

Université de Sherbrooke

Perceptions des enseignantes de soins infirmiers et des élèves finissantes
en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
en relation avec les pratiques de soins qui découlent
des croyances et valeurs de l'approche holiste en santé

par

Gertrude Michaud

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès arts (m.a.)
en sciences de l'éducation

Octobre 1995

© Gertrude Michaud, 1995





BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier ma directrice de recherche, Mme Monique Lefebvre. Merci d'avoir accepté de cheminer avec moi et d'avoir été la lumière qui a guidé ma traversée. Et quelle lumière! J'ai eu le très grand bonheur d'être accompagnée par une professionnelle d'une rare compétence doublée d'une femme toute empreinte de respect de l'autre. Nous avons tissé au cours de ce voyage des liens très précieux qui ont grandi au fil des jours. Ils se sont fortifiés grâce à l'attitude de Monique à mon égard: écoute, bonté, compréhension, disponibilité, mais d'abord et avant tout, capacité de guider et d'orienter en respectant toujours ma personnalité. Je lui dois beaucoup, et ce fut un privilège de bénéficier de ses acquis professionnels, de sa vision éclairée, de ses judicieux conseils.

De nos échanges et rencontres a pris naissance ce lien privilégié que je pourrais qualifier tout simplement de professionnel, mais il a été beaucoup plus que cela ... je dirais plutôt qu'il a été d'ordre «spirituel». Spirituel au sens holiste, au sens d'accompagnement de l'autre vers la prise de conscience, vers la recherche du sens qui se dégage de l'expérience.

Reboul (1980) disait que: «Tout l'art du pédagogue a pour fin essentielle et même unique d'amener l'élève à rompre de lui-même avec ce qui l'empêche de grandir.»¹ Dans cette perspective, je dirais que Monique a développé cet art avec une maîtrise hors du commun, et qu'elle est à la fois une experte en soins infirmiers et en pédagogie.

¹Reboul, O. (1980). Qu'est-ce qu'apprendre? Paris: P.U.F. p. 35.

Un sincère merci aussi à tous les professeurs qui ont guidé mes pas à divers moments et qui ont su m'éclairer et m'encourager. Je désire adresser des remerciements très sincères à Mme Hélène Lévesque-Barbès qui, à l'aube de ma profession d'enseignante, a su être pour moi un modèle admirable qui m'a transmis le désir d'en savoir toujours davantage; à Mmes Cécile Lambert et Micheline Demers qui ont, par leurs efforts soutenus, contribué à mettre sur pied et à assurer la continuité de ce programme de perfectionnement, à M. Pierre Paillé, qui m'a communiqué la passion de la recherche et qui a si généreusement accepté de me conseiller à divers moments; à MM. Gérard Poulin et Louis-Marie Ouellette pour leurs judicieux conseils lors du cours *Séminaire de recherche*. Un chaleureux merci à ce dernier pour son soutien à la veille du dépôt de ce mémoire.

Je dois aussi un merci très sincère à Mme Micheline Demers, qui a accepté avec générosité de relire ce mémoire. Ses précieux commentaires et judicieux conseils m'ont aidée à cheminer. De plus, elle a été pour moi un exemple de courage et de ténacité extraordinaires. Merci aussi à M. Philippe Jonnaert pour le temps consacré à la lecture de ce mémoire.

Merci à Mmes Monique Bélisle, Rolande Brochu, Mae Lafrance et Thérèse Lizé qui ont manifesté de l'intérêt envers cette recherche en acceptant de participer à la validation du questionnaire élaboré à l'intention des enseignantes. Merci aussi aux élèves du cégep qui ont accepté de participer à la validation du questionnaire élaboré à l'intention des élèves.

Toute ma reconnaissance va à mes collègues de travail, qui ont si généreusement accepté de répondre au questionnaire et de me transmettre leurs réflexions et commentaires à divers moments. Sans leur collaboration, je n'aurais pu mener cette recherche à terme. De plus, je désire leur dire que je m'estime privilégiée de bénéficier de leurs réflexions et de leurs questionnements quotidiens quant aux rôles de professionnel et de pédagogue.

Un très chaleureux merci aux élèves finissantes de 1994. Elles ont toutes répondu au questionnaire dans un délai inespéré. Je leur en suis très reconnaissante, car leurs réponses m'ont ouvert des pistes de discussion et de réflexion.

Ma gratitude va aussi à Mme Suzie Toutant et à M. Claude Lizé, qui, à l'occasion, m'ont fait bénéficier de leur connaissance approfondie de la langue française.

Je m'en voudrais de ne pas remercier tous les auteurs qui ont alimenté ma réflexion. Je les admire d'avoir pris le temps d'articuler leur pensée et de la rendre accessible à tous par leurs écrits.

Je désire aussi remercier d'une façon particulière Mme Thérèse Lizé, qui a accepté de relire certaines parties de mon texte et qui a su m'écouter et m'encourager très souvent avec bonté et enthousiasme. Elle a été pour moi la précieuse amie dont tout chercheur a besoin pour raviver la flamme à certains moments. Je garderai toujours d'elle le souvenir d'une amie chaleureuse, mais aussi, combien généreuse.

En terminant, merci à mes proches qui m'ont aidé à cheminer, à mon père qui n'est plus mais qui avait si bien su m'inculquer la satisfaction du travail accompli, à ma mère qui est là et qui, à 80 ans, m'encourage si souvent à poursuivre ma tâche, à mon conjoint Jean-Guy pour sa patience, et à mon fils Mathieu pour son sourire et sa joie de vivre si précieux tout au long de ce cheminement.

J'ai eu le privilège d'apprendre tout en étant entourée de personnes exceptionnelles.

TABLE DES MATIÈRES

	page
Remerciements	I
Table des matières	IV
Résumé	VII
Liste des tableaux	VIII
Liste des figures	XI
Liste des sigles et des abréviations	XII
Liste des annexes	XIII
Introduction	1
Chapitre premier	3
<i>Problématique de la recherche</i>	
1.1. Contexte de départ	3
1.2 Caractéristiques du programme 180.01 vs approche holiste en santé et approche globale de la santé	5
◦ 1.3 Perfectionnement et sensibilisation à l'approche holiste	9
1.4 Changements dans la pratique et l'enseignement	9
1.5 Le programme local de formation en soins infirmiers	19
Chapitre 2	25
<i>Recension des écrits et question de recherche</i>	
2.1 Approche holiste en santé	25
2.2 Approche holiste et fondements philosophiques	47
2.3 Approche holiste en santé et approche globale de la santé	50
2.4 Approche holiste en santé et soins de santé primaires	57
2.5. Impact de l'approche holiste en soins infirmiers	58
2.5.1 La théorie et la recherche	59
2.5.2 La pratique professionnelle	61
2.5.3 La formation en soins infirmiers	63
2.6 Spécification de la problématique	67
2.6.1 Limites des connaissances actuelles	67

2.6.2	Pertinence de cette recherche	68
2.7	Question spécifique de recherche	68
2.8	Objectifs de recherche	69

Chapitre 3 **70**

Methodologie

3.1	Type de recherche	70
3.2	Population	70
3.3	Cadre conceptuel	75
3.4	Méthode de collecte des données et choix de l'instrument de collecte des données	77
3.5	Construction du questionnaire	78
3.5.1	Style de questionnaire	78
3.5.2	Démarche conduisant à l'élaboration du questionnaire	78
3.6	Élaboration du questionnaire	83
3.7	Validation du questionnaire	86
3.8	Déroulement de l'enquête auprès des enseignantes de soins infirmiers et des élèves finissantes en soins infirmiers	87
3.9	Compilation des données	88
3.10	Présentation des résultats	88
3.11	Analyse des résultats	88
3.12	Limite de notre étude	88

Chapitre 4 **89**

Présentation des résultats

4.1	Les croyances et valeurs de l'approche holiste: perceptions des enseignantes en soins infirmiers et des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes	90
4.2	Perceptions des enseignantes indépendantes des variables découlant du modèle de Goldstein et al.	152

Chapitre 5	157
<i>Analyse et interprétation des résultats</i>	
5.1	Perceptions des enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue en relation avec les croyances et valeurs de l'approche holiste découlant des caractéristiques du modèle de Goldstein et al. 158
5.2	Vue d'ensemble des résultats 200
5.2.1	Profil moyen des perceptions individuelles des enseignantes 200
5.2.2	Profil moyen des perceptions des enseignantes à l'égard de leurs collègues 201
5.2.3	Profil moyen des perceptions des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes 203
5.3	L'agir professionnel 204
5.3.1	Les connaissances professionnelles: les savoirs disciplinaires et les savoirs d'expérience 204
5.3.2	Les croyances et les valeurs 205
5.3.3	Les attitudes ou les qualités professionnelles 206
5.3.4	Les pratiques de soins ou les comportements 208
Conclusion	212
Sources documentaires	219
Annexes	228

RÉSUMÉ

Le programme de formation en soins infirmiers 180.01 s'inspire d'une approche globale de la santé et d'une vision holistique de la personne. Il s'appuie sur un nouveau paradigme de la santé qui a un système de valeurs propres, entre autres, la santé, l'éducation sanitaire, la responsabilisation à l'égard de sa santé, la prise en charge de ses soins, l'engagement de l'infirmière comme partenaire thérapeutique et comme éducatrice.

Les enseignantes de soins infirmiers se disent ouvertes à une approche holiste en santé et l'étude de Paul, Hagan, Lambert (1985) démontre que la fonction d'enseignante incite à l'adoption de comportements s'inscrivant dans une orientation globale de la santé.

Notre étude se propose de rechercher si les enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue valorisent des attitudes et encouragent des pratiques de soins fondées sur les croyances et valeurs d'une approche holiste en situation clinique.

Pour réaliser cette étude, nous avons élaboré un questionnaire à l'intention des enseignantes de soins infirmiers ainsi qu'un questionnaire à l'intention des élèves finissantes. On trouve dans les questionnaires cinq mises en situation qui s'inspirent de la réalité du milieu clinique. A partir de ces situations, nous avons questionné les perceptions des enseignantes ainsi que celles des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes relativement aux attitudes et pratiques de soins découlant des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Nous avons fait part des résultats et nous avons discuté de ces résultats à partir du cadre conceptuel retenu pour cette recherche soit celui de Goldstein et al. et aussi à partir de notre propre vision de l'agir professionnel.

LISTE DES TABLEAUX

		page
I	Parallèle entre le paradigme traditionnel de la médecine et le nouveau paradigme de la santé	12
II	Comparaison de nombre d'années d'expérience professionnelle des enseignantes en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à la session hiver 1994	73
III	Scolarité des enseignantes du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à la session hiver 1994	74
IV	Variables retenues pour l'élaboration du questionnaire: tableau synthèse	84
V	Résultats: question 2	91
VI	Résultats: question 7	93
VII	Résultats: question 16	94
VIII	Résultats: question 18	95
IX	Résultats: question 2	96
X	Résultats: question 6	97
XI	Résultats: question 8	98
XII	Résultats: question 17	100
XIII	Résultats: question 13	101
XIV	Résultats: question 14	102

XV	Résultats: question 12	103
XVI	Résultats: question 21	105
XVII	Résultats: question 10	106
XVIII	Résultats: question 13	107
XIX	Résultats: question 14	108
XX	Résultats: question 3	110
XXI	Résultats: question 20	111
XXII	Résultats: question 25	113
XXIII	Résultats: question 28	114
XXIV	Résultats: question 5	115
XXV	Résultats: question 25	117
XXVI	Résultats: question 28	118
XXVII	Résultats: question 2	120
XXVIII	Résultats: question 8	121
XXIX	Résultats: question 13	122
XXX	Résultats: question 9	124
XXXI	Résultats: question 21	125
XXXII	Résultats: question 19	128
XXXIII	Résultats: question 22	129
XXXIV	Résultats: question 11	131

XXXV	Résultats: question 23	132
XXXVI	Résultats: question 24	133
XXXVII	Résultats: question 25	135
XXXVIII	Résultats: question 28	136
XXXIX	Résultats: question 4	138
XXXX	Résultats: question 15	140
XXXXI	Résultats: question 27	142
XXX XII	Résultats: question 26	144
XXX XIII	Résultats: question 28	145
XXX XIV	Résultats: question 5	147
XXX XV	Résultats: question 11	148
XXX XVI	Résultats: question 18	149
XXX XVII	Résultats: question 19	151

LISTE DES FIGURES

	page
1. Dynamique de la genèse et de la transformation des habitudes de vie et des croyances dans un milieu donné	16
2. Approche globale de la santé: modèle biopsychosocial et modèle holiste	53
3. Approche globale de la santé et approche holiste en santé	55
4. Caractéristiques du modèle de Goldstein et al. représenté à partir des trois composantes essentielles des soins infirmiers selon une vision holiste: le soignant, le soigné -et son milieu-, la santé	76
5. Représentation des relations entre les différentes composantes de l'agir professionnel: les croyances et valeurs, les connaissances professionnelles, les pratiques de soins et les qualités professionnelles	80

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CAT	Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
D.G.E.C.	Direction générale de l'enseignement collégial
DE/ME	Diplôme en enseignement / Maîtrise en enseignement
E.S.I.	Enseignement des soins infirmiers
O.I.I.Q.	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
S.I.	Soins infirmiers
S.S.P.	Soins de santé primaires
U.R.S.S.	Union des Républiques Socialistes Soviétiques

LISTE DES ANNEXES

- I** Analyse conceptuelle
- II** Opérationnalisation des caractéristiques de l'approche holiste (Goldstein et al.) à partir de la taxonomie des interventions de soins infirmiers proposée par Bulechek et McCloskey
- III** Validation des pratiques de soins identifiées par le biais des écrits et des fils conducteurs du programme 180.01
- IV** Lettre explicative accompagnant le questionnaire envoyé aux enseignantes
- V** Questionnaire d'enquête sur les croyances et valeurs de l'approche holiste: perceptions des enseignantes du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
- VI** Questionnaire d'enquête sur les croyances et valeurs de l'approche holiste: perceptions des élèves finissantes à l'égard des enseignantes du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
- VII** Résultats à la question 1 - version enseignantes et élèves finissantes

INTRODUCTION

Cette étude se propose de faire part des perceptions des enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue relativement à une approche holiste en santé. Afin d'explorer et de décrire la réalité le mieux possible, nous questionnerons les perceptions quant aux croyances et valeurs de l'approche holiste ceci par le biais des attitudes et pratiques de soins encouragées en situation clinique.

Dans ce travail, nous décrirons, dans un premier temps, notre problématique qui concerne les orientations proposées par le programme de formation en soins infirmiers 180.01 et nos pratiques pédagogiques, plus particulièrement en situation clinique. Nous ferons part de nos pratiques pédagogiques actuelles en présentant une analyse de notre devis pédagogique tout en nous référant aux concepts découlant d'une approche holiste en santé.

Nous présenterons ensuite notre recension des écrits qui fera part de la pensée de plusieurs auteurs sur le sujet. Elle montrera de façon manifeste que l'approche holiste peut servir de base conceptuelle pour la formation en soins infirmiers, autant en ce qui concerne les apprentissages réalisés en théorie qu'en milieu clinique. Nous verrons par la suite que l'approche holiste peut servir de base conceptuelle en soins infirmiers et qu'elle peut offrir un cadre conceptuel intéressant sur lequel pourraient s'appuyer les domaines de la recherche, de la pratique professionnelle et de la formation en soins infirmiers. Nous présenterons notre question de recherche qui sera suivie de la méthodologie à l'intérieur de laquelle nous présenterons le processus suivi pour l'élaboration du questionnaire d'enquête,

le questionnaire d'enquête et le cadre conceptuel sur lequel il s'appuie, le déroulement de l'enquête ainsi que la façon de présenter et d'analyser les résultats.

La présentation des résultats comprend le profil de la scolarité et de l'expérience professionnelle des enseignantes de notre département ainsi que la présentation des résultats de notre étude soit les perceptions des enseignantes et des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes relativement aux croyances et valeurs de l'approche holiste en santé. Nous discuterons ensuite des résultats obtenus en nous appuyant sur le cadre conceptuel retenu soit celui de Goldstein et al. et aussi en nous référant à notre représentation des différentes composantes de l'agir professionnel en soins infirmiers.

CHAPITRE PREMIER : PROBLÉMATIQUE

1.1 Contexte de départ

La réalité d'une enseignante¹ de soins infirmiers au collégial se compose de moments de joie et de satisfaction lorsqu'elle regarde l'évolution positive de «ses» élèves, le cheminement qu'elles² ont parcouru, les défis qu'elles ont relevés. Et que dire de leur «clin d'oeil à la vie»! Toutefois, une enseignante de soins infirmiers rencontre aussi sur sa route des problèmes et il arrive qu'elle ne trouve pas la «clé» pour résoudre tous ces mystères !

Ainsi, au fil des jours, nous nous heurtons à certains problèmes pour lesquels nous avons peu de pistes de solution actuellement. Certains sont plus aigus que d'autres et sont partagés par plusieurs enseignantes de notre département, entre autres, comment développer les habiletés de transfert des connaissances théoriques en milieu clinique, habiletés nécessaires au développement du jugement clinique; comment rendre explicites pour l'étudiante les prescriptions pédagogiques lors de l'évaluation formative des stages cliniques, ou encore comment former les élèves en soins infirmiers selon une approche holiste en santé ?

¹Le féminin englobe le masculin sans aucune discrimination. Il n'a pour but que d'alléger le texte.

²Idem.

Pour les fins de cette recherche, nous retiendrons ce dernier problème, soit l'enseignement des soins infirmiers à partir des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé puisqu'il nous intéresse et nous préoccupe particulièrement.

Notre intérêt vient du fait que le programme de formation privilégie une approche holistique de la personne et qu'il existe une réelle difficulté pour les enseignantes qui doivent interpréter le programme cadre ou les divers écrits. Ceci est questionnant d'une part, lorsqu'il y a lieu de reviser les assises conceptuelles du programme et d'autre part, lorsqu'il s'agit d'adhérer à une base conceptuelle identique afin d'uniformiser le discours. Il ne s'agit pas seulement de donner son adhésion à une approche mais bien d'en véhiculer les croyances et les valeurs qui la sous-tendent.

L'approche holiste retient l'attention de par les nombreux écrits sur le sujet, les cours de perfectionnement offerts s'appuyant sur cette approche, les conférences et colloques qui y sont consacrés ainsi que le regroupement d'infirmières en approche holiste de soins. De plus, la prise de position de la corporation professionnelle des infirmiers et infirmières du Québec sur l'utilisation des outils complémentaires de soins par l'infirmière dans le cadre de l'exercice infirmier soulève aussi des réflexions et des questions pour les enseignantes en soins infirmiers.

Ceci nous amène à nous demander s'il existe un intérêt à enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste, si les élèves bénéficieraient d'une formation professionnelle basée sur cette orientation, si les enseignantes de soins infirmiers de notre collège favorisent des pratiques de soins qui s'appuient sur les croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste suppose dans le contexte actuel, une transformation personnelle et professionnelle en terme d'adhésion aux croyances et valeurs de l'approche holiste. Cela suppose aussi un changement de pratique professionnelle pour la plupart des enseignantes ce qui est vécu relativement difficilement par nombre d'entre elles qui ont été formées et qui ont enseigné de nombreuses années selon une approche médicale. Ce changement ébranle profondément les croyances et valeurs des enseignantes qui doivent remettre en question leur vécu professionnel tant sur le plan pédagogique que clinique, à la lumière de cette nouvelle orientation.

Les enseignantes ont reçu du soutien pour effectuer le «virage»; en effet, pensons à toute l'information diffusée pendant la période d'expérimentation du programme ainsi qu'aux activités de perfectionnement offertes à l'intérieur du programme DE/ME en soins infirmiers offert par la faculté d'éducation de l'université de Sherbrooke via Performa. Malgré tout, le changement de paradigme proposé suscite encore beaucoup de questionnement, de résistance et même d'affrontement idéologique.

1.2 Caractéristiques du programme 180.01 versus approche holiste en santé et approche globale de la santé

Le programme d'études 180.00 élaboré en 1967 pour la formation des infirmières au collégial s'inspirait d'une approche médicale et une grande importance était accordée au continuum santé-maladie. Le nouveau programme d'études 180.01, implanté en 1988, s'inspire d'une approche holiste en santé. Cette approche a une signification qui lui est propre et relève d'un système de valeurs particulier.

«La revision des orientations de la formation infirmière au niveau collégial entraîne quatre changements majeurs : le passage d'une formation dite *technique*, mais qui de fait ne s'est jamais conformée à ce modèle, à une formation de généraliste; le passage de l'utilisation d'un cadre conceptuel médical axé sur les champs de spécialisation à un cadre conceptuel de soins infirmiers axé sur une approche globale de la personne; le passage d'une approche pédagogique axée sur l'accumulation de connaissances à une approche qui s'intéresse aussi à l'acquisition de processus; les processus étant identifiés dans les plans d'études cadres sont: la démarche de soins infirmiers, la communication, l'engagement professionnel et l'actualisation de soi; le passage de l'utilisation de plans d'études provinciaux comme unique cadre de référence pour la préparation des plans d'études locaux à la réappropriation locale des directives provinciales pour une démarche d'élaboration de curriculum.¹

Le premier des douze objectifs du programme fait référence à une orientation holiste:

«Concevoir la promotion et le recouvrement de la santé à partir d'une perspective holistique de la personne.»²

Etant donné que nous retrouvons dans les orientations et objectifs du programme 180.01 les appellations «approche globale» et «perspective holistique», il serait peut-être utile de tenter de préciser la distinction à établir entre les deux. Selon Aakster (1986), il est possible de distinguer trois modèles d'intervention en santé: le modèle pharmaceutique ou biomédical, le modèle intégrationnel (ou modèle biopsychosocial) et le modèle holiste. Le modèle biomédical se serait développé en raison du soutien de l'industrie pharmaceutique qui a connu un essor important au début du siècle; le modèle biopsychosocial, parfois appelé «approche globale», essaie d'intégrer dans un tout différentes composantes physique, mentale et sociale de la maladie; et le modèle holiste qui considère l'être humain comme un tout en insistant sur la dimension existentielle de l'expérience de la maladie et

¹D.G.E.C. (1987). Service des programmes. Document d'accompagnement du programme de soins infirmiers 180.01. (p. 8).

²Idem. (p. 31).

qui ne distingue pas les dimensions somatique, psychologique et sociale puisque celles-ci sont vues comme étant indissociables.

Pour plusieurs auteurs, l'approche globale a donné naissance au modèle biopsychosocial, appelé aussi modèle intégrationnel ou encore modèle écologique de la santé. Rousseau, Saillant, Desjardins (1989) disent :

... le modèle holiste est présenté comme une évolution par rapport aux deux autres modèles (médical et biopsychosocial) et le modèle biopsychosocial apparaît comme une transition entre le modèle médical classique et l'holisme. Le modèle biopsychosocial, parfois appelé «approche globale», ne doit donc pas être confondu avec le modèle holiste comme on a souvent tendance à le faire. (p. 17).

Capra (1983), pour sa part, s'exprime ainsi:

La vision systémique de la santé se base sur la vision systémique de la vie ... l'holisme en médecine signifie que l'organisme humain est perçu comme un système vivant dont les composants sont tous interconnectés et interdépendants. Dans un sens plus large, la vision holistique reconnaît également que ce système fait partie intégrante de systèmes plus vastes. (p. 301, 306).

Pour les tenants de l'approche holiste, l'individu est vu comme une entité physique, un système de champs d'énergie en interaction constante avec l'environnement. Ces conceptions s'appuient sur la théorie des systèmes développée par Von Bertalanffy (1968) et aussi sur la théorie des champs d'énergie qui s'est fortement inspirée des découvertes de la physique quantique.

Lorsqu'elles se réfèrent à cette approche, les auteures américaines en soins infirmiers privilégient et de loin, l'appellation «holistic nursing» mais cette tendance n'est pas aussi évidente chez les auteures québécoises. En effet, on retrouve de temps à autre, chez ces dernières, une utilisation interchangeable des termes «approche globale» et «approche holiste» dans leurs écrits et la distinction entre les deux n'est pas aussi claire. Par contre,

certains écrits récents (Rousseau, Leclerc, 1990; Robert, 1991; Potvin, 1993) retiennent le terme d'approche holiste.

Par ailleurs, dans les orientations et objectifs du programme 180.01 (1987), on retrouve, «approche globale de la personne» et «perspective holistique de la personne». L'expression «approche globale de la personne» signifie ici que l'individu est vu comme étant plus grand que la somme de ses parties, que toutes ces parties sont interreliées entre elles et qu'elles s'influencent mutuellement. Elle signifie aussi que cet individu est en relation avec un milieu particulier, milieu familial, professionnel, social et culturel.

L'approche globale réfère aussi à une vision de la santé qui sera définie comme étant une force fondamentale et dynamique de notre vie quotidienne. Quant à l'expression «perspective holistique» elle indique selon nous, une conception particulière de la personne, de la santé et du service d'aide en soins infirmiers. Sur ce point Capra (1983) parle de vision «systémique» de la santé et de vision «holistique». (p. 301) Il est toutefois à souligner que le terme «holistique» est souvent associé aux approches ou pratiques qualifiées de complémentaires ou d'alternatives tel que le démontrent Paul, Hagan, Lambert dans leur recherche (1985, p. 19).

Nous réalisons que, même pour les auteurs, la distinction entre approche globale de la santé et approche holiste ou holistique n'est pas très claire.

1.3 Perfectionnement et sensibilisation à l'approche holiste

Puisque les orientations et objectifs du programme 180.01 font référence aux deux approches (globale et holiste), nous avons jeté un regard sur quelques cours «E.S.I.» offerts à l'intérieur du programme DE/ME en soins infirmiers. Ces cours de perfectionnement visaient à outiller les enseignantes de soins infirmiers pour l'enseignement du nouveau programme de soins infirmiers. Nous y avons trouvé quelques pistes.

-le cours ESI- 702 : APPROCHE SYSTÉMIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS de par sa terminologie, son contenu et sa bibliographie s'apparente à la théorie des systèmes sur laquelle s'appuie le modèle holiste;

-le cours ESI-719 intitulé APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ I: SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET APPROCHES COMPLÉMENTAIRES DE SOINS vise à répondre à des besoins associés à des changements qui touchent les fondements de la pratique infirmière soient l'évolution du concept de santé et l'émergence des approches alternatives dans le domaine des soins infirmiers. Ainsi, les enseignantes qui ont suivi ces cours de perfectionnement ont été sensibilisées à l'approche holiste. L'intérêt fut très certainement manifeste puisqu'un cours intitulé APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ II fut par la suite offert aux enseignantes.

1.4 Changements dans la pratique et l'enseignement

Les croyances et valeurs véhiculées par l'approche holiste sont considérées comme base conceptuelle ou comme fondement des soins infirmiers par plusieurs auteures telles Krieger (1981), Newbeck (1986), Snyder (1985) pour n'en nommer que quelques-unes.

A notre avis, si une orientation holiste est privilégiée, la formation devrait traduire ce fondement professionnel et les orientations et objectifs de formation devraient être explicites en ce sens. Et, à partir des objectifs du programme 180.01, nous croyons pouvoir poser les questions suivantes: Les objectifs de formation sont-ils suffisamment explicites pour traduire ce fondement professionnel? Les objectifs sont-ils conformes à ce que le programme voulait faire passer?

Nous avons tendance à croire que le problème transcende la dimension de la formation en soins infirmiers et qu'il n'est pas spécifique au contexte québécois. En effet, Leclerc et Rousseau (1990) dans le rapport d'une étude portant sur la pénétration des thérapies douces en milieu hospitalier, effectuée auprès de praticiennes en soins infirmiers de la région de Québec, à l'été 1988, disent :

Dans le monde de la santé, la conception occidentale de la science s'est traduite par ce qu'on a pris l'habitude d'appeler le modèle biomédical. Sans trop s'en rendre compte, des milliers d'infirmières appliquent chaque jour ce modèle dans leur pratique; elles contribuent même à le maintenir et à le développer. (p. 51).

Par ailleurs, deux enseignantes américaines de soins infirmiers (Ecole de Nursing, Ohio), Whitmire et Utz (1985) s'expriment ainsi :

Teaching *whole person* care as long been the goal of nursing education. But in practice, programs often cling to the medical model, which separates a person into body parts and disease entities. (p. 147).

Du côté européen, Collière en France (1983, p. 27) parle du *care*¹ qu'elle définit comme l'ensemble des interventions autonomes de soins infirmiers, celles-ci étant l'essence même et la raison d'être de la profession. De plus, Poletti en Suisse (1980), voit l'inclusion de différentes approches alternatives comme «un enrichissement des interventions de soins infirmiers».

¹Collière utilise le terme *care* au sens d'interventions autonomes de soins infirmiers.

Il est quelque peu rassurant de constater qu'une orientation holiste en santé préoccupe les professionnelles de soins infirmiers autant dans le milieu de la pratique que dans celui de l'éducation et aussi, que les mêmes préoccupations à cet égard existent au-delà de nos frontières.

Un programme de formation en soins infirmiers qui s'inspire d'une approche holiste en santé pose plusieurs questions, entre autres, la suivante: quelle est la différence entre l'approche biomédicale qui était privilégiée par le programme 180.00 implanté en 1967 et l'approche holiste (quelquefois appelée *approche globale*) qui est à la base du nouveau programme de formation implanté en 1988? Il va sans dire que plusieurs auteurs se sont exprimés sur le sujet... Paul, Hagan, Lambert (1985) présentent de façon assez succincte et fort intéressante, à notre avis, un parallèle entre le paradigme traditionnel de la médecine et le nouveau paradigme de la santé. Ces auteurs (1985, p. 10) citent Martin pour qui «l'unité des éléments bio-psycho-social et spirituel de l'être humain et l'indissociabilité de cet être avec son univers constituent la pierre angulaire d'une vision holiste de la santé».

Miles (dans Bauman 1978) dit: «... *un changement de valeurs est à la base de l'apparition de la pensée holistique* »² Miles croit que l'approche traditionnelle et l'approche holistique diffèrent quant aux méthodes et techniques de traitement, au mode relationnel et aux valeurs relatives à la conception de la nature, de la santé ou de la maladie. Paul, Hagan, Lambert, (1985, p. 14) ont le mérite d'avoir élaboré un parallèle présentant les idées directrices de l'approche médicale et de l'approche holiste. Nous présentons ce parallèle au Tableau I.

²L'italique est de nous.

Tableau I

Parallèle entre le paradigme traditionnel de la médecine et le nouveau paradigme de la santé *

PARADIGME TRADITIONNEL DE LA MEDECINE

NOUVEAU PARADIGME DE LA SANTE

Perception de la santé-maladie

La douleur et la maladie sont totalement négatives.

La douleur et la maladie sont une information émanant du conflit, du manque d'harmonie.

Le corps est vu comme une machine en bon ou mauvais état (Ferguson, 1981 et Capra, 1983).

Le corps vu comme un système dynamique, un champ d'énergie à l'intérieur d'autres champs à l'intérieur d'un contexte.

La maladie ou l'incapacité vue comme une chose, une entité.
Volonté d'éliminer les symptômes, la maladie.

La maladie ou l'incapacité vues comme un processus.
La maladie peut être porteuse d'un message (Capra, 1983) .

La maladie est vue comme un ennemi à vaincre. (Capra, 1983) .

La maladie ne porte pas nécessairement une connotation négative- en tant que limitation elle peut être une occasion d'apprentissage (Krieger, 1981).

Le corps et la psyché sont séparées; une maladie psychosomatique est mentale et peut être confiée à un psychiatre.
La psyché est un facteur secondaire dans une maladie organique.

Continuum corps-psyché; une maladie psychosomatique relève de tous les professionnels des soins de santé.

La santé est un phénomène multidimensionnel impliquant des aspects physiques, psychologiques et sociaux interdépendants (Capra, 1983) .

La santé et la maladie sont définies strictement en termes corporels. Le médecin combat la maladie en s'attaquant à l'agent pathogène. (Frank, 1981) .

Les services de santé doivent s'adresser plus efficacement aux facteurs comportementaux, sociaux et environnementaux qui affectent la maladie. Ceci nécessite une action concertée tant au niveau multidisciplinaire qu'au niveau de la collaboration entre professionnels et non-professionnels (Kopelman et al., 1981) .

Santé= harmonie- intégration du bien-être physique , mental, social et pour plusieurs spirituel. (Kopelman et al., 1981).

* Les idées maîtresses de ce tableau proviennent de Ferguson (1981) sauf lors d'indications contraires.

Source: Paul, D., Hagan, L., Lambert, J. 1985. Etude descriptive des attitudes et comportements des infirmières du Québec à l'égard de l'orientation globale de la santé et des facteurs associés à ces attitudes et comportements. (p. 14). Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.

Après avoir regardé les balises d'une approche holiste, il peut nous apparaître très intéressant d'enseigner les soins infirmiers en s'inspirant d'une telle approche. Toutefois, avant de s'engager dans un tel projet, aussi louable soit-il, il serait permis de se demander s'il est réaliste ou même possible d'enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste.

L'étude de Whitmire et Utz (1985, p. 147-150) démontre qu'il est effectivement possible de former des élèves en soins infirmiers selon une perspective holistique et que la majorité des élèves ayant suivi un tel programme de formation, ont développé des comportements de plus en plus holistiques du début à la fin de celui-ci. En fait, les auteures concluent que le programme a créé des infirmières cliniciennes et des *leaders* ayant une orientation holistique. Il est à noter que ce programme de formation est offert au niveau de la maîtrise en soins infirmiers au *Medical College of Ohio - School of Nursing, Master degree*).

Whitmire et Utz précisent que les objectifs généraux de formation sont les suivants: développer une solide capacité à établir une relation infirmière-personne aidée, performer dans la réalisation de toutes les étapes de la démarche de soins selon une perspective holiste. Selon les auteures, pour atteindre ces objectifs, les habiletés suivantes doivent être développées: capacité de recueillir des données selon un modèle psychosocial, de faire un examen physique complexe, développer un haut niveau de compétence en relations interpersonnelles, capacité d'analyser les informations, de poser un jugement clinique, de sélectionner et d'appliquer des interventions de soins infirmiers traditionnelles ou alternatives (les techniques de relaxation, le massage, la visualisation, le toucher thérapeutique et le biofeedback sont enseignés). Les stratégies suivantes sont favorisées pour l'enseignement du contenu : étude de cas, résolution de problèmes, simulations,

démonstrations et pratiques d'interventions holistiques, *le modeling* et l'implication personnelle de l'étudiante.

Oliver et Hill (1992) rapportent aussi une expérience d'intégration fort intéressante des interventions traditionnelles et holistes dans la formation des élèves infirmières à l'Université de Californie.

Ces deux études nous démontrent de façon formelle qu'il est possible d'enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste. Toutefois, l'écart entre les ordres de formation, ordre universitaire dans le cas des deux études rapportées et ordre collégial dans notre cas, nous semble de taille. A notre avis, c'est une considération non négligeable.

Dans une autre perspective, il nous semble très important de revenir sur les propos de Paul, Hagan, Lambert (1985, p.12) qui disent que «le changement de valeurs provoque un changement de rôle pour le professionnel de la santé». Cet aspect touche très certainement les professionnelles en soins infirmiers ainsi que les enseignantes en soins infirmiers et nous posons la question suivante : Comment ce changement de valeurs s'opère-t-il ? Collière (1982) nous dit :

... une profession se réclame de croyances, qui elles-mêmes sont support d'idéologies déterminant des comportements et qu'aux habitudes de vie et aux croyances sont attachées des *valeurs*, la valeur étant le degré d'importance et d'estimation sociale accordés à telle ou telle croyance, ce qui crée pour le groupe un besoin de la protéger et de la défendre afin de la maintenir.
(p. 283).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'approche biomédicale et l'approche holiste ont chacune leur système de valeurs propres qui diffèrent passablement l'un de l'autre. Nous comprenons que les enseignantes aient été ébranlées dans leurs convictions avec l'arrivée du nouveau programme de formation en soins infirmiers. Elles ont remis en question leurs pratiques établies, elles ont commencé à douter, à discuter entre elles, à se demander si l'on pouvait enseigner les soins infirmiers de cette nouvelle manière... Le doute s'était installé et avait introduit l'incertitude et cette incertitude est toujours là. Elle est reliée au projet éducatif mais aussi à la perception qu'elles ont de la relation soignant-soigné qui s'inscrit elle aussi dans un système de croyances et de valeurs.

