établis.

CHAPITRE 6

ANALYSE DES DONNÉES ET DISCUSSION

Dans le chapitre précédent, les résultats découlant de nos observations ainsi que de nos entretiens ont été présentés. À cet égard, les sessions d'observations ont été réalisées préalablement aux entretiens, nous permettant de mieux comprendre certains propos et de faire des liens pertinents durant les rencontres avec les participants. Les entrevues ont ensuite été transcrites verbatim afin de poursuivre l'analyse de celles-ci. Les thèmes principaux émergeant des entrevues avec les participants ont été catégorisés de manière à organiser les idées et présenter les résultats de façon ordonnée. Notamment, les thèmes ont été séparés parmi les quatre catégories suivantes : environnement de travail, connaissances et aptitudes, rôle infirmier et effets de la technologie. Pour chacun des thèmes, plusieurs extraits des participants ont été présentés afin de concrétiser et d'appuyer l'analyse des données.

Dans le présent chapitre, nous retournons aux écrits d'Agamben et à certains éléments tirés de la recension des écrits afin de tisser des liens avec nos résultats. Entre autre, les concepts de surveillance, d'état d'exception, de *vie nue* et de biopouvoir seront repris et critiqués vis-à-vis la pratique infirmière courante à l'unité des soins intensifs étudiée. Par la suite, nous considérons les multiples implications de ce projet de recherche au regard de la pratique, l'éducation, la recherche et la gestion dans le domaine des soins infirmiers. En dernier lieu, comme dans tout autre projet de recherche, une section est réservée pour discuter des limites de l'étude.

6.1. SURVEILLANCE DU CORPS

Les résultats de cette recherche nous permettent d'affirmer que la surveillance est un concept fondamental à l'unité des soins intensifs. Johnson (2005) et Bernard (2008) partagent l'idée selon laquelle les infirmières, œuvrant en soins critiques et dans d'autres domaines, ont toujours eu le rôle de surveiller les personnes et les populations dont elles ont la charge. En effet, depuis plus d'un siècle, le rôle infirmier repose en large partie sur des activités d'observation et de surveillance, notamment depuis les travaux de Florence Nightingale.

Aux soins intensifs, les infirmières interrogées dans le cadre de la présente étude discutent invariablement de l'importance de la surveillance dans leurs soins. Elles précisent qu'à l'unité des soins intensifs, elles doivent surveiller leurs patients de façon continue et rigoureuse car ils sont instables et à risque de décompenser. Entre autres, les participants appuient les écrits de Kelly et Vincent (2010) en affirmant que les infirmières à l'unité des soins intensifs doivent faire preuve de jugement clinique et mettre en pratique leur pensée critique lors de l'interprétation des données qu'elles obtiennent de leurs activités de surveillance. Elles stipulent que la présence de l'infirmière au chevet des patients de soins intensifs est essentielle en raison de ses connaissances avancées et ses habiletés à faire des liens entre ses évaluations physiques, les résultats de tests diagnostiques et les paramètres des appareils techniques. Les propos des infirmières de cette étude montrent également qu'une meilleure surveillance est directement liée à des soins de qualité, tel que soulevé par Kelly et Vincent (2010).

En lien direct avec la surveillance, nous estimons qu'il est pertinent d'explorer plus en profondeur la perception qu'ont les infirmières de la personne malade à qui elles prodiguent des soins et qu'elles surveillent sur une base quotidienne. À cet effet, à titre de rappel, une infirmière affirmait que :

Le corps va être un outil de communication dans le fond. C'est le corps qui nous donne les informations qu'on veut savoir sur le patient (...) Je pense que le corps du patient est un outil de communication pour nous et nous révèle des signes. Les symptômes, les patients ne peuvent pas nous les décrire alors on mesure les signes. C'est mesurable, quantifiable ; c'est objectif (Participant 6, lignes 181-200).

En fait, cette infirmière corrobore l'opinion de Staples (2000) en affirmant qu'on obtient de l'information en observant. Cette observation cible notamment le corps même du patient et a pour but de déceler et de mesurer de l'information que le patient n'est pas en mesure de communiquer de son propre chef. L'infirmière a besoin d'observer ses patients afin de réaliser une collecte de données pertinente pour donner les soins nécessaires. Cette infirmière décrit donc le corps en tant qu'outil d'information, sans que n'intervienne la volonté du patient dans la transmission (ou non) de cette information.

Dans le même ordre d'idée, un autre participant rapportait quant à lui qu'il conçoit le corps comme « *quelque chose à explorer* » (Participant 1, ligne 109). Le choix du terme *explorer* évoque l'image du corps en tant que territoire qui recèle quantité d'informations que le personnel soignant doit mettre en évidence. Deleuze et Guattari (1972) parleraient certainement du corps du patient comme un territoire à « cartographier » afin d'en extraire toute donnée permettant d'accomplir un acte soignant. Que le corps soit considéré comme un *outil* ou *quelque chose à explorer*, il est intéressant de noter que dans les deux cas, le corps est réduit à l'état d'objet à la fois actif (comme

transmetteur d'information) et passif (soumis à son exploration par le regard clinique du personnel soignant).

Il est important de noter dans quelle mesure les pratiques soignantes peuvent se poursuivre même lorsque le patient est inconscient, car diverses technologies permettent le recueil de données diverses (dites objectives) qui orientent les actions infirmières. La voix et la perspective du patient ne sont donc pas essentielles en ce sens, car le corps révèle au personnel infirmier ce que ce dernier doit savoir. Par ailleurs, dans une large mesure, ces révélations peuvent se substituer aux propos des patients. Les activités d'observation et de surveillance constituent donc des actes puissants de réification du patient, c'est-à-dire de réduction de ce dernier à une entité purement concrète et décontextualisée.

En plus des termes de *surveillance* et d'*observation*, l'expression *voir*, qui est un concept récurrent dans les études de Cavallaro (1998), a été utilisé fréquemment lors de nos entretiens. Les infirmières interrogées utilisent ce terme entre autres pour expliquer la fréquence accrue à laquelle elles voient leurs patients, par exemple en évoquant le fait qu'elles les voient 24 heures sur 24. Il est important de noter que l'expression *voir* telle qu'employée par les participants inclut l'observation du patient de la tête aux pieds aussi bien que l'évaluation des appareils techniques. Les participants n'associent pas nécessairement cette activité à une quelconque forme de pouvoir ou de contrôle exercé envers les patients. *Voir* est plutôt décrit comme une activité neutre faisant « naturellement » partie du devoir d'observer et de surveiller les signes de progrès ou de détérioration afin d'offrir des soins de qualité aux patients.

Nous remarquons de grandes similitudes entre cette observation continue des patients et les principes du panopticon de Bentham. En effet, les patients sont vus et surveillés continuellement et ce, sans nécessairement en être conscients. Notamment, nos observations nous ont permis de comparer l'unité des soins intensifs de notre étude au modèle « entouré » établi par Catrambone et ses collègues (2009). Les infirmières exercent donc dans un milieu qui favorise la visibilité continue des patients grâce à la disposition des chambres autour d'un poste central. Les multiples moniteurs installés au poste des infirmières ainsi que les fenêtres et les portes vitrées des chambres des patients préconisent également une surveillance continue des patients de l'unité. S'il est reconnu que ce milieu préconise la visibilité des patients, nous allons plus loin encore et proposons qu'il dépend même de cette visibilité. En effet, une unité des soins intensifs ne pourrait exister sans cette visibilité du patient et, à ce titre, il n'est pas surprenant que divers processus soignants et administratifs contribuent à l'intensifier. Par exemple, il convient de souligner, à l'instar de Perron & Holmes (2011), que certaines activités infirmières favorisent à leur manière la visibilité du patient à travers le recueil et la documentation d'une foule d'information qui est transmise et reproduite pour d'autres membres de l'équipe soignante. Ainsi, bien que ceci n'ait pas été soulevé par nos participants, on peut aisément saisir dans quelle mesure les paramètres fournis par les moniteurs et consignés dans les dossiers contribuent à amplifier la visibilité du patient vis-à-vis les autres professionnels de la santé, et le personnel soignant joue un rôle-pivot à cet égard.

Ces éléments renforcent l'idée selon laquelle le corps est objectivé dans la pratique quotidienne du personnel infirmier grâce à ces activités d'observation (Staples, 2000). Cavallaro (1998) évoque le fait que l'observation d'une personne mène à

l'objectivation de celle-ci, à un point tel qu'elle constitue alors un objet à gouverner. En ce sens, il n'y a pas de mention explicite de pouvoir ou de contrôle par les participants dans les entrevues réalisées. Ceux-ci décrivent plutôt le corps malade à l'unité des soins intensifs comme *un tout, une priorité, un être humain, et une personne malade qui a besoin d'être soignée*. Bien entendu, ce type de formulation est congruent avec les écrits actuels en sciences infirmières, selon lesquels la dimension humaine des soins doit être priorisée en tout temps (Kérouac et al, 2003; OIIO, 2009). Les propos des participants attestent du fait que les questions de pouvoir demeurent absentes du discours du personnel infirmier, bien que les activités soignantes de celui-ci comportent une dimension politique importante.

Dans une certaine mesure, le personnel infirmier interrogé dans notre étude est conscient de ce processus d'objectivation facilité par les technologies actuelles. Ainsi, malgré les frustrations qui peuvent en découler, il décrit la nécessité de voir et de prendre soins des patients de façon globale. Ce thème de globalité est évoqué dans plusieurs entrevues. Malgré la technologie qui entoure les patients, les participants affirment que le patient est leur priorité. La technologie est décrite comme étant très utile mais secondaire. Si une alarme sonne, ils affirment regarder le patient d'abord puis analyser l'équipement ensuite. Ils décrivent également parler au patient même si celui-ci est ventilé et sous sédation, dans un souci de préservation de sa dignité.

Les résultats de la présente étude semblent donc aller à l'encontre des conclusions d'Almerud et collègues, selon qui les qualités infirmières d'écoute active et de développement de liens de confiance ne sont plus considérées comme des interventions prioritaires dans un milieu où la technologie est de niveau avancé (Almerud et al, 2008a).

Au contraire, les participants décrivent un processus de priorisation des patients malgré la surcharge de travail et la technologie dans leur routine quotidienne.

C'est un être humain. On doit quand même lui parler même s'il est ventilé, même s'il est branché de partout, il ne faut jamais oublier ça. Pour moi [le fait d'être branché] c'est secondaire. Pas dans le sens que ce n'est pas important mais le patient est toujours ma priorité avant tous les appareils qui l'entourent. Il ne faut jamais oublier ça (Participant 3, lignes 130-134).

Toutefois, au-delà des propos d'Almerud et de ses collaborateurs (2008a), plusieurs écrits en sciences infirmières remettent en question la dominance de ce discours dans un milieu où la place est laissée à la technologie, tel qu'à l'unité des soins intensifs. Ces écrits soulignent la dimension politique du soin, qui se trouve dissimulée par les objectifs bienfaisants et humanistes de ce dernier (Perron et al, 2005). Il faut considérer que nombre de théories infirmières encouragent une approche humaniste des soins et centrée sur le patient (Kérouac et al, 2003). Cependant, Cloyes (2010) suggère le fait que les infirmières participent plutôt à la création de la *vie nue* par l'entremise de leurs soins et d'interventions menant à l'objectivation du patient. Alasad (2002) se montre du même avis en précisant que l'attention portée sur l'équipement technique dans les milieux de soins mène les infirmières à négliger la dimension humaniste de leurs pratiques soignantes.

À cet égard, particulièrement à l'unité des soins intensifs, Bernardo (1998) affirme que la place accordée à la technologie dans les milieux de soins influence malgré nous la relation infirmière-patient. Par exemple, les soins et les interventions axés sur la survie du patient deviennent inmanquablement la priorité dans un milieu de soins critiques où les patients sont dans un état de santé instable (Beeby, 2000a). Les participants de notre étude

soulignent eux aussi une priorité envers la stabilité hémodynamique du patient et leur habileté à réagir rapidement et efficacement lors de situations d'urgence. Les infirmières interrogées partagent le fait qu'elles suivent des formations avancées précisément dans le but d'apprendre à manipuler la technologie qui sert à sauver des vies. Les propos de nos participants se contredisent donc quelque peu dans la mesure où ils affirment prioriser à tout prix leurs patients alors que leur attention est fortement portée vers les priorités de survie, tel que suggéré dans les écrits courants.

Dans le même ordre d'idées, les participants à l'étude de Beeby (2000b) expriment plusieurs frustrations par rapport à la relation humaniste qui est attendue des infirmières. Ils soulignent entre autre que les patients sous sédation ou souffrant d'hypoxémie à l'unité des soins intensifs ne répondent pas toujours à la communication verbale et peuvent parfois être agités et agressifs, sans nécessairement s'en rendre compte. Beeby (2000b) rapporte donc que l'aspect de *caring* dans les soins infirmiers diminue lorsque ce genre de frustration est vécue chez le personnel soignant. Ainsi, selon ses résultats, le *caring* en milieu de soins critiques se limite principalement à répondre aux besoins du patient et à représenter celui-ci lors des rencontres de l'équipe soignante. De ce fait, une des activités essentielles pratiquées par les infirmières de soins intensifs de son étude semble être les soins liés aux interventions technologiques (Beeby, 2000b).

Les participants de notre étude soutiennent également le fait qu'ils ne peuvent s'éloigner de la nature des soins axés sur la technologie dans une unité de soins intensifs. Ils expliquent que la dimension humaniste des soins est affectée par la présence accrue de la technologie avancée. Les nouveaux apprentissages et les premières expositions aux appareils techniques sont des exemples, qui, selon eux, semblent nuire à la priorisation

des patients. Ainsi, les participants à notre étude partagent certaines des idées d'Almerud et ses collaborateurs (2008b). Ils soutiennent par ailleurs qu'avec les années d'expérience, il est plus facile de saisir une image entière des patients, c'est-à-dire qui inclut à la fois le patient et les appareils techniques. Avec le temps, il deviendrait plus « naturel » et aisé pour les infirmières d'axer les soins sur la personne au lieu de confiner ceux-ci aux données issues des appareils technologiques.

Les infirmières plus jeunes de cette étude expliquent qu'avec l'expérience, elles améliorent leur confiance en elles. En débutant à l'unité des soins intensifs, elles ressentent plus de stress et éprouvent des difficultés à intégrer le patient dans les soins selon une approche humaniste et ce, dû à l'ampleur de la technologie et au rôle central qu'elle joue dans cette unité. À titre de rappel, lorsqu'une infirmière débutante est questionnée sur l'influence des machines qui entourent le patient, elle répond :

Ça devrait pas influencer mais dans le fond, ça peut influencer un peu parce que si t'as un patient qui est alerte et qui te parle, t'auras plus de conversations avec eux. Quand ils sont là, dans un état comateux, puis qu'ils n'ont même pas d'espoir (...). Disons que le pronostic n'est pas bon. Des fois on a tendance à juste dire : Ah bien ... tu sais, il n'est pas mort mais... (...) Donc je trouve peut-être qu'on respecte moins le corps ou la personne (Participant 5, lignes 144-155).

De leur côté, les infirmières avec plusieurs années d'expériences à l'unité des soins intensifs formulent des propos qui dévoilent une différence entre la vision des infirmières débutantes et celle des infirmières expérimentées. Selon ces participants, les infirmières nouvellement diplômées mettent en pratique plusieurs techniques et font face à plusieurs situations cliniques pour la première fois depuis qu'elles ont suivi leur formation infirmière. Cela peut jouer sur la perception qu'elles ont vis-à-vis le patient

entouré d'équipement technique. Les infirmières expérimentées soulignent que l'expérience clinique vaut pour beaucoup et qu'elle s'acquiert grâce à de multiples années de pratique. Par ailleurs, elles partagent leurs craintes face à un futur de plus en plus axé sur la technologie et l'impact que cela aura sur les nouvelles infirmières. Selon elles, étant donné que la technologie avancée dans un milieu de soins intensifs peut être effectivement impressionnante, les infirmières débutantes risquent de trop se fier sur les appareils techniques et moins sur leurs connaissances et, par conséquent, « oublier » jusqu'à un certain point le patient dont elles ont la charge.

Les réflexions de ces participants font écho aux éléments soulevés plus tôt au regard de l'objectivation des patients par le biais de la technologie. Le travail quotidien des infirmières auprès de la technologie soulève donc selon nous des notions de biopouvoir et de *vie nue*, en lien avec notre cadre théorique.

6.2. ÉTAT D'EXCEPTION

Au chapitre trois, nous avons comparé l'unité des soins intensifs à un état d'exception, selon les écrits d'Agamben. À l'intérieur de cet état d'exception, les lois sont modifiées ou suspendues, notamment dans des circonstances exceptionnelles, comme lors d'une menace à l'état. Toutefois, en lien avec notre étude, nous élaborons l'idée selon laquelle les lois sont altérées lors de situations dites urgentes. Ainsi, pendant cette période d'exception, les lois de protection des droits civils et divins peuvent être suspendues, donnant ainsi naissance à l'*homo sacer* (homme sacré), qui est assujéti au pouvoir souverain qui se fait reconnaître. Selon les travaux d'Agamben, l'*homo sacer* représente une vie qui peut être tuée sans que cet acte ne soit reconnu comme un meurtre. Dans le

cadre de ce projet, nous établissons des similitudes entre cet homme sacré et le patient dans un état comateux admis à l'unité des soins intensifs et qui se trouve à mi-chemin entre la vie et la mort. Par le fait même, nous le considérons à l'extérieur de l'ordre politique normal.