Nous avons retrouvé toutes les étapes de ce processus de questionnement personnel et collectif (enseignantes du département) dans Collière (1982) qui explique que :

Les habitudes de vie comme les croyances sont susceptibles de se modifier lorsqu'il y a remise en cause d'une habitude de vie ou d'une croyance par quelqu'un qui commence à douter, à questionner, à s'interroger, à se demander si l'on peut faire autrement. Le doute remet en cause une croyance en introduisant une incertitude. En cela, il est l'amorce de toute nouvelle connaissance, c'est-à-dire d'une façon de voir, de comprendre, puis de faire autrement (...) Mais toute nouvelle connaissance en s'intégrant progressivement aux habitudes de pensée et aux façons de faire devient à son tour certitude, donc croyance. (pp. 83-84).

La figure 1 décrit ce processus.

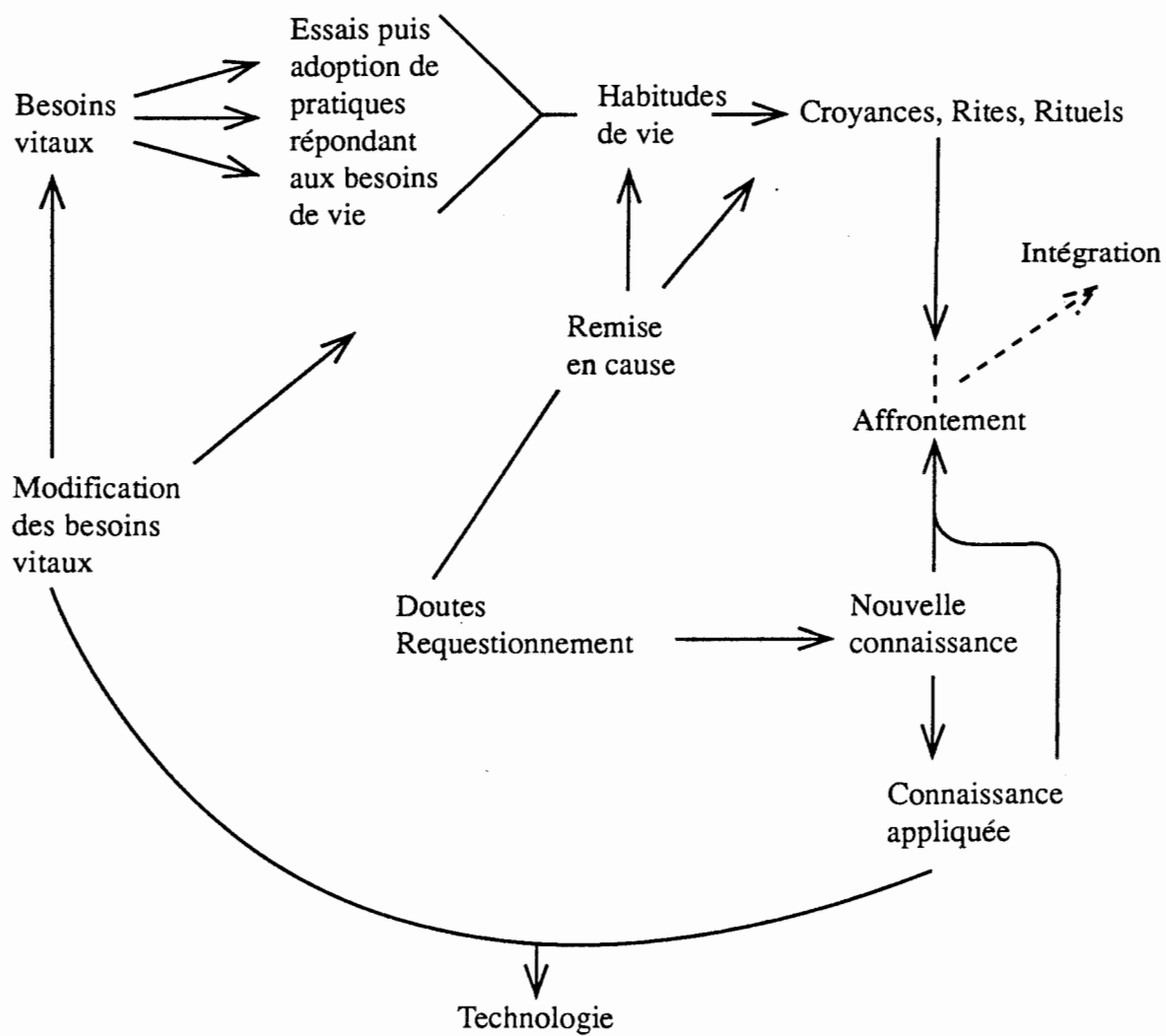


Figure 1
Dynamique de la genèse et de la transformation des habitudes de vie et des croyances dans un milieu donné.

Source : COLLIÈRE, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie* (p.84) Paris : Interéditions

L'auteure nous a éclairée et permis de mieux saisir et comprendre ce processus de genèse et de transformation des croyances dans un milieu donné. Elle nous a aussi permis d'établir une relation claire entre l'intériorisation de croyances et de valeurs et l'agir professionnel (pratiques de soins, qualités professionnelles).

Une transformation de ce type engage, selon nous, toute la personne; elle suppose une capacité d'actualisation personnelle et professionnelle. Elle est aussi provoquée, à notre avis, beaucoup plus par une motivation interne *je veux changer* que par un besoin ou une nécessité *je dois changer*.

En ce sens, Ferguson (1981, p. 66-71) explique qu'un processus transformatif *doit se vivre*¹ et elle le décrit selon quatre étapes majeures: le moyen d'accès, l'exploration, l'intégration et la conspuration. Ferguson décrit ainsi ces étapes :

_ le moyen d'accès :

«l'accès peut être ouvert par tout ce qui ébranle la vieille conception du monde, les vieilles priorités;

- l'exploration :

avec prudence ou enthousiasme, ayant pressenti que quelque chose mérite d'être trouvé, l'individu part à sa recherche. Le premier pas, bien que petit, est important et de grande portée pour les suivants. Comme l'a dit un maître spirituel, la quête *est* la transformation;

¹L'italique est de nous.

– **l'intégration:** pendant cette période, une tâche différente est entreprise. Elle prend une forme plus réflexive... Ceux qui entreprennent une transformation personnelle éprouvent le besoin de conceptualiser leur expérience. L'individu expérimente, affine, teste les idées, les éprouve, les clarifie et développe son expérience;

– **la conspiration :**

cette étape fait alors découvrir d'autres sources de pouvoir et les moyens de s'en servir dans le but de s'accomplir soi-même et de se mettre au service d'autrui.»

Cette façon de voir le processus de transformation rejoint nos perceptions personnelles de la situation. Nous croyons que certains cours tel APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ ont été des moyens d'accès pour certaines enseignantes et que certaines d'entre elles continuent leur cheminement de façon personnelle. Nous croyons aussi que d'autres n'ont pas, pour différentes raisons, vécu ce cheminement. Et ce processus de changement provoque de l'affrontement comme le démontre Collière.

Mais où est le problème? N'est-il pas normal et très sain que les enseignantes soient déstabilisées par le changement? Le questionnement et la remise en question d'attitudes et de comportements ne font-ils pas partie du vécu quotidien d'une enseignante? Et l'adaptation aux situations nouvelles ne se veut-elle pas un «réflexe professionnel» très valorisé et acquis depuis longtemps?

Notre problématisation pourrait s'effondrer ici, tel un château de cartes, ... si nous n'étions en **interaction avec des élèves**. En effet, la situation devient beaucoup plus complexe lorsque nous jetons un regard sur la réalité pédagogique.

1.5 Le programme local de formation en soins infirmiers

Le programme 180.01 présente trois principes qui se doivent d'être respectés; la *cohérence*, la *continuité* et la *progression*. Il serait de mise croyons-nous d'examiner à tour de rôle ces trois principes selon un éclairage pédagogique afin de cerner davantage les différentes facettes du problème. Il serait peut-être utile aussi de préciser que notre regard portera sur l'enseignement de l'approche holiste en soi mais aussi sur l'enseignement des soins infirmiers selon une approche holiste afin de voir un peu plus clairement quel type d'enseignement est privilégié en regard de cette approche.

La cohérence

La cohérence est définie comme étant «la liaison d'un ensemble d'idées, de faits, formant un tout logique»¹ A partir de ceci, il est difficile de croire à «un tout logique» lorsque nous réalisons que certains contenus sont enseignés avec une certaine coloration holiste (ex.: la démarche de soins) et certains autres le sont selon une approche que nous qualifierions de «franchement médicale» (ex.: les problèmes prioritaires de santé qui occupent une large part du contenu).

L'élève est confrontée à deux approches : l'une systémique (approche holiste) et l'autre systématique (approche médicale) qui s'appuient sur des systèmes de valeurs différents et qui définissent le **sens** et la **finalité** des soins infirmiers (ou des interventions de soins infirmiers) de façon fort différente pour ne pas dire divergente. Comment l'élève en soins infirmiers peut-elle arriver à amalgamer ces enseignements en un tout logique?

¹Dictionnaire Larousse. (1979). Paris: Larousse. (p. 225).

Dans cette perspective, les enseignantes nous semblent mieux nanties -malgré tout - puisqu'elles peuvent arriver à organiser le contenu de leur leçon en un tout logique. Mais en est-il ainsi pour l'élève qui, à l'intérieur d'un même cours voit défiler plusieurs enseignantes qui s'en partagent le contenu? Il nous semble que celle-ci doit faire beaucoup de «pirouettes»... Par exemple, au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, en session d'intégration¹, l'élève recevra de l'enseignement théorique de neuf enseignantes et de l'enseignement en milieu clinique de quatre ou cinq enseignantes, selon les groupes. Comment pouvons-nous escompter que l'élève organise tout ce contenu en «un tout logique» si la *base conceptuelle*² n'est pas identique pour toutes les enseignantes? Si les approches varient selon les fils conducteurs, selon les séquences d'enseignement ou selon les enseignantes?

La continuité

La continuité est définie comme étant «le caractère de ce qui est continu et continu: non divisé dans son étendue»³. A partir du devis pédagogique local (2e version, juin 1989), nous avons relevé certains contenus directement reliés à une approche holiste en santé, soit:

¹Sixième et dernière session du programme de formation en soins infirmiers 180.01.

²L'expression *base conceptuelle* réfère ici au corps de connaissances en soins infirmiers ainsi qu'au système de valeurs véhiculées au travers de l'enseignement. Elle ne doit pas être confondue avec conception de soins infirmiers ou modèle de soins infirmiers.

³Dictionnaire Larousse. (1979). Paris: Larousse. (p. 247).

– connaissance de la personne:

180-110 : conception de la santé et de la maladie selon une vision systémique:

2 périodes (théorie)

180-110 : approches alternatives de soins : 3 périodes (laboratoire collège).

180-210: conception de la santé et de la maladie selon une vision systémique

(approfondissement) : 1 période (théorie)

180-310: ____

180-410: ____

180-510: ____

180-610 : les situations d'intégration demandent à l'élève de retrouver les concepts-clés et de mettre en évidence les interrelations entre les fils conducteurs à partir de la situation étudiée mais rien n'indique qu'elles sont analysées selon une perspective holiste.

180-620: ____

180-630 : approche globale de la santé dans le cadre de «prospectives professionnelles» : notions reliées aux soins de santé primaires, approche globale, approche holiste et outils complémentaires de soins (théorie: 5 périodes).

– démarche de soins : pour tous les cours, ce processus fait appel à une vision globale de la personne. C'est le fil conducteur qui nous semble privilégier davantage *certaines* caractéristiques de l'approche holiste; quoique la conception de soins infirmiers (Henderson) découle davantage d'un modèle biopsychosocial que d'un modèle holiste;

– communication: le contenu de tous les cours est axé sur l'acquisition de connaissances, habiletés et attitudes mais rien n'indique que cela doit se faire à la lumière d'une approche holiste;

– engagement professionnel: ce fil conducteur est en relation étroite avec les valeurs personnelles et professionnelles; il pourrait très bien être enseigné en s’inspirant des croyances et valeurs de l’approche holiste. Toutefois, rien ne nous indique dans le devis qu’il en soit ainsi. On retrouve dans celui-ci les connaissances à acquérir, les habiletés à développer (qui sont axées sur l’acquisition du processus décisionnel éthique et sur le développement du jugement moral) ainsi que les attitudes à développer (respect de ses droits et responsabilités et de ceux d’autrui; comportements de responsabilité légale et morale);

– actualisation de soi: ce processus de croissance personnelle et professionnelle implique la personne dans sa globalité; toutefois, rien n’indique que ce processus fasse ou non référence aux valeurs véhiculées par l’approche holiste.

De cette analyse découle le «topo» suivant: quelques heures d’enseignement dans le programme de formation sont directement reliées aux notions faisant référence à une approche holiste : 8 périodes en théorie et 3 périodes en laboratoire-collège. Le fil conducteur «démarche de soins» nous semble privilégier une vision globale de la personne aidée mais nous n’avons aucune indication concernant les autres dimensions de l’approche holiste. Pour les autres fils conducteurs soit la communication, l’engagement professionnel et l’actualisation de soi, rien n’indique qu’ils soient ou non en relation avec les principes, croyances ou valeurs véhiculées par l’approche holiste.

La continuité ne nous apparaît pas manifeste ni évidente pour l’instant. Nous avons vu que certains cours présentent des contenus faisant référence à une approche holiste et d’autres non. Cette donnée toutefois, ne peut nous permettre de conclure qu’il n’y a pas de continuité puisque nous n’avons aucune indication sur l’orientation qui est privilégiée

par les enseignantes qui dispensent les cours que ce soit en théorie, en laboratoire ou en stage clinique. Nous voudrions souligner l'absence totale de données à ce sujet concernant les stages cliniques. Ceci nous apparaît d'autant plus important considérant le nombre d'heures allouées à la formation en milieu clinique.

La progression

La progression est définie comme suit: «avance; se développe par degrés».¹ En consultant le devis pédagogique local, (2e version, juin 1989) nous voyons que des heures d'enseignement sur des concepts reliés à l'approche holiste sont prévues pour certains cours (180-110, 180-210, 180-630). Pour les autres cours, rien n'indique qu'il existe des contenus enseignés selon une orientation holiste. Si nous nous fions à la description très détaillée du devis, il semblerait que ce ne soit pas le cas. Ceci porte à croire que la progression est cahotique... De plus, il nous apparaît que les contenus enseignés portent davantage sur la connaissance de l'approche holiste en soi mais non sur l'apprentissage des soins infirmiers selon une approche holiste. La distinction nous semble importante.

Nous avons vu que les notions faisant référence aux caractéristiques de l'approche holiste ou les contenus de soins infirmiers selon une vision holiste ne semblent pas avoir un ancrage très solide au niveau du programme de formation local. Toutefois, il nous est impossible pour le moment de dire que les enseignantes font abstraction des principes, croyances et valeurs reliées à cette approche puisque l'on sait très bien que, très souvent, tout se joue sur le terrain... L'intervention pédagogique prend place dans un contexte : la

¹Dictionnaire Larousse. (1979). Paris: Larousse. (p. 827).

salle de cours, le laboratoire ou le milieu clinique et, à ce moment, l'enseignante peut très bien colorer son enseignement à la lumière des croyances et valeurs de l'approche holiste sans que cela soit inscrit dans le dévis pédagogique.

La question suivante reste entière et nous la retiendrons comme question générale de notre recherche:

Les enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue véhiculent-elles les croyances et valeurs de l'approche holiste dans leur enseignement?

CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS ET QUESTION DE RECHERCHE

2.1 Approche holiste en santé

L'origine du terme «holisme» est attribuée à Jan Christiaan Smuts qui publia un traité «Holism and Evolution» en 1926. Il décrit l'holisme comme étant «the principle which makes for the origin and progress of wholes in the universe.» (Sarkis, Skoner, 1987, p. 62; voir Smuts, 1926). Pour Smuts, chaque être vivant possède une organisation interne, un sens d'auto-direction et un caractère qui lui est propre. Plusieurs auteurs de toutes les disciplines ont écrit sur l'approche holiste. Citons entre autres, Rosnay en biologie, Capra en sciences physiques, Watzlawick en communication, Maslow et Erickson en psychologie, Bruner et Miller en éducation. Nous voyons donc que l'approche holiste ne s'applique pas que dans le domaine de la santé et que des spécialistes de plusieurs disciplines s'y sont intéressés. Selon les auteurs ayant décrit l'approche holiste, l'individu est vu comme un tout indissociable plus grand que la somme de ses parties lesquelles sont en interaction les unes avec les autres et en constante relation avec l'environnement. Robert (1990) dit :

L'approche holiste reconnaît l'humain comme un être multidimensionnel et dynamique situé au coeur d'un réseau d'interrelations dont la qualité d'énergie varie depuis la matière visible jusqu'aux vibrations les plus pures. Elle incite aussi à croire aux capacités d'auto-régulation et d'auto-guérison de chaque individu. (p. 30).

Ce concept d'énergie se retrouve dans les écrits de plusieurs auteures de soins infirmiers (Bradley (1987), Holmes (1986), Johnson (1990), Krieger, (1981), Lévesque (1984), Newbeck (1986), Newman (1987), Poletti (1980), Robert (1991), Rodgers (1970), Sarkis (1987), Skoner (1987), Snyder (1985), Potvin (1993), etc...). Elles voient cette composante énergétique comme étant une caractéristique de l'individu et certaines parlent de «champs d'énergie» (Bradley,1987; Lévesque,1984). Par exemple, Lévesque (1984, p. 17) dit que «chaque organisme vivant constitue une entité physique, un système de champs d'énergie en interaction constante avec l'environnement.»

Dans le domaine de la santé, la conception occidentale de la science souvent associée au réductionnisme s'est traduite par ce que beaucoup d'auteurs nomment le modèle médical ou biomédical qualifié très souvent de «mécaniste». Pour les tenants de cette approche, la santé est avant tout l'absence de maladie. La maladie correspond à un déséquilibre, un déséquilibre, qui provient d'agents internes ou externes. Les professionnels dont la pratique s'inspire de ce modèle ont pour objectif de guérir la maladie *-to cure-*. Ils sont l'autorité, la compétence en matière de santé et utilisent une technologie avancée tant sur le plan de l'investigation que sur celui du traitement. Les relations entre soignant et soigné demeurent habituellement neutres et elles sont souvent hiérarchisées.

En opposition, l'approche holiste voit la santé comme «une valeur positive et comme un état de bien-être résultant d'un équilibre entre les forces positives et négatives de l'individu et de son environnement.» (Leclerc, Rousseau, 1990, p. 51). La maladie n'est pas seulement un ennemi à combattre, elle est aussi vue comme une période de croissance, de connaissance de soi et quelquefois, elle devient le déclencheur de changements importants dans la vie de l'individu (comportements, habitudes de vie). Les professionnels qui se réclament de l'approche holiste se voient comme des partenaires thérapeutiques; ils croient en la

responsabilité de l'individu par rapport à sa santé et s'attendent à ce qu'il s'engage dans le processus de guérison. L'expérience de la maladie étant vue comme une étape de croissance, l'individu sera appelé à élargir son champ de conscience, d'ailleurs, certaines auteures de soins infirmiers dont Newbeck et Sarter font de l'élévation de la conscience le but des soins infirmiers.

L'intervention holiste est davantage vue comme un art et elle tend à être centrée sur les soins *-le care-* et les professionnels qui s'inspirent de cette approche font appel à des pratiques plus naturelles, qualifiées de *douces, naturelles, parallèles, alternatives*. L'éclosion de ces pratiques *autres* est vue comme une nouvelle culture thérapeutique associée ou non aux méthodes allopathiques. Ces pratiques *autres* souvent qualifiées de *douces* par opposition aux méthodes plus intrusives associées au modèle médical, semblent être associées au courant de pensée holiste. Rousseau, Saillant, Desjardins (1989) font d'ailleurs ressortir cet élément dans une étude récente portant sur les thérapies douces au Québec :

Bien que le phénomène des médecines douces puisse être globalement situé dans le mouvement alternatif, et que ce phénomène soit extrêmement diversifié quant à ses tendances et manifestations il semble toutefois que les tenants de ce mouvement cherchent à se réclamer d'une idéologie commune : l'approche holiste. (p. 5).

Paul, Hagan, Lambert, 1985) disent :

...le terme *holistique* est souvent utilisé pour désigner un ensemble de thérapies plus ou moins orthodoxes allant de l'acupuncture aux massages et passant par la méditation et les transferts d'énergie des guérisseurs. (p. 20).

Ces pratiques *douces* semblent toutefois être beaucoup plus présentes en dehors du système de santé officiel même si bon nombre de professionnels reconnus de la santé ont intégré à leur pratique des interventions provenant du domaine des médecines douces. À cet effet, Rousseau, Saillant, Desjardins (1989) disent:

...les tentatives de changement inspirées de l'approche holiste (plus particulièrement l'utilisation des médecines douces) demeurent très timides dans le système de santé officiel, quand elles sont tolérées. Cette faible présence peut s'expliquer par le fait que ces pratiques s'écartent passablement du modèle biomédical qui domine encore fortement nos institutions de santé et par le fait qu'elles sont encore considérées illicites avec toutes les conséquences que cela implique pour ceux et celles qui les utilisent. Dans un tel contexte, il est normal que la présence de l'approche holiste en santé se manifeste davantage en dehors des institutions officielles. (p. 6).

Certains auteurs ont présenté leur conception de l'approche holiste en termes de postulats ou de caractéristiques. Ainsi, Kopelman et Moskop (1981, p. 209) ont dégagé cinq postulats de base qu'ils relient à l'approche holiste. Voici ces postulats tels qu'ils les présentent.

- 1) Une vision positive de la santé comme étant un état de bien-être physique, mental, social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.
- 2) La responsabilité de l'individu à l'égard de sa santé et du processus de guérison.
- 3) L'éducation en matière de santé comme préalable à la prise en charge par l'individu de sa propre santé.
- 4) Le contrôle plus efficace des déterminants sociaux et environnementaux ayant un impact sur la santé.
- 5) Des modes de traitement plus naturels, utilisant une technologie *douce* mettant l'emphase sur les processus naturels de guérison du corps.

Bruneau-Morin et Phaneuf (1991, p.111-112) présentent aussi leur façon de concevoir l'approche holiste à partir de cinq postulats. Les voici:

1er postulat : L'homme est un être dynamique constamment en interaction avec lui-même et son environnement. C'est un système ouvert sur le monde et uni avec tout ce qui existe.

2e postulat: L'humain est un être *multidimensionnel*. Ces dimensions sont les suivantes: organique, intellectuelle, affective, sociale et spirituelle.

3e postulat: La personne est un être unique en soi où les dimensions de l'humain se retrouvent dans une mosaïque d'une infinie variété.

4e postulat: L'humain est doué d'une force de croissance, de récupération et de régénération, qui nous conduit à croire en la capacité de chacun de se maintenir en santé, de s'impliquer dans son évolution personnelle, dans son apprentissage et dans sa propre guérison.

5e postulat : Chaque individu est doué de conscience jouit de liberté et peut exercer sur ses décisions un certain libre-arbitre. Ce qui veut dire que toute personne peut être responsable d'elle-même, tant de sa santé que de ses apprentissages.

Pour sa part Reeder (1976, p.10) présente sa conception d'une approche holiste en santé selon sept postulats qui sont:

1er postulat: Tout être humain est l'intégration dynamique d'attributs physique, mental, émotif et spirituel.

2e postulat: Il faut mettre l'accent sur la santé plutôt que sur la maladie; sur des valeurs positives plutôt que négatives.

3e postulat: La réalité coule de l'intérieur vers l'extérieur.

4e postulat: La personne est entièrement responsable de sa maladie et de sa guérison.

5e postulat: L'approche est à la fois éducative, curative et réparatrice.

6e postulat: L'intervenant(e) doit lui-même être en croissance; il doit être un exemple vivant de son enseignement.

7e postulat: La maladie n'est pas une malédiction, c'est une information, un feedback attestant que les systèmes énergétiques sont désynchronisés.

D'autres auteurs, Goldstein¹, Sutherland, Jaffe et Wilson dans une recherche récente (1988) visant à vérifier la possibilité d'intégration du modèle holiste et du modèle biomédical, ont dégagé d'une recension des écrits sur l'approche holiste dix caractéristiques de ce qu'ils appellent la médecine holiste, alternative ou du «nouvel âge». Voici ces caractéristiques telles que présentées dans un article qui rend compte de leur recherche auprès de médecins praticiens américains (1988).

1. L'unité du corps, du coeur et de l'esprit.
2. La santé perçue comme un état positif et non seulement comme une absence de maladie; la maladie en tant que message pour la personne.
3. La responsabilisation de la personne vis-à-vis sa propre santé.
4. L'éducation sanitaire, la prise en charge de la personne à l'égard de ses soins et le processus d'auto-guérison.
5. La relation infirmière-personne aidée vue comme devant être relativement ouverte, égalitaire et réciproque.
6. La santé vue comme étant le reflet du milieu familial, social et culturel; influence du milieu sur la santé et influence de l'état de santé de la personne sur le milieu.
7. La tendance à recourir autant que possible à des techniques naturelles, non traumatisantes et non-occidentales.
8. La valorisation du toucher communicateur et du partage des émotions et des ressentis entre l'infirmière et personne aidée ainsi qu'entre l'infirmière et la famille.
9. La relation thérapeutique efficace transforme aussi bien l'infirmière que la personne aidée.
10. L'acceptation d'une composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie et l'élévation de la conscience de la personne comme finalité des soins infirmiers.

¹ Goldstein, Michael est professeur en Santé publique et en sociologie à l'Université de Californie. Il a mené une recherche relative aux comportements innovateurs chez les médecins praticiens américains (1988).

Nous commenterons ces caractéristiques en tentant de faire ressortir en quoi elles contribuent à dissocier l'approche holiste des autres approches : soit, l'approche biomédicale et l'approche biopsychosociale.

1. L'unité du corps, du coeur et de l'esprit

Cette caractéristique est soulignée par presque tous les auteurs qui ont tenté de définir l'approche holiste. La plupart d'entre eux établissent clairement que le corps, les émotions et l'esprit sont indissociables.

La médecine conventionnelle -approche biomédicale- reconnaît le rôle des émotions dans la genèse des maladies dites psychosomatiques mais n'étend pas cette explication à toutes les maladies et n'inclut pas la dimension «esprit» lorsqu'elle tente d'expliquer ces phénomènes. Pour sa part, le modèle intégrationnel -ou biopsychosocial- présente l'individu comme un tout intégré formé de composantes physique, mentale et sociale qui sont interreliées entre elles et qui s'influencent mutuellement. La maladie est de nature fonctionnelle et souvent interprétée comme le signal de sérieux problèmes d'ordres psychologiques, relationnels ou sociaux. Elle considère aussi que l'individu est en relation avec un environnement toujours changeant qui l'influence.

Les tenants de l'approche holiste voient aussi l'individu comme un tout et il est défini comme un être d'énergie à concentration multidimensionnelle. Cette approche reconnaît que l'être humain est formé de composantes physique, mentale, sociale et «spirituelle» cette dernière étant souvent définie comme «la conscience de». Ces composantes sont plus qu'interreliées entre elles, elles sont interconnectées au point qu'il est impossible de les dissocier tel que le disait René Dubos (dans Capra, 1983, p. 312): «Quelles que soient sa cause et ses manifestations, pratiquement chaque maladie implique tant le corps que l'esprit, et ces deux

aspects sont à ce point interconnectés qu'il est impossible de les séparer l'un de l'autre.»

La composante «spirituelle» rejoint le concept de «conscience» concept central pour les tenants de l'approche holiste. Capra précise le sens de ce concept:

L'esprit est un modèle d'organisation et la conscience «*awareness*» une propriété de mentation à tous les niveaux depuis les simples cellules jusqu'aux êtres humains, bien que de portée différente. La conscience de soi semble, en revanche, ne se manifester que chez des animaux supérieurs, et ne se développer totalement que dans l'esprit humain. C'est cette propriété de l'esprit que j'appellerai Conscience «*consciousness*». (p. 279)

Nous avons retrouvé cette conception chez plusieurs auteures de soins infirmiers américaines qui s'inscrivent dans le courant de pensée holiste. De leurs écrits semble se dégager une convergence vers la reconnaissance de deux concepts fondamentaux qu'elles reconnaissent toutes comme étant inhérents à l'approche holiste; ce sont d'une part, la vision de l'être humain comme un tout mais aussi comme un être d'énergie en interaction constante avec d'autres champs d'énergie et d'autre part, le phénomène de «conscience». En ce sens, Sarter va jusqu'à dire que *l'élévation de la conscience* serait la finalité ou le but des soins infirmiers.

2. La santé perçue comme un état positif et non seulement comme une absence de maladie; la maladie en tant que message pour la personne

Lorsqu'il tente de cerner le concept de santé, Aakster (1986, p. 267) dit que la définition de la santé de l'OMS, soit «Un état de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie» est la meilleure connue actuellement mais en même temps qu'elle tente de définir la santé, elle ne la définit pas vraiment. Selon lui, cette définition a une connotation socio-politique qui décrit ce que la santé devrait être mais non ce qu'elle est. Selon cet auteur, la médecine traditionnelle a beaucoup de difficulté à définir la santé parce que, comme elle s'est surtout préoccupée de développer des théories sur les maladies et leurs

traitements, elle en est venue à concevoir la santé selon un état de non-maladie.

Les tenants de l'approche biopsychosociale vont un peu dans le même sens puisqu'ils associent aussi la santé à l'absence de maladie. Toutefois, ils s'écartent du modèle médical en reconnaissant que la genèse de la maladie est fortement influencée par des facteurs personnels ou environnementaux.

L'approche holiste est beaucoup plus orientée vers le maintien de la santé et elle voit la maladie comme un écart par rapport à la santé. La santé est vue comme un équilibre entre des forces ou énergies positives et des forces ou énergies négatives. Une fluctuation constante et dynamique existe entre les deux. La santé est donc définie comme étant un équilibre fragile entre ces forces -ou énergies- positives et négatives. Capra, (1983) parle d'une *éternelle danse* pour illustrer cet équilibre dynamique maintenu par une interaction constante à l'intérieur de l'individu mais aussi entre l'individu et son milieu -ou environnement-. Il s'agit donc d'un équilibre interne et externe. Etre en santé, n'est plus seulement un état mais un *art de vivre* .

Relié au concept de santé-maladie est celui de diagnostic à propos duquel les différentes approches diffèrent également. Le diagnostic médical est de type morphologique c'est-à-dire qu'il s'appuie sur des modifications de la structure des organes touchés et des symptômes, surtout physiques, qui correspondent à certaines maladies. Les données objectives recueillies par l'investigation sont de première importance.

Le modèle biopsychosocial considère davantage l'interrelation entre les diverses dimensions présentes chez l'individu: physique, psychologique, sociale et elle voit la maladie comme étant de nature fonctionnelle ce qui implique que les signes et symptômes pourront être interprétés comme une manifestation possible de problèmes psychologiques, relationnels ou sociaux importants. Elle voit aussi comme conséquence possible de la maladie physique l'apparition de problèmes d'ordres émotionnels, psychologiques ou sociaux.

Le diagnostic holiste est avant tout fonctionnel c'est-à-dire qu'il s'appuie sur une évaluation globale de la personne. Plusieurs approches alternatives accordent moins d'importance au diagnostic -dans un sens morphologique- et il est bien souvent établi à partir du *langage du corps* . Les données qualitatives fournies par la personne aidée sont vues comme très importantes. Reeder (1976) et Ferguson (1981) croient que la maladie fournit un message, une information, un feedback émanant d'un conflit ou d'un manque d'harmonie. Le soignant aura pour rôle d'aider la personne à décoder ce message, à prendre conscience des conflits qui ont provoqué la maladie et à lui enseigner des moyens afin d'adopter des comportements plus harmonieux et plus respectueux de son être qui influenceront positivement sa santé. Comme le dit Ferguson (1981) :

La santé et la maladie sont des processus actifs émanant de l'harmonie ou manque d'harmonie intérieure, particulièrement sensible à nos états de conscience, à notre capacité à laisser libre cours à l'expérience consciente.
(p. 192).

3. La responsabilisation de la personne vis-à-vis sa propre santé

Selon Parsons, (dans Aakster, 1986, p. 266) pour la médecine traditionnelle, le malade idéal est «celui qui ne pose pas de questions et qui suit les ordonnances». Les sociologues utilisent le terme de «complaisance» pour décrire l'attitude de l'individu à l'égard du médecin. Le médecin, selon cette vision, est l'expert de la situation, celui qui sait, qui

connaît et qui peut intervenir pour guérir l'individu malade.

L'approche biopsychosociale reconnaît davantage que certains facteurs d'ordre psychologiques ou sociaux peuvent causer la maladie. Elle propose au client de participer au traitement. Même si la notion de responsabilité individuelle n'est pas directement reliée à la genèse de la maladie, il appert qu'elle est considérée comme un facteur qui favorise la guérison ou le retour vers la santé.

L'approche holiste pour sa part, considère que la personne aidée doit reconnaître qu'elle a consciemment ou inconsciemment participé à la manifestation et au développement de la maladie et qu'elle sera donc capable de participer de la même manière au processus de guérison. Capra (1983) explique que cette responsabilité dans la genèse de la maladie signifie:

... que nous faisons certains choix qui nous exposent à des situations stressantes auxquelles nous réagissons; ils sont plus souvent inconscients que conscients et dépendent de notre personnalité, de certaines contraintes extérieures et du conditionnement social et culturel. La responsabilité à l'égard de la maladie est donc partielle puisqu'elle est sujet à de sérieuses contraintes... les individus ne peuvent être jugés responsables que dans la mesure où ils ont la liberté de se prendre en charge, liberté souvent entravée par de lourds conditionnements sociaux ou culturels... (pp. 313, 316).

L'approche holiste préconise que l'individu malade est l'expert de la situation; ainsi, le médecin ou le soignant devient un conseiller qui l'accompagne dans un processus d'auto-guérison, un partenaire thérapeutique. La santé et la maladie sont «des processus actifs émanant de l'harmonie ou du manque d'harmonie intérieure, particulièrement sensible à nos états de conscience, à notre capacité ou incapacité à laisser libre cours à l'expérience consciente» (Ferguson, 1981, p.192).

4. L'éducation sanitaire, la prise en charge par la personne à l'égard de ses soins et le processus d'auto-guérison

Cette caractéristique n'est qu'une suite logique de la précédente. Elle a été critiquée particulièrement par Guttmacher (1979) qui la voit comme une forme de désengagement de l'État face aux coûts inflationnistes des services de santé modernes.

Kopelman et Moskop (1981, p. 214) critiquent aussi cette assertion mais dans une autre perspective. Ils font valoir que plusieurs individus préfèrent que le professionnel contrôle la situation plutôt que d'en prendre la responsabilité eux-mêmes. Aussi, en relation avec le rôle d'éducateur du professionnel de la santé, ils considèrent que ce rôle attendu prend une telle expansion qu'il en devient irréaliste (puisque la santé est définie comme un état de bien-être selon différentes dimensions).

L'approche biopsychosociale fait davantage appel à la participation de la personne aidée et pour ce faire, il deviendra important de lui communiquer certaines connaissances ainsi que ce que l'on attend d'elle.

L'approche holiste met l'emphase sur des règles de base de la santé, elle fait appel à la responsabilité de l'individu à prendre en charge sa santé elle explique les choses dans un langage simple et compréhensible. Dans bien des cas, l'intervention se résume à renforcer le pouvoir d'auto-guérison du corps (résistance/défense/immunité). Selon Capra, (1983, p. 318) «le médecin ou le soignant aura pour rôle d'informer le patient sur la nature et la signification de sa maladie ainsi que de lui enseigner les moyens de modifier les éléments de son mode de vie qui l'y ont conduit».

L'individu malade est vu comme un tout intégré et il est l'expert de sa propre situation. Le médecin doit lui transmettre les connaissances nécessaires afin qu'il puisse influencer le processus d'auto-guérison. Capra (1983, p. 318) va jusqu'à dire : «tel est, en fait, le rôle originel du terme *docteur*, qui vient du latin *docere* (enseigner) ».

5. La relation infirmière-personne aidée vue comme devant être relativement ouverte, égalitaire et réciproque

De façon générale, l'approche médicale voit la relation entre le médecin et la personne aidée comme étant de type hiérarchique puisque le médecin est le dépositaire du savoir et que son rôle est d'agir pour supprimer la maladie par des interventions médicales ou chirurgicales. La technologie utilisée dans un but diagnostique ou thérapeutique est dominante. La personne aidée a un rôle plutôt passif et son engagement se limite bien souvent à suivre fidèlement les ordonnances¹ du médecin. La valorisation des sciences exactes et de la technologie ont contribué à déshumaniser les rapports entre le médecin et l'individu malade.

Engel (1977, p. 134) va plus loin en disant que «les médecins manquent d'intérêt et de compréhension; ils sont préoccupés par les procédures et sont insensibles aux problèmes personnels de leurs patients et de leurs familles. Les institutions médicales sont froides et impersonnelles».

¹Le terme *ordonnance* est ici significatif puisqu'il veut dire : «acte qui émane d'une autorité souveraine». (Larousse, p. 718).

Ferguson (1981, p. 178-179) cite William Steiger qui définit l'empathie comme «ce que Martin Buber a nommé Toi-Moi, et les examens et tests objectifs nécessaires comme le Ça-Moi. Le Ça-Moi est un monologue, le Toi-Moi est un dialogue, ils sont complémentaires.»

Ferguson explique que:

lorsqu'un problème médical persiste, le médecin entreprend habituellement de nouveaux tests de laboratoire, c'est-à-dire un accroissement de Ça-Moi, alors que ce qui s'impose en cette occasion, c'est une compréhension humaine plus profonde, un accroissement de Toi-Moi. (pp. 178-179).

D'autre part, la démocratisation des soins ainsi que l'organisation du système de soins actuel ont aussi contribué à définir un type de rapport moins personnalisé entre le médecin et la personne aidée. Les gens ont banni de leur langage l'expression «mon médecin de famille» puisqu'elle ne correspond plus à la réalité.

L'approche holiste reconnaît que la responsabilité première de la santé repose sur la personne aidée, le professionnel de la santé se perçoit davantage comme un conseiller qui aide l'individu à recouvrer la santé plutôt que comme un expert ou une experte qui doit trouver un traitement efficace contre la maladie. Il en résulte forcément une relation plus égalitaire que dans l'approche biomédicale. Cette caractéristique a été soulignée par Aakster (1986) et Goldstein et al., (1985; 1988).

Le respect de la connaissance subjective est aussi valorisé ce qui implique que le médecin doit être à l'écoute de la personne aidée. De plus, comme le souligne Capra (1983, p. 308), cette approche «associe la santé au synchronisme de rythmes et la guérison à une certaine résonance entre guérisseur et patient.» Toutefois, même s'il est possible de décrire de façon générale le contexte relationnel au sein des différentes approches, la réalité nous apparaît plus nuancée. En effet, certains médecins auront avec les individus malades une relation ouverte

et chaleureuse de même qu'il sera possible de rencontrer certains thérapeutes en pratiques alternatives qui privilégieront l'aspect technique et qui accorderont une importance secondaire à la relation interpersonnelle.

6. La santé vue comme étant le reflet du milieu familial, social et culturel: impact du milieu sur la santé et impact de l'état de santé sur le milieu

L'approche biomédicale ainsi que l'approche biopsychosociale reconnaissent que certains facteurs d'ordres familial, social ou culturel peuvent influencer l'état de santé; cela est plus manifeste toutefois lorsqu'il s'agit de problèmes psychologiques ou psychiatriques. Ces approches s'accordent pour dire que des problèmes d'ordre physique peuvent engendrer des problèmes d'ordres familiaux ou sociaux.

L'approche holiste reconnaît aussi qu'il existe une interrelation entre les problèmes d'ordre physique, familiaux ou sociaux en termes de causes ou de conséquences. Ces dimensions sont interreliées et s'influencent mutuellement tel que le démontre Capra (1983) :

La maladie physique peut être contrebalancée par une attitude mentale positive et un soutien social, de sorte que l'état général pourra être un état de bien-être. D'un autre côté, des problèmes affectifs ou un isolement social peuvent amener une personne à se sentir malade, malgré une condition physique excellente. (p. 306).

L'approche holiste va plus loin en reconnaissant que l'individu fait partie intégrante d'un système ordonné et que la maladie est la conséquence d'une rupture d'harmonie avec ce système.

L'individu sain et la société saine sont des parties intégrantes d'un grand modèle ordonné et la maladie est la conséquence d'une rupture à un niveau individuel et social. Dans certaines cultures, les causes de la maladie sont intimement liées à l'environnement social et culturel du patient ... les hommes et les femmes ne sont pas considérés, avant tout, comme des individus; leurs antécédants et leurs expériences personnelles, y compris leurs maladies, sont le résultat de leur appartenance à un groupe social.

7. La tendance à recourir autant que possible à des techniques naturelles, non traumatisantes et non-occidentales

En général, les tenants de l'approche médicale n'ont pas tendance à inclure dans leur pratique professionnelle ces approches que l'on a qualifiées de *douces, alternatives, complémentaires, ou naturelles*. L'intérêt suscité pour ces approches non-orthodoxes provient beaucoup plus de l'usager des services de santé que des médecins. L'opposition du corps médical à reconnaître ces approches et leurs exigences explicites visant à évaluer les praticiens en approches alternatives (même si, dans la plupart des cas, ces pratiques sont extérieures à leur champ de pratique) reflète bien la résistance de la médecine traditionnelle à cet égard.

L'engouement de la population pour ces «nouvelles» approches force les médecins à prendre part au débat; toutefois, les propos et les attitudes ne semblent pas manifester beaucoup d'ouverture et d'acceptation pour cette «médecine du nouvel âge». Par ailleurs, cette tendance paraît très présente quand on examine les modes d'intervention qui s'inspirent de l'approche holiste. Qu'on pense par exemple à la naturopathie, aux diverses formes de massothérapie ou à l'homéopathie. Même l'acupuncture, souvent considérée comme relativement violente, est loin d'être traumatisante comme la chirurgie ou la chimiothérapie.

Capra (1983, p. 322) associe ces «nouvelles» techniques thérapeutiques à une vision systémique de la santé lorsqu'il mentionne que «divers modèles et techniques thérapeutiques actuellement en cours d'élaboration dépassent déjà le cadre biomédical et sont en accord avec une vision systémique de la santé.»

Plusieurs auteures de soins infirmiers dont (Bradley (1987), Holmes (1984), Krieger (1981), Newbeck (1986), Newman (1986), Robert (1991), Snyder (1985), etc...) relient ces pratiques alternatives à un modèle holiste en santé. Sans faire part de la pensée de chaque auteure sur ce point, il nous apparaît intéressant de souligner que Snyder dans un volume relativement récent, (1985) intitulé «Independent Nursing Interventions», considère les pratiques alternatives comme des interventions de soins infirmiers autonomes et croît qu'elles devraient faire partie intégrante de la formation des infirmières.

Newbeck (1986, p. 48) croit elle aussi que les pratiques alternatives font partie des soins infirmiers et que les habiletés nécessaires pour les appliquer sont identiques à celles qui sont à la base des soins infirmiers. Elle considère toutefois, que le vrai changement dans une perspective holistique, ce n'est pas l'inclusion de thérapies alternatives mais bien un changement de niveau de conscience: «Holistic nursing mean making changes that had less to do with techniques or therapies than a revolution in conciousness.»

8. La valorisation du toucher communicateur et du partage des émotions et des ressentis entre l'infirmière et la personne aidée ainsi qu'entre l'infirmière et la famille

L'approche médicale reconnaît l'importance du toucher mais celui-ci vise presque essentiellement une finalité bien précise: l'obtention de données objectives ou qualitatives qui en association avec d'autres moyens d'investigation serviront à établir un diagnostic. Pensons ici à l'examen physique, l'observation de l'individu. Toutefois, même si le toucher est *admis* dans un but diagnostique, il est beaucoup plus rarement ou pratiquement jamais utilisé comme mode d'intervention ou comme moyen thérapeutique.

Les tenants de l'approche holiste utilisent aussi le toucher (ainsi que les autres sens) dans un but diagnostique et Capra (1983) en parle en ces termes :

Tout le diagnostic repose sur des jugements subjectifs du médecin et du patient et se fonde sur un ensemble de données qualitatives obtenues par le médecin au moyen de ses propres sens -le toucher, l'ouïe et la vision- et d'une interaction intime avec le patient. (p. 300).

L'approche holiste va plus loin puisque le toucher est le véhicule privilégié de plusieurs modes d'interventions holistes tels que la massothérapie où le toucher est central ou encore lors de diverses sessions de croissance personnelle où le thérapeute partage son vécu avec les participants.

La recherche de Johnson (1990, p.134) est intéressante sur ce point puisqu'elle démontre que «plus que tout autre terme, celui de *toucher* semble symboliser le changement vers une perspective holistique».

9. La relation thérapeutique efficace transforme aussi bien l'infirmière que la personne aidée

Nous n'avons pu retrouver cette caractéristique dans les écrits qui tentent de décrire l'approche biomédicale. Ceci se conçoit d'ailleurs aisément puisque le médecin selon cette approche est vu comme une figure d'autorité et que la relation qui s'installe avec la personne aidée est plutôt de type hiérarchique. Il n'est pas impossible que certaines situations provoquent des changements d'attitudes chez certains médecins mais les écrits consultés restent silencieux sur ce point. Goldstein et al., (1988) dans une recherche portant sur la pratique de médecins généralistes a relevé certains facteurs intéressants qui ont amené certains médecins à orienter leur pratique selon une vision holistique de la santé; ce sont : les expériences personnelles de type spirituel, les expériences personnelles de maladie grave, l'engagement dans une psychothérapie ou dans des sessions de croissance personnelle.

L'approche holiste met beaucoup d'emphasis sur une relation thérapeutique ouverte, égalitaire et réciproque. Que cette relation transforme aussi bien le professionnel de la santé que la personne aidée nous apparaît être le reflet de cette réciprocité.

Dans les écrits consultés, Capra (1983) relève aussi cette dimension. Il cite Vithoulkas, qui dit :

La rencontre entre un patient et un homéopathe est une interaction intime dans laquelle chacun doit s'impliquer. Le thérapeute... n'est pas un simple observateur passif, protégé par un mur d'objectivité. Chaque patient amène l'homéopathe à s'impliquer d'une manière profonde et significative...le thérapeute participera intimement à la vie du patient, à tous les niveaux; il sera disponible et sensible aussi bien qu'objectif... Lorsque l'homéopathie est pratiquée avec un tel degré d'engagement, elle stimule l'épanouissement tant du thérapeute que du patient. (p. 326).

10. L'acceptation d'une composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie; l'élévation de la conscience chez la personne comme finalité des soins

L'approche biomédicale ou biopsychosociale reconnaissent à l'individu le besoin d'exprimer ses croyances religieuses ou idéologiques mais on relie que très exceptionnellement cette dimension à l'étiologie ou au traitement de la maladie.

Rousseau, Saillant, Desjardins (1989, p. 21) disent que pour la plupart des tenants de l'approche holiste, cette caractéristique est présente à des degrés divers et qu'elle a été identifiée par plusieurs auteurs (Kotarba, 1975; Guttmaier, 1979; Berliner et Salmon, 1979-1980; Kopelman et Moskop, 1981; Goldstein et al., 1985; Aakster, 1986; Levin et Coreil, 1986). Levin et Coreil (1986) se sont attardés davantage à cette dimension de l'approche holiste et ils ont construit une typologie de ce qu'ils nomment le «*new age healing*». Les trois types identifiés sont les suivants: la recherche de la santé, l'ésotérisme, les pratiques contemplatives. Nous les décrivons brièvement ci-dessous:

– La recherche de la santé

Un premier type est caractérisé par des groupes ou des organisations qui mettent l'emphase sur l'atteinte de la santé ou du bien-être physique et mental. Ils ne se réfèrent pas nécessairement aux enseignements *anciens* même si plusieurs basent leurs fondements sur certaines conceptions traditionnelles (souvent orientales). Cette variante occidentale du nouvel âge est d'abord et avant tout orientée vers une amélioration de la santé physique et mentale.

– L'ésotérisme

Un deuxième type met l'accent sur l'étude de connaissances ésotériques comme moyen de cheminer vers la santé. Ces groupes sont caractérisés par leur adhésion à certains corps de connaissances très anciens desquels découle entre autre, une conception particulière de la santé. Ces groupes croient et enseignent que des forces surnaturelles peuvent engendrer la maladie comme elles peuvent contribuer au processus de guérison.

– Les pratiques contemplatives

Un troisième type met l'emphase sur les pratiques contemplatives comme moyen de cheminer vers la santé. Ces groupes adhèrent aux croyances orientales qui favorisent la pratique spirituelle celle-ci étant vue comme un cheminement vers la santé.

Sur ce point, Capra (1983, p. 286) dira que «la vision systémique de la vie est spirituelle dans son essence la plus profonde et se trouve donc en accord avec beaucoup d'idées propres aux traditions mystiques». Cette composante spirituelle est une caractéristique fondamentale pour plusieurs tenants de l'approche holiste et ils la définissent comme étant «la conscience de». Plusieurs auteurs de soins infirmiers adhèrent à cette conception et nous approfondirons leur conception dans une partie subséquente de ce travail : approche holiste et fondements philosophiques. Pour terminer, soulignons que dès 1980, l'OIIQ faisait mention dans un document intitulé HYPOTHÈSES DE CADRE CONCEPTUEL EN NURSING de l'importance pour l'infirmière d'être ouverte à la conscience de soi et de l'autre:

C'est dans la mesure où l'infirmière et l'infirmier sont ouverts à la conscience d'eux-mêmes et de l'autre que le service en nursing s'avère une réponse satisfaisante au maintien de l'équilibre des tendances de l'individu. Cette conscience de soi détermine le degré d'autonomie professionnelle. En effet, nul ne saurait prétendre être en mesure de faciliter la prise en charge de la santé par un autre, sans au préalable avoir expérimenté une telle démarche personnelle et professionnelle. (p. 73).

En relation avec les dix caractéristiques décrites par Goldstein et al., Rousseau, Saillant, Desjardins (1989) font remarquer ceci :

Il est étonnant qu'on ne trouve aucune référence à la notion d'énergie ni dans les dix caractéristiques énumérées par Goldstein et al. (1988) ni dans celles identifiées par d'autres auteurs étant donné la place centrale que ce concept occupe dans l'approche holiste et qui s'explique par la forte influence des philosophies orientales et de la médecine traditionnelle chinoise dans le développement du mouvement holiste. (p. 22).

Il nous apparaît intéressant de souligner que les écrits que nous avons consultés ne présentent pas le concept d'énergie comme étant une caractéristique de l'approche holiste mais comme une caractéristique de l'organisme humain. Ainsi, Capra (1983) en parle en ces termes:

Par exemple lorsque les homéopathes parlent de *force vitale*, ou les thérapeutes reichiens de *bioénergie*, ils utilisent ces termes dans un sens très proche du concept chinois *ch'i*. Ces trois concepts ne sont pas identiques, mais ils semblent faire référence à la même réalité. L'objectif principal de ces terminologies est de décrire les modèles de flux et de fluctuations dans l'organisme humain. (...) L'énergie vitale est souvent considérée comme une sorte de substance s'écoulant à travers l'organisme et pouvant être transférée d'un organisme à l'autre. Selon la science moderne, l'énergie n'est pas une substance mais plutôt une mesure d'activité, de modèle dynamiques. Si l'on veut comprendre les modèles de la *médecine énergétique*, il semblerait donc qu'il faille se concentrer sur les concepts de flux, de fluctuation, de vibration, de rythme, de synchronisme et de résonance, qui sont parfaitement en accord avec la vision systémique moderne. (pp. 323, 324).

D'autres auteurs (Lévesque, 1984; Bradley, 1987; Robert, 1991) parlent de modèles ou de théorie des champs énergétiques. Bradley présente une description des champs d'énergie, l'évolution historique de la signification de ce concept, les principes qui y sont rattachés et les implications qui en découlent pour les soins infirmiers, entre autre, la capacité de transmettre à l'individu une énergie capable d'influencer les modèles perturbés chez celui-ci.

Lévesque (1984) décrit ainsi l'énergie et les champs d'énergie:

Chaque organisme vivant constitue une entité physique, un système de champs d'énergie en interaction constante avec l'environnement, champs qui traversent et s'infiltrant dans l'espace. L'être humain, perçu ici comme un champ d'énergie à concentration multidimensionnelle, comporte quatre niveaux majeurs directement reliés à la santé, à la maladie et au processus de guérison : le niveau vital, le niveau émotionnel, le niveau mental et le niveau intuitif. Le rôle de l'infirmière vise à aider le malade à remodeler ses façons d'interagir à tous ces niveaux d'énergie et au sein de son environnement. (pp. 17, 18).

Les caractéristiques de l'approche holiste étant maintenant délimitées, il serait peut-être utile dans un premier temps de jeter un regard sur les fondements philosophiques de cette approche.

2.2 Approche holiste et fondements philosophiques

Sarter (1987) croit que le courant de pensée de l'idéalisme¹ évolutionniste² pourrait servir de fondement philosophique à l'élaboration d'une théorie de soins infirmiers basée sur une approche holiste. Elle affirme que les soins infirmiers requièrent une vision de l'homme qui soit moniste dans son ontologie. Sarter (1987) décrit ainsi la position ontologique des idéalistes évolutionnistes :

¹Idéalisme: un ou plusieurs systèmes de pensée qui affirme que les objets que nous voyons avec nos yeux sont en réalité une incarnation d'idées et, à partir de ceci, que les idées sont la seule réalité et que cette réalité est essentiellement mentale.

²évolutionniste: adj., partisan de l'évolution.

The primary thesis of modern objective idealist, simply stated, is that all energy is conscious. Consciousness is awareness. It has three aspects : cognition, volition and feeling (...) The ontological stance, then, of evolutionary idealism is that the fundamental substance of universe is consciousness. (pp. 2, 3).

L'auteure présente le phénomène de conscience comme fondamental pour qui désire considérer l'être humain de façon holistique. Elle démontre aussi que ce concept de conscience est très présent dans les écrits de plusieurs auteures de soins infirmiers dont Rogers, Travelbee, Paterson, Zherad, Watson, Parse et que Newbeck va jusqu'à définir la santé comme étant un élargissement du champ de la conscience ou si l'on préfère une élévation de la conscience.

Bergson, Whitehead et Teilhard de Chardin sont représentatifs de ce courant de pensée philosophique. Teilhard voit l'évolution comme un processus dans lequel des centres d'énergie psychique se déplacent vers une complexité, une conscience, une personnalisation croissantes.

Les idéalistes évolutionnistes voient l'être humain en relation avec l'univers qui est de la même nature et plusieurs croient que l'être humain peut évoluer vers des niveaux de conscience plus élevés. Sarter (1987) considère que les soins infirmiers pourraient s'inspirer de ce courant de pensée philosophique pour se définir:

An example of a specific, testable nursing theory that could be derive from a philosophy of evolutionary idealism is that experiences of health and illness can promote the development of greater knowledge, feeling, or volition in the individual. The purpose of nursing, then, would be to facilitate this evolutionary development in the client. (p. 6).

Elle souligne aussi qu'une théorie de soins infirmiers développée à partir de ce courant de pensée philosophique contribuerait aussi à valider un large éventail d'interventions telles: le toucher thérapeutique, le massage, la visualisation, la méditation qui influenceraient des niveaux de conscience plus ou moins élevés et aussi que cela pourrait définir clairement le rôle de l'infirmière dans des situations à caractère éthique. Relativement aux problématiques d'ordre éthique elle voit l'infirmière comme étant celle qui accompagne l'individu vers la recherche d'un sens à donner à l'expérience de la maladie, de la souffrance et de la mort. La personne aidée est encouragée et supportée dans le but de clarifier ses valeurs et le sens personnel qu'elle accorde à l'expérience de maladie qu'elle est en train de vivre. Elle est l'autorité première pour définir ce qu'est et ce que signifie pour elle la *qualité de vie*. En ce sens, Sartre voit l'infirmière comme ayant un rôle d'«*existential advocacy*». En ceci, elle rejoint la pensée de philosophes éthiciens contemporains dont, Fortin (1989, 1992), Legault, (1992), Parent (1992) et plusieurs autres. S'appuyant sur ces auteurs, Laliberté (1994) dit:

L'enjeu éthique fondamental de toute décision est double: inventer sa propre vie et créer des conditions afin que les autres puissent inventer la leur. L'éthique implique un rapport à l'autre, cet autre qui est vu comme un être fragilisé en raison de sa situation particulière, un être qui est en questionnement, un être qui se rend disponible à l'incertitude au sein de sa propre existence, un être qui se fait parole, du lieu de cette limite et incertitude. ¹

Cette réflexion nous est apparue intéressante entre autre parce qu'elle précise le **sens** et la **finalité** du service d'aide en soins infirmiers, elle précise le sens et la portée de certaines interventions de soins infirmiers qualifiées d'outils complémentaires de soins et ouvre la porte sur une réflexion éthique dans la pratique des soins infirmiers.

¹Texte inédit.

Après avoir regardé de façon un peu plus approfondie les caractéristiques et les fondements de l'approche holiste, il serait intéressant croyons-nous, de comparer l'approche holiste à l'approche globale de la santé. Ainsi, à partir des écrits consultés, nous tenterons d'établir s'il y a lieu de distinguer les expressions «approche holiste» et «approche globale», ceci, dans un but de clarification pour le lecteur.

2.3 Approche holiste en santé et approche globale de la santé

Lambert (1990, p. 83) dit que «les épithètes globale, systémique, holistique et holiste sont fréquemment utilisées pour nommer ce nouveau paradigme. D'aucuns utilisent de façon interchangeable les expressions *globale* et *holiste* ». La revue des écrits nous a permis de constater qu'effectivement plusieurs auteurs utilisent les expressions *approche globale* et *approche holiste* de façon interchangeable mais les auteurs ne qualifient pas tous l'approche globale de la santé d'approche holiste en santé. Certains établissent une distinction entre approches et modèles de santé alors que d'autres distinguent clairement approche globale de la santé et approche holiste en santé.

Mais d'abord, qu'est-ce que l'approche globale de la santé?

Selon les auteurs qui se sont exprimés sur cette approche, celle-ci consiste en une nouvelle vision de la santé. Elle se veut une conception de la santé comme étant un aspect de la vie courante, une dimension essentielle de notre qualité de vie. Envisagée sous cet angle, la qualité de vie suppose la possibilité de faire des choix et d'avoir un certain plaisir à vivre. La santé devient alors une ressource permettant aux gens d'exploiter leur environnement et même de le modifier. Considérer la santé selon cette perspective, c'est admettre la liberté de choix et souligner le rôle des individus et des collectivités lorsqu'il s'agit de définir le sens que la santé peut avoir pour eux.

La santé n'est donc plus évaluée qu'en termes de morbidité ou de mortalité mais elle devient un état que les individus et les collectivités cherchent à atteindre, à conserver ou récupérer. La santé est une force fondamentale et dynamique de notre vie quotidienne, elle est influencée par notre situation, nos croyances, notre culture et notre milieu social, économique et physique. L'individu a un pouvoir beaucoup plus grand en ce sens qu'il devient agent de sa propre santé et il en est le premier responsable. C'est alors que l'individu pourra choisir les interventions qu'il croit les plus efficaces lors d'une perte d'équilibre ou d'harmonie. Les outils complémentaires de soins seront alors des alternatives possibles pour compléter ou même remplacer des interventions plus traditionnelles. Ils font partie d'un éventail de possibilités offertes à l'individu qui a besoin d'aide en raison d'un déséquilibre au niveau de sa santé. De plus, les individus peuvent unir leurs forces pour agir de façon collective dans le but d'améliorer la qualité de vie en intervenant sur des facteurs précis de leur environnement. L'approche globale de la santé suppose que l'individu prend en charge sa santé et qu'il adopte des comportements conformes aux règles de santé.

Plusieurs auteurs dont Aakster croient que l'approche globale de la santé a donné naissance à deux modèles de santé différents l'un de l'autre: le modèle biopsychosocial -quelquefois appelé modèle écologique de la santé- et le modèle holiste. Ces auteurs voient le modèle holiste comme étant évolutionniste par rapport au modèle biopsychosocial. Toutefois, les deux modèles s'inspireraient des croyances et valeurs d'une approche globale de la santé.

Le modèle biopsychosocial concorde tout à fait avec les fondements de l'approche globale de la santé. En fait, il découle des croyances et valeurs d'une approche globale qui est vue comme intégratrice.

En effet, il reconnaît la globalité de l'individu qui est défini comme ayant une composante physique, psychologique et sociale qui sont interreliées entre elles et en relation constante avec l'environnement. Le modèle biopsychosocial est aussi en accord avec les valeurs proposées par l'approche globale: responsabilité, autonomie, prise en charge, liberté de choix.

Pour sa part, le modèle holiste reconnaît aussi la globalité de l'individu mais elle le définit différemment. En effet, l'individu est vu comme un tout indissociable plus grand que la somme de ses parties lesquelles sont en interaction les unes avec les autres et en constante relation avec l'environnement. L'individu est défini comme «un être multidimensionnel» ou comme «un système vivant dont les composants sont tous interconnectés et interdépendants et ce système fait partie intégrante de systèmes plus vastes». (Capra, 1983, p. 301)

Les valeurs véhiculées par cette approche sont entre autres, l'unicité de la personne, responsabilité, autonomie, respect, liberté de choix, égalité, réciprocité, valorisation du contact et des réponses humaines, accueil des émotions.

Selon certains auteurs, le modèle biopsychosocial ainsi que le modèle holiste s'inspirent de l'approche globale de la santé puisqu'ils s'appuient sur les croyances et valeurs de cette approche. Toutefois, Aakster (1986) explique que le modèle holiste est présenté comme une évolution par rapport au modèle biopsychosocial et que ce dernier apparaît comme une transition entre le modèle médical et le modèle holiste.

Nous représentons à la figure 2 cette perspective soit l'approche globale de la santé qui a donné naissance successivement au modèle biopsychosocial et au modèle holiste.

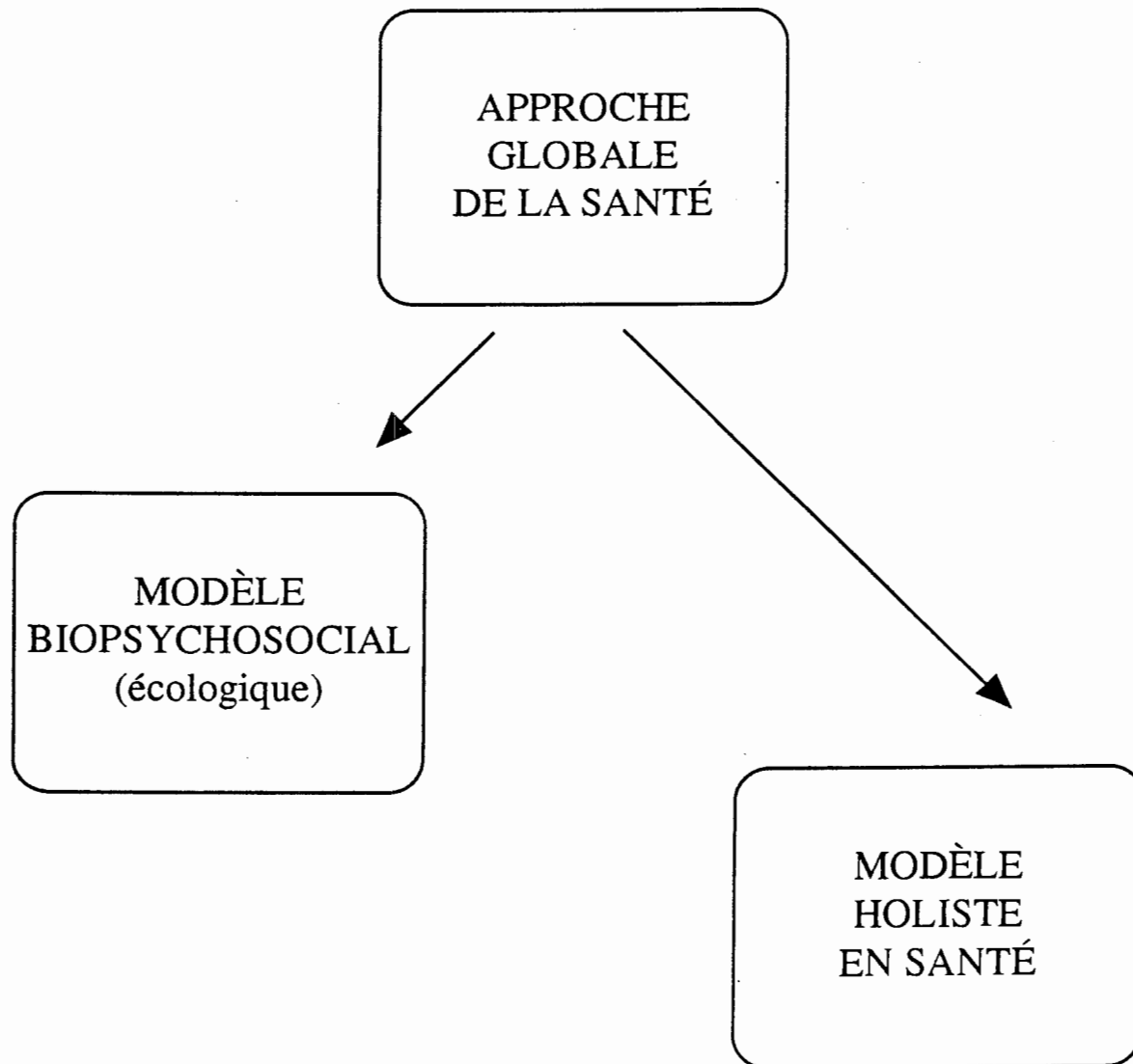


Figure 2
Le modèle biopsychosocial et le modèle holiste en santé vus comme étant issus de l'approche globale de la santé.

Toutefois, les auteurs sont loin d'être tous d'accord avec cette façon de voir. Plusieurs décrivent l'approche holiste comme étant une approche tout à fait nouvelle qui a des croyances et des valeurs qui lui sont propres et qui ne découlent pas nécessairement de l'approche globale de la santé. Ces auteurs nomment cette nouvelle approche «*approche holiste*», «*la médecine alternative*», «*la médecine du nouvel âge*» ou le «*new age healing*». Goldstein et al. sont représentatifs de ce courant de pensée. L'ensemble des auteurs (ou presque) qui se réclament de l'approche holiste font du phénomène de conscience une caractéristique très importante de cette approche laquelle selon eux, ne se retrouve pas nécessairement dans les croyances et valeurs de l'approche globale de la santé. La notion d'énergie est pour eux fondamentale ce à quoi n'adhèrent pas nécessairement les adeptes de l'approche globale de la santé. Pour eux, cette nouvelle approche est issue d'une nouvelle culture thérapeutique et elle serait tout à fait différente de l'approche globale de la santé en termes de *vision, de finalité, de croyances et de valeurs*. Ces auteurs croient que l'approche globale de la santé a donné naissance au modèle biopsychosocial -aussi appelé modèle écologique de la santé- et que l'approche holiste a donné naissance au modèle holiste en santé. Goldstein et al. sont représentatifs de ce courant de pensée.

Dans le cadre de notre recherche, nous préférons retenir cette dernière conception puisqu'elle nous apparaît plus compatible avec les fondements philosophiques énoncés antérieurement par Sartre; elle reconnaît l'énergie et le phénomène de conscience comme étant une des caractéristiques fondamentales de l'être humain, caractéristique très présente dans les écrits de nombreuses auteures en soins infirmiers. C'est pourquoi nous retiendrons le modèle proposé par Goldstein et al. pour élaborer le cadre conceptuel de notre recherche.

Nous représentons à la figure 3 cette perspective, soit l'approche globale de la santé comme étant distincte de l'approche holiste.

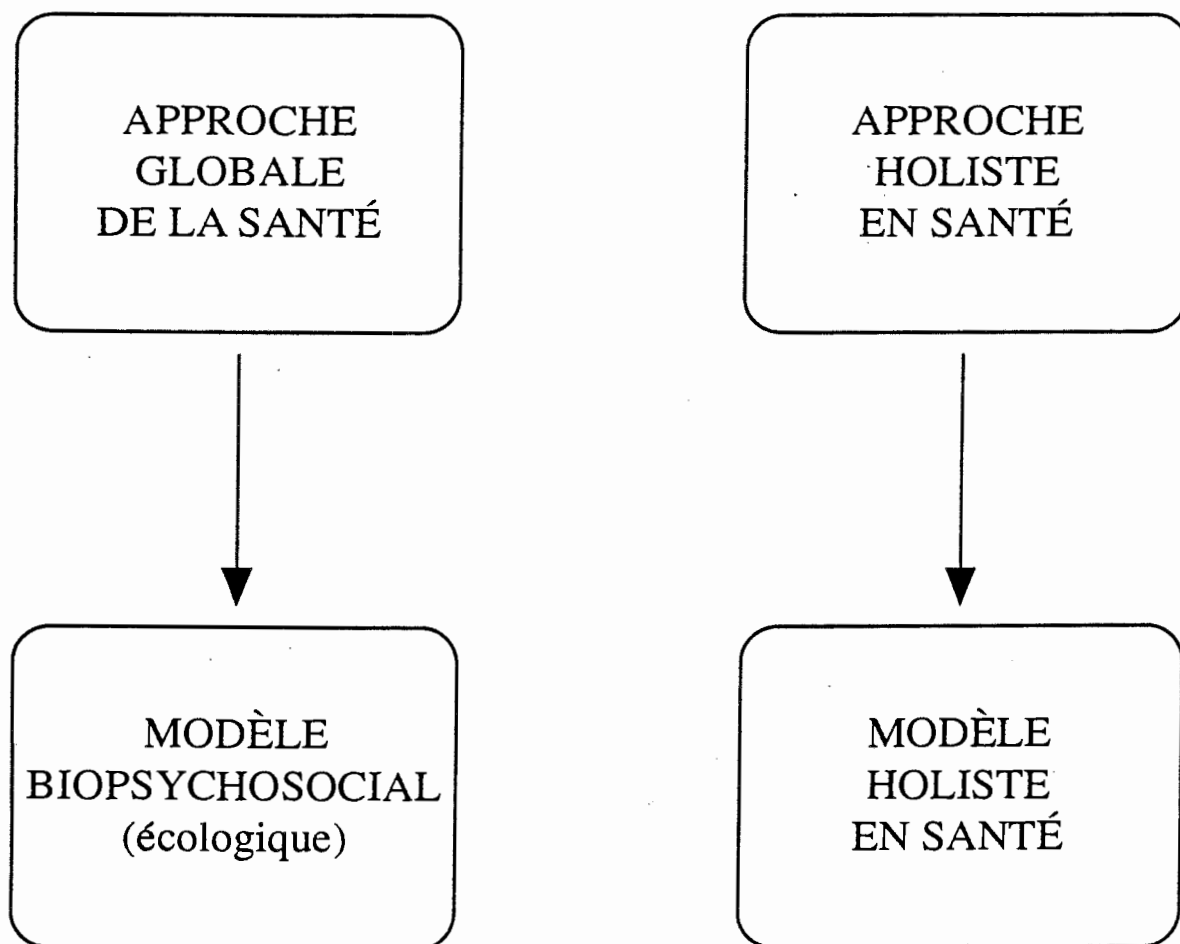


Figure 3

Le modèle biopsychosocial vu comme étant issu de l'approche globale de la santé et le modèle holiste en santé vu comme étant issu de l'approche holiste en santé.

Pour conclure, disons que tous les auteurs consultés ne s'associent pas de façon aussi nette à l'un ou l'autre de ces deux courants de pensée. Ainsi, si nous nous référons à la dernière décennie, il apparaît de façon très évidente que les auteures américaines de soins infirmiers privilégient et de loin l'appellation «*holistic nursing*» mais cette tendance est loin d'être aussi apparente chez les auteures québécoises. Toutefois, même si les auteures américaines utilisent pour la plupart l'appellation «*holistic nursing*», elles parlent quand même du tout, de la globalité. Johnson (1990, p.137) représente bien ceci lorsqu'elle dit que quatre éléments majeurs découlent d'une perspective holistique en soins infirmiers, dont celui-ci : «the focus in the mind of the nurse is *wholeness*; »¹

Nous voyons donc que même dans les écrits relativement récents le terme holistique et le terme global sont associés. Dans cette même ligne de pensée, Rousseau, Saillant, Desjardins (1989) soulignent ceci:

Si la typologie de Aakster porte à croire que l'approche holiste occupe une place bien déterminée dans l'évolution des modèles de santé, la lecture d'autres auteurs nous amène vite à conclure que, loin d'être un ensemble de croyances et de pratiques clairement identifiables, l'approche holiste demeure difficile à cerner en raison de la variété des groupes qui s'en réclament.
(p. 17).