Cet *homo sacer* à l'unité des soins intensifs est considéré comme une vie sacrée qui est régulée par le personnel soignant. Les ordonnances médicales, les interventions infirmières, ainsi que la manipulation des paramètres des appareils techniques sont hors de son contrôle. La survie des organes vitaux et le retour à une stabilité hémodynamique deviennent la priorité de l'équipe soignante, tout particulièrement dans une situation d'urgence. Selon le discours des participants à notre étude, les infirmières à l'unité des soins intensifs valorisent l'approche humaniste des soins mais affirment également que la commodité de la technologie avancée, et la nature des soins qui l'accompagnent, participent à la perception qu'ont les infirmières de ne soigner qu'un corps, une entité biologique. Cette conception est particulièrement pertinente lorsqu'un patient est en situation de crise, d'arrêt cardiaque ou simplement dans un état de santé instable. Le corps et le fonctionnement de ses organes servent alors d'outils de communication au personnel infirmier. Grâce à la surveillance continue, le corps révèle des indices objectifs et mesurables qui guident le personnel soignant dans le choix de ses interventions. Dans ce contexte, l'équipe soigne donc un corps dénudé de son statut politique. Selon Cloyes, « la mort d'une telle personne serait donc toujours banale, même insignifiante, car elle indiquerait la fin d'une simple vie (*zoé*) plutôt que la destruction d'un vrai citoyen (*bios*) » (Cloyes, 2010, p.236, traduction libre).

La période en fin de vie est un moment difficile vécu à l'unité des soins intensifs. Elle amène le personnel soignant, la famille, ainsi que le patient (selon les circonstances), à prendre des décisions en lien avec les traitements médicaux. Le patient n'a pas toujours un mot à dire sur le choix de traitement et ne peut pas nécessairement décider du moment où les traitements seront cessés. La décision revient donc à l'équipe médicale et aux membres de la famille ou au mandataire de soins désigné. Par conséquent, l'interruption des traitements médicaux peut mener à la mort, un processus qui peut être très rapide dans certains cas. Nous soulevons donc que la prise de décision à l'unité des soins intensifs par des entités autres que le patient lui-même est comparable au pouvoir souverain décrit par Agamben – un pouvoir qui peut décider de la « mise à mort » d'une vie sans être inquiété. Ce pouvoir sur la vie d'un patient réduit donc celle-ci à une *vie nue*.

6.3. VIE NUE ET BIOPOUVOIR

Le dilemme éthique le plus courant à l'unité des soins intensifs est la prise de décision concernant le choix de traitements ainsi que la clarification du statut de réanimation. Les travaux d'Agamben au sujet de la *vie nue* s'accordent aisément avec cette problématique. Nous rappelons qu'Agamben décrit la *vie nue* comme une personne qui n'a qu'une dimension *zoé*, réduite à sa plus simple expression, à savoir un corps humain biologique, sans dessein politique. S'exprimant au sujet du milieu hospitalier, Georges (2008) propose que « les infirmières participent au maintien de la marge entre *zoé* et *bios* et qu'elles essaient continuellement de se positionner du côté du *bios* [la façon dont une personne décide de vivre, guidée par ses valeurs, ses opinions, ses droits et sa liberté] de cette marge » (Georges, 2008. p.10, traduction libre, [ajout personnel]). Les participants de la présente étude corroborent les propos de Georges en disant respecter

l'opinion, les valeurs, les croyances et la religion de leurs patients. Malgré le fait que la fin de vie semble être un sujet sensible pour les infirmières de notre étude, celles-ci affirment supporter le patient et la famille dans le processus de la mort.

Les patients à l'unité des soins intensifs se trouvent dans un état comateux pour une période indéterminée. Agamben (1998) considère que ces personnes sont prises dans un espace entre la vie et la mort. De ce fait, la question de qualité de vie est soulevée par nos participants. Le concept de la qualité de vie est subjectif et les participants interrogés ont leur propre idée de ce que devrait être une bonne qualité de vie dans un contexte de soins intensifs. Ils expriment toutefois la nécessité de rester neutre et ouvert vis-à-vis la définition de la qualité de vie de leur clientèle afin de respecter les décisions de celle-ci. L'expression *qualité de vie* a été utilisée à maintes reprises bien qu'aucune définition n'ait été fournie par les participants lors des entretiens, ce qui sous-entend un certain consensus au regard de l'importance de ce concept dans un contexte de soins intensifs.

Plusieurs auteurs ont soulevé le fait que la qualité de vie des patients à l'unité des soins intensifs est fréquemment ignorée (Bu et Jezewski, 2006; Ravenscroft et Dominic Bell, 2000). Inversement, les participants de notre étude estiment avoir un rôle important à jouer dans le maintien d'une certaine qualité de vie pour chacun de leurs patients. Par exemple, la clientèle admise dans l'unité étudiée est majoritairement très âgée et les infirmières mettent en pratique leur rôle d'avocate en cherchant à mettre fin à la souffrance de leurs patients, occasionnée par la prolongation de la vie suite aux interventions permises par les avancées techniques (Browning, 2010). À cet effet, les infirmières de notre milieu d'étude évoquent leur capacité à agir comme avocats des patients afin de remplir cet objectif soignant. Nous rappelons d'ailleurs que les travaux

d'Agamben renforcent le lien entre le rôle d'avocat de l'infirmière à l'unité des soins intensifs et le pouvoir sur la vie des patients.

En lien avec ce qui précède, Cloyes fait part du fait que « nous sommes tous potentiellement des *vie nues* » (Cloyes, 2010, p. 238, traduction libre). Elle poursuit en expliquant que le pouvoir sur la vie émerge différemment, dépendant où nous sommes positionnés en relation avec le pouvoir politique. En ce sens, nous estimons que les patients à l'unité des soins intensifs sont « naturellement » à risque d'être perçus comme des *vie nues* compte tenu de la position autoritaire assumée par le personnel soignant. Par ce fait même, ces patients (et tout particulièrement les patients dans un état comateux) sont entièrement dépendants des soins médicaux et infirmiers. Cette dépendance s'étend indéniablement aux multiples appareils techniques qui servent typiquement au maintien de la survie.

Dans le cadre de notre projet de recherche, une certaine tension émerge entre le pouvoir exercé par l'équipe médicale et le personnel infirmier. Notamment, dans les propos des participants, il semble que ce soit généralement les médecins qui prennent les décisions avec les familles en fin de vie et eux encore qui ne peuvent ou ne veulent pas *laisser aller* ou laisser mourir une personne. Plusieurs participants ont évoqué être souvent en désaccord avec ce type de décision et considérer la prééminence de la décision médicale comme un obstacle à la concrétisation de leur rôle d'avocat et, ultimement, comme un facteur pouvant affecter négativement la qualité de vie des patients.

Cette tension révèle, de différentes manières, la dimension politique de la pratique infirmière à l'unité des soins intensifs. Les propos recueillis suggèrent que, contrairement

au personnel infirmier, certains médecins et techniciens focalisent leur pratique professionnelle selon une vision axée sur le *zoé* plutôt que le *bios* de la personne malade. À la lumière des propos des participants et en nous appuyant sur le concept de souveraineté à la base de la notion du biopouvoir d'Agamben, nous estimons que ces médecins exercent un pouvoir souverain par le biais de leur pratique médicale. Ils réduisent la personne malade, et tout particulièrement le corps humain dans un état comateux, à un statut d'existence physique seulement. Autrement dit, le personnel soignant dispose du droit de toucher, d'évaluer, de surveiller et de manipuler les différents systèmes physiologiques du corps, perçu comme une *vie nue*, c'est-à-dire, réduit à l'existence pure de *zoé*. Par contre, il a un pouvoir limité dans la manière dont cette existence *zoé* peut être négociée et rétablie comme une entité *bios*. La négociation de la démarcation du *zoé* et du *bios*, et la position du patient de part ou d'autre de celle-ci, relève donc de la pratique du personnel infirmier, et notamment de la capacité de celui-ci à remplir son mandat d'avocat du patient auprès de l'équipe médicale.

Encore une fois, la technologie constitue un facteur significatif de condition d'existence du *zoé*, car elle permet de contrôler les paramètres vitaux des patients indépendamment des actions ou des désirs de ceux-ci. Elle permet le maintien et la survie d'une enveloppe biologique exempte de perspective et d'intention. À ce titre, nous la considérons comme un dispositif politique à part entière des soins intensifs. La technologie est primordiale au fonctionnement d'une unité de cette haute spécialité. En soulignant l'importance d'inclure la famille dans la prise de décision en fin de vie, les participants de notre étude expriment donc le processus de négociation qui permet de repousser les possibilités d'existence du *zoé* et de faire valoir la dimension *bios* de la

personne malade, dimension qui semble négligée dans les décisions médicales évoquées par les participants de notre étude.