Nous partageons le commentaire de ces auteures et les écrits démontrent que les visions sont partagées quant à ce courant de pensée. Ceci étant dit, nous tenterons maintenant d'apprécier si les concepts de soins de santé primaires et d'approche holiste en santé sont un seul et même paradigme ou s'ils se distinguent l'un par rapport à l'autre.

¹L'italique est de nous.

2.4 Approche holiste en santé et soins de santé primaires

Le concept de «soins de santé primaires» a pris naissance à Alma Ata (URSS) en 1978 lorsque plusieurs pays rassemblés se sont donnés pour objectif «LA SANTÉ POUR TOUS EN L'AN 2000». Ce concept fait référence à la fois à une philosophie, à une stratégie et à un niveau de soins. Les soins de santé primaires privilégient une approche de promotion de la santé ayant pour objectif de rendre à la population des soins jugés essentiels et adaptés à un coût abordable et facilement accessibles et acceptables pour les membres de la communauté. Bien que s'appliquant de différentes façons à travers le monde, la notion de soins de santé primaires établit un lien direct entre les habitudes de vie des personnes et leur état de santé, leurs problèmes de santé et les solutions qui s'y rattachent.

Martin (1984, p. 8) indique que le concept réfère à «une approche de promotion de la santé conçue dans une perspective de développement d'un pays et qui, tout en étant le premier contact avec les individus, la famille et la communauté, se réalise à travers tous les échelons du service national de santé». Plus récemment, l'O.I.I.Q. (1991) a défini de façon plus précise le concept de «soins de santé primaires»:

...des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables;

des soins de santé rendus universellement accessibles à tous les individus de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination;

des soins de santé qui font partie intégrante tant du système de santé national que du développement économique et social de l'ensemble de la communauté;

des soins de santé qui sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent;

des soins de santé qui constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. (p. 7).

Les soins de santé primaires s'inspirent de certaines valeurs dont l'autoresponsabilité, l'autodétermination, la participation, la liberté de choix et l'équité relativement à la répartition des ressources. La santé y est définie comme étant un état d'harmonie provenant d'un bien-être physique, mental, social et spirituel, résultant d'un équilibre dynamique et par la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement et à ses limites afin de se réaliser. La maladie sera vue comme étant un processus dynamique qui devient manifeste lors de périodes de rupture d'harmonie chez la personne. La relation infirmière-personne aidée sera empreinte d'humanisme et prendra la forme d'un partenariat thérapeutique. L'infirmière favorisera la responsabilisation de la personne aidée en matière de santé en lui prodiguant l'information et le soutien nécessaires.

Comme nous venons de le voir, la philosophie des soins de santé primaires s'inspire d'une approche globale de la santé et elle partage les mêmes croyances et valeurs que l'approche holiste en santé. Les concepts d'approche holiste en santé et de soins de santé primaires se distinguent selon nous, de par leur portée puisque les soins de santé primaires sont plus qu'une philosophie ou qu'une approche, ils se veulent aussi une stratégie orientée vers l'action qui vise des niveaux de soins bien déterminés.

Ces concepts étant clarifiés, nous tenterons maintenant d'apprécier l'impact de l'approche holiste dans le domaine des soins infirmiers.

2.5 Impact de l'approche holiste en soins infirmiers

Après avoir tenté de délimiter davantage les balises de l'approche holiste, il serait approprié croyons-nous, de se questionner quant à son influence dans le domaine des soins infirmiers. Pour ce faire, nous tenterons de saisir l'impact de ce nouveau paradigme sur les secteurs d'activité suivants en soins infirmiers : la recherche, la pratique professionnelle et la formation en soins infirmiers.

2.5.1 La théorie et la recherche

Des théoriciennes et auteures telles Rodgers (1970), Krieger (1981), Blattner (1981), Flynn (1980) et Newman (1986) ont encouragé l'adoption d'une approche holiste comme base conceptuelle en soins infirmiers. Krieger (1981, p. 107) s'exprime ainsi :

Nursing, although it is one of the oldest avenues of human nurturing has been very late in acknowledging that the vital conceptual basis for its growing body of theoretical knowledge must be, of necessity, holistic in nature. This necessity derives from the fact that the appropriate focus of nursing, both historically and currently, is human beings can only be considered as a coherent whole, as a unified process (...) As the growing base of nursing theory has been developing, there as also been concomitant recognition that creative and holistic alternatives for helping or healing people rightfully lie at the art of professional nursing.
(p. 107).

D'autres auteures dont Leclerc et Rousseau (1989) voient l'approche holiste comme un *retour aux sources* des soins infirmiers c'est-à-dire aux fondements de la pratique infirmière basés sur le «*care*». En cela elles rejoignent la pensée de Collière (1983, p. 27) qui définit le «*care*» ou *prendre soin de* dans le sens de *développer toutes les capacités de vie* et de Snyder (1985) qui démontre l'importance d'intégrer les interventions autonomes de soins infirmiers comme des éléments fondamentaux de la pratique professionnelle.

Lang et Krejci (1981, p. 16) vont plus loin en disant que «l'expression soins infirmiers holistiques est redondante puisque les soins infirmiers sont holistiques ou ce ne sont pas des soins infirmiers».

Par ailleurs, la recherche de Johnson (1990) présentant les résultats d'une analyse bibliométrique des écrits en soins infirmiers depuis 1966, révèle un changement de paradigme en soins infirmiers qui s'oriente vers une modèle basé sur une approche holiste

plutôt que sur une approche médicale, ce qui ouvre des perspectives nouvelles pour la pratique professionnelle. Cette recherche démontre qu'il y a eu «une augmentation dramatique du nombre d'articles à caractère holiste entre 1976 et 1987.» (p. 135) ¹

L'analyse de cette documentation met aussi en évidence les «mots-clés» les plus utilisés et qui, selon cette auteure, sont les plus représentatifs du courant holiste en soins infirmiers puisqu'ils aident, selon elle, à conceptualiser le type de convergence de ce changement. Ces «mots-clés» sont les suivants : holisme, style de vie, conscience, santé holistique, auto-soins, toucher, «*caring*», toucher thérapeutique mais, plus que tout autre terme, celui de *toucher* semble symboliser le changement vers une perspective holistique (Johnson, pp. 133-134) ².

Selon Johnson (1990) quatre éléments majeurs découlent de cette convergence vers une nouvelle perspective en soins infirmiers:

First, the holistic paradigm of health within nursing appears to have taken the form of a philosophy or an approach to the care of others that facilitates the integration, harmony, and balance of body, mind and spirit;
 second, the focus in the mind of the nurse is wholeness;
 third, the experience of illness is viewed as an opportunity for growth and expanded consciousness;
 fourth, the relationship between the client and the nurse is a reciprocal one in which each benefits from the interaction and each grows in self-awareness.
 (p. 137).

¹À partir des banques informatisées Medlars/Medline.

²Il est à noter que cette recherche américaine récente (1990) ne fait pas mention du terme «global» comme mot-clé représentant le courant holiste mais elle présente la globalité comme étant une préoccupation première pour l'infirmière.

Il est fort possible que ce changement amène une redéfinition des normes de la pratique professionnelle. A ce sujet, Lang et Krejci (1991) disent ceci:

... la plupart des normes en soins infirmiers s'appuient sur le processus de la démarche de soins qui découle de la méthode de résolution de problème. Ce processus ne tient pas compte de toutes les dimensions des soins infirmiers et cela a été très lucidement démontré par Benner, Tanner, Pyles et Stern. La discipline des soins infirmiers a réussi à amalgamer avec succès les sciences traditionnelles et l'art de soigner. Elle s'est définie autour des réponses humaines, il est donc temps que les normes reflètent cette perception subjective des réponses humaines. Le processus de la démarche de soins deviendrait alors un outil ou un instrument pour atteindre ces normes mais non les normes en elles-mêmes. (pp. 16, 19, 20).

Toutefois, puisque l'histoire nous prouve, que, très souvent, les pratiques du milieu et les changements qui s'y vivent au quotidien provoquent la redéfinition des normes, il serait peut-être intéressant de se demander si, effectivement, le courant holiste a atteint ou non la pratique professionnelle en soins infirmiers.

2.5.2 La pratique professionnelle

L'étude de Paul, Hagan, Lambert (1985) démontre que les infirmières valorisent l'orientation globale (ou holistique) ¹ de la santé mais qu'elles ne sont pas pour autant enclines à adopter dans leur pratique professionnelle des comportements qui s'inscrivent dans cette orientation. Selon cette recherche, les obstacles reliés à la difficulté d'adopter ces comportements sont en relation avec les éléments suivants: les conditions de travail, le fossé entre la formation en soins infirmiers et la réalité du milieu de travail, le peu de pouvoir des infirmières et la dévalorisation de leur rôle.

¹Le questionnaire utilisé pour cette recherche a été élaboré à partir du modèle de Kopelman et Moskop (1981) qui présente les caractéristiques de base reliées à une conception holistique de la santé sous forme de cinq postulats.

Puisque les thérapies douces constituent l'une des multiples manifestations du courant holiste en santé, certaines études sur le sujet pourraient être un indicateur à considérer. En ce sens l'étude de Rousseau, Saillant, Lavergne (1987) portant sur la pénétration des thérapies douces en CLSC, présente les résultats suivants: les CLSC affirment que certains de leurs intervenants utilisent des thérapies douces dans une proportion de 16,6% à 83% et que de toutes les professions que l'on retrouve dans un CLSC, la profession infirmière est de loin la plus présente par rapport au phénomène des thérapies douces. Aussi, les quatre thérapies les plus pratiquées sont: la réflexologie, le toucher thérapeutique, le shiatsu et la polarité.

Les auteures concluent que l'insertion des thérapies douces dans les CLSC est plus que le reflet d'un engouement passager et qu'il s'agit bel et bien d'une réforme des mentalités dans le monde de la santé dont les facteurs d'influence dans les CLSC ne sont pas connus.

Dans une même ligne de pensée, l'étude de Leclerc, Rousseau (1988) démontre que :

... si on accepte que le recours aux thérapies douces constitue une manifestation de l'approche holistique, on peut en conclure que cette approche pénètre le milieu hospitalier. Les quatre thérapies les plus employées par les infirmières en milieu hospitalier sont : la réflexologie, le shiatsu, le toucher thérapeutique et la polarité. De plus, il est intéressant de noter que 42% des répondantes affirment que des patients hospitalisés réclament ou ont déjà réclamé des traitements de thérapies douces. (pp. 53, 54).

Dans une perspective plus large, il faudrait souligner que le courant holiste a eu suffisamment de poids en soins infirmiers pour provoquer le regroupement d'infirmières en association (Regroupement des infirmières en approche holiste de soins : RIAHS), la tenue de colloques sur des thèmes de santé holiste comme ce fut le cas pour l'Agora 1987.

De plus, ce courant de pensée a eu suffisamment d'influence pour inciter le Bureau de la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers du Québec, l'O.I.I.Q., en 1987, à

prendre une position affirmative quant à l'intégration de certaines pratiques douces (qu'elle nomme outils complémentaires de soins) dans l'exercice professionnel en soins infirmiers.

L'essentiel de cette position se résume à ceci:

L'infirmière a à sa disposition une gamme de moyens, d'actions, d'interventions et de techniques. Parmi cette gamme se trouvent certains moyens reliés aux «médecines douces» que l'infirmière utilise dans l'exercice de sa profession lorsqu'il s'agit de protéger, de maintenir ou de promouvoir la santé et la qualité de vie de la population. Le toucher thérapeutique, le biofeedback, les techniques de relaxation, les techniques de massage et les techniques de visualisation sont les moyens les plus utilisés. L'O.I.I.Q. considère ces divers moyens comme des outils complémentaires de soins que l'infirmière peut utiliser, quel que soit son lieu de travail et compte-tenu de sa formation pour répondre aux besoins de santé des individus. (pp. 3, 4).

De plus, l'O.I.I.Q. fait la promotion d'une vision de la profession basée sur un système holiste de soins à l'intérieur duquel l'infirmière aurait un rôle multidimensionnel. Toutefois, elle prend une position affirmée pour la formation de baccalauréat qui permettrait à l'infirmière de jouer ce rôle multidimensionnel.

Il apparaît donc que le courant holiste en santé semble avoir pénétré dans une certaine mesure le milieu de la pratique professionnelle. Nous pourrions nous demander s'il en est de même dans les milieux de formation en soins infirmiers.

2.5.3 La formation en soins infirmiers

Les enseignantes de soins infirmiers se disent ouvertes à une approche holiste en santé et l'étude de Paul, Hagan, Lambert (1985) démontre que la fonction d'enseignante incite à l'adoption de comportements s'inscrivant dans une orientation globale (holiste) de la santé. Les enseignantes valorisent très certainement certains aspects de l'approche holiste, notamment le principe d'unicité de la personne en relation avec le processus de la démarche de soins.

Toutefois, le contenu théorique enseigné est encore très souvent organisé en fonction d'une approche dualiste santé-maladie et les interventions de soins préconisées par les enseignantes en milieu clinique nous semblent davantage centrées sur le «*cure*»¹ plutôt que sur le «*care*»². A cet effet, Lambert, Gagnon, Saba (1989)³ disent clairement que «les enseignantes de soins infirmiers accueillent favorablement les notions de santé globale mais dans les faits, le discours et la pratique, ces notions sont souvent teintées de l'approche dualiste santé-maladie».

Pour ce qui est de l'enseignement de thérapies douces (ex: relaxation, massage, visualisation), certaines notions sont enseignées en théorie ou en laboratoire-collège mais il est exceptionnel que ces connaissances soient appliquées en **milieu clinique**. Cet aspect du problème nous semble fondamental puisque, comme le dit Collière (1983, p. 32), «un enseignement de sciences qu'on ne fait qu'emmagasiner sur des rails parallèles ne pourra jamais remplacer une pratique professionnelle et c'est là où il faut focaliser toute notre attention».

¹«*Cure*»: terme utilisé par plusieurs auteures de soins infirmiers signifiant interventions dépendantes ou fonctions dépendantes.

²«*Care*»: termes utilisé par plusieurs auteures de soins infirmiers signifiant interventions de soins infirmiers indépendantes ou fonctions indépendantes.

³Coordination DE/ME, ESI-719.1979. Approche globale de la santé: soins de santé primaires et outils complémentaires de soins. Plan de cours: problématique à l'origine de l'activité. (p. 1) Université de Sherbrooke.

Il serait fort intéressant de vérifier si effectivement les enseignantes font abstraction de ces connaissances en stage clinique. Il est vrai que l'on associe encore très souvent habileté technique et compétence professionnelle... Sur ce point il est intéressant d'entendre Snyder (1985) dire :

Curriculums devote considerable time to the teaching of nursing skills, particularly teaching these at the beginning of the nursing program. Nursing students are thus engrained with the idea that these constitute the basis for nursing practice. Agencies place a major emphasis on the expertise the nurse has in performing these skills. If nursing students were exposed early in their education to interventions that addressed problems falling within the realm of nursing, this would, hopefully, be transferred to the practice setting. Independent nursing interventions¹ are often viewed as appropriate for senior or advanced nursing students. The graduate thus is led to view these as «nice to know» but not as constituting an integral element of nursing. (p. 5).

Ceci rejoint notre perception de la situation et cela est particulièrement vrai en stage clinique où les interventions des enseignantes s'inscrivent davantage, selon nous, dans le sens du «*cure*» plutôt que du «*care*» puisque la maîtrise de certaines techniques complexes de soins infirmiers de même que de certains actes délégués sont parfois beaucoup plus valorisés que les interventions autonomes de soins infirmiers.

¹Snyder inclut dans son appellation «interventions autonomes de soins infirmiers» les types d'interventions suivants: la relaxation, l'exercice, la thérapie par le mouvement, la visualisation, la méditation, le toucher thérapeutique, la musicothérapie, le massage, le biofeedback, la stimulation tactile, etc...

Toutefois, l'enseignante transmet aussi ses valeurs, ses convictions et ses croyances à ses élèves, ne serait-ce que par l'exemple. Kobert et Folan (1989) disent:

les enseignantes sont dans une position particulièrement avantageuse pour introduire et promouvoir la pratique des soins infirmiers selon une approche holistique. Du développement de curriculum jusqu'au modèle professionnel proposé, l'enseignante a une influence considérable sur des professionnelles néophytes. Si l'holisme est enseigné comme philosophie et comme *processus*¹, l'étudiante au terme de sa formation aura une base solide comme assise pour sa *pratique*.² (p. 312).

A cet effet, Redman (1981) dit aussi de façon très explicite que le «*modeling*» et le «*mentoring*» sont des méthodes pédagogiques connues pour avoir un impact important dans l'acquisition ou le changement de comportements.

De plus, dans une perspective plus large, la formation a très certainement son importance au niveau d'un changement de paradigme. Sur ce point, Kuhn (Johnson, 1990, p. 138, voir Kuhn, 1970) dit : «The success of a new emerging paradigm is often contingent on its ability to become part of the education and socialization of new members».

¹L'italique est de nous.

²Idem.

2.6 Spécification de la problématique

2.6.1 Limites des connaissances actuelles

Le regard que nous avons porté sur le sujet nous amène à considérer que certaines réponses émergent des connaissances actuelles, entre autres: l'importance du courant holiste en soins infirmiers (Johnson, 1990); l'adhésion des infirmières aux principes et valeurs de l'approche holiste (Paul, Hagan, Lambert, 1985); la pénétration de certaines thérapies douces dans la pratique professionnelle (Rousseau, Saillant, Lavergne, 1987; Leclerc et Rousseau, 1988); l'importance d'intégrer les interventions autonomes de soins infirmiers comme éléments fondamentaux de la pratique professionnelle (Snyder, 1985); l'influence non négligeable des enseignantes sur les comportements des élèves (Kobert, Folan, 1989 et Redman, 1981) et le succès de l'émergence d'un nouveau paradigme partiellement relié à son intégration dans la formation en soins infirmiers (Kuhn, 1970).

Nous avons aussi relevé certains éléments de connaissance en ce qui a trait aux comportements des enseignantes à l'égard de l'orientation globale (ou holiste)¹ de santé (Paul, Hagan, Lambert, 1985). En effet, cette recherche démontre que «la fonction d'enseignante incite à l'adoption de comportements s'inscrivant dans une orientation globale (ou holiste)² de la santé». Cette conclusion ne nous satisfait pas totalement si nous la mettons en relation avec les perceptions de Lambert, Gagnon, Saba -et les nôtres-, relativement aux comportements des enseignantes dans leur pratique pédagogique.

¹Le questionnaire utilisé pour cette recherche a été élaboré à partir du modèle de Kopelman et Moskop (1981) qui présente les caractéristiques de base reliées à une conception holistique de la santé sous forme de cinq postulats.

²Idem.

2.6.2 Pertinence de cette recherche

Nous avons vu antérieurement que les enseignantes de soins infirmiers sont confrontées à un changement de paradigme relativement à la conception de la santé, changement qui a été mis en évidence par la conception de la santé sur laquelle s'appuie le programme de formation 180.01 en soins infirmiers. Il serait intéressant de savoir si les enseignantes de soins infirmiers de notre collège encouragent des pratiques de soins qui s'inspirent des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé. D'une part, cette recherche pourrait donner un certain éclairage de la réalité et éventuellement devenir le point de départ de réflexions et d'échanges visant une plus grande cohérence au niveau des interventions pédagogiques. Il serait possible par la suite de revoir certaines stratégies et de formuler des prescriptions visant à améliorer l'enseignement. D'autre part, elle pourrait mettre en évidence la conception de la santé à laquelle les enseignantes adhèrent. Ceci provoquerait probablement des réflexions quant à l'importance de se référer à une base conceptuelle commune.

2.7 Question spécifique de recherche

Considérant les limites de la connaissance actuelle, nous croyons qu'il pourrait être pertinent de questionner les pratiques de soins encouragées par les enseignantes relativement aux croyances et valeurs de l'approche holiste dans un contexte de formation en soins infirmiers. Nous croyons aussi qu'il pourrait être fort intéressant de faire ressortir le type de convergence des interventions pédagogiques dans un contexte d'enseignement clinique puisque, à notre avis, cet aspect de la formation est fondamental.

De plus, il nous apparaîtrait intéressant de questionner la vision qu'ont les élèves finissantes¹ des comportements des enseignantes. Cela nous permettrait éventuellement d'établir des relations ou corrélations entre les deux visions.

Et, à partir de ces réflexions, nous avons retenu la question suivante comme question spécifique de recherche:

Les enseignantes de soins infirmiers de notre collège encouragent-elles des pratiques de soins fondées sur les croyances et valeurs de l'approche holiste en santé?

2.8 Objectifs de recherche

Présenter les perceptions des enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue en relation avec les pratiques de soins qui découlent des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Présenter les perceptions des élèves finissantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à l'égard de leurs enseignantes en soins infirmiers en relation avec les pratiques de soins qui découlent des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

¹Élèves qui en sont à la dernière session du programme de formation et qui s'appêtent à entrer sur le marché du travail.

CHAPITRE 3 METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous décrivons le type de recherche que nous voulons réaliser, la population visée, les modèles sur lesquels nous nous appuyons pour analyser et interpréter les données, l'instrument utilisé, le déroulement de l'enquête, le traitement des données et la manière de présenter les résultats obtenus.

3.1 Type de recherche

La recherche que nous souhaitons réaliser se veut exploratoire et descriptive. Elle vise à rendre compte des perceptions des enseignantes du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue en regard des croyances et valeurs de l'approche holiste en santé dans un contexte de mises en situations cliniques.

3.2 Population

3.2.1 Les enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à la session hiver 1994

Il est à souligner que dans un souci de respect de la confidentialité, nous n'avons pas demandé aux répondantes de nous indiquer leurs caractéristiques personnelles. Ces données nous ont été transmises de façon confidentielle par le bureau du personnel de notre collègue.

A la session hiver 1994, il y avait 32 enseignantes au département de soins infirmiers de notre collège dont six en congé: 1 en congé maternité, 1 en congé de perfectionnement, 2 en congé pour activités professionnelles, 3 en congé sans solde. Ainsi, 26 enseignantes ont dispensé les cours de soins infirmiers à la session hiver 1994, dont 22 à temps complet et 4 à temps partiel. Il nous faut souligner ici que le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue compte trois campus dont deux offrent le programme de soins infirmiers soit celui de Rouyn-Noranda depuis 1968 et celui de Vald'Or depuis 1988.

Dans le cas de cette recherche, l'échantillon correspond à la presque totalité de la population puisque nous avons invité toutes les enseignantes qui ont dispensé des cours de soins infirmiers à la session hiver 1994 à répondre au questionnaire. Nous n'avons pas sollicité la participation des enseignantes qui étaient en congé pour les raisons suivantes: nous désirions respecter leur choix de prise de recul ou de distance à l'égard du département pour certaines, leurs nombreuses préoccupations pour d'autres ou tout simplement leur désir de concentrer leur énergie à des activités autres que professionnelles. Malgré tout, nous avons dû faire appel à la collaboration de trois d'entre elles pour la validation du questionnaire.

Nous présenterons maintenant certaines caractéristiques de la population retenue pour cette recherche soit les 26 enseignantes du département de soins infirmiers à la session hiver 1994. Nous ferons part du nombre d'années en enseignement des soins infirmiers, du nombre d'années d'expérience en milieu clinique ainsi que de la scolarité.

Des 26 enseignantes qui ont enseigné à la session hiver 1994, 15 (57,69%) ont entre 0 et 4 ans d'expérience en enseignement, 3 (11,54%) ont entre 5 et 9 ans, 1 (3,8%) a entre 10 et 14 ans, 6 (23,08%) ont entre 15 et 19 ans et une (3,8%) entre 20 et 24 ans. Nous voyons

donc qu'une proportion relativement importante des enseignantes a moins de 5 ans d'expérience en enseignement des soins infirmiers soit près de 60% du groupe. Il serait peut-être intéressant de souligner ici que ces dernières n'ont pas participé à l'implantation du nouveau programme de formation et que, pour la très grande majorité d'entre elles, elles n'ont pu bénéficier du perfectionnement offert aux enseignantes via le programme Performa.

Des 26 enseignantes qui ont enseigné à la session hiver 1994, 9 (34,62%) ont entre 0 et 4 ans d'expérience en milieu clinique, 6 (23,07%) ont entre 5 et 9 ans, 8 (30,77%) ont entre 10 et 14 ans et 3 (11,54%) ont entre 15 à 19 ans. Ici, nous voyons que les enseignantes se départagent en deux groupes: celles qui ont moins de dix ans d'expérience en milieu clinique qui représente 57,69% des enseignantes et celles qui ont plus de dix ans d'expérience en milieu clinique soit 42,31% d'entre elles. Il est toutefois à noter qu'une proportion assez importante du groupe soit 9 enseignantes a moins de 5 ans d'expérience en milieu clinique soit 34,6% des enseignantes.

Le tableau II rend compte de l'expérience professionnelle, tant en enseignement qu'en milieu clinique, des enseignantes de notre département qui dispensaient des cours à la session hiver 1994.

Tableau II Comparaison du nombre d'années d'expérience professionnelle des enseignantes en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à la session hiver 1994

Nombre d'années d'expérience	Expérience en enseignement et pourcentage	Expérience en milieu clinique et pourcentage
0-4 ans	15 57,69%	9 34,62%
5-9 ans	3 11,54%	6 23,07%
10-14 ans	1 3,8%	8 30,77%
15 à 19ans	6 23,08%	3 11,54%
20 à 24 ans	1 3,8%	0 0%

Pour ce qui est de la scolarité, les données sont les suivantes: des 26 enseignantes, 8 (30,77%) ont entre 15 et 15,29 ans de scolarité, 6 (23,08%) ont entre 16 et 16,29 ans de scolarité, 6 (23,08%) ont entre 17 et 17,29 ans de scolarité, 4 (15,38%) ont entre 18 et 18,29 ans de scolarité et 2 (7,69%) ont 19 ans et plus de scolarité.

Le tableau III présente l'état de la scolarité des enseignantes en soins infirmiers de notre département à la session hiver 1994.

Tableau III Scolarité des enseignantes du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à la session hiver 1994

Nombre d'années de scolarité	Nombre d'enseignantes et pourcentage	
Entre 15 et 15,29 ans	8	30,77%
Entre 16 et 16,29 ans	6	23,08%
Entre 17 et 17,29 ans	6	23,08%
Entre 18 et 18,29 ans	4	15,38%
19 ans et plus	2	7,69%

3.2.2 Les élèves finissantes en soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à la session hiver 1994

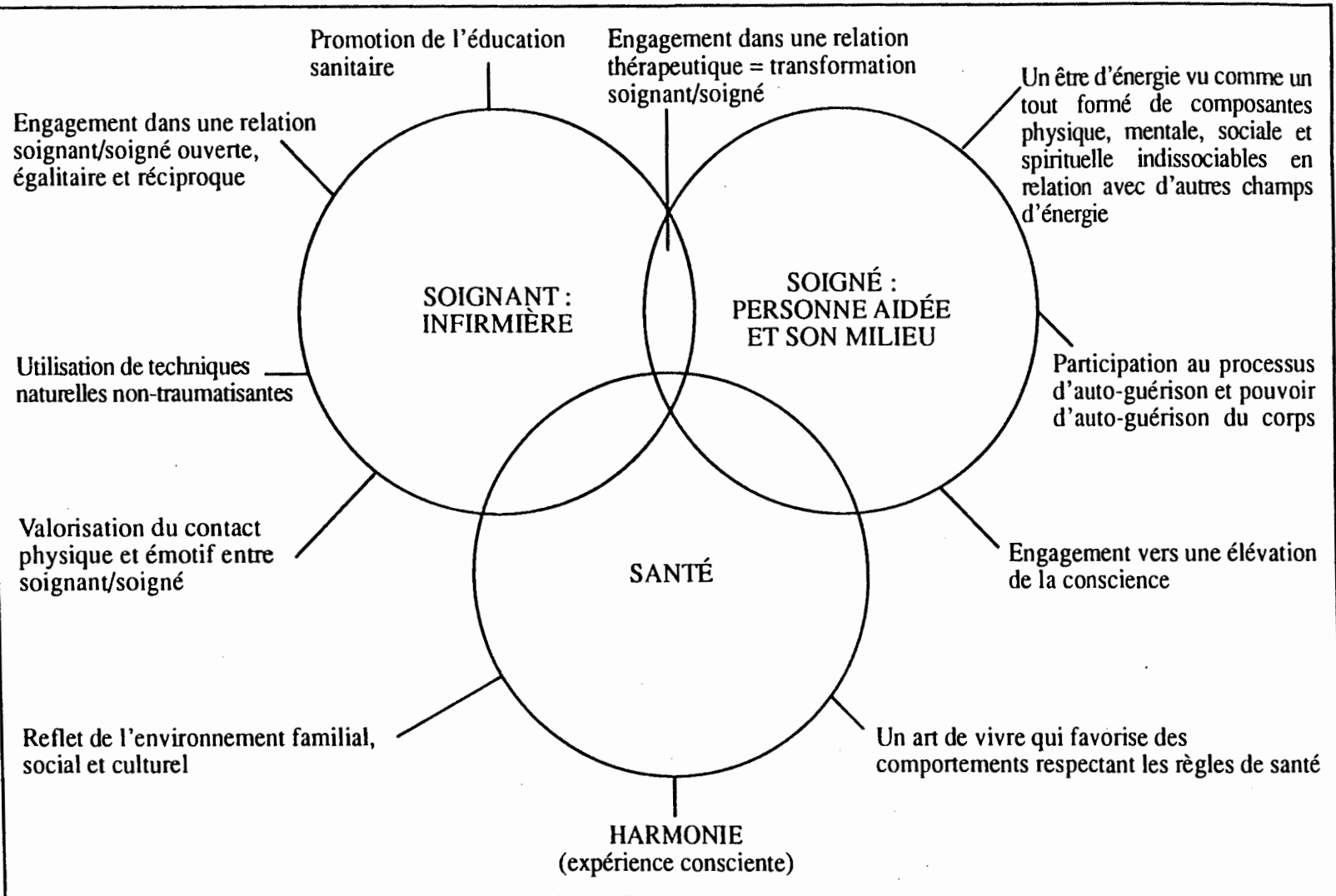
La totalité des élèves inscrites à la sixième session à Rouyn-Noranda soit 23 élèves, ont répondu au questionnaire visant à connaître leurs perceptions à l'égard de leurs enseignantes relativement aux croyances et valeurs de l'approche holiste ainsi qu'aux pratiques de soins encouragées par leurs enseignantes en situation clinique. Cette population représente un échantillon de 71,88% puisque neuf élèves étaient inscrites à Vald'Or. Ces dernières n'ont pas participé à la recherche pour des raisons d'ordre pratique. L'âge moyen des élèves qui ont répondu au questionnaire se situe à 22,96 ans.

3.3 Cadre conceptuel

Le modèle de Goldstein et al. nous a servi de point de départ pour élaborer le cadre conceptuel de notre recherche. Ce modèle élaboré à partir d'une recension des écrits récente (1988) présente les croyances de l'approche holiste sous forme de caractéristiques. Certaines valeurs émergent clairement de ces caractéristiques. Ce modèle est le seul que nous ayons relevé qui présente toutes les dimensions fondamentales dont font état les écrits sur l'approche holiste. Il a aussi le mérite de décrire clairement les caractéristiques de l'être humain ce qui nous semble de première importance considérant que le service d'aide en soins infirmiers implique une relation à l'autre. De plus, il démontre clairement que la relation de type professionnel établie entre le soignant (l'infirmière) et le soigné (la personne aidée et son milieu) s'appuie sur une préoccupation commune, la santé. D'aucuns diront que ceci est implicite lorsque le référent se nomme «infirmière». Peut-être ... Il nous semble toutefois intéressant que cela soit explicite et que nous puissions visualiser de façon non équivoque la finalité du service d'aide qui est selon les adeptes de l'approche holiste, la santé vue comme harmonie ou intégration de l'expérience consciente.

Nous représentons à la figure 4 les croyances et valeurs de l'approche holiste à partir des caractéristiques du modèle de Goldstein et al. selon les trois composantes fondamentales des soins infirmiers: le soignant -l'infirmière-, le soigné -la personne aidée et son milieu- et la santé.

L'APPROCHE HOLISTE EN SANTÉ



Gertrude Michaud 1995

Figure 4
Caractéristiques du modèle de Goldstein et al représenté à partir des trois composantes essentielles de soins infirmiers selon une approche holiste en santé : le soignant (l'infirmière), le soigné (la personne aidée et son milieu) et la santé.

3.4 Méthode de collecte des données et choix de l'instrument de collecte des données

A une certaine étape de notre recherche, nous nous sommes sérieusement penchée sur le choix de l'instrument qui s'avérerait le plus efficace pour recueillir les données compte tenu de l'orientation donnée à notre recherche. Dans un premier temps, nos conseillers en recherche nous avaient suggéré d'évaluer la possibilité d'une recherche de terrain comme méthode de collecte de données. Nous avons consulté plusieurs enseignantes afin d'envisager si cette méthode avait des chances de survie. Les personnes consultées nous ont dit de façon unanime qu'elles désiraient collaborer à notre recherche mais qu'elles étaient très réticentes à le faire de cette manière. Elles voyaient cette méthode comme étant de l'évaluation en milieu clinique et de plus, elles nous ont dit qu'elles ne seraient pas du tout «naturelles» ni confortables dans une telle situation. Il faut rappeler ici qu'une proportion relativement importante des enseignantes de notre département est relativement jeune et que nous sommes l'enseignante ayant le plus d'ancienneté au département. Ce dernier facteur a fort probablement eu un impact important quant à leur perception; elles ont alors facilement perçu «observation sur le terrain» comme étant de l'évaluation en milieu clinique. Nous avons très bien compris leurs réserves et les avons respectées. Pour nous, l'éthique professionnelle nous dictait d'abandonner cette voie et d'envisager une autre façon de faire. Nous en avons discuté avec nos conseillers en recherche et, à partir de leurs conseils et suggestions nous avons retenu le questionnaire d'enquête comme instrument de collecte de données. Nous les remercions de leur ouverture à considérer le contexte qui était le nôtre et de nous avoir présenté à ce moment d'autres alternatives. Il a été recommandé que le questionnaire s'adresse aux enseignantes afin de recueillir leurs perceptions et aux élèves finissantes afin de recueillir leurs perceptions à l'égard de leurs enseignantes. Dans le contexte, cette solution est apparue satisfaisante à tous et c'est celle que nous avons retenue pour cette recherche.

3.5 Construction du questionnaire

3.5.1 Style de questionnaire

Il nous a alors été conseillé de construire un questionnaire à partir de mises en situations cliniques avec choix de réponses, tant pour la version qui s'adresserait aux enseignantes que pour celle qui s'adresserait aux élèves finissantes. Nous avons retenu les «mises en situations» compte tenu de la nature des données que nous désirions recueillir. Ce moyen nous permettait de questionner les pratiques de soins et l'agir professionnel dans un contexte qui s'approchait de la réalité vécue en milieu clinique.

3.5.2 Démarche conduisant à l'élaboration du questionnaire

Avant de procéder à l'élaboration du questionnaire, nous avons franchi les étapes suivantes: dans un premier temps nous avons réalisé une analyse conceptuelle, nous avons, dans une deuxième étape procédé à une opérationnalisation des concepts identifiés. Nous avons ensuite fait une vérification de ces concepts à partir des écrits et des fils conducteurs du programme 180.01. Ces étapes précédentes nous ont permis de dégager les critères à retenir (ou variables) à partir desquels serait élaboré le questionnaire.