Cette négociation qui implique la famille ne se fait pas sans difficulté. Les participants semblent être tourmentés par le fait qu'ils doivent honorer la qualité de vie et les valeurs de leurs patients, tout en respectant les limites du rôle infirmier vis-à-vis celui du médecin. Certains craignent de dévoiler trop d'information médicale aux familles, notamment par rapport aux diagnostics médicaux ou aux pronostics puisque c'est au médecin de divulguer ce genre de renseignement. Il semble ainsi difficile pour les participants de participer aux processus de prise de décision pour un patient dans un état comateux, s'ils n'abordent pas certains sujets avec les membres de la famille. Ces propos sont semblables aux discours des participants à l'étude de McMillen (2007), selon lesquels la prise de décisions chez des patients en fin de vie ne fait pas vraiment partie du rôle infirmier. Là aussi, la dimension politique des soins infirmiers émerge car le champ (légal) d'exercice infirmier joue un rôle au premier plan dans les conditions de possibilités du soin.

La manière dont le personnel infirmier perçoit le corps, assisté par des appareils multiples et qui a peu d'espoir de survie, peut influencer selon nous l'ampleur et la portée du rôle infirmier d'avocat. Cloyes (2010) se questionne par exemple à savoir quelle vie mérite d'être sauvée ou prolongée. Comment arrivons-nous à prendre ce genre de décision? Ce questionnement nous ramène à la perception différente des infirmières face à leur rôle comme avocates du patient. Chaque membre infirmier a une manière qui lui est propre de percevoir le corps d'un patient, tout comme chacun possède une opinion

personnelle sur la qualité de vie. Nous ramenons ici un extrait d'un participant qui illustre très clairement son opinion face à ce genre de dilemme :

Ce n'est pas juste des jeunes qui se blessent ou qui ont le cancer. Là, on se bat pour une vie qui en vaut plus la peine comparé à quelqu'un qui a fumé toute sa vie, qui a bu toute sa vie, qui est rendu à quatre-vingt ans, qui a les poumons finis, qui fait de l'emphysème, qui a une liste d'antécédents longue comme un bras, mais qui veut vivre. C'est son droit. C'est un choix de société. Puis là, il faut s'acharner dessus, occuper un lit, puis dépenser des millions de dollars sur ce patient-là pour prolonger de quoi? De six mois? Avec aucune qualité de vie (Participant 6, lignes 359-367).

Il nous est impossible de déterminer dans quelle mesure le personnel soignant peut demeurer neutre et objectif par rapport à ses valeurs propres, tel que reflété dans l'extrait ci-dessus. De telles valeurs pourraient avoir une incidence sur la manière dont le personnel infirmier s'acquitte de son rôle d'avocat. Une recherche future pourrait se pencher sur cette question et spécifier plus précisément le rôle d'avocat face aux décisions prises pour un patient dans un état comateux dans des milieux de soins où la technologie joue un rôle important.

Dans l'intention de présenter d'autres pistes de recherche futures, nous nous devons de discuter des autres implications de notre projet dans les différents domaines de la pratique infirmière. Toutefois, il nous faut d'abord discuter des limites de la présente étude.

6.4. LIMITES DE L'ETUDE

Ce projet de recherche de nature ethnographique présente quelques limites. D'abord, il convient de rappeler que nous connaissions préalablement le milieu d'étude et les participants. Si cela a grandement facilité la réalisation de ce projet de recherche, cela

a pu également introduire des biais dans la collecte et l'analyse des données. Malgré nos intentions de rester neutre, le savoir que nous avons construit à travers ce projet est basé sur notre perception et selon notre interprétation des données. Nous ne pouvons ignorer le fait que nous avons une expérience préalable dans le milieu choisi mais nous pouvons toutefois limiter les biais.

Nos notions préalables nous ont permis de créer des liens significatifs entre la théorie et la pratique à l'unité des soins intensifs et d'explorer certains aspects du milieu auxquels un chercheur « étranger » n'aurait pas été sensibilisé. Par exemple, lors de l'observation du milieu, l'unité des soins intensifs à l'étude s'est vue moins perturbée par la présence d'un chercheur qui n'était pas étranger. Par ailleurs, lors des entrevues, nous étions sensible à certains sujets abordés, tels que la lourde charge de travail des infirmières et les besoins d'intervenir dans des situations d'urgence. De plus, nous étions familière avec le vocabulaire en lien avec la technologie avancée utilisé par les participants lors des entrevues. Les participants étaient confortables et ouverts à discuter de leur pratique infirmière grâce à l'établissement de longue date d'un lien de confiance. Le tout a facilité le fil des entretiens, la transcription verbatim de ceux-ci ainsi que l'analyse des résultats. Nous sommes consciente que nos conclusions ne reflètent pas une vérité absolue mais nous sommes d'avis que nos résultats participent tout de même au développement des savoirs de la discipline infirmière.

Pour compléter notre collecte de données, nous avons procédé à des entrevues avec six infirmières du milieu choisi. La saturation des données a été rapidement atteinte au cours des entrevues, alors que les participants exprimaient des opinions uniformes au regard de leurs perceptions du patient et de leur rôle clinique dans un contexte de soins

intensifs. Toutefois, le fait que la presque totalité des informants ait été des femmes peut avoir joué un rôle dans le contenu des propos exprimés. Toutefois, avec un seul informant masculin, nos données ne nous ont pas permis de dégager des dynamiques de genre entre infirmières et infirmiers.

Dernièrement, les résultats de cette recherche reflètent les perspectives du personnel infirmier d'une seule unité de soins intensifs. Les résultats ne sont donc pas nécessairement représentatifs de tous les milieux de la même spécialité car ils demeurent contextualisés. À cet effet, nos résultats peuvent être transférables à des milieux semblables, mais ne prétendent pas être généralisables. Une étude auprès d'un plus grand nombre de participants et dans plus d'un milieu de soins intensifs pourrait permettre de tirer des conclusions plus riches qui reflètent davantage différents milieux. À la lumière des principes qui sous-tendent la recherche qualitative, nous ne considérons pas cette contextualisation comme une limite à proprement parler, mais plutôt comme une considération importante de la lecture des résultats de notre analyse. Nous ne désirons pas nous positionner en tant qu'accessoire ou instrument impartial par le biais duquel ces résultats ont pu être « découverts ». Dans le cadre de la recherche qualitative, la construction du savoir dérive de la réalité que le chercheur construit en collaboration avec son milieu de recherche. Tout comme Allen et Cloyes (2005), nous estimons donc que notre rôle dans le cadre de ce projet ne réside pas dans la révélation de certains savoirs, mais dans la production active de ces savoirs.

6.5. IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE, L'ÉDUCATION, LA RECHERCHE ET LA GESTION

La technologie à l'unité des soins intensifs est fréquemment évoquée comme un atout. Il a été dit plusieurs fois qu'il est impossible pour les infirmières de fonctionner sans la technologie avancée dans une unité de telle spécialité. Cependant, les infirmières soulignent que leurs connaissances et expériences diversifiées ne pourraient en aucun cas être remplacées par des appareils et des techniciens. Les infirmières font valoir leur place au chevet du patient à l'unité des soins intensifs. Par exemple, elles articulent de manière soutenue la nécessité pour le personnel infirmier de poser des jugements cliniques face aux paramètres des appareils techniques. Il a besoin de juger de la signification des valeurs et choisir la meilleure intervention pour le patient, en considérant l'histoire médicale et familiale de ce dernier, les résultats de tests diagnostiques et l'instabilité hémodynamique, tout en respectant ses valeurs et croyances. Les participants sont conscients de l'évolution constante du rôle infirmier dans les milieux de soins mais ils sont persuadés qu'une unité de soins intensifs ne pourrait exister sans personnel infirmier.

6.5.1. PRATIQUE

Nous croyons que cette recherche permet aux infirmières de prendre conscience de leur rôle d'avocate et leur implication dans la prise de décision lorsqu'elles soignent des patients dans un état comateux. À la lumière des résultats, elles peuvent également concevoir dans quelle mesure le rôle d'avocat est dépendant de relations de pouvoir préétablies dans les unités de soins critiques, notamment en ce qui a trait aux interactions interprofessionnelles. Dans le contexte actuel qui prône la collaboration interdisciplinaire à tous les niveaux des soins de santé, cette réflexion critique peut donc permettre de

mieux définir le rôle de l'infirmière à l'unité des soins intensifs vis-à-vis les autres professionnels de la santé, incluant les médecins. Nous croyons que ce projet peut amener les infirmières à évaluer leur place au sein d'une équipe de soins, tout particulièrement dans le processus de prise de décision des patients et à saisir dans quelle mesure des entités non-humaines, telles que la technologie de pointe, joue un rôle déterminant à cet effet.

Notre projet discute considérablement du concept d'objectivation du patient en lien avec la technologie avancée à l'unité des soins intensifs. Cette étude permet donc aux infirmières de prendre conscience des risques d'objectivation du patient dans ce genre d'unité de soins et de remettre en question leurs interventions quotidiennes dans l'optique des risques probables. Les avancées technologiques actuelles sont habituellement perçues comme étant bénéfiques pour les patients et le personnel soignant. Toutefois, à la lumière des écrits recensés et des propos obtenus, la technologie suscite une certaine ambivalence. Ainsi, il est clair que la réduction d'un patient à l'état d'objet par le biais de la technologie constitue un enjeu préoccupant, tout particulièrement pour la profession infirmière qui prône des soins humains et individualisés. En tant que milieu qui s'est développé précisément autour de la technologie, il n'est pas surprenant que les soins intensifs soient particulièrement à risque de donner lieu à des interventions qui négligent la réalité humaine des patients et que soient priorisées des données et des décisions qui tournent autour d'impératifs technologiques.

À cet effet, nos résultats suscitent une sensibilisation au processus d'apprentissage des infirmières à l'égard d'une vision globale du patient face à la technologie. Tel qu'articulé dans nos résultats, l'infirmière avec plus d'expérience apprend à moins

considérer les appareils techniques autour du patient afin de voir le patient comme un tout, incluant la dimension *zoé* et *bios*, telles que définies par Agamben. Il faut donc reconnaître le fait que des infirmières nouvellement diplômées ou avec peu d'expérience dans le milieu peuvent percevoir une forte pression à maîtriser rapidement l'environnement technique et, du coup, délaissé d'autres aspects soignants, par exemple, l'interaction avec les patients, incluant les patients dans un état comateux. Le mentorat et le soutien de telles infirmières est donc primordial afin que la dimension humaine du soin en milieu intensif ne soit pas négligée au profit de considérations technologiques. Nous prévoyons donc la réitération de la mise en valeur de cette dimension humaine du soin infirmier dans les milieux de soins intensifs. Cette dimension se manifeste dans la pratique elle-même. Toutefois, l'éducation du personnel infirmier joue également un rôle décisif à ce niveau.

6.5.2. ÉDUCATION

La formation de base en soins infirmiers n'offre pas nécessairement la possibilité aux étudiantes de faire des stages cliniques en milieux de soins critiques. Dès lors, elles ne sont peut-être pas exposées à la pratique infirmière dans des contextes de soins où la technologie avancée est présente. Tel que souligné par les participants de notre étude, les infirmières nouvellement diplômées sont particulièrement à risque d'objectiver leurs patients à travers la technologie. Nous identifions un besoin de mieux préparer les étudiantes infirmières aux soins axés sur la technologie, tout en priorisant la dimension humaniste du soin. Nous estimons également qu'il y a une nécessité d'enseigner aux infirmières pratiquant dans tous les milieux dans quelle mesure la technologie constitue un enjeu politique et en quoi le rôle infirmier d'avocat des patients est primordial. La

dimension politique du soin se jouant aussi sur le plan des interactions professionnelles, il s'avère essentiel d'inculquer aux futures infirmiers et infirmières de meilleures habiletés de communication et de négociation, ce qui amènerait certainement ces derniers à développer un plus haut niveau de confort afin de jouer ce rôle d'avocat et faire valoir les désirs du patient et de la famille.

La dimension politique du soin est cruciale car elle influence les décisions prises par l'équipe soignante, incluant le personnel infirmier, les patients et leurs familles et ce, souvent à leur insu. Il n'est donc pas surprenant que les participants de notre étude n'évoquent pas leurs interventions soignantes en tant que pratiques politiques. Par exemple, la surveillance et le rôle d'avocat du patient sont présentés sous des angles cliniques et humanistes plutôt que politiques pour justifier leur importance. Il demeure donc une certaine réticence en sciences infirmières à s'engager dans des réflexions politiques (Des Jardin, 2001). Afin de pallier à cette lacune, plusieurs auteurs évoquent la nécessité d'incorporer l'enseignement de fondements politiques dès le niveau de baccalauréat infirmier (Hahn, 2010). Nous souscrivons à cette suggestion et estimons qu'il est nécessaire pour les éducateurs de souligner les différentes facettes du politique, selon que l'on pratique en milieu communautaire ou hospitalier, comme par exemple aux soins intensifs.

Dans le même ordre d'idée, l'introduction de cadres théoriques politiques tout au long de la formation infirmière (premier, deuxième ou troisième cycles) constitue un pas supplémentaire vers le développement et la consolidation d'une conscience politique au sein de la profession. Le cadre théorique choisi pour notre étude, par exemple, permet la remise en question des structures de soins actuelles aux soins intensifs. Toutefois, l'utilité

des travaux d'Agamben dépasse les milieux de soins critiques et s'étend à tout milieu clinique où le personnel soignant peut suspendre les droits d'un patient ou réduire ce dernier à l'état d'entité biologique (apolitique) qu'il faut contrôler (ex : santé mentale, santé publique, soins de longue durée, etc.).

L'incorporation de travaux théoriques dans la formation infirmière permet de réfléchir de manière critique sur des enjeux communs en sciences infirmières (ex : les questions relatives à la qualité de vie, le rôle de la technologie avancée dans les soins infirmiers, le rôle infirmier dans les décisions relatives à la fin de vie, la collaboration interprofessionnelle, etc.) et de cerner les implications de ces enjeux pour la discipline et la profession infirmières. Il va sans dire que de tels outils jouent également un rôle essentiel dans la recherche infirmière.

6.5.3. RECHERCHE

Les écrits d'Agamben sont très peu utilisés dans la littérature infirmière et en soins de santé en général. Nous estimons qu'il serait très pertinent d'incorporer celles-ci dans plus d'études qui s'intéressent aux soins de fin de vie et au rôle des divers professionnels de la santé, non seulement dans les unités de soins intensifs mais également dans d'autres spécialités telles que les soins de longue durée et les soins palliatifs. Un cadre théorique critique, particulièrement s'il traite du concept de pouvoir, permet de remettre en question certaines pratiques soignantes/médicales qui demeurent, encore aujourd'hui, peu problématisées dans les milieux de soins. La nature d'un cadre théorique critique permet au chercheur de creuser plus loin et d'élaborer en détails des notions pouvant être normalisées ou prises pour acquis par le personnel infirmier, telles que la place accordée à

la technologie dans les soins de santé actuels et la prééminence persistante chez plusieurs membres de l'équipe médicale d'une vision objectivée du corps du patient. Les théories d'Agamben par exemple occasionnent une prise de conscience chez les infirmières dans les milieux de soins critiques en exposant les limites du rôle d'avocat ainsi que des discours humanistes de soins.

Par ailleurs, pour des recherches futures, nous suggérons de reprendre les questions de recherche abordées ici et de les reconduire dans une étude incluant un plus grand échantillon de participants obtenus de plusieurs milieux de soins intensifs. Nous sommes d'avis que les concepts de surveillance, de prise de décision et de rôle d'avocat de l'infirmière à l'unité des soins intensifs se prêtent bien à une recherche de type qualitatif avec une variété de participants. Par exemple, une étude comparative incluant d'autres groupes professionnels tels que les médecins, de même que des patients et des membres de leurs familles, permettrait de déterminer des tendances propres à la pratique infirmière et de développer les connaissances actuelles au sujet de la technologie, des dilemmes qu'elle occasionne (notamment par rapport aux soins en fin de vie) et de son influence sur les rapports soignants. Nous supposons que la diversité des données recueillies permettrait de mieux comprendre les enjeux vécus par le personnel infirmier sur les unités de soins, surtout si le projet est développé sous un angle critique.

Il serait par ailleurs pertinent d'explorer davantage la pratique des infirmières nouvellement diplômées en relation avec la technologie et d'examiner le processus évoqué par nos participants selon lequel elles délaisseraient la dimension humaine de leurs soins au profit d'évaluations et d'interventions axées sur les appareils techniques. Des liens intéressants pourraient se tisser, par exemple, entre la préparation au marché du

travail et la perception qu'ont les infirmières débutantes face aux soins axés sur la technologie.

En lien avec les avenues de recherches possibles évoquées ici, nous suggérons qu'elles se prêtent bien à des études qui reprennent les écrits d'Agamben et ses concepts de *vie nue*, d'état d'exception et de pouvoir souverain. D'autres auteurs critiques se prêtent aussi à des recherches qui s'intéressent aux questions du corps et de sa relation avec la technologie. C'est le cas d'auteurs tels que Haraway (1991), qui elle aussi demeure quasi absente des écrits en sciences infirmières. Son concept des cyborgs, notamment, n'a été utilisé que dans deux études traitant des soins infirmiers aux soins intensifs (Vargas & Meyer, 2003, 2005). De plus, le fait que cette auteure se situe dans une perspective féministe présente un intérêt supplémentaire pour la recherche infirmière.

La recherche peut générer de nouvelles connaissances sur la façon dont sont dispensés les soins infirmiers aux soins intensifs. Dans certains cas, elle peut amener à repenser les structures en place, telles que les interactions professionnelles ou la prise en charge d'infirmières nouvellement embauchées en soins critiques. Il y a donc un lien à faire ici avec la gestion des soins infirmiers.