3.5.2.1 Analyse conceptuelle

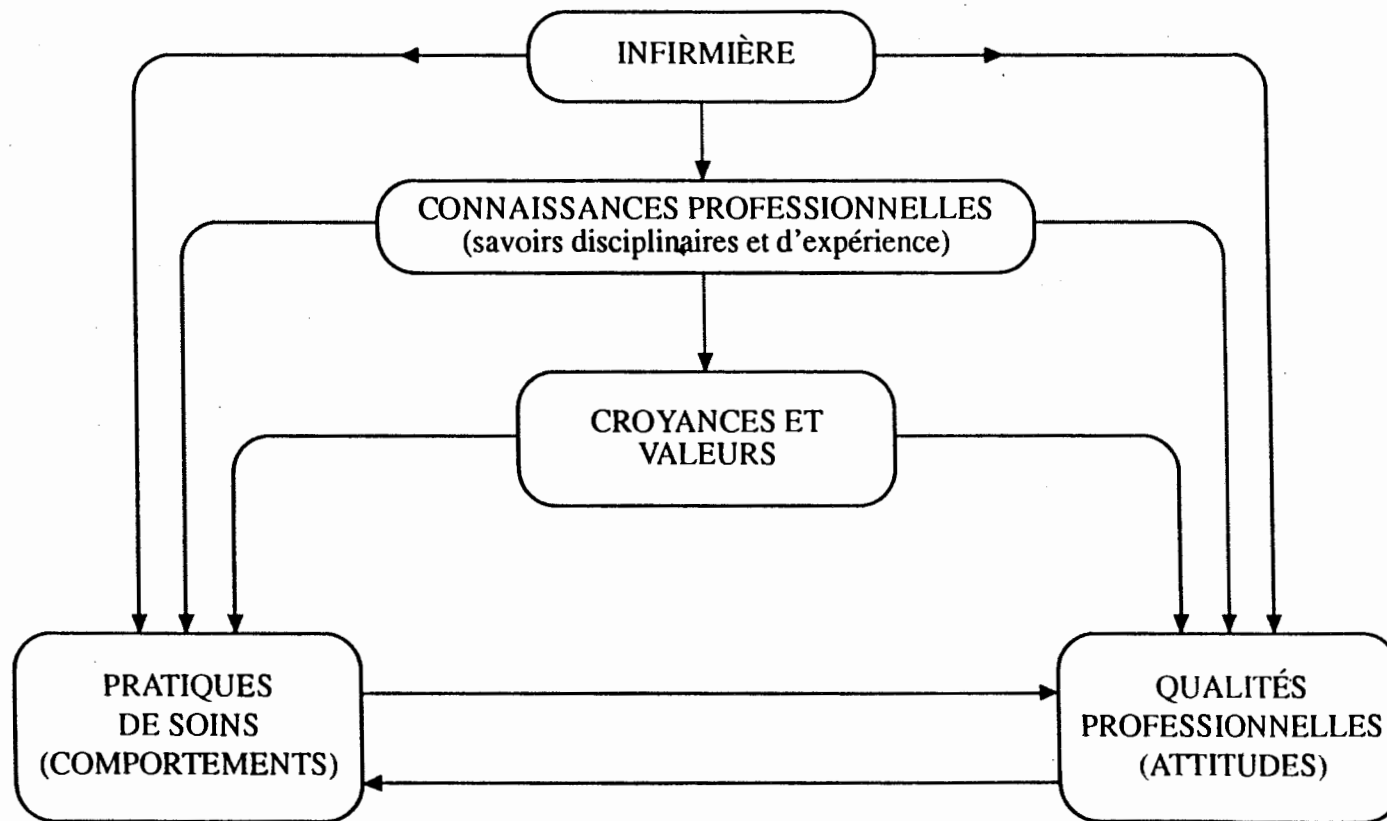
Cette étape d'analyse avait pour but de dégager tous les concepts qui étaient reliés aux croyances de l'approche holiste. Pour ce faire, nous nous sommes servie du modèle de Goldstein et al. qui présente l'approche holiste selon dix caractéristiques. Nous nous sommes référée à ces dix caractéristiques comme étant les croyances fondamentales de cette approche et nous avons dégagé les valeurs et attitudes qui en découlent selon une perspective infirmière. Nous nous devons de dire que les écrits se sont avérés fort aidants pour réaliser cette démarche. Nous ne reprendrons pas ici la totalité de ce travail; nous le présentons à l'annexe 1.

Cette démarche précédente nous a conduite à questionner l'agir professionnel en ces termes: par quoi le geste professionnel est-il mû? quels sont les éléments qui l'influencent? Notre réflexion nous a amené à dire que l'agir professionnel est mû par nos croyances et valeurs concernant le rôle du soignant, la vision que nous avons du soigné-qui est cette personne qui a besoin d'aide?- et la vision que nous avons de la finalité du service d'aide- par exemple, la santé plutôt que la maladie-. Cet agir est aussi mû par des connaissances professionnelles qu'il s'agisse de savoirs disciplinaires ou d'expérience.

Ce sont ces éléments qui influenceront l'agir professionnel qui se traduira dans la réalité par des pratiques de soins (ou comportements) empreints de certaines qualités professionnelles (ou attitudes). Ainsi, les pratiques de soins que nous encouragerons comme enseignante et les qualités professionnelles que nous valoriserons auprès de nos élèves traduiront nos croyances et nos valeurs ainsi que nos savoirs (disciplinaires ou d'expérience).

Nous avons représenté les composantes de l'agir professionnel ainsi que les relations à établir entre celles-ci à la figure 5.

L'AGIR PROFESSIONNEL EN SOINS INFIRMIERS



Gertrude Michaud 1995

Figure 5
Représentation des relations entre les différentes composantes de l'agir professionnel : les croyances et les valeurs, les connaissances professionnelles, les pratiques de soins (comportements) et les qualités professionnelles (attitudes).

3.5.2.2 Opérationnalisation des concepts

L'analyse conceptuelle nous avait permis de dégager les valeurs et attitudes reliées aux croyances de l'approche holiste. Toutefois, nous n'avions pas à cette étape identifié les pratiques de soins, où si l'on préfère les comportements qui seraient ceux d'une infirmière adepte de cette approche. Cette étape d'opérationnalisation nous a amenée à identifier ces comportements; toutefois, ils étaient à différents niveaux et assez éloignés quelquefois de ce que l'on nomme *pratiques de soins*. Nous donnons ici un exemple afin de démontrer ceci. Nous avons identifié le «comportement» suivant: «favoriser la prise de conscience au moyen de techniques de lâcher-prise du mental». D'aucuns diraient qu'il s'agit plutôt d'un but ou d'un objectif, d'autres diraient qu'il est possible de traduire cela en pratique de soins si on le formule ainsi: «faire un massage à la personne aidée». Nous avons éprouvé de la difficulté à cette étape puisque nous n'avions pas de cadre de référence qui pourrait nous guider vers un choix éclairé des pratiques de soins parmi la panoplie d'interventions que nous avons identifiées. C'est à ce moment que notre directrice nous a fort judicieusement conseillé d'évaluer la possibilité d'utiliser la taxonomie de Bulechek et McCloskey (1987). Quelle découverte merveilleuse! En effet, ces deux auteures en soins infirmiers présentent une taxonomie des interventions de soins infirmiers fort intéressante, basée sur la taxonomie de Bloom, qui vise à classifier les interventions de soins infirmiers selon trois niveaux différents et selon une séquence qui va du plus abstrait (niveau I) au plus concret (niveau III) qu'elles présentent ainsi:

- niveau I: interventions qui sont des concepts abstraits et que l'on pourrait retrouver dans les devis pédagogiques ou encore comme thèmes généraux de volumes en soins infirmiers. Un exemple de ce niveau serait: la communication.
- niveau II: interventions de soins infirmiers encore abstraites mais moins que celles du premier niveau et qui font partie du langage professionnel entre les membres de l'équipe

soignante, les autres membres de l'équipe de santé ainsi que des tiers. Des exemples de ce niveau seraient : l'enseignement au client, clarification de valeurs, intervention en situation de crise, soins de la peau, etc...

– niveau III: interventions de soins infirmiers concrètes et individualisées en relation avec un diagnostic infirmier et que nous effectuons auprès de la personne aidée. Les auteures les nomment «nursing orders» et elles proposent que ces interventions fassent partie du plan de soins de la personne aidée. Un exemple d'intervention de ce niveau serait: aider la personne aidée à exécuter les exercices de détente musculaire deux fois par jour.

L'utilisation de cette taxonomie a été très précieuse pour nous; elle nous a permis de classifier les interventions de soins selon les trois niveaux présentés par les auteures et nous a fourni les balises qui nous manquaient pour sélectionner parmi toutes les interventions que nous avons identifiées celles qui étaient associées aux pratiques de soins (comportements, attitudes) d'une infirmière holiste qui est en situation de soins auprès d'un individu. Ces interventions de soins classifiées selon le niveau III de la taxonomie de Bulecheck et McCloskey correspondent aux pratiques de soins (comportements, attitudes) et nous les avons considérées comme étant les variables découlant des croyances de l'approche holiste. Nous sommes très reconnaissante envers les auteures qui ont élaboré cette taxonomie, d'avoir pris le temps d'articuler leur pensée et de nous la rendre accessible par leurs écrits. Nous présentons cette démarche à l'annexe 2.

3.5.2.3 Vérification des concepts

Suite à la démarche d'opérationnalisation des concepts à partir de la taxonomie de Bulecheck et McCloskey, nous avons voulu valider si les interventions que nous avons retenues au niveau III correspondaient aux écrits des auteurs holistes et si la liste en était suffisamment représentative. De plus, il nous est apparu important d'évaluer si toutes les dimensions des

fil conducteur du programme de soins infirmiers 180.01 se trouvaient en relation avec les interventions retenues puisque notre étude porte sur les croyances et valeurs holistes dans un contexte de formation en soins infirmiers, plus précisément en situation clinique. L'annexe 3 présente cette démarche de vérification des interventions par le biais des écrits et des fils conducteurs du programme 180.01. Il est à souligner que dans le contexte de notre étude, nous n'avons pu retenir toutes les variables identifiées. Nous avons retenues celles qui étaient fortement partagées par les auteurs holistes et qui pouvaient logiquement faire l'objet de questionnement dans un contexte de mises en situations cliniques. Nous avons par la suite élaboré un tableau synthèse qui présente les variables retenues pour élaborer le questionnaire ainsi que les questions correspondant à ces variables. Nous le présentons à la page suivante- tableau IV.

3.6 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire présente cinq mises en situations différentes. La première à laquelle est reliée une seule question a un seul but, celui de favoriser la «mise en train». C'est pourquoi nous avons favorisé une surface projective - des illustrations- qui nous semblaient favoriser cet exercice. Les quatre situations suivantes ont été élaborées à partir des pratiques de soins infirmiers retenues (comportements ou attitudes) qui étaient nos variables. Nous avons choisi des situations de soins qui nous permettaient de tenir compte des variables retenues mais aussi des situations suffisamment simples et assez fréquemment rencontrées en milieu clinique afin que les enseignantes et les élèves puissent s'y identifier. Nous avons tenté de bien décrire l'état de santé de la personne aidée selon une perspective holiste (toutes les dimensions de la personne). Nous avons aussi fait part du contexte de vie de la personne aidée et de son milieu, par exemple sa famille.

TABLEAU IV

**VARIABLES RETENUES POUR L'ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE
TABLEAU SYNTHÈSE**

VARIABLES	QUESTIONS
L'individu est vu comme un tout; la maladie influence toutes les dimensions de la personne et le milieu	2 -
Ouverture aux perceptions de la personne aidée et validation des perceptions	7- 16- 18
Conflits non-résolus et maladie + message de la maladie	2- 6- 8
Valeurs importantes pour la personne aidée ou la famille (clarification de valeurs)	17
Valorisation des comportements positifs, de la prise en charge à l'égard de sa santé	13-14
Discussion des objectifs de soins et des interventions avec la personne aidée	12
Soutien information, ressources	21
Enseignement à la personne aidée	10-1 3- 14
Empathie, compréhension, compassion envers personne aidée et famille	3- 20- 25- 28
Valorisation de l'expression des émotions et des ressentis (personne aidée et famille)	5- 25- 28
Partage des émotions, du vécu : personne aidée et famille	9- 25- 28
Environnement: influence du milieu sur la santé : influence de l'état de santé sur le milieu	Influence du milieu sur la santé : 2- 8- 13 Influence de la santé sur le milieu: 9- 21
Outils complémentaires de soins (interventions autonomes de S.I.): finalité, connaissances, habiletés	Finalité: 19- 22 Connaissances: 11- 23 Habilités: 24
Toucher comme mode de communication avec la personne aidée et la famille	25- 28
Effet de résonance infirmière-personne aidée	4
Infirmière vue comme partenaire thérapeutique qui s'engage	15
Accompagner la recherche de sens du vécu, de la souffrance, de la mort	27
Présence chaleureuse au mourant	26
Présence chaleureuse à la famille en deuil	28
Élévation du champ de la conscience (incluant techniques de lâcher-prise du mental qui influencent des niveaux plus ou moins élevés de conscience).	5- 11- 18- 19- 24

Il est à noter que quatre questions soit les questions 10, 11, 22, et 23 s'apparentent davantage au niveau I puisqu'elles portent sur des connaissances de concepts ou des principes reliés à ces concepts. Ceci est intentionnel car nous avons voulu connaître les perceptions des répondantes en regard de ces concepts et croyances fortement valorisés par les tenants de l'approche holiste.

Deux versions du questionnaires ont été élaborées, une à l'intention des enseignantes et une autre à l'intention des élèves finissantes. Dans les deux versions nous retrouvons les mêmes mises en situations (questions 1 à 28). Nous avons aussi tenu à ce que les questions soient formulées de manière à ce que les répondantes, enseignantes ou élèves, se sentent juges dans la situation plutôt que jugées. Ainsi, les questions sont présentées de cette manière: «Dans cette situation, vous auriez tendance à croire que l'enseignante dirait, ou répondrait:, ou favoriserait: »

La version élaborée à l'intention des enseignantes présente des questions à deux volets: une qui a pour objectif de recueillir les perceptions individuelles et une autre qui a pour but de recueillir les perceptions des enseignantes à l'égard du groupe d'enseignantes, que nous avons nommées «perceptions à l'égard du groupe». Cette perspective nous apparaissait intéressante puisqu'elle nous permettait de décrire encore mieux la réalité et nous ouvrait des pistes au niveau de l'analyse. De plus, le questionnaire s'adressant aux enseignantes présente aussi quelques questions ouvertes à la fin du questionnaire qui portent sur l'intérêt à enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste, les besoins des répondantes en ce sens et les dangers à enseigner selon une telle approche.

Il est à noter que lors de la rédaction des questionnaires, nous avons retenu les termes «professeur», «étudiante» et «client(e)» plutôt qu'«enseignante», «élève» et «personne aidée» puisque ce sont ces termes qui sont utilisés dans le langage au quotidien. Nous avons cru que les appellations «enseignante», «élève» et «personne aidée» apparaîtraient étrangères ou artificielles aux répondantes.

3.7 Déroulement de l'enquête auprès des enseignantes de soins infirmiers et des élèves finissantes en soins infirmiers

Dans les deux cas, l'enquête s'est déroulée à la session hiver 1994, plus précisément entre le 20 avril et le 30 mai 1994. Nous avons donc accordé une période d'un mois et demi pour répondre au questionnaire.

–L'enquête auprès des enseignantes

Nous avons sollicité la participation de toutes les enseignantes qui dispensaient des cours de soins infirmiers soit à temps complet ou partiel au cours de la session hiver. Nous leur avons demandé leur participation en réunion de département et par la suite nous leur avons fait parvenir le questionnaire par courrier interne accompagné d'une lettre explicative. Cette lettre se trouve en annexe IV et la version finale du questionnaire se trouve en annexe V. Nous avons fait des relances par le biais du journal d'information hebdomadaire du département «l'Info-SI» et aussi lors de réunions d'équipe et de département.

–L'enquête auprès des élèves finissantes

Nous avons sollicité la participation des élèves finissantes à la fin d'un de nos cours en leur expliquant sommairement le projet. Les 23 élèves ont accepté de répondre au questionnaire. Nous n'avons pas eu à faire de relance puisqu'une semaine plus tard elles nous avaient toutes fait parvenir de façon anonyme le questionnaire complété. La version finale du questionnaire s'adressant aux élèves se trouve en annexe VI.

3.9 Compilation des données

Nous avons procédé à la compilation des données de la même manière qu'il s'agisse des questionnaires des enseignantes ou des élèves. Pour chacune des questions nous avons relevé le choix des répondantes pour chacun des énoncés et nous avons dressé une liste de leurs commentaires. Nous avons compilé personnellement les résultats et nous avons fait une double vérification afin de nous assurer de l'exactitude de la compilation.

3.10 Présentation des résultats

Nous présenterons les résultats à partir des caractéristiques du modèle de Goldstein et al. ainsi que des pratiques de soins qui en découlent et que nous avons identifiées comme variables. Nous présenterons pour chacune de ces variables les perceptions des enseignantes -perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe- ainsi que les perceptions des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes.

3.11 Analyse des résultats

Nous analyserons par la suite les résultats que nous avons présentés soit les perceptions des enseignantes et celles des élèves à l'égard de leurs enseignantes en relation avec les pratiques de soins qui découlent des croyances et valeurs de l'approche holiste. Pour ce faire, nous nous référerons au modèle de Goldstein et al. Par la suite, nous tenterons d'apprécier les résultats selon une perspective professionnelle et pour ce faire, nous nous référerons à la représentation des différentes composantes de l'agir professionnel que nous avons présentée précédemment (figure 5).

3.12 Limite de notre étude

Il est à souligner que les résultats obtenus sont valables pour notre collège uniquement et qu'ils ne peuvent être transposés à une autre échelle.

CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats de notre étude à partir du modèle de Goldstein et al. et des variables découlant des caractéristiques de ce modèle. Etant donné que certaines questions recueillent les perceptions des enseignantes en relation avec plus d'une variable, par exemple la question 25 qui recueille à la fois les perceptions des enseignantes sur les attitudes empathiques, la valorisation de l'expression des émotions de la personne aidée et le toucher communicateur, nous avons choisi de présenter pour chaque variable la totalité des perceptions recueillies auprès des enseignantes et des élèves finissantes. Ce choix implique nécessairement quelques répétitions mais il a l'avantage d'offrir un tableau complet des données que nous avons pu recueillir pour chacune des variables. Ainsi, le lecteur qui désire explorer une variable en particulier pourra le faire sans devoir faire d'incessants aller-retours au travers du texte.

Nous avons choisi de présenter les résultats à partir de tableaux. Cette façon de faire permet une vision d'ensemble des données recueillies; elles permettent de faire ressortir les choix de réponses prioritaires par les enseignantes et montrent aussi clairement les ressemblances et les divergences entre les réponses des enseignantes et des élèves.

Il est à noter que dans les tableaux, la lettre indiquant l'énoncé le plus près des croyances ou valeurs holistes a été mise en évidence au moyen du caractère gras-souligné afin de faciliter le repérage pour le lecteur. Il est à souligner que notre intention n'est pas d'en faire «la bonne réponse» puisque cet énoncé correspond à une «bonne réponse» que si l'on adhère comme soignante à une approche holiste en santé et que l'on partage la vision des auteurs ayant décrit ce courant holiste en santé.

4.1 Les croyances et valeurs de l'approche holiste découlant des caractéristiques du modèle de Goldstein et al.: données recueillies relativement aux perceptions des enseignantes et aux perceptions des élèves à l'égard des enseignantes.

Nous présentons ici les résultats obtenus aux questionnaires d'enquête élaborés à partir des croyances et valeurs qui découlent des dix caractéristiques du modèle de Goldstein et al. Nous utiliserons ce cadre de référence pour présenter les résultats.

4.1.1 L'unité du corps, du coeur et de l'esprit

4.1.1.1 L'individu vu comme un tout indissociable et la maladie vue comme influençant toutes les dimensions de la personne

La question 2 tentait de connaître les perceptions des enseignantes à l'égard de cette croyance.

Une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes reconnaît que l'étiologie de la maladie est associée à plusieurs facteurs mais elle croit surtout que les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques. Pour les tenants de l'approche holiste, l'individu est un tout composé de différentes dimensions tellement interreliées qu'elles sont indissociables. Ces dimensions s'influencent mutuellement les unes les autres. De plus, les auteurs holistes accordent une importance fondamentale à l'influence des conflits intérieurs, au manque d'harmonie sur l'état de santé.

Face à cette croyance, nous avons posé la question suivante: «Quelles sont les causes de ce deuxième accident cérébro-vasculaire chez M. Selim?» (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5).

Tableau V Résultats: question 2

Énoncés proposés à la question 2	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) L'hypertension est un facteur déterminant.	1	5%	2	10%	2	8,7%
b) Sans doute l'hypertension ainsi que plusieurs autres facteurs générateurs de stress.	11	55%	15	75%	17	73,9%
c) Les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques.	5	25%	1	5%	3	13,1%
d) Autre					1	4,3%
a+b+c= 1	1	5%				
b+c= 2	2	10%	2	10%		
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une élève a retenu l'énoncé *b* et a ajouté: «Sûrement que l'hypertension est la cause majeure, cependant, d'autres facteurs comme le découragement et le stress qu'il a vécus vis-à-vis la perte de son emploi d'enseignement.»

4.1.1.2 L'ouverture aux perceptions et ressentis de la personne aidée et la validation des perceptions auprès de la personne aidée

Trois questions, soit les questions 7, 16 et 18 tentaient de recueillir les perceptions des enseignantes en relation avec cette attitude.

Une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes considère qu'il est de première importance de connaître la perception qu'a la personne aidée à l'égard de son état de santé. Elle considère aussi qu'il est essentiel que l'infirmière s'assure de bien comprendre les propos de cette personne et qu'elle manifeste de l'ouverture envers ses ressentis.

A la question 7, (cf. questionnaire - mise en situation 3, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «L'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte dit au professeur : «Ce matin, M. Bougeotte a dit à l'infirmière qu'il était un homme fini! » Vous auriez tendance à croire que le professeur lui aurait répondu: ... »

Tableau VI Résultats: question 7

Énoncés proposés à la question 7	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Tu sais qu'il existe plusieurs phases dans le processus de deuil. Essaie d'apprécier à quelle phase se situe ton client car cela pourrait orienter l'équipe multidisciplinaire vers un plan d'intervention efficace.	9	45%	11	55%	8	34,8%
b) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Il serait important qu'il en parle à son médecin.	0	0%	1	5%	0	0%
c) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Il serait très utile que nous sachions ce qu'il entend exactement par ces propos: «être un homme fini».	11	55%	8	40%	15	65,2%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une enseignante a retenu l'énoncé c (perceptions individuelles) et a ajouté: «Il serait bon de le faire verbaliser plus sur ce qu'il veut dire par être un homme fini.»

A la question 16, (cf. questionnaire- mise en situation 4, en annexe 5) nous avons posé la question suivante toujours en relation avec l'ouverture aux perceptions de la personne aidée relativement à son état de santé: «L'étudiante prend contact avec le client et par la suite dit au professeur: «J'ai demandé à M. Soleil comment il voit cette nouvelle consigne à l'effet de ne plus le lever. Il m'a dit: On veut me punir parce que je mange trop... ici ce n'est pas un

hôpital pour les gros!» Dans cette situation, vous auriez tendance à dire que le professeur souhaiterait que l'étudiante qui soigne M.Soleil lui réponde ... »

Tableau VII Résultats: question 16

Énoncés proposés à la question 16	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Je vous comprends M.S. Parlez-en à votre médecin, je crois qu'il pourrait intervenir en votre faveur.	0	0%	0	0%	0	0%
b) M.S., l'équipe de soins a décidé de cette mesure non pas pour vous punir mais bien pour assurer votre sécurité.	3	15%	7	35%	11	47,8%
c) Expliquez-moi un peu mieux pourquoi vous me dites cela car je veux bien comprendre la façon dont vous voyez la situation.	17	85%	13	65%	12	52,2%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Aucun commentaire.

A la question 18, (cf. questionnaire- mise en situation 4, en annexe 5) nous avons posé la question suivante qui tente d'apprécier l'ouverture aux ressentis de la personne aidée : «Au cours de l'après-midi, l'étudiante dit au professeur: «J'ai demandé à M. Soleil de me faire un dessin qui représente son vécu et ses sentiments aujourd'hui. Regarde, il a dessiné un oiseau dans une cage». Vous auriez tendance à dire que le professeur dirait à l'étudiante...»

Tableau VIII Résultats: question 18

Énoncés proposés à la question 18	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et en dessinant ton client a exprimé ses ressentis profonds. En discutant de ce dessin avec lui, nous serions vraiment centrées sur son vécu intérieur et nous pourrions l'amener à exprimer ses ressentis et ses émotions.	16	80%	15	75%	20	87%
b) C'est très intéressant, tu pourrais montrer cela à son médecin afin qu'il en discute avec M.S.	0	0%	0	0%	2	8,7%
c) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et je crois que ceci pourrait servir de piste à l'équipe de soins pour discuter à nouveau de la situation.	4	20%	5	25%	0	0%
d) Autre	0	0%	0	0%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a retenu l'énoncé *a* (perceptions individuelles) et a ajouté: «Je demanderais à l'étudiante de planifier rapidement une rencontre avec M. Soleil dans le but de mieux planifier ses interventions par priorités, pour ensuite en faire part à l'équipe.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «D'après moi, le fait que M. Soleil soit confiné à son lit le perturbe plus qu'il ne le dit. Peut-être devrais-tu aller clarifier avec lui le sens de son dessin.»

4.1.2. La santé perçue comme un état positif et non seulement comme l'absence de maladie; la maladie en tant que message pour l'individu

4.1.2.1 La relation entre les conflits non résolus et la maladie; la maladie porteuse d'un message pour l'individu

Trois questions, soit les questions 2, 6 et 8 étaient en relation avec cette croyance.

A la question 2, nous avons demandé: «Quelles sont les causes de ce deuxième accident cérébro-vasculaire chez M. Selim?» (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5)

Les auteurs holistes accordent une importance fondamentale à l'influence des conflits intérieurs, au manque d'harmonie sur l'état de santé. L'infirmière devrait en tenir compte.

Tableau IX Résultats: question 2

Énoncés proposés à la question 2	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) L'hypertension est un facteur déterminant.	1	5%	2	10%	2	8,7%
b) Sans doute l'hypertension ainsi que plusieurs autres facteurs générateurs de stress.	11	55%	15	75%	17	73,9%
c) Les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques.	5	25%	1	5%	3	13,1%
d) Autre					1	4,3%
a+b+c= 1	1	5%				
b+c= 2	2	10%	2	10%		
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une élève a retenu l'énoncé *b* et a ajouté: «Sûrement que l'hypertension est la cause majeure, cependant, d'autres facteurs comme le découragement et le stress qu'il a vécus vis-à-vis la perte de son emploi d'enseignement.»

A la question 6 , (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Malgré ses limites motrices, M. Selim est arrivé à faire un dessin. Il a expliqué ainsi son dessin à l'infirmière: «C'est une prison et j'y suis enfermé. Je ne peux dire à qui que ce soit ce que je ressens!»

Une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes met en relation émotions et état de santé ceci en termes d'étiologie et de processus de guérison.

Tableau X Résultats: question 6

Énoncés proposés à la question 6	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Cela nous dit que ton client a de la difficulté à exprimer ses émotions.	7	35%	11	55%	6	26,1%
b) Il est fort probable que ce client trouve difficile d'exprimer ses émotions et que celles-ci influencent son état de santé. C'est une piste à explorer avec lui.	11	55%	5	25%	11	47,9%
c) Cela nous indique que ce client a peu de ressources sur lesquelles il peut compter. Nous devons valider cela.	2	10%	4	20%	5	21,7%
d) Autre	0	0%	0	0%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a retenu l'énoncé *b* (perceptions individuelles) et a ajouté: «Et je donnerais comme consigne importante de ne pas tomber dans le piège des interprétations personnelles en allant toujours valider auprès du client ses propres perceptions en regard des sentiments, des émotions et des ressentis qui sont véhiculés.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Je pense que les trois sont un peu vrais.»

La question 8 tentait d'apprécier la prise de conscience de la personne aidée en relation avec sa maladie et les comportements qui auraient pu l'induire. Nous avons posé la question suivante (cf. questionnaire-mise en situation 3, en annexe 5. «L'étudiante en discutant avec M. Bougeotte apprend qu'il ne peut envisager de changer ses habitudes de vie. Il dit: «Mon corps ne veut plus suivre ... mais je dois performer, sinon c'est la fin de tout ... et dire que j'ai mis des années de travail acharné pour arriver où j'en suis! Vous auriez souhaité que l'étudiante lui réponde ...»

Tableau XI Résultats: question 8

Énoncés proposés à la question 8	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Je sens que vous êtes en colère ... et déçu... est-ce que je me trompe? Se pourrait-il que la performance que vous vous imposiez vous ait conduit à la maladie?	14	70%	14	70%	20	87,0%
b) Ce que vous dites m'apparaît important. Prenez-le en note et discutez-en avec votre médecin lorsqu'il viendra vous voir.	0	0%	0	0%	1	4,3%
c) Ce que vous dites m'apparaît important. Si vous le permettez, j'en discuterai avec les infirmières et nous trouverons certainement une solution.	2	10%	4	20%	2	8,7%
d) Autre	3	15%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	1	5%	1	5%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: Une enseignante a retenu l'énoncé *a* et a ajouté: «Différemment d'une confrontation.»

Trois enseignantes ont répondu *autre* et ont écrit:

– «Monsieur Bougeotte, je sens que vous êtes en colère et déçu, est-ce que je me trompe?

Donc, une question à la fois.»

– «Monsieur Bougeotte, je sens que vous êtes en colère ... et déçu ...»

– «Vous n'arrivez pas à imaginer que vous allez devoir modifier vos habitudes de vie pour survivre.»

Perceptions à l'égard du groupe: Une enseignante a choisi *autre* et a écrit: «Monsieur Bougeotte, je sens que vous êtes en colère et déçu, est-ce que je me trompe? Donc, une question à la fois.»

4.1.2.2 La valorisation d'une démarche de clarification de valeurs auprès de la personne aidée et de sa famille

La question 17 tentait de cerner cette dimension en posant la question suivante (cf. questionnaire: - mise en situation 4, en annexe 5) : «L'étudiante qui soigne M. Soleil dit au professeur: J'ai demandé à M. Soleil de me dire ce qui était le plus important pour lui dans la vie. Il m'a répondu: «Première chose, la plus importante, voir ma femme et ma famille; deuxièmement, manger et ensuite, pouvoir circuler en chaise roulante». Vous croyez que le professeur dira à l'étudiante...».

La question était posée puisqu'une infirmière qui s'inspire des croyances et valeurs d'une approche holiste tiendra compte des valeurs de la personne aidée dans sa planification de soins. Cette croyance qui se traduit par une ouverture envers la personne aidée apparaît comme étant très importante pour les adeptes de l'approche holiste. En effet, ceux-ci

considèrent que toute intervention si justifiée soit-elle aura peu d'effet si elle entre en contradiction avec les valeurs profondes de la personne aidée.

Plusieurs auteurs de soins infirmiers insistent pour dire que les valeurs de la personne aidée doivent être considérées afin d'orienter la planification des soins.

Tableau XII Résultats: question 17

Énoncés proposés à la question 17	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Ce sont des informations précieuses, note-les dans tes observations au dossier afin que le médecin puisse en prendre connaissance.	0	0%	0	0%	0	0%
b) Tu viens de réaliser une démarche de clarification de valeurs avec ton client. Ces données seront de première importance pour orienter la planification des soins.	19	95%	19	95%	15	65,2%
c) C'est très intéressant, tu pourrais faire part de cela à l'infirmière chef d'équipe qui désirera probablement que nous en discutions en réunion d'équipe ce matin.	1	5%	1	5%	8	34,8%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Aucun commentaire.

4.1.3. La responsabilisation de la personne aidée vis-à-vis sa propre santé

4.1.3.1 La valorisation des comportements positifs, de la prise en charge à l'égard des comportements influençant la santé

Les questions 13 et 14 étaient en relation avec cette croyance.

A la question 13, (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Etant donné que M. Bougeotte commence à entrevoir l'avenir d'une manière plus positive, l'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte discute des objectifs de soins avec son professeur. Selon vous, le professeur privilégiera l'objectif de soins suivant...». Cette question avait pour but d'indiquer si les enseignantes prioriseraient la prise en charge par l'individu de ses comportements de santé puisqu'une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes le ferait.

Tableau XIII Résultats: question 13

Énoncés proposés à la question 13	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Que M.B. prenne les mesures appropriées pour faire face aux situations stressantes.	0	0%	0	0%	1	4,3%
b) Que M.B. établisse le lien entre le processus physiopathologique, les signes et symptômes et les causes de la maladie.	5	25%	3	15%	6	26,1%
c) Que M.B. prenne sa santé en charge en effectuant les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et en participant au traitement.	15	75%	16	80%	16	69,6%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Aucun commentaire.

Par ailleurs, la question 14 se proposait de vérifier quel type d'interventions étaient privilégiées puisqu'une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes se voit comme une partenaire thérapeutique qui soutient et renforce les comportements de santé positifs.

Nous avons posé la question suivante (cf questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5): «Quelques jours plus tard, M. Bougeotte dit à l'étudiante qui en prend soin qu'il a décidé de changer certaines de ses habitudes. Il lui dit: «Depuis ce matin, je ne fume plus!» Vous auriez tendance à croire que le professeur souhaiterait que l'étudiante lui réponde...»

Tableau XIV Résultats: question 14

Énoncés proposés à la question 14	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nomb	%
a) M.B. qu'est-ce qui a motivé votre décision?	9	45%	8	40%	9	39,1%
b) M.B., vous avez toute mon admiration! J'ai confiance en vous, vous réussirez! C'est un beau cadeau de santé que vous vous faites.	11	55%	12	60%	13	56,6%
c) Votre médecin pourra être informé de cette bonne nouvelle lors de sa visite.	0	0%	0	0%	0	0%
d) Autre	0	0%	0	0%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «C'est une bonne décision, par contre, croyez-vous que vous pourrez vous en tenir à votre décision aussi drastique soit-elle?»

Une élève a retenu l'énoncé *b* et a écrit: «Je dirais *b* et on pourrait enchaîner avec *a* .»

4.1.3.2 La discussion des objectifs de soins et des interventions planifiées avec la personne aidée et la famille

La question 12 tentait d'apprécier si les enseignantes valorisaient ce comportement puisqu'une infirmière adepte de l'approche holiste le ferait. Nous avons posé la question suivante (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) : «Quelques jours plus tard, M. Bougeotte semble un peu plus positif. L'infirmière propose d'adapter son plan de soins et demande au professeur : «D'après toi, quelle devrait être notre façon d'agir à cette étape-ci?» Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait...»

Tableau XV Résultats: question 12

Énoncés proposés à la question 12	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Nous avons recueilli plusieurs données. Il me semble qu'il faudrait discuter de la situation avec celui-ci et définir avec lui les objectifs de soins.	16	80%	8	40%	19	82,6%
b) Le médecin devrait d'abord discuter avec le client afin de voir si celui-ci est prêt à s'orienter vers des comportements de santé.	0	0%	0	0%	0	0%
c) Il faudrait que nous rassemblions toutes les données recueillies, que nous les analysions et que nous en discussions avec tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.	3	15%	11	55%	4	17,4%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Etablir priorités de soins et en parler au client.»

4.1.4 L'éducation sanitaire, la prise en charge de la personne aidée à l'égard de ses soins et le processus d'auto-guérison

4.1.4.1 Le soutien, l'information, les ressources d'ordre physique et psychologique envers la personne aidée et la famille

La question 21 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) tentait de cerner les perceptions des enseignantes quant à cette croyance. Une infirmière holiste est fermement convaincue qu'elle a un rôle d'éducatrice très important auprès de la personne aidée afin que celle-ci puisse s'engager au niveau de sa santé. De plus, elle croit que le soutien professionnel va de pair avec la responsabilisation de l'individu face à sa santé.

Par ailleurs, le soutien professionnel repose sur une adhésion à des valeurs d'engagement. L'infirmière devient une partenaire thérapeutique qui accompagne la personne aidée dans son cheminement vers la santé, vers la recherche d'harmonie.

Nous avons posé la question suivante: «Mme Mélodie dit à l'étudiante que ce qu'elle trouve le plus difficile dans la situation c'est d'envisager la mort avec plein d'angoisse dans le coeur. Elle lui dit: «Tu vois mes enfants sont encore jeunes ... et j'ai très peur pour eux lorsque je vois mon mari agir comme il le fait ... j'ai peur qu'il devienne complètement dépendant de l'alcool et que mes enfants n'aient plus ni mère, ni père!» Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde ...»

Tableau XVI Résultats: question 21

Énoncés proposés à la question 21	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Mme M. avez-vous discuté franchement de cette situation avec votre mari?	14	70%	15	75%	13	56,5%
b) Je comprends votre angoisse. Vous connaissez bien votre conjoint, selon vous, pourquoi agit-il ainsi?	2	10%	2	10%	4	17,4%
c) Mme M., je sens très bien votre détresse. Si vous voulez, je pourrais en parler avec mon professeur de stage ou l'infirmière et je suis certaine qu'elles pourraient m'aider à vous offrir à vous et à votre conjoint un peu plus de soutien dans la situation.	3	15%	2	10%	6	26,1%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles) et a écrit: «Je répondrais a + b.»