6.5.4. GESTION

Les résultats de notre projet de recherche peuvent permettre aux gestionnaires cliniques des unités de soins intensifs de reconnaître les enjeux éthiques et politiques vécus quotidiennement par le personnel soignant, notamment en ce qui a trait aux décisions entourant le traitement (ou l'arrêt de traitement) de certains patients. Cette reconnaissance peut mener par exemple à des sujets de discussion importants lors de

réunions d'équipe. Les concepts présentés peuvent également servir de thèmes dans l'organisation des formations continues ou des activités dédiées au renforcement des équipes de soins. Par l'entremise des discussions menées au sein de ce projet, nous croyons que les gestionnaires et les éducatrices cliniques seront sensibilisés aux besoins d'apprentissage des nouvelles infirmières débutant sur une unité de soins intensifs, facilitant le processus d'intégration de celles-ci dans le milieu. Plus les concepts de technologie avancée, de rôle d'avocat et de soin humaniste sont exposés, plus il y aura une remise en question des pratiques infirmières contemporaines. Nous estimons qu'il s'agit d'un enjeu de taille, considérant la rapidité avec laquelle les technologies médicales se développent et font leur entrée dans les milieux de soins contemporains, notamment aux soins intensifs.

CONCLUSION

L'unité des soins intensifs sert à exercer une variété de soins avancés spécialisés qui dépendent de la haute technologie. De ce fait, les infirmières pratiquant dans ce milieu sont assujetties à cette dépendance, toutefois requise par la nature des soins de santé que reçoivent les personnes admises sur cette unité. L'existence même des unités de soins intensifs repose sur les avancées techniques qui permettent de sauver et de prolonger des vies.

Les écrits consultés mettent en évidence plusieurs défis vécus par les infirmières travaillant dans cette spécialité. Par exemple, la technologie avancée et les soins axés sur la survie sont perçus comme des obstacles au maintien d'une vision globale du patient. De nombreuses études rapportent que la dimension humaniste du soin est négligée et que le personnel soignant ne priorise pas particulièrement la qualité de vie des patients dans ce genre d'unité de soins. Notre recherche appuie la continuité de ces thématiques. Dans le cadre de notre projet, nous avons relevé la question des activités de surveillance et de l'emploi des appareils techniques comme moteurs du travail quotidien de l'infirmière. Nous avons également examiné le processus d'objectivation de la personne inconsciente admise à l'unité des soins intensifs.

Pour ce faire, les écrits de Giorgio Agamben sur l'état d'exception et la *vie nue* nous ont permis d'aborder ces questions de manière plus critique afin d'analyser la pratique infirmière autrement. Nos résultats montrent que les participants cherchent toujours à garder une vision holistique du soin mais cette vision est compromise par la priorité des soins axés sur la survie du patient, particulièrement dans des situations

d'urgence. Les infirmières sont plutôt appelées à faire preuve de pensée critique par le biais de l'équipement à leur disposition, ainsi qu'à être efficaces et rapides dans leur analyse de données et leur choix d'intervention. En raison de ces conditions de travail, le personnel soignant à l'unité des soins intensifs risque d'objectiver les patients, soit de voir la personne soignée dans sa dimension *zoé* seulement, laissant ainsi émerger une *vie nue* aux soins intensifs.

Ce projet nous a permis de mettre en valeur la complexité de la culture des soins intensifs ainsi que les enjeux politiques qui la caractérisent. Des implications pertinentes découlent de notre recherche, soit sur le plan de la pratique infirmière clinique ainsi que dans le domaine de l'enseignement, de la recherche et de la gestion. Nous estimons notamment qu'aucun milieu de soins clinique ne peut échapper à une thématique telle que la nôtre. C'est pourquoi nous croyons possible de réaliser le transfert des connaissances générées dans des milieux où la technologie occupe une place essentielle, même si c'est à un moindre degré qu'à l'unité des soins intensifs.

RÉFÉRENCES

- Agamben, G. (1999). *Ce qui reste d'Auschwitz : l'archive et le témoin : Homo Sacer III*. Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Agamben, G. (2003). *État d'exception : Homo sacer, II, I*. Paris : Seuil.
- Agamben, G. (1997). *Homo sacer. I, – Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris : Seuil.
- Agamben, G. (1998). *Homo sacer – Sovereign Power and Bare Life*. Stanford : Stanford University Press
- Agamben, G. (2000). *Means without end – Notes on politics*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Alasad, J. (2002). Managing Technology in the Intensive Care Unit: The Nurses' Experience. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 407-413
- Allen, D. & Cloyes, K. (2005). The language of 'experience' in nursing research. *Nursing Inquiry*, 12(2), 98-105
- Almerud, S. (2008). The Meaning of Technology in Intensive Care. *The World of Critical Care Nursing*, 6 (3), 39-43
- Almerud, S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. (2008a). Beleaguered by Technology: Care in Technologically Intense Environments. *Nursing Philosophy*, 9(1), 55-61
- Almerud, S, Alapack, R.J, Fridlund, B, Ekebergh, M. (2008b). Caught in an Artificial Split: A Phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 130-136
- Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. (2007). Of Vigilance and Invisibility – Being a Patient in Technological Intense Environments. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 13 (3), 151-158
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). Code de déontologie des infirmières et infirmiers – Édition du centenaire 2008. Ottawa : AIIC. 1-64
- Bardin, L (2003). *L'analyse de contenu. 11^e édition*. Paris : Presses universitaires de France.
- Barnard, A. (1997). A Critical Review of the Belief that Technology is a Neutral Object and Nurses are its Master. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 126-131
- Beeby, J.P. (2000a). Intensive Care Nurses' Experiences of Caring. Part 1: Consideration of the Concept of Caring. *Intensive & Critical Care Nursing*, 16(2), 76-83

- Beeby, J.P. (2000b). Intensive Care Nurses' Experiences of Caring. Part 2: Research findings. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 151-163
- Benedict, S. & Georges, J.M. (2006). Nurses and the Sterilization Experiments of Auschwitz: A Postmodernist Perspective. *Nursing Inquiry*, 13 (4), 277-288
- Bentham, J. (1977). *Le panoptique : précédé de l'oeil du pouvoir, entretien avec Michel Foucault / Jeremy Bentham*. Paris: P. Belfond.
- Bernard, L. (2009). Perspective foucauldienne de la surveillance en sciences infirmières face aux risques biologiques. *Aporia*, 1 (4), 45 – 60
- Bernardo, A. (1998). Technology and True Presence in Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 12 (4), 40-49
- Browning, A. (2010). Life-Support Technology and the Dying Experience. *Dimens Critical Care Nursing*, 29 (5), 230-237
- Browne, M. & Cook, P. (2011). Inappropriate Trust in Technology: Implications for Critical Care Nurses. *British Association of Critical Care Nurses*, 16 (2), 92-98
- Bryczynski, K.A. (1998). Clinical Exemplars Describing Expert Staff Nursing Practices. *Journal of Nursing Management*, 6 (6), 351-359
- Bu, X. & Jezewski, M.A. (2006). Developing a Mid-range Theory of Patient Advocacy through Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), 101-110
- Bunton, R. & Peterson, A. (1997). *Foucault, Health and Medicine*. London : Routledge
- Carol, A. (2004). *Les médecins et la mort*. Paris : Aubier
- Catrambone, C, Johnson, M.E, Miron, L.C, Minnick, A.F. (2009). The Design of Adult Acute Care Units in U.S. Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 70-86
- Cavallaro, D. (1998). *The Body for Beginners*. New York: Writers and Readers.
- Cloyes, K.G. (2010). Rethinking Biopower - Posthumanism, Bare Life, and Emancipatory Work. *Advances in Nursing Science*, 33 (3), 234-243
- Craft, R.L. (2001). Trends in Technology and the Future Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 29 (8), 151-158
- Crocker, C. & Timmons, S. (2009). The Role of Technology in Critical Care Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), 52–61
- Davies, B. & Logan, J. (2008). *Reading Research: A user-friendly guide for nurses and other health care professionals (4th Edition)*. Toronto : Elsevier Canada.

Deleuze, G & Guattari, F. (1972). *Anti-Œdipe: capitalisme et schizophrénie*. Paris: Éditions de Minuit.

Des Jardin, K. (2001). Political involvement in nursing--politics, ethics, and strategic action. *AORNJ*, 74 (5), 614-8, 621-2

Dougherty, D.M. (1999). Surveillance. Dans Bulechek, G.M. & McCloskey, J.C. (1999) *Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments, 3rd Edition*. (524-532). Philadelphia : Saunders

Drummond, J.S. (2005). Relativism. *Nursing Philosophy*, 6, 267-273

Epling, M, Timmons, S, Wharrad, H. (2003). An Educational Panopticon? New Technology, Nurse Education and Surveillance. *Nurse Education Today*, 23, 412–418

Foth, T. (2009). Biopolitical Spaces, Vanished Death & the Power of Vulnerability in Nursing. *Aporia*, 1 (4), 16-26

Forbat, L, Maguire, R, McCann, L, Illingworth, N, Kearney, N. (2009). The Use of Technology in Cancer Care: Applying Foucault's Ideas to Explore the Changing Dynamics of Power in Health Care, *Journal of Advanced Nursing*, 65 (2), 306-315

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir – Naissance de la prison*. Saint-Amand: Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1979). The Political Investment of the Body. Dans Fraser, M, Greco, M., *The Body – A Reader* (100-104). New York: Routledge Student Readers.