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Mme Mélodie, je sens très bien votre détresse. En avez-vous parlé avec votre mari?»

4.1.4.2 L'enseignement à la personne aidée dans un but de prise en charge de sa santé

Les questions 10, 13 et 14 tentaient de recueillir les perceptions des enseignantes relativement à ce comportement.

À la question 10 (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «M. Bougeotte était particulièrement stressé ce matin. L'infirmière lui a fait écouter une cassette de musique subliminale. L'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait ...»

Tableau XVII Résultats: question 10

Enoncés proposés à la question 10	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) La musique a un effet thérapeutique reconnu depuis fort longtemps. Platon et Aristote prescrivaient l'écoute de musique pour traiter de nombreuses maladies.	0	0%	1	5%	0	0%
b) La musique induit la relaxation et elle favorise le lâcher-prise du mental. L'infirmière s'en est servie pour montrer à M. B. qu'il pourrait l'utiliser avec profit à l'avenir.	7	35%	4	20%	6	26,1%
c) La musique est un moyen de relaxation et l'infirmière l'a utilisé dans ce but.	13	65%	15	75%	17	73,9%
d) Autre	0	0%	0%	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Aucun commentaire.

La question 13 (cf. questionnaire- mise en situation 3, annexe 5) était en relation avec la croyance holiste qui veut que la personne aidée s'engage face à ses comportements de santé. Nous avons posé la question suivante: «Étant donné que M. Bougeotte commence à entrevoir l'avenir d'une manière plus positive, l'étudiante qui assume les soins de ce client discute des objectifs de soins avec son professeur. Selon vous, le professeur privilégiera l'objectif de soins suivant ...»

Tableau XVIII Résultats: question 13

Énoncés proposés à la question 13	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Que M.B. prenne les mesures appropriées pour faire face aux situations stressantes.	0	0%	0	0%	1	4,3%
b) Que M.B. établisse le lien entre le processus physiopathologique, les signes et symptômes et les causes de la maladie.	5	25%	3	15%	6	26,1%
c) Que M.B. prenne sa santé en charge en effectuant les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et en participant au traitement.	15	75%	16	80%	16	69,6%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Aucun commentaire.

Par ailleurs, plusieurs auteurs holistes dont Capra (1983), disent qu'il est de première importance que le soutien professionnel accordé à la personne aidée ait une dimension affective, que le professionnel s'engage envers cette personne, qu'elle valorise la prise de

décision autant que les efforts qu'elle fait pour changer ses comportements néfastes, qu'elle lui manifeste son intérêt et sa confiance.

La question 14 (cf. questionnaire- mise en situation 3, annexe 5) est en relation avec cette croyance. Nous l'avons formulée ainsi : «Quelques jours plus tard, M. Bougeotte dit à l'étudiante qui en prend soin qu'il a décidé de changer certaines de ses habitudes. Il lui dit: «Depuis ce matin, je ne fume plus!» Vous auriez tendance à dire que le professeur souhaiterait que l'étudiante lui réponde...»

Tableau XIX Résultats: question 14

Énoncés proposés à la question 14	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nomb	%
a) M.B. qu'est-ce qui a motivé votre décision?	9	45%	8	40%	9	39,1%
b) M.B., vous avez toute mon admiration! J'ai confiance en vous, vous réussirez! C'est un beau cadeau de santé que vous vous faites.	11	55%	12	60%	13	56,6%
c) Votre médecin pourra être informé de cette bonne nouvelle lors de sa visite.	0	0%	0	0%	0	0%
d) Autre	0	0%	0	0%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «C'est une bonne décision, par contre, croyez-vous que vous pourrez vous en tenir à votre décision aussi drastique soit-elle?»

Une élève a retenu l'énoncé *b* et a écrit: «Je dirais *b* et on pourrait enchaîner avec *a* .»

4.1.5 La relation infirmière-personne aidée vue comme devant être relativement ouverte, égalitaire et réciproque

4.1.5.1 La valorisation par l'infirmière de l'empathie, de la compréhension et de la sollicitude envers la personne aidée et la famille

Les questions 3, 20, 25 et 28 sont en relation avec ces attitudes.

La question 3 (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5) ainsi que la question 20 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) sont en relation avec la compréhension et la sollicitude dont l'infirmière qui croit à une approche holiste doit faire preuve envers le vécu de la personne aidée.

La question 3 était la suivante: «Cette étudiante a tenté d'évaluer la perception de M. Selim relativement à son état de santé actuel. Elle lui a demandé comment il voyait sa vie actuellement. M. Selim a répondu: «Il y avait deux soleils dans ma vie, ma famille et mes élèves. J'ai vu ces deux soleils se coucher mais je doute qu'ils se lèvent à nouveau.».. Vous auriez tendance à croire que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde...»

Tableau XX Résultats: question 3

Énoncés proposés à la question 3	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Je vous comprends vous avez subi beaucoup de pertes en peu de temps.	13	65%	11	55%	18	78,3%
b) Je comprends votre détresse mais je suis convaincue que le soleil peut encore se lever si vous le désirez très fort.	5	25%	2	10%	4	17,4%
c) J'aimerais que vous regardiez avec espoir vers l'avenir...vous savez il y a des aphasiques qui ont accompli de grandes choses dans la vie!	1	5%	4	20%	1	4,3%
d) Autre	1	5%	1	5%		
a+b	0	0%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles) et a écrit: «Vous avez subi beaucoup de pertes en peu de temps. Aimeriez-vous en parler (et j'en viendrais probablement au point c).»

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Vous avez subi beaucoup de pertes en peu de temps.»

Une élève a retenu l'énoncé *a* et a ajouté: «Et lui donner de l'espoir et du courage.»

La question 20 a été posée ainsi: «Mme Mélodie discute avec l'étudiante de la série de chimiothérapie qu'elle doit recevoir sous peu. Elle dit: «La chimiothérapie me cause beaucoup d'effets secondaires ...c'est très difficile ...mais je dois mettre toutes les chances

de mon côté ... Je lutte peut-être pour deux semaines de survie ...qui sait? mais deux semaines, c'est toujours ça ...ça en vaut la peine!» Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante qui assume les soins de Mme Mélodie lui réponde ...»

Tableau XXI Résultats: question 20

Énoncés proposés à la question 20	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Je vous comprends, Mme Mélodie la vie est parfois bien injuste!	0	0%	0	0%	1	4,3%
b) Si j'ai bien compris, la santé est devenue très importante pour vous.	10	50%	8	40%	10	43,6%
c) Je vous comprends Mme M., à votre place moi aussi je lutterais de toutes mes forces.	5	25%	7	35%	11	47,8%
d) Autre	4	20%	3	15%	1	4,3%
Pas de réponse	1	5%	2	10%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: quatre enseignantes ont répondu *autre* . Deux n'ont pas formulé de commentaire et deux ont ajouté ceci:

—«Je constate que vous avez dû prendre des décisions par rapport à la maladie et aux traitements. Je sais que ça peut être très difficile et je respecte vos décisions quelles qu'elles soient.»

—«Si j'ai bien compris, le temps, le sursis que permet la chimiothérapie est important pour vous.»

Perceptions à l'égard du groupe: Trois enseignantes ont choisi *autre* . Deux n'ont pas formulé de commentaire et une a ajouté ceci:

—«Si j'ai bien compris, le temps, le sursis que permet la chimiothérapie est important pour vous.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Je vous admire, vous êtes très courageuse.»

Par ailleurs les questions 25 et 28 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) tentaient de recueillir les perceptions des répondantes quant aux attitudes d'empathie et de compassion envers la personne aidée et sa famille, plus particulièrement envers la famille en deuil. Il est à noter que les tenants de l'approche holiste présentent les attitudes d'empathie et de compassion comme devant engager toute la personne c'est-à-dire au niveau émotif il va de soi mais aussi par des attitudes d'accueil de l'autre, par exemple par l'utilisation du toucher communicateur. Il nous faut souligner ici que selon l'étude bibliométrique de Johnson (1990, p. 137) portant sur les écrits en soins infirmiers depuis 1966, le terme qui, plus que tout autre, semble symboliser le changement vers une perspective holistique est le terme *toucher*.

La question 25 était ainsi posée: «En après-midi, l'étudiante qui s'occupe de Mme Mélodie se dirige vers sa chambre dans le but d'aller prendre ses signes vitaux. Quelle n'est pas sa surprise lorsqu'elle arrive dans sa chambre de voir une infirmière assise sur le lit à côté de Mme Mélodie Elle la tient dans ses bras et Mme Mélodie appuie sa tête sur son épaule tout en pleurant à chaudes larmes. L'infirmière ne parle pas, elle la tient dans ses bras et lui masse doucement le dos. L'étudiante ne sait que faire ... et décide d'aller en parler avec son professeur de stage. Elle lui dit qu'elle n'avait jamais imaginé que l'on puisse faire cela dans un hôpital. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait ...»

Tableau XXII Résultats: question 25

Énoncés proposés à la question 25	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Ce que tu viens de voir, c'est de l'empathie! Le toucher et les attitudes démontrent que l'infirmière est centrée sur le vécu immédiat de cette cliente et qu'elle est ouverte et réceptive à l'expression de ses émotions.	13	65%	10	50%	19	82,6%
b) Pleurer est très thérapeutique... c'est une forme de communication particulière qui nous permet d'exprimer certaines émotions. L'infirmière répond en ce moment à ce besoin de la cliente.	6	30%	7	35%	3	13,1%
c) Dans ce cas-ci, l'infirmière se sert du toucher car la recherche démontre que le toucher influence des niveaux de conscience plus élevés. Ainsi, la cliente pourra s'ouvrir à un élargissement de son champ de conscience.	0	0%	1	5%	0	0%
d) Autre	1	5%	1	5%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Toutes ces réponses.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Je dirais *a + b* .»

A la question 28, nous avons posé la question suivante: «Mme Mélodie meurt quelques jours plus tard en présence de sa famille. Son mari et son fils retiennent leurs larmes alors que sa fille Catherine pleure et crie de toutes ses forces. Le professeur se dirige vers Catherine et...»

Etant donné que cette réponse nous semblait très affective et très personnelle, nous n'avons pas questionné les perceptions à l'égard du groupe.

Tableau XXIII Résultats: question 28

Énoncés proposés à la question 28	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe	
	Nombre	%	Nombre	%
a) Le professeur se dirige vers Catherine et la prend dans ses bras la tête appuyée sur son épaule et la laisse pleurer.	20	100%		
b) Le professeur dit à Catherine de venir avec elle dans la salle de clinique dans le but de la calmer.	0	0%		
c) Le professeur dit à Catherine que même si la séparation est douloureuse, le souvenir de sa mère restera toujours dans son coeur.	0	0%	3	13%
d) Autre	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%

Aucun commentaire.

4.1.5.2 La valorisation de la part de l'infirmière de l'expression des émotions et des ressentis de la personne aidée et de la famille

Les questions 5, 25 et 28 étaient en relation avec cette attitude.

La question 5 (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5) mettait en relation l'utilisation d'un moyen non conventionnel, le dessin, dans le but de favoriser l'expression des ressentis de la personne aidée. La question était ainsi formulée: «L'infirmière qui a la responsabilité des soins de M. Selim lui a demandé de faire un dessin qui représenterait comment il se sent actuellement. L'étudiante qui assume les soins de M. Selim est un peu étonnée et demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui aurait répondu ... »

Tableau XXIV Résultats: question 5

Énoncés proposés à la question 5	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le dessin est un moyen de relaxation et un loisir qui permet de centrer son attention sur autre chose que sa maladie.	0	0%	1	5%	2	8,7%
b) Le dessin est un moyen de relaxation qui permet de faire travailler à la fois le physique et l'imaginaire.	0	0%	5	25%	1	4,3%
c) Le dessin nous met en contact avec nos ressentis et notre moi intérieur. Ainsi, nous connaissons davantage les ressentis du client.	19	95%	14	70%	20	87,0%
d) Autre	1	5%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles seulement) et a écrit: «Dans le cas de M. Selim, ça peut être un excellent moyen de communication qui peut lui servir d'exutoire à ses émotions de même qu'il peut éventuellement être un outil de gratification pour le patient et servir au renforcement positif.»

Par ailleurs les questions 25 et 28 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) tentaient de recueillir les perceptions des répondantes quant aux attitudes d'empathie et de sollicitude envers la personne aidée et sa famille, plus particulièrement envers la famille en deuil. Il est à noter que les tenants de l'approche holiste présentent les attitudes d'empathie et de sollicitude comme devant engager toute la personne c'est-à-dire au niveau émotif il va de soi mais aussi par des attitudes d'accueil de l'autre. L'utilisation du toucher communicateur est fortement valorisé par les adeptes de l'approche holiste et le terme *toucher* est un des plus utilisé dans leurs écrits. De plus, le recours à des outils complémentaires de soins quelquefois nommés pratiques *douces* ou *alternatives* étant une des caractéristiques de l'approche holiste, nous pouvons constater que ce courant de pensée fait une très grande place aux approches dites corporelles, par exemple le massage, le toucher thérapeutique, etc... Le toucher a quelquefois un but thérapeutique mais il doit aussi être intégré à la relation dans un but de communication.

La question 25 était ainsi posée: «En après-midi, l'étudiante qui s'occupe de Mme Mélodie se dirige vers sa chambre dans le but d'aller prendre ses signes vitaux. Quelle n'est pas sa surprise lorsqu'elle arrive dans sa chambre de voir une infirmière assise sur le lit à côté de Mme Mélodie Elle la tient dans ses bras et Mme Mélodie appuie sa tête sur son épaule tout en pleurant à chaudes larmes. L'infirmière ne parle pas, elle la tient dans ses bras et lui masse doucement le dos. L'étudiante ne sait que faire ... et décide d'aller en parler avec son

professeur de stage. Elle lui dit qu'elle n'avait jamais imaginé que l'on puisse faire cela dans un hôpital. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait ...»

Tableau XXV Résultats: question 25

Énoncés proposés à la question 25	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Ce que tu viens de voir, c'est de l'empathie! Le toucher et les attitudes démontrent que l'infirmière est centrée sur le vécu immédiat de cette cliente et qu'elle est ouverte et réceptive à l'expression de ses émotions.	13	65%	10	50%	19	82,6%
b) Pleurer est très thérapeutique... c'est une forme de communication particulière qui nous permet d'exprimer certaines émotions. L'infirmière répond en ce moment à ce besoin de la cliente.	6	30%	7	35%	3	13,1%
c) Dans ce cas-ci, l'infirmière se sert du toucher car la recherche démontre que le toucher influence des niveaux de conscience plus élevés. Ainsi, la cliente pourra s'ouvrir à un élargissement de son champ de conscience.	0	0%	1	5%	0	0%
d) Autre	1	5%	1	5%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Toutes ces réponses.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Je dirais *a+ b*».

A la question 28, nous avons posé la question suivante: «Mme Mélodie meurt quelques jours plus tard en présence de sa famille. Son mari et son fils retiennent leurs larmes alors que sa fille Catherine pleure et crie de toutes ses forces. Le professeur se dirige vers Catherine et...» Etant donné que cette réponse nous semblait très affective et très personnelle, nous n'avons pas questionné les perceptions à l'égard du groupe.

Tableau XXVI Résultats: question 28

Énoncés proposés à la question 28	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le professeur se dirige vers Catherine et la prend dans ses bras la tête appuyée sur son épaule et la laisse pleurer.	20	100%			20	87%
b) Le professeur dit à Catherine de venir avec elle dans la salle de clinique dans le but de la calmer.	0	0%			0	0%
c) Le professeur dit à Catherine que même si la séparation est douloureuse, le souvenir de sa mère restera toujours dans son coeur.	0	0%			3	13%
d) Autre	0	0%			0	0%
Pas de réponse	0	0%			0	0%

Aucun commentaire.

4.1.6 La santé vue comme étant le reflet du milieu familial, social et culturel: influence du milieu sur la santé et influence de l'état de santé sur le milieu

4.1.6.1 L'influence du milieu sur la santé

Les questions 2, 8 et 13 tentaient de recueillir les perceptions des enseignantes quant à cette croyance.

Une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes croit que l'individu fait partie intégrante d'un système ordonné et que la maladie est la conséquence d'une rupture d'harmonie avec ce système. L'approche holiste reconnaît qu'il existe une interrelation entre les problèmes d'ordre physique, familiaux ou sociaux en termes de causes ou de conséquences; elle admet aussi que les habitudes de vie et du milieu de vie influencent la santé et que la prise de conscience et la responsabilisation de l'individu est de première importance.

La question 2 (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5) rejoint les croyances holistes quant à l'étiologie de la maladie en termes de conflits non résolus ou de rupture d'harmonie au niveau individuel.

Nous avons posé la question suivante: «Cette étudiante se demande ce qui a pu causer ce deuxième accident cérébro-vasculaire chez M. Selim. Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait ...»

Tableau XXVII Résultats: question 2

Énoncés proposés à la question 2	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) L'hypertension est un facteur déterminant.	1	5%	2	10%	2	8,7%
b) Sans doute l'hypertension ainsi que plusieurs autres facteurs générateurs de stress.	11	55%	15	75%	17	73,9%
c) Les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques.	5	25%	1	5%	3	13,1%
d) Autre					1	4,3%
a+b+c= 1	1	5%				
b+c= 2	2	10%	2	10%		
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une élève a retenu l'énoncé *b* et a ajouté: «Sûrement que l'hypertension est la cause majeure, cependant, d'autres facteurs comme le découragement et le stress qu'il a vécus vis-à-vis la perte de son emploi d'enseignement.»

A la question 8 (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5), nous avons mis en évidence la prise de conscience quant à l'influence des habitudes de vie sur l'état de santé. Nous avons posé la question suivante: «M. Bougeotte dit à l'étudiante: «Mon corps ne veut plus suivre... mais je dois performer, sinon c'est la fin de tout... et dire que j'ai mis des années de travail acharné pour arriver où je suis!» Vous auriez tendance à croire que le professeur souhaiterait que l'étudiante qui soigne M. Bougeotte lui réponde ...»

Tableau XXVIII Résultats: question 8

Énoncés proposés à la question 8	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Je sens que vous êtes en colère ... et déçu... est-ce que je me trompe? Se pourrait-il que la performance que vous vous imposiez vous ait conduit à la maladie?	14	70%	14	70%	20	87,0%
b) Ce que vous dites m'apparaît important. Prenez-le en note et discutez-en avec votre médecin lorsqu'il viendra vous voir.	0	0%	0	0%	1	4,3%
c) Ce que vous dites m'apparaît important. Si vous le permettez, j'en discuterai avec les infirmières et nous trouverons certainement une solution.	2	10%	4	20%	2	8,7%
d) Autre	3	15%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	1	5%	1	5%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: Une enseignante a retenu l'énoncé *a* et a ajouté: «Différemment d'une confrontation.»

Trois enseignantes ont répondu *autre* et ont écrit:

– «Monsieur Bougeotte, je sens que vous êtes en colère et déçu, est-ce que je me trompe?

Donc, une question à la fois.»

– «Monsieur Bougeotte, je sens que vous êtes en colère ... et déçu ...»

– «Vous n'arrivez pas à imaginer que vous allez devoir modifier vos habitudes de vie pour survivre.» Perceptions à l'égard du groupe: Une enseignante a choisi *autre* et a écrit:

«Monsieur Bougeotte, je sens que vous êtes en colère et déçu, est-ce que je me trompe?

Donc, une question à la fois.»

A la question 13, (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) nous avons voulu savoir si les enseignantes favorisaient la prise en charge de la personne aidée. Nous avons posé la question suivante: «Etant donné que M. Bougeotte commence à entrevoir l'avenir d'une manière plus positive, l'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte discute des objectifs de soins avec son professeur. Selon vous, le professeur privilégiera l'objectif de soins suivant: ...»

Tableau XXIX Résultats: question 13

Énoncés proposés à la question 13	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Que M.B. prenne les mesures appropriées pour faire face aux situations stressantes.	0	0%	0	0%	1	4,3%
b) Que M.B. établisse le lien entre le processus physiopathologique, les signes et symptômes et les causes de la maladie.	5	25%	3	15%	6	26,1%
c) Que M.B. prenne sa santé en charge en effectuant les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et en participant au traitement.	15	75%	16	80%	16	69,6%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Aucun commentaire.

4.1.6.2 L'influence de l'état de santé sur le milieu

Les questions 9 et 21 tentaient de cerner les perceptions des répondantes quant à cette dimension puisqu'une infirmière qui adhère aux croyances et valeurs holistes tiendra compte de l'influence de l'état de santé sur le milieu: familial, social et culturel en terme de conséquences mais aussi en terme de soutien à offrir aux membres de la famille ou aux personnes significatives pour l'individu ou en terme d'engagement au niveau social.

Pour ce qui est de la présente étude, nous nous sommes limitée à questionner l'influence de l'état de santé de l'individu sur son environnement le plus immédiat soit , sa famille.

Les questions 9 et 21 sont formulées dans cette perspective et cherchent à recueillir les perceptions des répondantes quant à l'aspect soutien professionnel à offrir aux membres de la famille.

La question 9 (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) était ainsi formulée. «La femme de M. Bougeotte est vraiment découragée ... Elle est convaincue que son mari envisage de continuer son même train de vie après sa sortie de l'hôpital. Elle pense sérieusement à cesser de travailler. Elle en discute avec le professeur. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait ...»

Tableau XXX Résultats: question 9

Énoncés proposés à la question 9	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Mme B., je sais par expérience que la maladie d'un membre de la famille affecte toute la famille. Comment vous sentez vous face à la situation?	12	60%	11	55%	14	61%
b) Mme B. croyez-vous que votre mari changera de comportement si vous cessez de travailler?	1	5%	3	15%	1	4,3%
c) Mme B., il appartient à votre mari et c'est à lui de trouver des moyens de s'adapter à sa nouvelle situation. Vous ne l'aidez pas en le surprotégeant mais en lui manifestant votre soutien et votre confiance.	6	30%	5	25%	7	30,4%
d) Autre	0	0%	0	0%	1	4,3%
Pas de réponse	1	5%	1	5%	0	0%

Commentaire

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Mme Bougeotte, je ne pense pas que votre mari changera de comportement si vous cessez de travailler. Le mieux serait pour lui que vous lui manifestiez votre soutien et votre confiance.»

Par ailleurs, la question 21 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) était ainsi posée: «Mme Mélodie dit à l'étudiante que ce qu'elle trouve le plus difficile dans la situation c'est d'envisager la mort avec plein d'angoisse dans le coeur. Elle lui dit: «Tu vois, mes enfants sont encore jeunes ... et j'ai très peur pour eux lorsque je vois mon mari agir comme il le fait ... j'ai peur qu'il devienne complètement dépendant de l'alcool et que mes enfants n'aient plus ni mère, ni père!» Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde: ...»

Tableau XXXI Résultats: question 21

Énoncés proposés à la question 21	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Mme M. avez-vous discuté franchement de cette situation avec votre mari?	14	70%	15	75%	13	56,5%
b) Je comprends votre angoisse. Vous connaissez bien votre conjoint, selon vous, pourquoi agit-il ainsi?	2	10%	2	10%	4	17,4%
c) Mme M., je sens très bien votre détresse. Si vous voulez, je pourrais en parler avec mon professeur de stage ou l'infirmière et je suis certaine qu'elles pourraient m'aider à vous offrir à vous et à votre conjoint un peu plus de soutien dans la situation.	3	15%	2	10%	6	26,1%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles) et a écrit: «Je répondrais *a + b* ».

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Mme Mélodie, je sens très bien votre détresse. En avez-vous parlé avec votre mari?».

4.1.7 La tendance à recourir autant que possible à des techniques naturelles, non-traumatisantes et non occidentales

4.1.7.1 Les outils complémentaires de soins vus comme des interventions autonomes de soins infirmiers

Les questions 11, 19, 22, 23 et 24 tentaient de faire émerger les perceptions des répondantes envers cette croyance.

Une infirmière holiste encouragera l'utilisation d'outils complémentaires de soins dans le but de favoriser une élévation de la conscience chez la personne aidée en regard de ses comportements de santé.

Newbeck (1986, p.49) va jusqu'à définir la santé comme étant l'élévation de la conscience. Sarter (1987, p. 6) va aussi dans le même sens lorsqu'elle dit que le but des soins infirmiers est de favoriser le développement de l'individu en termes de connaissance, d'intuition et de évolution et elle croit que les outils complémentaires de soins influenceraient des niveaux de conscience plus ou moins élevés et que l'infirmière aurait intérêt à valider ces moyens d'intervention et à les utiliser pour favoriser l'élévation de la conscience chez l'individu.

Pour sa part, Snyder (1985) croit que les outils complémentaires de soins sont des interventions autonomes de soins infirmiers que toute infirmière devrait utiliser dans sa pratique professionnelle. Elle croit aussi que ces interventions *autres* devraient faire partie de notre répertoire d'interventions comme infirmière et qu'à ce titre elles devraient être enseignées à toutes les élèves-infirmières et ceci dès le début de leur formation en soins

infirmiers. Elle croit que les attitudes requises pour utiliser à bon escient ces interventions *autres* sont les mêmes que celles sur lesquelles repose la relation d'aide. Les propos de plusieurs auteurs démontrent que les outils complémentaires de soins visent une finalité particulière, qu'ils reposent sur des connaissances et des habiletés précises.

Nous avons voulu distinguer ces différentes dimensions afin de rendre compte de façon plus précise des perceptions des répondantes sur le sujet. C'est pourquoi les questions 19 et 22 portent davantage sur la finalité de ces interventions, les questions 11 et 23 sur les connaissances reliées à certaines interventions et la question 24 sur les habiletés en regard d'une approche particulière, soit le toucher thérapeutique.

A la question 19, (cf. questionnaire- mise en situation 4, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Cet après-midi, M. Soleil était triste et anxieux. Il a refusé de jouer aux cartes avec son compagnon de chambre ce qu'il apprécie beaucoup habituellement. L'infirmière est venue parler avec lui un moment et lui a proposé un massage ce qu'il a accepté. L'étudiante qui assume les soins de M. Soleil demande au professeur pourquoi l'infirmière a proposé un massage à ce client. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait ...».

Tableau XXXII Résultats: question 19

Énoncés proposés à la question 19	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le massage peut être bénéfique car il induit une détente physique et mentale. C'est dans ce but que l'infirmière l'a proposé à M.S.	12	60%	9	45%	11	47,8%
b) Etant donné que M.S. est alité en premanence, l'infirmière a utilisé le massage pour stimuler la circulation sanguine et prévenir ainsi les plaies de pression.	1	5%	6	30%	7	30,5%
c) Le massage est une approche corporelle qui favorise la détente et qui peut aussi influencer des niveaux de conscience plus ou moins élevés.	4	20%	3	15%	3	13,1%
d) Autre	1	5%	1	5%	1	4,3%
a+b	2	10%	1	5%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: Deux enseignantes ont retenu l'énoncé *a* et ont ajouté des commentaires:

–«En plus, c'est un temps privilégié avec le client, c'est un moment qui peut favoriser la communication et l'expression des ressentis.»

–«Et de plus, il stimule la circulation sanguine.»

Une enseignante a choisi *autre* et a écrit: «Toutes ces réponses.» (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe).

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Il servira dans les trois buts; il sera autant efficace.»

À la question 22, (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Mme Mélodie dit à l'étudiante qui lui prodigue des soins qu'elle désirerait recevoir des traitements d'acupuncture. Elle lui demande si elle croit qu'un tel traitement pourrait l'aider. Celle-ci lui répond qu'elle consultera son professeur et qu'elle lui en reparlera. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dira ...»

Tableau XXXIII Résultats: question 22

Énoncés proposés à la question 22	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) L'acupuncture vise à rééquilibrer les énergies vitales du client. On ne sait jamais, si elle y croit, pourquoi la décourager?	1	5%	5	25%	8	34,8%
b) Les pratiques alternatives sont souvent bénéfiques pour soulager la douleur; en ce sens, cela pourrait probablement l'aider.	18	90%	13	65%	1	4,3%
c) Les pratiques alternatives sont souvent vues comme la médecine de dernier recours... mais je doute qu'elles soient efficaces pour traiter un cancer en phase terminale.	1	5%	2	10%	14	60,9%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une enseignante a retenu l'énoncé *b* (perceptions individuelles) et a ajouté: «C'est une question de valeurs et parfois même de croyances. Il faudrait ultérieurement vérifier ça avec Mme Mélodie.»

Par ailleurs, les questions 11 et 23 voulaient recueillir les perceptions des répondantes sur les connaissances reliées à certains outils complémentaires de soins. Nous avons retenu un moyen qui nous apparaissait connu, la musicothérapie et un autre qui nous semblait moins familier, le toucher thérapeutique et nous avons formulé ces questions à partir de quelques-uns des principes énoncés par Snyder (1985) . En effet, Snyder a le grand mérite de s'être intéressée à plusieurs outils complémentaires de soins et d'avoir proposé pour ceux-ci des principes à respecter lors de leur utilisation. Ses écrits sur le sujet sont plus qu'intéressants puisqu'ils sont à la fois très bien documentés et aussi parce qu'à notre connaissance, très peu d'auteurs ont exploré cette voie. Bulecheck et McCloskey (1992) ont aussi tenté de décrire les principes de certains outils complémentaires de soins mais leur répertoire est loin d'être aussi complet que celui présenté par Snyder. Cette dernière admet toutefois que la recherche devrait se poursuivre afin de valider les résultats obtenus en milieu clinique lors de l'utilisation de ces interventions et aussi quel type d'intervention s'avérerait le plus efficace dans une situation donnée.

A la question 11, (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Cette étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des principes à respecter lorsque l'on utilise la musicothérapie. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait ...»

Tableau XXXIV Résultats: question 11

Énoncés proposés à la question 11	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Lorsqu'une personne est malade, elle ne sait plus que la musique a un intérêt bénéfique pour elle. Notre rôle consiste à lui rappeler que la musique est un moyen à sa portée qui peut grandement lui aider.	0	0%	1	5%	6	26,1%
b) La musique est bénéfique pour tous; il s'agit de découvrir quel genre de musique ton client préfère. Une musique que l'on aime a plus de chance d'être thérapeutique.	5	25%	9	45%	9	39,1%
c) La musique affecte le système limbique qui est le centre des émotions et des ressentis; elle favorise une intégration de toutes les dimensions de la personne. Les recherches démontrent que la musique peut favoriser la détente en autant qu'elle corresponde aux goûts de la personne.	14	70%	9	45%	8	34,8%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une enseignante (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) a choisi *autre* et a écrit: «Attendre le bon moment et en parler avec le client.»

A la question 23, (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Suite à ceci, l'étudiante qui assume les soins de Mme Mélodie rapporte à son professeur qu'une infirmière de l'équipe a proposé à Mme Mélodie des séances de

toucher thérapeutique. Cette étudiante demande au professeur en quoi le toucher thérapeutique peut être bénéfique pour cette cliente. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondra...».

Tableau XXXV Résultats: question 23

Énoncés proposés à la question 23	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le toucher thérapeutique repose sur un principe de transfert d'énergie mais il n'est pas prouvé que cela soit efficace pour guérir la maladie ou soulager la douleur.	2	10%	4	20%	7	30,5%
b) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui vise à renforcer le processus d'auto-guérison du corps et en ce sens, cela pourrait certainement aider Mme Mélodie.	3	15%	4	20%	5	21,7%
c) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui favorise la guérison même s'il n'est pas tangible. Ce traitement mérite d'être essayé.	14	70%	10	50%	11	47,8%
d) Autre	0	0%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%
Je ne sais pas	1	5%	1	5%	0	0%

Commentaire

Une enseignante a retenu l'énoncé c et a ajouté: «En autant que Mme Mélodie soit bien sûr consentante et qu'elle ait pu faire un choix éclairé.»

A la question 24, (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «L'étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des précautions à prendre lorsque l'on fait du toucher thérapeutique. Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait...»

Tableau XXXVI Résultats: question 24

Énoncés proposés à la question 24	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le toucher thérapeutique ne peut modifier les processus physiologiques. Il n'y a donc aucune précaution à prendre sauf celle de ne pas créer de faux espoirs.	7	35%	9	45%	13	56,5%
b) En général, le client n'absorbera que la quantité d'énergie requise. Certains individus sont très sensibles à ces traitements et alors l'énergie doit être transmise très lentement, doucement et en petite quantité.	4	20%	0	0%	4	17,4%
c) Le toucher thérapeutique est bénéfique pour tout individu. Il est toutefois admis que les traitements seront efficaces chez les cancéreux en autant que l'énergie transmise soit concentrée dans une région bien définie.	4	20%	5	25%	5	21,8%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	3	15%	4	20%	0	0%
Je ne sais pas	1	5%	1	5%	1	4,3%

Commentaires

Perceptions individuelles: Une enseignante a retenu l'énoncé *b* et a écrit: «Les dangers sont surtout pour l'intervenante qui pratique le transfert d'énergie. Pour la patiente, le pire danger serait l'entretien de faux espoirs qui pourraient nuire au processus de deuil.»

Une enseignante a choisi "autre" et a écrit: «Je pense qu'il est important de se protéger nous.»

Perceptions à l'égard du groupe: Une enseignante a choisi *autre* et a écrit: «Le toucher peut guérir mais je ne sais pas s'il y a des précautions particulières.»

4.1.8 La valorisation du toucher communicateur et du partage des émotions et ressentis entre l'infirmière et la personne aidée ainsi qu'entre l'infirmière et la famille

4.1.8.1 Le toucher comme mode de communication entre l'infirmière et la personne aidée et entre l'infirmière et la famille

Les questions 25 et 28 sont en relation avec cette croyance. Il faudra se rappeler ici que les tenants de l'approche holiste en santé valorisent très fortement le toucher communicateur ainsi que le partage des émotions entre infirmière et personne aidée et famille. Plusieurs insistent sur le fait que le toucher doit s'accompagner d'attitudes d'ouverture envers le vécu et les ressentis de la personne aidée.

A la question 25, (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «En après-midi, l'étudiante qui s'occupe de Mme Mélodie se dirige vers sa chambre dans le but d'aller prendre ses signes vitaux. Quelle n'est pas sa surprise lorsqu'elle arrive dans la chambre de voir une infirmière assise sur le lit à côté de Mme Mélodie. Elle la tient dans ses bras et Mme Mélodie appuie sa tête sur son épaule tout en

pleurant à chaudes larmes. L'infirmière ne parle pas, elle la tient dans ses bras et lui masse doucement le dos. L'étudiante ne sait que faire... et décide d'aller en parler avec son professeur de stage. Elle lui dit qu'elle n'a jamais vu cela et qu'elle n'avait jamais imaginé que l'on puisse faire cela dans un hôpital! Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait...»

Tableau XXXVII Résultats: question 25

Énoncés proposés à la question 25	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Ce que tu viens de voir, c'est de l'empathie! Le toucher et les attitudes démontrent que l'infirmière est centrée sur le vécu immédiat de cette cliente et qu'elle est ouverte et réceptive à l'expression de ses émotions.	13	65%	10	50%	19	82,6%
b) Pleurer est très thérapeutique... c'est une forme de communication particulière qui nous permet d'exprimer certaines émotions. L'infirmière répond en ce moment à ce besoin de la cliente.	6	30%	7	35%	3	13,1%
c) Dans ce cas-ci, l'infirmière se sert du toucher car la recherche démontre que le toucher influence des niveaux de conscience plus élevés. Ainsi, la cliente pourra s'ouvrir à un élargissement de son champ de conscience.	0	0%	1	5%	0	0%
d) Autre	1	5%	1	5%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Toutes ces réponses.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Je dirais $a + b$.»

A la question 28, (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5), nous avons posé la question suivante: «Mme Mélodie meurt quelques jours plus tard en présence de sa famille. Son mari et son fils retiennent leurs larmes alors que sa fille Catherine pleure et crie de toutes ses forces. Le professeur de stage se dirige vers Catherine et ...»

Tableau XXXVIII Résultats: question 28

Énoncés proposés à la question 28	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles	Perceptions à l'égard du groupe	Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	Nombre	Nombre	%
a) Le professeur se dirige vers Catherine et la prend dans ses bras la tête appuyée sur son épaule et la laisse pleurer.	20	100%	20	87%
b) Le professeur dit à Catherine de venir avec elle dans la salle de clinique dans le but de la calmer.	0	0%	0	0%
c) Le professeur dit à Catherine que même si la séparation est douloureuse, le souvenir de sa mère restera toujours dans son coeur.	0	0%	3	13%
d) Autre	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%

Aucun commentaire.