Georges, J.M. & Benedict, S. (2006). An Ethics of Testimony - Prisoner Nurses at Auschwitz. *Advances in Nursing Science*, 29 (2), 161-169

Georges, J.M. (2008) Bio-Power, Agamben, and Emerging Nursing Knowledge. *Advances in Nursing Science*, 31 (1), 4-12

Georges, J.M. (2011). Evidence of the Unspeakable - Biopower, Compassion, and Nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 34 (2), 130-135

Grbich, C. (1999). *Qualitative Research in Health – An Introduction*. London: Sage Publications.

Guba, E.G. The Alternative Paradigm Dialog. In: Guba, E.G. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park : Sage Publications.

Gutsche, J.T. & Kohl, B.A. (2007). Who Should Care for Intensive Care Unit Patients? *Critical Care Medecine*, 35 (2), 18-23

Haggerty, K.D. & Ericson, R.V. (2000). The Surveillant Assemblage. *British Journal of Sociology*, 51 (4), 605-622

Hahn, J. (2010). Integrating professionalism and political awareness into the curriculum. *Nurse Education*, 35(5), 110-113

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography – Principles in Practice (3rd Edition)*. London: Routledge.

Haraway, D. (1991). *Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature*. New York: Routledge.

Heartfield, M. (1996). Nursing Documentation and Nursing Practice: A Discourse Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 98-103

Henderson, A. (1994). Power and Knowledge in Nursing Practice: The Contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939

Hill, P. & Shirley, D. (1992). *A Good Death: Taking More Control at the End of your Life*. Reading : Addison-Wesley

Holmes, D. (2001). From Iron Gaze to Nursing Care: Mental Health Nursing in the Era of Panopticism. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 7-15

Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as Means of Governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (6), 557–565

Institute of Medicine. (2004) *Keeping Patients safe: Transforming the Work Environment*. Washington :The National Academy Press.

Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (1998). Énoncé de politique des Trois Conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains. *No de catalogue : MR21-18/2005F*

Jacob, J.D, Holmes, D, Buus, N. (2008). Humanism in Forensic Psychiatry: The use of the Tidal Nursing Model. *Nursing Inquiry*, 15(3), 224-230

Johnson, M. (2005). Notes on the tension between privacy and surveillance in nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10 (2), 1 – 14

Kelly, L. & Vincent, D. (2010). The Dimensions of Nursing Surveillance: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (3), 652 – 661

Kérouac, S, Pepin, J, Ducharme, F, Major, F. (2003). *La pensée infirmière (2e édition)*. Montréal : Beauchemin

Kutney-Lee, A, Lake, E.T, Aiken, L.H. (2009). Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile. *Research in Nursing and Health*, 32, 217-228

Lindahl, B. & Sandman, P. (1998). The Role of Advocacy in Critical Care Nursing: A Caring Response to Another. *Intensive and Critical Care Nursing*, 4, 179-186

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park : Sage Publications.

Loiselle, C, Profetto-McGrath, J, Polit, D, Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.

Madison, D.S. (2005). *Critical Ethnography: Method, Ethics, and Performance*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

McGrath, M. (2008). The Challenges of Caring in a Technological Environment: Critical care nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1096-1104

McMillen, R.E. (2007). End of Life Decisions: Nurses Perceptions, Feelings and Experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 251-259

Meyer, G, Lavin, M.A, Perry, A. (2007). Is it Time for a New Category of Nursing Diagnostics? *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18 (2), 45-50

O'Neill, A.E. & Miranda, D. (2006). The Right Tools Can Help Critical Care Nurses Save More Lives. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29 (4), 275-281

O'Connell, L. (1996). Changing the Culture of Dying. *Health Progress*, 77 (6), 16-20

O'Keefe-McCarthy, S. (2009). Technologically-Mediated Nursing Care: The Impact on Moral Agency. *Nursing Ethics*, 16 (6), 786-796

Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario. (2009). La déontologie infirmière. *Norme d'exercice*, 51034, 1-24

Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris: La Découverte.

Perron, A, Fluet, C, Holmes, D. (2005). Agents of Care and Agents of the state: Bio-power and Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 536-544

Perron, A. & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: Nurses' discursive practices in corrections. *Nursing Inquiry*, 18 (3), 191-204

Ravenscroft, A.J. & Dominic Bell, M.D. (2000). End-of-life Decision Making within Intensive Care – Objective, Consistent, Defensible? *Journal of Medical Ethics*, 26, 435-440

Sandelowski, M. (1997). (Ir)reconcilable Differences? The Debate Concerning Nursing and Technology. *Journal of Nursing Scholarship*, 29 (2), 169-174

Service Correctionnel Canada. Direction de l'évaluation. Secteur des politiques (2009). Rapport d'évaluation: Programme pilote de surveillance électronique du Service Correctionnel du Canada. *Dossier 394-2-68*, 1-107

Shorter, M. & Stayt, L.C. (2009). Critical Care Nurses' Experiences of Grief in an Adult Intensive Care Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), 159-167

Somogyi-Zalud, E, Zhong, Z, Hamel, B, Lynn, J. (2002). The Use of Life-Sustaining Treatments in Hospitalized Persons Ages 80 and Older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (5), 930-934

Staples, W.G. (2000). *Everyday Surveillance – Vigilance and Visibility in Postmodern Life*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.

Statistique Canada. Santé Canada. Institut Canadien d'information sur la santé. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 – Résultats. *Catalogue N° 83-003-XPF*, 1-164

Thelen, M. (2005). End-of-Life Decision Making in Intensive Care. *Critical Care Nurse*, 25 (6), 28-38

Université d'Ottawa. (2009). *Formulaires de consentement*. Consulté le 20 avril 2009, à <http://www.ssr.d.uottawa.ca/deontologie/consentement.asp>

Vargas, M.A. de O. & Meyer, D.M. (2003). Sick bodies textualized through images: what contemporary intensive care units can teach us. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2):169-74.

Vargas, M.A. de O. & Meyer, D.M. (2005). Re-signification of the human in the context of the “cyborgization”: A look at the human being-machine relationship in intensive care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2):211-9.

Weaver, K. & Olsen, J.K. (2006). Understanding Paradigms Used for Nursing Research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), 459-69

Wikstrom, A, Cederborg, A, Johanson, M. (2007). The Meaning of Technology in an Intensive Care Unit – An Interview Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 187-195

Wilkin, K. (2003). The Meaning of Caring in the Practice of Intensive Care Nursing. *British Journal of Nursing*, 12 (20), 1178-1185

Wilkin, K. & Slevin, E. (2004). The Meaning of Caring to Nurses: An Investigation into the Nature of Caring Work in an Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50-59

Wynn, F. (2002). Nursing and the Concept of Life: Towards an Ethics of Testimony. *Nursing Philosophy*, 3, 120-132

ANNEXE A

Certificat d'approbation déontologique

Numéro de dossier:



Date (mm/jj/aaaa): 03/19/2010

Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Service de subventions de recherche et d'éthologie Research Grants and Ethics Services

Certificat d'approbation déontologique
CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Dave	Holmes	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Sophie	Péladeau	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier:

Type du projet: Mémoire de maîtrise

Titre: L'influence de la technologie sur le rôle de l'infirmière dans les activités de surveillance des patients

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
03/19/2010	03/18/2011	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

ANNEXE B

Présentation de recrutement

L'influence de la technologie sur le rôle de l'infirmière des soins intensifs dans les activités de surveillance des patients

Sophie Péladeau Inf., B.Sc.Inf.
Université d'Ottawa

Introduction

- Chercheuse: Sophie Péladeau Inf., B.Sc.Inf.
 - Employée de l'Hôpital Montfort comme infirmière autorisée des soins intensifs depuis juin 2007
 - Étudiante à la maîtrise à temps plein depuis septembre 2008
- Superviseur de thèse: Dave Holmes Inf., PhD
 - Professeur titulaire – Université d'Ottawa

Problématique

- Le pouvoir exercé par l'équipe médicale sur les patients des soins intensifs, grâce à la surveillance infirmière, par le biais de la technologie
 - Surveillance continue
 - Assistance à la survie grâce à la technologie
 - Utilisation de contentions mécaniques
 - Prise de décision (par les membres de la famille, par un prestataire de soins ou par l'équipe médicale)

But et bienfaits de l'étude

- But: Décrire les comportements des infirmiers/infirmières aux soins intensifs, particulièrement en ce qui concerne la technologie et la surveillance
- Les résultats de recherche permettront une compréhension plus claire du soin dans un milieu de soins intensifs et seront acheminés au gestionnaire de l'unité et à la clinicienne des soins intensifs
- Le partage des résultats tentera de générer une auto-réflexion chez les infirmiers/infirmières des soins intensifs par rapport à leur pratique

Question de recherche

- Comment la technologie influence-t-elle le rôle de l'infirmière des soins intensifs dans les activités de surveillance des patients?