4.1.9 La relation thérapeutique efficace transforme aussi bien l'infirmière que la personne aidée

Les questions 4, 15, 26, 27 et 28 étaient en relation avec cette croyance.

4.1.9.1 L'effet de résonance entre l'infirmière et la personne aidée

Plusieurs auteurs holistes dont Capra (1983) croient que le lien de confiance qui s'établit entre le soignant et le soigné est privilégié, significatif et thérapeutique. Ils disent aussi que ce lien significatif ne s'établit pas avec tous les soignants mais avec une personne précise que le soigné choisit. Jean-Gilles Bédard accordait une très grande importance à ce lien significatif qu'il qualifiait de précieux lorsqu'il parlait de la relation entre cette personne significative (souvent une infirmière mais pas exclusivement) et la personne mourante. Ce dernier disait aussi qu'il s'agissait d'une relation *transprofessionnelle* puisqu'elle se situait bien au-delà de la relation professionnelle habituelle et qu'elle transformait autant la personne aidée que l'aidant.

En regard de cette croyance, nous avons posé la question suivante (cf. questionnaire- mise en situation 1, question 4, en annexe 5): «Après deux jours, cette étudiante dit au professeur que M. Selim lui a écrit un message et qu'elle ne comprend pas très bien pourquoi. Le message est le suivant: «Tu as à peu près le même âge que mon fils et pourtant, tu me comprends mieux que la plupart des infirmières.»

Tableau XXXIX Résultats: question 4

Énoncés proposés à la question 4	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Il arrive assez souvent qu'un client accorde sa confiance à une infirmière qui devient une personne significative pour lui.	4	20%	0	0%	6	26,1%
b) Cela m'apparaît d'autant plus important que tu n'as passé que deux jours avec lui. Il faudra faire attention à ne pas créer de dépendance.	0	0%	1	5%	1	4,3%
c) Tu as établi une relation d'aide avec M. S. et il s'est senti écouté et compris.	16	80%	19	95%	14	60,9%
d) Autre	0	0%	0	0%	2	8,7%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a retenu l'énoncé *c* (perceptions individuelles) et a ajouté: «Mais j'ajouterais de profiter du lien de confiance établi pour travailler l'estime de soi chez M. Selim et l'amener à se servir de son potentiel. De plus, je m'assurerais que l'étudiante en discute avec l'équipe pour assurer une continuité de soins.»

Deux élèves ont choisi *autre* et ont écrit:

—«Je dirais *b + c*.»

—«Par ta présence et ton attitude d'écouter M. Selim s'est senti compris et il s'est développé un lien de confiance entre vous deux.»

4.1.9.2 L'infirmière vue comme une partenaire thérapeutique qui s'engage

L'engagement est une valeur considérée comme fondamentale par la plupart des adeptes de l'approche holiste. Cet engagement se traduit par une implication réelle de toute la personne qu'est l'infirmière envers la personne aidée et sa famille tant au niveau du vécu de la personne qu'au niveau du soutien professionnel. Cet engagement a pour but de permettre à la personne aidée d'actualiser son potentiel et il a comme effet de contribuer à l'actualisation de l'infirmière. Là-dessus, les propos de plusieurs auteurs holistes sont très près de ceux de Frankl (1988, p. 120) lorsqu'il dit: «... l'actualisation de soi n'est possible que comme effet secondaire de la transcendance de soi.» De plus, les auteurs holistes considèrent que l'infirmière a aussi un rôle d'*advocacy* auprès de la personne aidée.

La question 15, (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «M. Bougeotte s'est bien rétabli et son congé est prévu pour demain. Il dit à l'étudiante qui lui a donné des soins depuis plusieurs jours. «Je ne t'oublierai jamais, tu as été un ange pour moi et tu m'as aidé à traverser cette terrible épreuve! » L'étudiante rapporte au professeur ces paroles. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait...»

Tableau XXXX Résultats: question 15

Énoncés proposés à la question 15	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Tu as donné de très bons soins à ce client et cela parce que tu as accepté de t'engager personnellement. Tu as investi auprès de ce client et c'est ce qui a fait la différence. Tu as été un partenaire qui a cheminé avec lui et il l'a senti.	13	65%	10	50%	3	13,1%
b) M.B. et toi aviez un contact privilégié. Tu l'as amené à réaliser que la vie pourrait être à nouveau intéressante malgré ses limites. C'est pourquoi il a accepté de t'écouter et de modifier ses comportements de santé.	4	20%	2	10%	9	39,1%
c) Tu as appuyé tes interventions sur une démarche de soins ce qui a donné des résultats intéressants! C'est une preuve de plus que la démarche de soins devrait être notre instrument premier en soins infirmiers.	2	10%	6	30%	11	47,8%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	1	5%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) et a écrit: «Tu donnes de bons soins. Tu vois le client dans sa globalité. Tu possèdes les bonnes attitudes pour mener à bien une relation d'aide. Continue ainsi.»

Une élève a retenu l'énoncé *c* et a ajouté : «Mais les autres aussi sont bonnes.»

4.1.9.3 L'accompagnement de la personne aidée dans la recherche d'un sens à donner aux diverses expériences de vie, à la souffrance et à la mort

La question 27 visait à connaître les perceptions des répondantes sur cette dimension de la relation infirmière-personne aidée, relation très privilégiée s'il en est et qui ouvre la porte sur l'expérience éthique telle que vue par Sartre (1987) en soins infirmiers et définie et précisée par certains philosophes et éthiciens contemporains dont Fortin (1989, 1992) et Legault (1990, 1992). Selon Burkhardt et Jacobson, (1989, p. 18, 22, 23) cet accompagnement suppose que l'infirmière est ouverte à sa propre spiritualité et à celle des autres dans le quotidien et dans les situations dramatiques, qu'elle peut aider l'autre à explorer et approfondir l'expérience du sacré et que cette expérience d'accompagnement permet l'évolution autant de l'infirmière que de la personne aidée et est transformatrice pour l'un et pour l'autre.

La question 27 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) était en relation avec cette croyance et nous l'avons formulée ainsi: «En après-midi, Mme Mélodie dit au professeur : «Je sais qu'il n'y a plus rien à faire... je vois ma famille vivre avec douleur et impuissance cette séparation... j'aimerais en finir au plus vite... je suis maintenant prête à mourir... S'il te plaît, mets ma musique préférée et donne-moi une injection de morphine qui me permettra de quitter ce monde en douceur.» Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait ...»

Tableau XXXXI Résultats: question 27

Énoncés proposés à la question 27	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Ce que vous me demandez Mme M. c'est de l'euthanasie et en aucun cas une infirmière ne peut agir en ce sens. Notre rôle est de sauvegarder la vie.	0	0%	1	5%	3	13,1%
b) Mme M., cette demande est tellement importante qu'elle mérite qu'on la regarde de près et avec soin. J'aimerais que l'on se ménage des moments pour échanger et partager sur le sens que chacune de nous donne à l'expérience de mourir et sur ce que cela peut nous apporter de la vivre pleinement.	5	25%	7	35%	9	39,1%
c) Cette demande m'apparaît être une façon de dire que votre vie n'a plus de sens. Est-ce que je me trompe?	11	55%	10	50%	11	47,8%
d) Autre	3	15%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	1	5%	1	5%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: Trois enseignantes ont choisi *autre* et ont formulé les commentaires suivants:

—«Je suis avec toi, je peux te faire un massage si tu veux (toucher).»

—«Mme Mélodie cette demande est tellement importante qu'elle mérite qu'on la regarde de près et avec soin. J'aimerais que l'on échange là-dessus.»

—«Silence, présence, confort.»

Perceptions à l'égard du groupe: Une enseignante a choisi *autre* sans ajouter de commentaire.

4.1.9.4 Une présence chaleureuse au mourant et à la famille en deuil

La plupart des auteurs holistes considèrent la mort comme étant une expérience de vie, ou si on voulait le formuler autrement comme étant la dernière étape de la vie. En ce sens, ils croient que l'infirmière se doit d'accompagner la personne mourante dans cette expérience ainsi que sa famille.

La question 26 (cf. questionnaire- mise en situation 5, en annexe 5) était en relation avec cette croyance. Nous avons formulé ainsi cette question: «Mme Mélodie décline tout doucement... et il est visible qu'elle s'achemine vers la mort. L'étudiante qui en prend soin demande au professeur: Qu'est-ce que je peux faire pour l'aider? Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait ...»

Tableau XXXXII Résultats: question 26

Énoncés proposés à la question 26	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Prends régulièrement ses signes vitaux et informe l'infirmière de tout changement.	0	0%	0	0%	0	0%
b) Surveille tout changement de son état et donne-lui tout le confort possible.	0	0%	2	10%	6	26,1%
c) Assure-toi qu'elle est confortable mais n'oublie pas que ce dont elle a besoin avant tout c'est d'une présence chaleureuse.	19	95%	17	85%	17	73,9%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: Deux enseignantes ont retenu l'énoncé *c* et ont formulé les commentaires suivants:

—«En tout temps.»

—«Elle a aussi besoin d'une présence empathique et acceptante en tant que «réceptacle» à ce qu'elle voudra bien communiquer. Il faut être capable d'écouter et de recevoir pleinement tout ce qu'elle aura à dire en respectant son rythme.»

Une enseignante a choisi *autre* et a dit: «Toutes ces réponses.»

Perceptions à l'égard du groupe: Une enseignante a retenu l'énoncé *c* et a ajouté: «En tout temps.»

Une élève a retenu l'énoncé *b* et a ajouté: «Ça dépendra de nos valeurs personnelles.»

A la question 28 (cf. questionnaire-mise en situation 5, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Mme Mélodie meurt quelques jours plus tard en présence de sa famille. Son mari et son fils retiennent leurs larmes alors que sa fille Catherine pleure et crie de toutes ses forces. Le professeur de stage se dirige vers Catherine et ...»

Tableau XXXXIII Résultats: question 28

Énoncés proposés à la question 28	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe	
	Nombre	%	Nombre	%
a) Le professeur se dirige vers Catherine et la prend dans ses bras la tête appuyée sur son épaule et la laisse pleurer.	20	100%		
b) Le professeur dit à Catherine de venir avec elle dans la salle de clinique dans le but de la calmer.	0	0%		
c) Le professeur dit à Catherine que même si la séparation est douloureuse, le souvenir de sa mère restera toujours dans son coeur.	0	0%	3	13%
d) Autre	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%

Aucun commentaire.

4.1.10 L'acceptation d'une composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie et l'élévation de la conscience chez la personne aidée comme finalité des soins infirmiers

4.1.10.1 L'élévation de la conscience entre autre par des techniques de lâcher-prise du mental

Moss (1991, p. 136) nous dit que le changement réel est de nature spirituelle et qu'il faut travailler à créer un contexte qui provoque un changement de niveau de conscience, qui se veut un processus de lâcher-prise du mental. Différents moyens entre autres, le massage, la respiration, la musique, le dessin, l'attention aux rêves permettront le lâcher-prise qui permet au guérisseur naturel qui est en chacun de nous d'agir.

Les questions 5, 11, 18 et 19 tentaient de recueillir les perceptions des répondantes quant à ces moyens de lâcher-prise du mental.

A la question 5, (cf. questionnaire- mise en situation 2, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «L'infirmière qui a la responsabilité des soins de M. Selim lui a demandé de faire un dessin qui représenterait comment il se sent actuellement. L'étudiante qui assume les soins de M. Selim est un peu étonnée et demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait ...»

Tableau XXXIV Résultats: question 5

Énoncés proposés à la question 5	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le dessin est un moyen de relaxation et un loisir qui permet de centrer son attention sur autre chose que sa maladie.	0	0%	1	5%	2	8,7%
b) Le dessin est un moyen de relaxation qui permet de faire travailler à la fois le physique et l'imaginaire.	0	0%	5	25%	1	4,3%
c) Le dessin nous met en contact avec nos ressentis et notre moi intérieur. Ainsi, nous connaissons davantage les ressentis du client.	19	95%	14	70%	20	87,0%
d) Autre	1	5%	0	0%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaire

Une enseignante a choisi *autre* (perceptions individuelles seulement) et a écrit: «Dans le cas de M. Selim, ça peut être un excellent moyen de communication qui peut lui servir d'exutoire à ses émotions de même qu'il peut éventuellement être un outil de gratification pour le patient et servir au renforcement positif.»

A la question 11, (cf. questionnaire- mise en situation 3, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Cette étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des principes à respecter lorsque l'on utilise la musicothérapie. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait ...»

Tableau XXXV Résultats: question 11

Énoncés proposés à la question 11	Réponses des enseignantes n= 20		Réponses des élèves n= 23			
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Lorsqu'une personne est malade, elle ne sait plus que la musique a un intérêt bénéfique pour elle. Notre rôle consiste à lui rappeler que la musique est un moyen à sa portée qui peut grandement lui aider.	0	0%	1	5%	6	26,1%
b) La musique est bénéfique pour tous; il s'agit de découvrir quel genre de musique ton client préfère. Une musique que l'on aime a plus de chance d'être thérapeutique.	5	25%	9	45%	9	39,1%
c) La musique affecte le système limbique qui est le centre des émotions et des ressentis; elle favorise une intégration de toutes les dimensions de la personne. Les recherches démontrent que la musique peut favoriser la détente en autant qu'elle corresponde aux goûts de la personne.	14	70%	9	45%	8	34,8%
d) Autre	1	5%	1	5%	0	0%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe) a choisi *autre* et a écrit: «Attendre le bon moment et en parler avec le client.»

A la question 18, (cf. questionnaire- mise en situation 4, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Au cours de l'après-midi, l'étudiante dit au professeur: «J'ai demandé à M. Soleil de me faire un dessin qui représente son vécu et ses sentiments aujourd'hui. Regarde, il a dessiné un oiseau dans une cage.» Vous auriez tendance à dire que le professeur dirait à l'étudiante ...»

Tableau XXXXVI Résultats: question 18

Énoncés proposés à la question 18	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et en dessinant ton client a exprimé ses ressentis profonds. En discutant de ce dessin avec lui, nous serions vraiment centrées sur son vécu intérieur et nous pourrions l'amener à exprimer ses ressentis et ses émotions.	16	80%	15	75%	20	87%
b) C'est très intéressant, tu pourrais montrer cela à son médecin afin qu'il en discute avec M.S.	0	0%	0	0%	2	8,7%
c) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et je crois que ceci pourrait servir de piste à l'équipe de soins pour discuter à nouveau de la situation.	4	20%	5	25%	0	0%
d) Autre	0	0%	0	0%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Une enseignante a retenu l'énoncé *a* (perceptions individuelles) et a ajouté: «Je demanderais à l'étudiante de planifier rapidement une rencontre avec M. Soleil dans le but de mieux planifier ses interventions par priorités, pour ensuite en faire part à l'équipe.»

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «D'après moi, le fait que M. Soleil soit confiné à son lit le perturbe plus qu'il ne le dit. Peut-être devrais-tu aller clarifier avec lui le sens de son dessin.»

Et, à la question 19 (cf. questionnaire- mise en situation 4, en annexe 5) nous avons posé la question suivante: «Cet après-midi, M. Soleil était triste et anxieux. Il a refusé de jouer aux cartes avec son compagnon de chambre ce qu'il apprécie beaucoup habituellement. L'étudiante qui assume les soins de M. Soleil demande au professeur pourquoi l'infirmière a proposé un massage à ce client. Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait ...»

Tableau XXXXVII Résultats: question 19

Énoncés proposés à la question 19	Réponses des enseignantes n= 20				Réponses des élèves n= 23	
	Perceptions individuelles		Perceptions à l'égard du groupe		Perceptions à l'égard des enseignantes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
a) Le massage peut être bénéfique car il induit une détente physique et mentale. C'est dans ce but que l'infirmière l'a proposé à M.S.	12	60%	9	45%	11	47,8%
b) Etant donné que M.S. est alité en permanence, l'infirmière a utilisé le massage pour stimuler la circulation sanguine et prévenir ainsi les plaies de pression.	1	5%	6	30%	7	30,5%
c) Le massage est une approche corporelle qui favorise la détente et qui peut aussi influencer des niveaux de conscience plus ou moins élevés.	4	20%	3	15%	3	13,1%
d) Autre	1	5%	1	5%	1	4,3%
a+b	2	10%	1	5%	1	4,3%
Pas de réponse	0	0%	0	0%	0	0%

Commentaires

Perceptions individuelles: Deux enseignantes ont retenu l'énoncé *a* et ont ajouté des commentaires:

—«En plus, c'est un temps privilégié avec le client, c'est un moment qui peut favoriser la communication et l'expression des ressentis.»

—«Et de plus, il stimule la circulation sanguine.»

Une enseignante a choisi *autre* et a écrit: «Toutes ces réponses.» (perceptions individuelles et perceptions à l'égard du groupe).

Une élève a choisi *autre* et a écrit: «Il servira dans les trois buts; il sera autant efficace.»

4.2 Les perceptions des enseignantes qui sont indépendantes des variables du modèle de Goldstein et al.

Question 29 :

Aimeriez-vous enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste?

Réponses et commentaires:

—«Je pense que dans un certain sens, j'inclus régulièrement cette approche qui est importante à mon point de vue.»

—«C'est primordial d'en tenir compte.»

—«Le vrai côté humain et qui nous éloigne surtout de la pratique médicale!! »

—«Vision plus globale de l'individu.»

—«Nous avons déjà commencé à «traiter» la personne comme un individu complet qui prend en charge sa santé. Je suis en accord avec la responsabilisation du client à l'égard de sa santé et je vois le rôle de l'infirmière comme étant de l'aider à prendre conscience de cela et de favoriser les changements nécessaires au maintien et au recouvrement de la santé optimale.»

—«C'est à mon avis, la seule façon d'enseigner, je ne perçois même pas que l'on puisse enseigner autrement.»

—«Oui, le client est considéré dans sa globalité.»

—«Oui, la santé holiste est une perspective. Pour son souci de «l'intégralité intégrale» du patient et de la soignante.»

—«Un jour oui, mais j'hésite entre oui et non. C'est qu'il me semble qu'actuellement le système de santé est ainsi fait, que d'y intégrer des infirmières formées selon l'approche holiste serait un peu «déphasé». MAIS, d'un autre côté, j'y vois tout le bénéfice que pourrait y gagner la clientèle, ne serait-ce que de contribuer à l'humanisation des soins.»

—«Probablement que oui, mais ma notion théorique date de longtemps.»

—«Non, pas maintenant, il n'y a pas suffisamment de consensus. Je ne suis pas prêt à abandonner mon esprit rationnel et scientifique pour embarquer dans cette aventure. Je ne crois pas que cette approche rejoigne les valeurs fondamentales de notre groupe. Un exemple: 40% de nos profs fument. Une proposition visant à restreindre l'usage du tabac dans les réunions de profs du département a été battue. Ce simple exemple démontre clairement qu'il n'y a pas adhésion profonde aux valeurs de santé et d'équilibre qui sous-tendent l'approche holiste. On a encore du chemin à faire comme groupe avant d'envisager ce virage. Le danger serait d'enseigner le discours sans avoir intégré les convictions profondes de cette approche.»

—«Oui, j'aurais besoin d'approfondir le concept mais l'aspect «globalité» me rejoint beaucoup.»

Question 30:

Si le département adoptait une conception holiste pour l'enseignement des soins infirmiers, quels seraient vos besoins prioritaires?

Réponses et commentaires:

—«Connaître davantage l'approche holiste.»

—«Je n'ai pas une idée très claire de ce que veut dire ce concept dans l'enseignement des soins infirmiers. J'aurais besoin de formation et d'information.»

—«Beaucoup plus de formation et d'information à prime abord. Et, il me semble que c'est un concept qui mérite d'être regardé mais il faudrait que le changement soit intégré de façon graduelle, permettant l'adaptation plus facilement.»

—«Plus de formation personnelle.»

—«Se donner des outils pour enseigner l'approche alternative de soins.»

—«Approfondir cette conception.»

—«Définition claire de cette approche, acceptation par tous, visibilité de cette approche dans le plan de cours, formation pour tout le monde, application en stage : ouvrir les élèves à cette approche, elles sont toujours plus centrées sur les techniques que sur le patient.»

—«Beaucoup de lectures et peut-être même des cours sur cette approche.»

—«Théorique.»

—«Approfondir sur différentes approches alternatives que je connais moins (toucher thérapeutique, visualisation).»

—«En approfondir les concepts, me les approprier.»

—«Beaucoup de lectures pour me l'approprier et du temps ++ pour élaborer des instruments (cheminement).»

—«Connaître plus l'approche holiste, être plus capable d'utiliser (donc de m'approprier) certaines pratiques dites alternatives (toucher thérapeutique, musicothérapie, etc...) »

—«Explorer en équipe la conception selon une approche holiste, besoin d'approfondir les connaissances.»

—«Formation plus complète des 5 outils complémentaires de soins avec pratique.»

Question 31:

Croyez-vous qu'il existe des dangers à fonder l'enseignement des soins infirmiers sur une approche holiste?

Réponses et commentaires:

Oui: 4

Non: 12

Pas de réponse: 2

Commentaires:

—«Non, si formation continue et engagement des profs.»

—«Oui, le nursing holiste relève de l'art mais aussi de la science. Donner trop d'importance. Il faut aussi tenir compte du degré de maturité de nos étudiants. La santé holiste naît d'une attitude d'abord.»

—«Oui, les valeurs et croyances personnelles qui risqueraient d'être fortement bousculées; les perceptions et interprétations personnelles de ce concept qui pourraient biaiser l'enseignement; le fait que tout le monde ne se l'approprierait pas de la même façon et au même rythme; la dissonance avec les concepts actuellement véhiculés dans les milieux de soins.»

—«Oui, Il y a des résistances dans les milieux cliniques; notre image professionnelle pourrait en prendre un coup «granola-santé». Je ne suis pas sûr d'avoir la «masse critique» (en département) nécessaire pour démarrer un tel projet. C'est un virage qui demandera des années. Parfois, j'ai le sentiment que c'est une mode «new age» qui va passer comme les autres.»

—«Non, en autant que c'est un complément.»

—«Que les méthodes alternatives soient présentées comme des «panacées».»

CHAPITRE 5 ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous présenterons dans ce chapitre notre analyse et interprétation des données recueillies soit, 1) la perception qu'ont les enseignantes des croyances et valeurs de l'approche holiste que nous avons nommées perceptions individuelles, 2) les perceptions de ces mêmes enseignantes quant aux croyances et valeurs de leurs pairs du département de soins infirmiers que nous avons nommées perceptions à l'égard du groupe, et, 3) les perceptions des élèves finissantes à l'égard de ces mêmes enseignantes relativement aux croyances et valeurs de l'approche holiste.

Il va sans dire que que les résultats ne s'appliquent que pour le département de soins infirmiers de notre collège et qu'ils ne pourront être transposés à une autre échelle. De plus, les réponses dont les enseignantes et les élèves nous ont si généreusement fait part, doivent être considérées comme étant leur vision d'une réalité à ce moment et dans le contexte qui était le leur à ce moment.

Nous présenterons cette analyse selon la séquence suivante: dans un premier volet, au point 5.1, nous tenterons de décrire et d'expliquer les perceptions des enseignantes en ce qui a trait aux croyances et valeurs de l'approche holiste; les caractéristiques de l'approche holiste telles que décrites par Goldstein et al. nous serviront alors de cadre conceptuel (figure 4); dans un deuxième volet, au point 5.2, nous présenterons certains aspects particulièrement intéressants face au rôle professionnel; pour ce faire, nous utiliserons la

représentation des composantes de l'agir professionnel que nous avons élaborée (figure 5) comme cadre de référence.

Il est à noter que nous ne tenons pas compte de la question numéro un du questionnaire. Cette question ne se veut pas liée aux croyances et valeurs holistes; elle avait simplement pour but de favoriser la «mise en train» et c'est pourquoi nous avons utilisé une surface projective. Toutefois, si le lecteur désirait connaître les résultats des réponses à cette première question, il pourrait se référer à l'annexe VII.

5.1 Perceptions des enseignantes du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue en relation avec les croyances et valeurs de l'approche holiste découlant des caractéristiques du modèle de Goldstein et al.

Nous décrirons et analyserons ici les perceptions des enseignantes et celles des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes relativement aux croyances et valeurs de l'approche holiste.

5.1.1 L'unité du corps, du coeur et de l'esprit

Nous analyserons ici les réponses aux questions 2, 7, 8, 16 et 18 qui sont en relation avec cette croyance.

5.1.1.1 L'individu est vu comme un tout indissociable et la maladie vue comme influençant toutes les dimensions de la personne.

Les questions 2 et 8 sont en relation avec cette croyance.

Si nous nous référons à la question 2, (cf. tableau V, p. 91), nous voyons que peu de répondantes, autant chez les enseignantes (perceptions individuelles: 25%; perceptions à

l'égard du groupe: 5%) que chez les élèves (13%), ont mis en relation les émotions comme genèse de la maladie physique. Cette croyance est très présente dans les écrits de plusieurs auteurs sur l'approche holiste en santé (Ferguson, Capra, Kopelman et Moskop, etc...) Par contre, la majorité des répondantes (enseignantes: perceptions individuelles: 55%; perceptions à l'égard du groupe: 75%; élèves: 78,3%) reconnaît que plusieurs facteurs influent sur l'état de santé, dont le stress. Il faut reconnaître que le stress est un facteur identifié par la médecine comme étant important dans l'étiologie de plusieurs maladies; toutefois, il ne peut être considéré comme une dimension ou une composante de l'individu.

Le fait que l'on ait privilégié cet énoncé suggère que l'on se rapproche fort probablement plus d'un modèle biopsychosocial que d'un modèle holiste. Ici, on perçoit la personne comme un tout composé de différentes parties très distinctes ayant des liens entre elles et on associe la maladie à divers facteurs, tels les comportements et les habitudes de vie. Selon nous, cette perspective découle du concept de globalisme popularisé au Québec il y a plus de vingt ans (1970) et qui avait pour objectif une médecine globale. Il diffère du concept holiste en ce sens que l'on ne reconnaît pas que toutes les composantes sont si intimement interreliées qu'il est impossible de les dissocier et qu'ainsi elles s'influencent continuellement. Les conflits non résolus réfèrent aussi à la dimension spirituelle (la conscience de), très présente dans la vision holiste. C'est pourquoi d'ailleurs certains auteurs dont Potvin (1994) diront que « le globalisme issu de la culture orientale, renvoie à une expérience d'élévation de la conscience...et que la maladie est une occasion de remise en question et de croissance». Remise en question des comportements néfastes à la santé ou encore résolution des conflits qui causent la maladie.

En cherchant à savoir ce qui a influencé les réponses, nous émettons l'hypothèse que le libellé des énoncés de réponse ait pu exercer une certaine influence. En effet, avec le recul, nous remarquons que l'énoncé *c* qui présentait la croyance holiste sur ce point était formulé de façon plus théorique ou *conceptuelle*. Il est permis de croire que la formulation des énoncés ait influencé les répondantes mais nous ne pouvons avoir de certitude sur ce point.

Par ailleurs, à la question 8, (cf. tableau XI, p. 98), la croyance holiste voulant que la maladie soit un message pour la personne a été retenue dans une assez forte proportion autant par les enseignantes (perceptions individuelles: 70%; perceptions à l'égard du groupe: 70%) que les élèves (86,95%). Nous constatons que cette croyance est fortement partagée. Dans ce cas-ci, les répondantes ont retenu l'énoncé *a* qui présentait la croyance holiste qui veut que la maladie soit un message pour la personne. Est-ce le fait de la formulation de cet énoncé? Il présentait une réponse au client dans une situation de soins plutôt qu'un énoncé de principe par rapport à cette croyance. Il est possible que l'énoncé *a* ait rejoint les *façons de faire* des enseignantes.

5.1.1.2 L'ouverture aux perceptions et ressentis de la personne aidée et la validation des perceptions auprès de la personne aidée

Les questions 7, 16 et 18 sont en relation avec cette attitude.

En relation avec la question 7, (cf. tableau VI, p. 93), il n'y a pas de tendance très nette qui se dégage. Les énoncés qui ont été retenus de façon à peu près équivalente correspondaient d'une part aux aptitudes de relation d'aide (clarification des propos avec la personne aidée) et d'autre part, à une approche un peu plus conceptuelle (situer la phase de deuil). Il est intéressant de noter que les enseignantes ont favorisé davantage une

approche aidante lorsqu'elles ont répondu selon leur perception individuelle et une approche un peu plus conceptuelle lorsqu'elles ont répondu selon leur perception à l'égard du groupe. A-t-on perçu ses collègues comme étant plus *théoriciennes* que soi? A-t-on cru que le groupe opérerait davantage pour une approche stratégique visant la continuité des soins? A-t-on souhaité que toutes les enseignantes aient les mêmes connaissances et tiennent le même langage auprès des élèves? Pour l'instant, nous ne pouvons conclure ni dans un sens ni dans l'autre mais nous croyons qu'il serait intéressant de valider ces hypothèses auprès des répondantes.

Il est aussi intéressant de noter que les élèves perçoivent dans une assez grande proportion (65,2%) que les enseignantes auraient opté pour une intervention basée sur la relation d'aide. Pourquoi? Se sont-elles basées sur leur expérience clinique et la *lecture* qu'elles font de leurs expériences d'apprentissage en milieu clinique? Il est permis de le penser.

Il est aussi intéressant de noter que la référence au médecin dans cette situation n'a recueilli qu'une seule adhésion -une enseignante, perception à l'égard du groupe-. Il est permis de croire que les enseignantes se voient comme des professionnelles autonomes qui désirent intervenir de façon autonome.

À la question 16, (cf. tableau VII, p. 94), l'énoncé *a* suggérait que le médecin pourrait intervenir en faveur de la personne aidée mais la référence au médecin n'a retenu aucune adhésion. Nous pouvons analyser cela à partir d'une perspective d'autonomie professionnelle mais nous pouvons aussi l'expliquer en se basant sur une perspective

d'*advocacy*. Sans extrapoler outre mesure, il nous semble que les enseignantes en ne retenant pas cet énoncé assumaient le fait qu'elles pouvaient défendre ou à tout le moins considérer les intérêts de la personne aidée sans avoir recours à un autre professionnel. Cette perspective nous apparaît intéressante.

À la question 18, (cf. tableau VIII, p. 95), les réponses des enseignantes indiquent que l'ouverture aux perceptions et ressentis de la personne aidée est très fortement priorisée (perceptions individuelles: 80%; perceptions à l'égard du groupe: 75%). La perception des élèves nous reflète qu'elles considèrent que nous adhérons très fortement à cette croyance (86,95%). Des réponses découlent les deux éléments suivants:

1) la très grande majorité des répondantes a mis le *focus* sur la personne aidée plutôt que sur l'équipe de soins. Pourquoi? Nous pouvons y voir un désir de valider nos perceptions à l'égard des ressentis de la personne aidée avant d'en discuter avec les membres de l'équipe de soins mais nous pouvons aussi interpréter cela comme étant un comportement qui reflète leurs *façons de faire*, une intervention infirmière-personne aidée où la relation interpersonnelle est de première importance dans ce cas-ci. Nous relierons ceci aux propos de Collières (1982):

C'est au sein des groupes qu'elle fréquente que toute personne s'imprègne de *façons de dire, façons de faire* qui la façonnent et structurent son comportement. L'intégration des habitudes de vie constitue pour chaque être un noyau de croyances, c'est-à-dire d'habitudes, dans lequel il se reconnaît. (p. 283).

Si notre interprétation s'avérait exacte, nous serions alors très proches de cette croyance holiste, soit la qualité de la relation à l'autre, croyance centrale pour plusieurs auteurs holistes. Partant de cette prémisse, il est intéressant de se poser des questions sur les conséquences de l'adhésion à cette croyance sur le modèle d'organisation des soins. Les

enseignantes, en raison de l'adhésion marquée à cette croyance privilégieraient-elles d'emblée un modèle de soins intégraux?

2) le dessin a été retenu non pas comme moyen de détente mais comme surface projective pour la personne aidée. Qu'une approche non traditionnelle telle le dessin soit bien reçue est fort intéressant en soi mais que cette approche soit retenue comme un moyen de connaître davantage la personne aidée dans un but professionnel l'est encore beaucoup plus.

Par ailleurs, nous ne voudrions pas passer sous silence le délicieux commentaire d'une élève qui a écrit: «Je crois que l'enseignante dirait: «D'après moi, le fait que M.Soleil soit confiné à son lit le perturbe beaucoup plus qu'il ne le dit. Peut-être devrais-tu aller clarifier avec lui le sens de son dessin.» Nous pourrions dire que cette élève a très bien saisi le sens de la problématique, elle a mis en relation les éléments de celle-ci et elle en a saisi le sens et la portée.

Synthèse: pour ce qui est de cette caractéristique de l'approche holiste: **l'unité du corps, du coeur et de l'esprit**, nous croyons pouvoir dire que cette croyance se traduit de la façon suivante chez les enseignantes:

- il y a reconnaissance de la globalité de la personne mais il est difficile de dire si cette vision est en relation avec une conception holiste de la santé;
- l'ouverture aux perceptions de la personne aidée est très fortement priorisée;
- la relation infirmière-personne aidée semble fondamentale;

- l'ouverture à une approche non traditionnelle (le dessin) comme moyen de connaître davantage les ressentis de la personne aidée a été retenu dans une assez forte proportion.

5.1.2 La santé perçue comme un état positif et non seulement comme absence de maladie; la maladie en tant que message pour l'individu

Les réponses aux questions 2, 6, 8 et 17 sont en relation avec cette croyance.

5.1.2.1 La relation entre les conflits non résolus et la maladie; la maladie porteuse d'un message pour l'individu

Les réponses aux questions 2, 6, 8 sont en relation avec cette croyance. Etant donné que les questions 2, et 8 ont été analysées précédemment, nous demanderons au lecteur de bien vouloir se reporter aux paragraphe 5.1.1.1.

À la question 6, (cf. tableau X, p. 97), les réponses sont assez départagées tant chez les enseignantes que chez les élèves entre les trois choix proposés. Il est difficile d'expliquer que l'énoncé *a* ait été retenu de façon relativement importante (enseignantes: perceptions individuelles: 35%; perceptions à l'égard du groupe: 55%; élèves: 26%), quoique plus importante en ce qui a trait aux perceptions des enseignantes à l'égard du groupe, puisque cet énoncé constitue un constat de la situation et n'amène pas d'intervention de la part de l'infirmière. Par ailleurs, il est permis de se demander si la formulation d'un des énoncés a pu suggérer ce choix. En effet, le libellé de l'énoncé *c* dit: «a peu de ressources sur lesquelles il peut compter, nous devons valider cela». S'il en était ainsi, la démarche de validation proposée dans cet énoncé *c* pourrait être interprétée comme étant une réponse holiste en ce sens qu'elle s'appuie sur des attitudes d'ouverture à l'autre, d'ouverture à ses perceptions en relation avec la situation vécue.

5.1.2.2 La valorisation d'une démarche de clarification de valeurs auprès de la personne aidée et de sa famille

La question 17 est en relation avec cette croyance.

À la question 17 , (cf. tableau XII, p. 100), la démarche de clarification de valeurs a été fortement retenue par les enseignantes (perceptions individuelles: 95%; perceptions à l'égard du groupe: 95%). Quant aux élèves, elles perçoivent que les enseignantes la favoriseraient dans une moins forte proportion toutefois (65,2%). Cette position très claire démontre qu'une attitude d'ouverture envers les valeurs de la personne aidée est valorisée. Cela est d'autant plus significatif que l'énoncé précisait que l'on tiendrait compte des valeurs de la personne aidée pour orienter la planification des soins. Cette attitude de respect des valeurs de la personne aidée nous apparaît fort intéressante en relation avec la planification des soins; d'ailleurs, ne revêt-elle pas toute son importance et sa signification lorsque nous sommes confrontées à une problématique éthique?

Autre fait à souligner, dans ce cas-ci encore, les enseignantes ont privilégié une communication directe avec la personne aidée plutôt qu'une discussion avec l'équipe de soins, ceci dans une plus forte proportion que les élèves. Ces dernières ont favorisé dans une certaine proportion (34,8%) de transmettre les données à l'infirmière chef d'équipe. Ont-elles choisi cette alternative à partir de leurs expériences cliniques? ou ont-elles pensé que les enseignantes considéreraient que cette situation était trop complexe pour qu'elles puissent intervenir elles-mêmes? Peu d'éléments peuvent nous éclairer là-dessus à ce moment-ci.

Par ailleurs, aucune répondante ne retient l'énoncé qui suggère de référer au médecin.