Recension des écrits

- Trois thèmes principaux:
 - Technologie et soins intensifs
 - Évaluation du corps
 - Négligence du patient
 - Surveillance du corps
 - Appareils de surveillance
 - Panoptisme
 - Impératifs déontologiques
 - Prise de décision

Cadre théorique

- Giorgio Agamben
 - État d'exception
 - *Zoé vs Bios*
 - Concept de *vie nue* (bare-life)
 - *Homo Sacer*

Devis de recherche

- Devis de recherche: Ethnographie
- Milieu: Unité des soins intensifs dans un hôpital situé dans une région métropolitaine de l'est de l'Ontario
- Collecte de données: Entrevues semi-dirigées avec 6 à 8 infirmières autorisées exerçant aux soins intensifs; Observation du milieu d'étude
- Analyse des données: Analyse de contenu de Bardin (1985)

Participation

- Entrevues:
 - 30 à 60 minutes
 - Interaction confidentielle
 - Enregistrée sur audiocassette et retranscrite
 - Analysée par la chercheuse et son superviseur

*** Un groupe final de participants sera choisi au hasard parmi les intéressés si le nombre de personnes intéressées dépasse le nombre de participants requis

- Observations:
 - Règlements
 - Fonctionnement de l'unité
 - Lieu physique des soins intensifs

*** Aucune interaction directe avec les patients

*** Aucune observation des patients

Dimensions éthiques

- Formulaire de consentement de l'Université d'Ottawa
- Confidentialité garantie
- Aucun risque associé à la participation
- Les participants sont libres de refuser de discuter d'un sujet considéré sensible et de se retirer de l'étude à n'importe quel moment au cours de celle-ci, sans subir de conséquence négative
- Les données seront conservées par la chercheuse, de façon sécuritaire, pour la durée de l'analyse des données et la rédaction de la thèse
- Les données seront ensuite conservées sous clé dans le bureau du superviseur de thèse, pour une période de 5 ans

Questions?

ANNEXE C

Invitation remise lors de la présentation de recrutement

Invitation remise lors de la présentation Power Point

Réponse souhaitée d'ici le 22 mai, 2010

Je _____ suis intéressé(e) de participer au projet de recherche de Sophie Péladeau intitulé : *L'influence de la technologie sur le rôle de l'infirmière des soins intensifs dans les activités de surveillance des patients.*

Voici mon numéro de téléphone et/ou mon adresse courriel afin que la chercheuse puisse me contacter pour cédule un rendez-vous.

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

ANNEXE D

Grille d'observation

Grille d'observation

Critères d'observation	Éléments à observer
Définir la situation à observer	Enjeux, expressions verbales, gestes, silences, langage non-verbal
Inventaire des objets, instruments, outils, éléments de décor nécessaire à l'action	Usage des dispositifs, accueil, littérature offerte
Règles formelles définissant la présence dans ce lieu	Règles, consignes, horaires
Qui fait quoi? Qui sont les professionnels du lieu?	Division du travail, hiérarchie, hommes et femmes, tenues de travail
Utilisateurs du lieu	Professionnels, patients, visiteurs
L'établissement dans son environnement	Services, population cible

Adapté de Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris: La Découverte.

ANNEXE E

Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Données démographiques :

- Le sexe du participant
- Le niveau de formation en sciences infirmières
- Le groupe d'âge du participant (20-30, 30-40, 40-50, 50-60)
- Le nombre d'années d'expérience comme infirmière autorisée
- Le nombre d'années d'expérience aux soins intensifs

Questions :

- 1- Comment décrivez-vous votre rôle comme infirmière aux soins intensifs? (comparée aux autres unités de soins)
- 2- Comment décrivez-vous les activités de surveillance du patient dans votre unité?
- 3- Comment percevez-vous le rôle de la technologie dans les activités de surveillance du patient, dans une unité de soins intensifs?
- 4- Comment utilisez-vous la technologie disponible pour évaluer vos patients?
- 5- Comment incorporez-vous la famille des patients dans vos soins?
- 6- Comment percevez-vous le rôle de l'infirmière dans la prise de décision en fin de vie?
- 7- Comment percevez-vous le rôle de l'infirmière aux soins intensifs dans le futur, considérant les avancées techniques?

ANNEXE F

Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Titre du projet: L'influence de la technologie sur le rôle de l'infirmière des soins intensifs dans les activités de surveillance des patients

Chercheuse : Sophie Péladeau Inf., B.Sc.Inf.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Superviseur : Dave Holmes, Inf., PhD
Professeur titulaire et Vice-doyen (Études)
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Invitation à participer: Je suis invité(e)s à participer à la recherche nommée ci haut qui est menée par Sophie Péladeau et son superviseur, le professeur Dave Holmes.

But de l'étude: Le but de l'étude est de mieux comprendre les perceptions et les comportements des infirmiers/infirmières aux soins intensifs, particulièrement en ce qui concerne la technologie et la surveillance.

Participation: Ma participation à cette recherche consistera à décrire mon travail et mes comportements au département des soins intensifs. Plus spécifiquement, ma participation consistera à passer en entrevue avec la chercheuse afin de répondre à ses questions. L'entrevue individuelle sera d'une durée de 30 à 60 minutes et sera enregistrée ou non (selon mon niveau de confort) sur audiocassette. Elle aura lieu sur rendez-vous avec la chercheuse, dans un endroit calme et privé sur le département des soins intensifs, en-dehors de mes heures de travail. Les entrevues peuvent aussi être conduites en -dehors de mon milieu de travail, selon ma préférence.

Risques: Je suis libre de participer ou non à cette recherche. Si j'accepte de participer, la chercheuse m'assure que ce projet ne m'occasionne aucun risque. Je suis libre de répondre ou non aux questions posées par la chercheuse et je peux me retirer de l'étude à

n'importe quel moment, sans subir de conséquence négative. De plus, la chercheuse m'assure que le fait de participer ou non à l'étude n'affectera en aucun moyen la relation professionnelle entre celle-ci et ses collègues de travail, ni entre ses collègues et l'employeur, les superviseurs ou les gestionnaires.

Bienfaits: Les résultats de recherche permettront une compréhension plus claire du soin dans un milieu de soins intensifs et seront acheminés au gestionnaire de l'unité et à la clinicienne des soins intensifs. Le partage des résultats tentera de générer une auto-réflexion chez les infirmiers/infirmières des soins intensifs par rapport à leur pratique.

Confidentialité et anonymat: J'ai l'assurance de la chercheuse que l'information que je partagerai avec elle et son superviseur restera strictement confidentielle. J'ai reçu la certitude de la chercheuse que le contenu ne sera utilisé que pour le projet de recherche et la publication des résultats, selon le respect de la confidentialité. L'anonymat sera favorisé de la façon suivante. Aucun nom ne sera dévoilé. Un code numérique sera utilisé pour identifier les participants. Ce code sera donc inscrit sur les documents et sur les audiocassettes, contenant l'information confidentielle. Seulement certaines données démographiques, soit le sexe, le niveau de formation, le groupe d'âge et le nombre d'année d'expérience seront validées lors de l'entrevue. Si la chercheuse est intéressée d'inclure une citation ou une situation spécifique dans ses publications, qui pourrait nuire à l'anonymat, elle m'assure que mon consentement sera nécessaire et que je serai libre de refuser. Compte-tenu du petit nombre d'employés à l'unité des soins intensifs, la chercheuse m'assure de divulguer aucune information aux autres employés. De plus, elle n'inclura aucune information qui pourrait servir à m'identifier dans son rapport final ni dans les publications ou conférences issues de cette étude. Par ailleurs, les coordonnées du milieu hospitalier ne seront pas non plus dévoilées.

Conservation des données: Les données recueillies, soit les notes d'observations, les transcriptions des entrevues et les audiocassettes seront conservées de façon sécuritaire, soit dans un placard verrouillé, au domicile de la chercheuse pour le temps nécessaire à l'analyse des données et la rédaction de la thèse et d'articles scientifiques. Les données informatisées seront encryptées grâce au "Encrypting File System (EFS)" dans Windows 7. Les données seront ensuite entreposées sous-clé dans le bureau du superviseur de recherche pour une période de 5 ans, soit jusqu'au 1er septembre 2015, selon les exigences de l'Université d'Ottawa.

Compensation: Je ne recevrai pas de compensation suite à la participation à cette recherche.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront détruites.

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par Sophie Péladeau, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'École des sciences infirmières, de la Faculté des sciences de la santé, de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par Dr. Dave Holmes.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse ou son superviseur.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant: _____ Date: _____

Signature de la chercheuse: _____ Date: _____