Synthèse: pour ce qui est de cette caractéristique de l'approche holiste: **la santé est perçue comme un état positif et non seulement comme une absence de maladie et la maladie est un message pour l'individu**, nous croyons pouvoir dire que cette croyance se traduit de la façon suivante chez les enseignantes:

- à partir d'un énoncé théorique, les enseignantes n'ont pas retenu de façon significative la croyance voulant que la maladie soit un message pour l'individu mais dans la mise en situation présentée, elles ont fortement valorisé cette croyance ceci dans un contexte de relation d'aide envers la personne aidée;
- la démarche de clarification de valeurs (de la personne aidée ou de la famille) dans un but de planification des soins a été très fortement priorisée par les enseignantes mais les élèves n'ont pas perçu que nous y croyions aussi fortement.

5.1.3 La responsabilisation de la personne aidée vis-à-vis sa propre santé

Les réponses aux questions 12, 13 et 14 seront analysées puisqu'elles sont en relation avec cette croyance.

5.1.3.1 La valorisation des comportements positifs, de la prise en charge à l'égard des comportements influençant la santé

Les questions 13 et 14 sont en relation avec cette attitude.

À la question 13, (cf. tableau XIII, p. 101), la tendance est très nette. La prise en charge et l'agir, qui sont les manifestations de la responsabilisation de la personne aidée à l'égard de ses comportements de santé ont été fortement valorisés par les enseignantes autant par rapport à leurs perceptions individuelles (75%) que par rapport à leurs perceptions à

l'égard du groupe (84,2%). Les élèves ont aussi perçu, quoique à un moindre degré, que leurs enseignantes valorisaient cela (69,6%). Cette orientation n'est pas une surprise, elle correspond parfaitement au discours que nous entendons régulièrement de la part des enseignantes. Toutefois, la formulation des énoncés présentés suggérait de s'attarder à l'aspect soutien professionnel et l'absence de commentaires des répondantes à cette question nous semble surprenant. Nous en discuterons dans le volet «agir professionnel».

La question 14, (cf. tableau XIV, p. 102), nous montre que les réponses sont assez également partagées tant chez les enseignantes que chez les élèves. Elles se partagent entre la valorisation des comportements positifs chez la personne aidée et une démarche de validation des motifs à agir chez la personne aidée. Ici, les perceptions des élèves sont tout à fait conformes à celles des enseignantes; selon nous, ce phénomène de résonance est intéressant d'autant plus qu'il réfère à deux approches très différentes. Cela nous amène à poser la question suivante: Quelle approche privilégions-nous lors des interventions infirmières? Une approche behavioriste, une approche humaniste, ou une approche autre? Ce questionnement nous fait réaliser que nous avons très peu discuté de la question en département. À notre avis, il pourrait être fort intéressant de le faire; ceci nous permettrait fort probablement de prendre conscience de nos attitudes à ce niveau et de voir la portée des messages implicites que nous passons aux élèves.

Autre fait à signaler, encore ici, la référence au médecin n'a recueilli aucune adhésion.

5.1.3.2 La discussion des objectifs de soins et des interventions planifiées avec la personne aidée et la famille

Nous analyserons la question 12 qui est en relation avec cette croyance.

À la question 12, (cf. tableau XV, p. 103), les enseignantes ont dit dans une proportion de 80% (perceptions individuelles) qu'elles discuteraient des objectifs de soins avec la personne aidée; par contre, elles perçoivent dans une proportion beaucoup plus faible (40%) que leurs collègues agiraient ainsi. Elles croient que leurs collègues favoriseraient plutôt de discuter de la situation avec les membres de l'équipe multidisciplinaire. Pour leur part, les élèves disent que leurs enseignantes favoriseraient une discussion avec la personne aidée ceci dans une très forte proportion (82,6%).

D'une part, il est intéressant de voir que les enseignantes favorisent la discussion des objectifs de soins avec la personne aidée. C'était d'ailleurs une des recommandations du comité d'inspection professionnelle de l'OIIQ suite à leur visite au Collège en 1992. Il est intéressant aussi de noter que ce comportement puisse être le reflet d'une vision de *partenariat thérapeutique* tel que le définissent plusieurs auteurs holistes. La réponse des élèves est-elle un reflet de nos comportements comme enseignante en milieu clinique? Il est possible qu'il en soit ainsi.

Les résultats présentent aussi une autre facette : les enseignantes (perceptions à l'égard du groupe) croient que leurs collègues seraient portées dans une proportion de 55% à discuter de la situation avec l'équipe multidisciplinaire. Pourquoi? A-t-on jugé que la situation ne requérait pas une discussion en équipe élargie? Les élèves nous reflètent qu'elles ont perçu que, dans cette situation, que leurs enseignantes agiraient sans

consulter l'équipe. Ceci nous interroge puisque le département a retenu une conception de la santé basée sur un modèle biopsychosocial qui préconise que les problèmes soient résolus en équipe multidisciplinaire. Cela questionne la vision que nous avons du rôle de l'infirmière par rapport à l'équipe de soins, par rapport à l'équipe multidisciplinaire.

Cela questionne aussi le message que nous transmettons à nos élèves. Si la réalité était conforme à l'orientation privilégiée dans les réponses des enseignantes et des élèves, il y aurait un manque de cohérence entre le discours théorique et l'agir professionnel en milieu clinique. Il reste toutefois qu'il faudrait explorer et étudier bien davantage cette réalité avant de pouvoir conclure qu'il en est bien ainsi.

Par ailleurs, les enseignantes ont dit qu'elles discuteraient du problème avec l'équipe multidisciplinaire dans une proportion de 15% mais qu'elles croyaient que leurs collègues le feraient dans une proportion de 55%. Nous nous posons les questions suivantes: Croit-on que la concertation appartient aux autres? Croit-on que les autres attachent plus d'importance à la consultation que soi? Cela laisse-t-il supposer que les comportements des autres sont assez près de nos comportements personnels?

Il serait intéressant de regarder de plus près cette dimension en département, elle pourrait conduire croyons-nous, à des révélations intéressantes relativement à la perception de son rôle professionnel en milieu clinique et aussi à la perception de son rôle de pédagogue.

Synthèse: en relation avec cette croyance de l'approche holiste: **la responsabilisation de l'individu vis-à-vis sa propre santé**, nous croyons pouvoir souligner les éléments suivants:

- La responsabilisation de la personne aidée à l'égard de ses comportements de santé est fortement valorisée;
- Il n'est pas évident que les interventions de soins infirmiers soient basées sur une approche identique; il semble que ce soit assez départagé entre une approche humaniste et une approche behavioriste;
- La discussion des objectifs de soins avec la personne aidée a été favorisée, davantage au niveau des perceptions individuelles que des perceptions à l'égard du groupe;
- Il n'est pas évident que l'importance accordée à une intervention qui découle d'une orientation privilégiée par une équipe d'intervenants soit aussi valorisée en milieu clinique qu'elle l'est dans notre discours théorique.

5.1.4. L'éducation sanitaire, la prise en charge de la personne aidée à l'égard de ses soins et le processus d'auto-guérison

Les questions 10, 13 et 14 et 21 tentaient d'explorer les perceptions des enseignantes relativement à ces croyances.

5.1.4.1 Le soutien, l'information, les ressources d'ordre physique et psychologique envers la personne aidée et sa famille

La question 21 est en relation avec cette croyance.

La question 2 (cf. tableau XVI, p. 105), indique que la majorité des enseignantes, tant au niveau des perceptions individuelles que des perceptions à l'égard du groupe, aurait favorisé une réponse centrée sur des attitudes de relation d'aide envers la personne aidée.

Les perceptions des élèves vont dans le même sens. Le seul énoncé qui préconisait

d'offrir du soutien à la personne aidée et à son conjoint a été très peu retenu : enseignantes (perceptions individuelles: 15%; perceptions à l'égard du groupe: 10%) ; élèves: 26%. Pourquoi? Plusieurs voies d'interprétation ou hypothèses nous sont apparues plausibles: privilégie-t-on d'abord et avant tout le discours de l'autonomie (dans cette situation autant pour la personne aidée et sa famille que pour l'élève)? Intervient-on d'abord et avant tout selon une approche de relation d'aide centrée sur la personne aidée? Favorise-t-on l'implication de la famille tout en offrant le soutien requis?

Sur un autre plan, il nous faut considérer que les enseignantes se sont exclues d'une discussion de la situation avec l'élève finissante. Les élèves nous reflètent dans une très forte proportion que les enseignantes auraient agi ainsi. Ici, on peut se questionner sur le rôle pédagogique. Croyons-nous les élèves finissantes suffisamment outillées en relation d'aide pour s'engager avec succès sur cette voie? A-t-on retenu cet énoncé puisqu'il présentait une réponse plus immédiate à la personne aidée? Il est difficile de le dire pour le moment mais il serait intéressant de valider ceci auprès des répondantes.

5.1.4.2 L'enseignement à la personne aidée dans un but de prise en charge de sa santé

Les questions 10, 13 et 14 étaient en relation avec cette croyance. Les questions 13 et 14 ayant déjà fait l'objet d'analyse nous demanderons au lecteur de bien vouloir se reporter au paragraphe 5.1.3.1.

À la question 10, (cf. tableau XVII, p. 106), les enseignantes ont faiblement retenu l'énoncé qui visait comme finalité d'offrir à la personne aidée des ressources pour le futur (perceptions individuelles: 35%, perceptions à l'égard du groupe: 20%). Les élèves ont

répondu dans le même sens ; elles ont perçu que les enseignantes auraient privilégié cette alternative dans une proportion de 26%. Le choix de réponse retenu par la très grande majorité des répondantes, tant pour les enseignantes que pour les élèves, propose une intervention immédiate de la part de l'infirmière dans le but de solutionner le problème immédiat de la personne aidée. Cette intervention n'a pas été mise en relation avec une finalité d'enseignement. Ceci nous apparaît un peu déroutant à première vue étant donné l'importance de l'enseignement d'ordre sanitaire lorsque l'on vise la prise en charge par la personne aidée de ses comportements de santé. L'intervention proposée était la même mais la finalité et l'intention différaient.

Bien des questions surgissent à la lecture de ce résultat. Le sens de l'énoncé a-t-il été bien saisi? A-t-on bien compris la nuance de finalité entre les deux énoncés? Est-il possible que l'intervention de l'infirmière dans cette situation n'ait pas été identifiée comme une occasion d'enseignement pour la personne aidée? Quelle est notre conception de l'enseignement à la personne aidée? Est-ce qu'enseigner, c'est transmettre des connaissances seulement? Est-ce qu'enseigner, c'est transmettre des connaissances mais aussi démontrer à la personne aidée, par l'utilisation de moyens planifiés, les bienfaits qu'elle pourrait en retirer? Voyons-nous l'enseignement comme une intervention planifiée seulement ou l'intégrons-nous à nos gestes quotidiens? Ceci nous amène à nous interroger sur la vision du rôle de l'infirmière.

Il est difficile de dire comment les répondantes ont perçu la situation. Il est déroutant aussi de voir que les réponses lors du pré-test indiquaient une tendance tout à fait opposée; en effet, quatre des cinq répondantes avaient retenu l'intervention de l'infirmière comme ayant une finalité d'enseignement. Il nous faut toutefois admettre que la situation

présentée était peut-être *difficile* puisqu'elle n'était pas centrée sur un besoin d'enseignement (ou d'apprendre) relié à un manque de connaissances d'ordre physiologique et que l'intervention planifiée par l'infirmière n'était ni traditionnelle, ni fréquente en milieu clinique. Toutefois, la problématique identifiée par l'infirmière était simple et nous croyons que ce genre de situation se présente quotidiennement à celle-ci.

Après avoir examiné et étudié soigneusement ces résultats, nous avons émis l'hypothèse suivante: les répondantes n'ont pas identifié cette situation comme étant une occasion d'apprentissage pour la personne aidée et elles n'ont pas vu la portée fort intéressante de cette intervention comme occasion d'apprentissage. Toutefois, cette hypothèse aurait intérêt à être validée auprès des répondantes afin de déterminer si elle s'avère juste ou non.

Synthèse: en relation avec cette caractéristique de l'approche holiste: **l'éducation sanitaire, la prise en charge de la personne aidée à l'égard de ses soins et le processus d'auto-guérison**, nous croyons pouvoir relever les éléments suivants:

- dans une situation, les répondantes ont faiblement retenu le soutien -les ressources- à la personne aidée en tant qu'occasion d'apprentissage;
- le discours privilégié par toutes les répondantes semble être celui de l'autonomie;
- dans une situation donnée, l'intervention de l'infirmière n'a pas été mise en relation avec la possibilité d'enseigner à la personne aidée des moyens utiles pour le futur; on a retenu l'intervention visant un résultat immédiat.

5.1.5. La relation infirmière-personne aidée vue comme devant être relativement ouverte, égalitaire et réciproque

Les questions 3, 5, 20, 25 et 28 sont en relation avec ces attitudes.

5.1.5.1 La valorisation par l'infirmière de l'empathie, de la compréhension, de la sollicitude envers la personne aidée et la famille

Les questions 3, 20, 25 et 28 sont en relation avec ces attitudes préconisées par les tenants de l'approche holiste.

La question 3, (cf. tableau XX, p. 110), nous indique que les enseignantes valorisent des attitudes empathiques envers la personne aidée dans une bonne proportion (perceptions individuelles: 61,1%; perceptions à l'égard du groupe: 50%). Il en est de même pour les élèves qui perçoivent que nous valorisons cela assez fortement (78,3%). Ceci confirme ce que nous avons dit précédemment relativement aux attitudes de relation d'aide.

La question 20, (cf. tableau XXI, p. 111), est plus difficile à interpréter puisque les réponses sont assez départagées ce qui fait qu'il est difficile d'en apprécier la tendance. Il est fort probable que les énoncés qui étaient proposés ne correspondaient pas tout à fait à la vision des enseignantes. Le taux de commentaires ou suggestions de formulations différentes est assez important (20%). De plus, deux enseignantes se sont abstenues de répondre à cette question ce qui traduit aussi, croyons-nous, qu'elles n'ont pas eu de *coup de coeur* pour les énoncés proposés comme choix de réponse. Toutefois, la moitié des enseignantes a retenu l'énoncé qui correspond aux attitudes aidantes et les commentaires émis vont aussi dans ce sens. Pour leur part, les élèves finissantes se sont

assez également départagées entre l'énoncé qui se voulait aidant (énoncé *b*) et l'énoncé *c* qui disait: «Je vous comprends, moi aussi je lutterais de toutes mes forces». Faut-il y voir une identification possible puisque la situation présentait la biographie d'une très jeune femme? Le fait qu'il s'agissait d'une maladie vue comme *fatale* a-t-il influencé? Si oui, la maladie a-t-elle été vue comme un ennemi à vaincre et la mort un échec, non seulement pour la personne concernée mais aussi pour l'infirmière? Même si nous n'avons pas de certitude, il est permis d'y réfléchir. S'il en est ainsi, les élèves perçoivent que nous sommes plus près sur ce point d'un modèle médical que d'un modèle holiste. En effet, le modèle holiste voit la maladie comme une occasion de croissance, d'élévation de la conscience et la mort comme une expérience de vie.

La question 25, (cf. tableau XXII, p. 113), indique que le toucher communicateur a été retenu dans une bonne proportion chez les enseignantes (perceptions individuelles: 61,1%; perceptions à l'égard du groupe: 44,4%). Les élèves ont perçu que les enseignantes étaient plus ouvertes à cette dimension qu'elles ne le disaient (82,6%). Nous avons interprété cela comme un signe que les élèves perçoivent l'infirmière comme une professionnelle chaleureuse et humaine dans ses contacts avec la personne aidée. Elles disent que leurs enseignantes diraient que c'est de l'empathie (82,6%). Nous trouvons cela beau à entendre.

Par ailleurs, nous nous demandons pourquoi chez les enseignantes, cela a été retenu dans une proportion beaucoup plus forte au niveau des perceptions individuelles (écart de 16,7% entre le pourcentage relatif aux perceptions individuelles et celui relatif aux perceptions à l'égard du groupe). Croyons-nous que nos collègues utilisent moins le toucher communicateur? Qu'elles le valorisent moins? Les enseignantes ont retenu à

35% (perceptions à l'égard du groupe) l'énoncé *b* qui disait que «pleurer est très thérapeutique,...» . Cette réponse se base sur un élément qui est l'expression des émotions de la personne aidée. L'énoncé *a* s'appuie pour sa part sur quatre éléments: le toucher, les attitudes, la centration sur l'expérience et l'ouverture à l'expression des émotions. Cet dernier énoncé, plus large, tient compte de deux aspects fondamentaux de l'approche holiste: la relation et le toucher et il tient compte aussi d'une attitude fort valorisée, la centration.

Serait-il juste de dire que l'on se sent plus proche de cela que ses collègues? Ce sera à chacune de décider s'il vaut la peine de partager et d'échanger là-dessus. Toutefois, nous croyons que nous aurions tout à gagner à le faire.

La question 28, (cf. tableau XXIII, p. 114), nous indique de façon presque univoque que le toucher et les attitudes empathiques ont été valorisées de façon très importante. En effet, les enseignantes retiennent ce choix à 100% et les élèves à 86,9% ceci comme soutien à la famille en deuil. Ici, la famille a été accueillie avec chaleur et ouverture à l'expression de ses émotions. D'après nos perceptions et les témoignages que nous entendons, nous croyons pouvoir dire que ceci est le reflet de la réalité et à notre avis, il est fort heureux qu'il en soit ainsi.

5.1.5.2 La valorisation de la part de l'infirmière de l'expression des émotions et des ressentis de la personne aidée et de la famille

Les questions 5, 25 et 28 sont en relation avec cette attitude.

Nous présenterons ici l'analyse de la question 5 et pour les questions 25 et 28 qui ont été analysées précédemment, nous demanderons au lecteur de bien vouloir se reporter au paragraphe 5.1.5.1.

La question 5 (cf. tableau XXIV, p. 115), indique que les enseignantes reconnaissent dans une très forte proportion (perceptions individuelles: 94,4%; perceptions à l'égard du groupe: 66,6%) l'importance d'être à l'écoute des ressentis de la personne aidée. À nouveau, les enseignantes se perçoivent comme adhérant plus fortement individuellement à cette croyance que le groupe ne le ferait. Il en est d'ailleurs ainsi pour plusieurs attitudes de relation d'aide. Serait-ce que certaines enseignantes se sentent plus instrumentées ou plus expérimentées que d'autres? Que la relation d'aide est vue comme une chasse gardée? Que l'on ne se parle pas suffisamment du concept même de relation d'aide?

Synthèse: relativement à cette croyance de l'approche holiste: **une relation infirmière-personne aidée relativement ouverte, égalitaire et réciproque**, nous croyons pouvoir dire qu'elle se traduit de cette manière chez les enseignantes:

- les attitudes de relation d'aide sont fortement valorisées; toutefois, chaque enseignante croit qu'elle les valorise davantage que ses collègues;
- les élèves ont très bien perçu que nous valorisions ces attitudes;
- le toucher communicateur a été reconnu comme attitude aidante;
- l'importance d'être à l'écoute des ressentis de la personne aidée est très valorisée;

- la présence chaleureuse et le soutien à la famille en deuil recueillent une adhésion remarquable;
- il semble que la réciprocité soit valorisée puisque l'ouverture envers les ressentis et la sollicitude sont présentes de façon assez manifeste. Les auteurs holistes voient la réciprocité comme la conséquence de cette ouverture envers soi et envers l'autre.

5.1.6 La santé vue comme étant le reflet du milieu familial, social et culturel: l'influence du milieu sur la santé et l'influence de l'état de santé sur le milieu

Les questions 2, 3, 8, 9 et 21 sont en relation avec ces croyances.

5.1.6.1 L'influence du milieu sur la santé.

Les questions 2, 8 13 sont en relation avec cette croyance. Etant donné qu'elles ont déjà fait l'objet d'analyse nous demandons au lecteur de bien vouloir se reporter au paragraphe 5.1.1.1 pour la question 2, au paragraphe 5.1.2.1 pour la question 8 et au paragraphe 5.1.3.1 pour la question 13. Nous regarderons les résultats à ces questions en relation avec la croyance ci-haut, c'est-à-dire, l'influence du milieu sur la santé.

La question 2, (cf. tableau XXVII, p. 120), démontre que les enseignantes croient que plusieurs facteurs extrinsèques peuvent influencer sur l'état de santé. Les élèves ont perçu que leurs enseignantes valorisaient cette croyance. Ceci n'est en rien surprenant puisque nous avons adopté en département une conception de la santé basée sur une approche biopsychosociale qui a donné naissance au modèle écologique de la santé. Les enseignantes sont donc familières avec les concepts suivants: indicateurs de santé, habitudes de vie, facteurs de risque pour la santé, etc... Les cours de soins infirmiers

tiennent compte de cette approche et sont teintés par cette orientation. Nous serions portée à dire que, sur ce point, les enseignantes ont un discours assez semblable et, à notre avis, c'est pourquoi les perceptions des élèves à l'égard des enseignantes sont aussi près des nôtres.

La question 3, (cf. tableau XX, p. 110), permet de dire que les enseignantes ont considéré que les émotions comptaient parmi les facteurs d'influence intrinsèques. Elles ont reconnu que les émotions avaient une influence non négligeable sur l'état de santé. Les élèves ont aussi perçu cela de leurs enseignantes. Cette tendance confirme nos perceptions. Il est vrai qu'il est admis depuis un certain temps déjà que les émotions influencent l'état de santé. Il n'est donc pas étonnant que cette croyance ait rallié une forte proportion de répondantes.

La question 8, (cf. tableau XXVIII, p. 121), pour sa part, nous indique que l'influence du mode de vie sur l'état de santé a été reconnu et que les enseignantes l'ont fortement valorisé au point de choisir de refléter ceci à la personne aidée. Les élèves perçoivent aussi que les enseignantes valoriseraient cela et ceci dans une très forte proportion (86,9%). Encore là, aucune surprise. Cette façon d'intervenir découle de la conception de la santé privilégiée par les enseignantes. La personne aidée devra prendre conscience des comportements néfastes pour sa santé et les modifier; l'infirmière aura pour rôle de l'accompagner et de lui offrir le soutien professionnel pour y parvenir.

Il est à souligner que *l'aspect soutien professionnel* n'a pas été très exploité, ni mis en valeur par cette question; nous avons vu précédemment que nous nous questionnions sur cette dimension. Le soutien à offrir à la personne aidée est-il suffisamment présent? Nos

interventions de soins infirmiers s'en imprègnent-elles? Ceci sera davantage exploré dans le deuxième volet, l'agir professionnel.

5.1.6.2 L'influence de l'état de santé sur le milieu

Les questions 9 et 21 sont en relation avec cette croyance. Nous en présentons ici l'analyse.

La question 9 (cf. tableau XXX, p. 124), nous indique que les enseignantes de même que les élèves ont favorisé aux alentours de 60%, dans tous les cas, une réponse aidante pour la famille. Les autres, soit environ 40% des répondantes (enseignantes et élèves), ont préféré une réponse davantage centrée sur la responsabilisation de la personne aidée tout en ne niant pas le soutien et la confiance nécessaires à la personne aidée pour se prendre en charge.

Ceci est intéressant. Toutefois, pour cette dernière réponse qui rallie environ 40% de répondantes, l'ouverture aux ressentis de la famille est absente et l'infirmière n'intervient pas de façon aidante auprès de celle-ci. Ces 40% de répondantes prennent ici une orientation différente de celle qui avait été favorisée de façon presque unanime à la question 28. Pourquoi? Cela était-il plus évident à la question 28 en raison de la situation de deuil? Il est assez étonnant de voir qu'ici (question 9) les ressentis de la famille sont écartés d'emblée pour 40% des répondantes. A-t-on voulu privilégier davantage la responsabilisation de la personne aidée? Il est permis de croire que cette attitude soit très présente et nous l'avons démontré précédemment (questions 8, 13, 21). Nous nous interrogeons toutefois sur le fait que l'on ne sente pas au travers des réponses que la responsabilisation de la personne aidée aille de pair avec le soutien professionnel requis

pour y arriver. Ceci amène la question suivante: Quelle importance accordons-nous au rôle se suppléance?

Par ailleurs, nous pourrions nous demander si nous accordons réellement une place aux membres de la famille. Les accueillons-nous vraiment? Sommes-nous à leur écoute? Sommes-nous aidantes envers eux? Leur offrons-nous le soutien professionnel souhaité? Les éléments identifiés soulèvent des questions mais ne nous permettent en rien de tirer des conclusions.

À la question 21, (cf. tableau XXXI, p. 125), le seul énoncé qui offrait clairement du soutien à la personne aidée et à son conjoint a été faiblement retenu. Les enseignantes ont retenu cette alternative dans les proportions suivantes: perceptions individuelles:15%; perceptions à l'égard du groupe: 10%. Les élèves pour leur part ont perçu que nous favoriserions une telle démarche dans une proportion de 26,1%.

Les réponses des enseignantes à la question 21 démontrent clairement qu'elles n'auraient pas retenu dans cette situation d'offrir des ressources à la personne aidée et à la famille. Elles ont majoritairement retenu l'énoncé qui était plus proche d'une évaluation de la situation. D'autre part, il est un peu surprenant qu'elles se soient exclues de la situation puisque l'énoncé *c* offrait la possibilité que l'élève discute de la situation avec l'enseignante. Il est difficile de dire comment cette situation a été perçue d'autant plus que les commentaires excluent aussi l'énoncé *c*. Nous pourrions émettre l'hypothèse suivante: les enseignantes ont privilégié dans un premier temps d'évaluer la situation et elles auraient ensuite planifié les interventions appropriées. Encore faudrait-il vérifier la validité de cette hypothèse auprès des répondantes.

Les réponses des élèves sont assez claires et nous les interprétons spontanément à partir du contexte qui était le leur au moment où elles ont répondu au questionnaire; elles étaient en session d'intégration, à deux mois de la graduation.. Toutes les enseignantes qui dispensent les cours en intégration vous diront qu'à cette période les élèves vivent beaucoup d'insécurité face à leur entrée prochaine sur le marché du travail; elles vous diront aussi que l'on sent très bien leur désir d'autonomie professionnelle et de performance. Le discours de l'autonomie qu'elles ont privilégié dans leurs réponses a-t-il une résonance de par leur désir d'être autonomes sur le plan professionnel? Nous le pensons si nous nous référons à nos perceptions d'enseignante de sixième session.

Synthèse: en relation avec cette croyance holiste: **la santé reflète l'environnement familial, social et culturel: l'influence du milieu sur la santé et l'influence de l'état de santé sur le milieu**, nous croyons pouvoir dire que:

- les enseignantes reconnaissent que plusieurs facteurs influent sur la santé;
- les enseignantes reconnaissant que les émotions influent sur la santé;
- les enseignantes reconnaissent que le mode de vie influe sur la santé ;
- les enseignantes n'ont pas retenu l'énoncé qui offrait du soutien ou des ressources à la personne aidée et à sa famille; par contre, l'ouverture envers les ressentis de la famille a été valorisé.

5.1.7 La tendance à recourir autant que possible à des techniques naturelles, non traumatisantes et non occidentales

5.1.7.1 Les outils complémentaires de soins vus comme des interventions autonomes de soins infirmiers

Les questions 11, 19, 22, 23 et 24 sont en relation avec cette croyance.

La finalité - questions 19, 22

La question 19 (cf. tableau XXXII, p. 128), nous montre qu'il n'y a pas de tendance très nette sur ce point. Les réponses des enseignantes de même que celles des élèves sont très départagées. Toutefois, la plus grande proportion des enseignantes a dit que le massage avait pour but d'induire une détente physique et mentale chez la personne aidée. Les perceptions des élèves à l'égard de leurs enseignantes vont dans le même sens. Il était difficile ici de déceler que la finalité première pour l'infirmière dans cette situation était d'influencer les niveaux de conscience chez la personne aidée par l'utilisation du massage (approche corporelle) à moins d'avoir des connaissances sur le sujet. Sarter (1987) explique bien ceci (en parlant des approches alternatives) :

Ces approches autres de soins infirmiers peuvent être décrites et classifiées en relation avec le niveau de conscience qu'elles influencent, et on peut émettre l'hypothèse que celles qui influencent des niveaux très élevés de conscience auront un effet sur tous les autres niveaux moins élevés de conscience chez le client. Par exemple, le massage est reconnu pour agir d'abord et avant tout au niveau physique et énergétique de la conscience. (p. 7).

Dans cette situation, l'infirmière avait observé que le client était triste, anxieux et qu'il refusait de s'adonner à un des loisirs qu'il appréciait beaucoup habituellement. On pourrait y voir des propos de tristesse, d'anxiété et se proposer d'intervenir selon une approche aidante (relation d'aide). On pourrait y voir aussi une perturbation de la conscience énergétique et proposer une approche corporelle dans le but de rééquilibrer les

énergies. C'est ce que l'infirmière a fait dans cette situation et elle l'a fait dans cette intention (finalité). Nous sommes convaincues que les enseignantes reconnaîtraient que le massage est à la fois très relaxant mais aussi très énergisant. La plus grande proportion des enseignantes a dit que l'infirmière utiliserait le massage dans le but d'induire une détente physique et mentale. Pour une infirmière qui adhère fortement aux croyances holistes, ces bienfaits seraient vus comme étant la conséquence de son intervention mais non comme le but de celle-ci.

Les enseignantes admettent qu'elles manquent de connaissances autant sur l'approche holiste que sur les outils complémentaires de soins. Elles le disent clairement dans leurs commentaires à la fin du questionnaire. Il est intéressant de noter qu'elles ont aussi mentionné qu'elles devraient se former avant d'enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste bien que certaines d'entre elles disent qu'elles utilisent régulièrement cette approche ou encore : «C'est à mon avis la seule façon d'enseigner, je ne perçois même pas que l'on puisse enseigner autrement.»

La question 22, (cf. tableau XXXIII, p. 129), visait à vérifier la perception des enseignantes quant à la finalité et à la portée des outils complémentaires de soins. Nous avons tenu compte dans la formulation des énoncés des opinions fréquemment entendues sur le sujet. La très grande majorité des enseignantes pense individuellement que les outils complémentaires de soins peuvent être bénéfiques pour soulager la douleur (90%); elles perçoivent que le groupe valoriserait cela dans une moins grande proportion (65%). Les élèves pour leur part n'ont pour ainsi pas perçu notre adhésion à cette croyance (4,3%).

Nous pourrions presque dire que ces résultats démontrent ceci: J'y crois beaucoup, je crois que mes collègues y croient un peu et mes élèves disent que je n'y crois pas! Il est intéressant de réaliser que les enseignantes sur un plan individuel croient à ces approches; il faut toutefois mettre cela en relation avec l'énoncé qui disait qu'elles pourraient être bénéfiques pour soulager la douleur. Néanmoins, c'est une surprise; nous n'aurions pas crû qu'autant d'enseignantes partageaient cette croyance. Toutefois, il faut aussi mentionner que lorsque l'on parle de rééquilibrer les énergies vitales, le taux d'adhésion diminue à 5%.

Par ailleurs, les enseignantes ne pensent pas que leurs collègues y croient autant qu'elles. Cela s'explique assez bien croyons-nous, puisque nous discutons rarement de ces approches entre nous, nous n'en parlons à peu près jamais lors des rencontres formelles et assez peu fréquemment lors des rencontres informelles. Lorsque le sujet est abordé, il l'est sur le ton de la confiance à propos d'expériences personnelles pour soi-même ou pour des personnes connues. Il est très rare que les discussions portent sur la pertinence d'inclure une formation à ces approches à l'intérieur d'une formation initiale en soins infirmiers.

Les élèves n'ont pas perçu cette croyance chez les enseignantes. Ceci est assez normal croyons-nous puisqu'elles ne reçoivent pas de formation en ce sens. De plus, leur vécu en milieu clinique leur reflète que ces approches sont très peu préconisées et utilisées auprès de la clientèle. À notre avis, elles doivent se dire: «On ne fait jamais cela en clinique, alors, elles (les enseignantes) ne doivent certainement pas y croire!» Ceci nous amène à poser la question du niveau d'adhésion. Y croit-on seulement en terme de concept ou encore y croit-on suffisamment pour que cela se traduise dans nos

comportements? Cette question nous rappelle les propos de Ferguson (1981) qui explique qu'un processus transformatif doit se vivre. Elle y voit quatre étapes qui sont:

... le moyen d'accès, l'exploration, l'intégration et la conspiration. L'accès est ce qui ébranle les vieilles conceptions, l'exploration est une étape de recherche, de questionnement, l'intégration est décrite comme étant une période de réflexion, de conceptualisation de l'expérience et la conspiration est une étape qui fait découvrir d'autres sources de pouvoir et les moyens de s'en servir. (p.p. 66, 71).

Même si ce cheminement est très personnel, est-il possible que, comme groupe d'enseignantes, nous soyions en quête de quelque chose de neuf? Que nous en soyions à une étape d'exploration, de recherche, de questionnement, de réflexion? Sans avoir de certitude là-dessus, nos perceptions nous portent à croire qu'il se pourrait qu'il en soit ainsi.

Les connaissances : - questions 11, 23

La question 11 (cf. tableau XXXIV, p. 131), portait sur les principes de la musicothérapie, principes fort bien décrits d'ailleurs par Snyder (1985). Tous les énoncés présentés étaient vrais mais l'énoncé *c* était beaucoup plus près des croyances holistes. Les enseignantes ont retenu l'énoncé *c* dans une assez forte proportion (perceptions individuelles: 70%; perceptions à l'égard du groupe: 50%). Les élèves disent que nous aurions favorisé cet énoncé dans une proportion de 34,8%.

Comment expliquer qu'ici les enseignantes aient reconnu les principes de la musicothérapie? Nous croyons que cet outil complémentaire de soins est une avenue moins nouvelle pour les enseignantes puisque les infirmières l'utilisent depuis un certain temps déjà, à tout le moins en santé mentale. Depuis ce temps, elles se sont fort probablement documentées sur le sujet d'autant plus que cette forme de thérapie est

enseignée aux élèves. Nous pourrions aussi nous demander si le fait que la musicothérapie soit utilisée et aussi prescrite par d'autres professionnels influence ou non notre adhésion.

Les élèves pour leur part ont donné des réponses très départagées. Nous y voyons là un manque de connaissance et d'expérience sur le sujet.

La question 23, (cf. tableau XXXV, p. 132), portait sur quelques principes relié au toucher thérapeutique et elle questionnait les connaissances mais aussi la croyance. La plus grande proportion des enseignantes a retenu l'énoncé *c* (perceptions individuelles: 70%; perceptions à l'égard du groupe: 50%). Ceci est intéressant car il y a là une reconnaissance du principe de transfert d'énergie et une ouverture à l'utiliser. Toutefois, les enseignantes ne sont pas allées jusqu'à mettre en relation transfert d'énergie et processus d'auto-guérison du corps. Il est vrai que cette dernière assertion exige une croyance plus profonde. Cette position plus affirmative n'a été retenue que dans une proportion de 15%. Les perceptions des élèves rejoignent celles des enseignantes pour cette question.

Il apparaît donc qu'il y ait de l'ouverture envers le toucher thérapeutique mais que peu de répondantes considèrent qu'il pourrait exercer une influence sur le processus d'auto-guérison du corps. Pourquoi? Nous croyons que les enseignantes sont intéressées, curieuses envers ces nouvelles approches de soins mais qu'en même temps elles ont une certaine réserve. Réserveons-nous notre adhésion inconditionnelle à ces approches pour le moment où la science aura expliqué en quoi elles renforcent les processus naturels de l'organisme? Où, attendons-nous qu'elles soient admises par les autres professionnels pour nous les approprier?

Les habiletés: - question 24

La question 24, (cf. tableau XXXVI, p. 133), explore les conditions de la pratique du toucher thérapeutique ainsi que les précautions à prendre; c'est pourquoi nous avons classifié cette question sous le thème "habiletés". Et, il fallait effectivement connaître les principes à appliquer pour identifier l'énoncé qui les présentait, soit l'énoncé *b*. Les répondantes ont très faiblement retenu cet énoncé: les enseignantes: perceptions individuelles: 20%; perceptions à l'égard du groupe: 0%; les élèves: 17,39%. Nous attribuons ceci au manque de connaissances des répondantes. Elles confirment d'ailleurs ceci dans leurs commentaires à la fin du questionnaire. Nous croyons qu'il en est ainsi aussi pour les élèves.

Synthèse: en relation avec cette croyance holiste: **la tendance à recourir autant que possible à des techniques naturelles, non traumatisantes et non occidentales**, nous croyons pouvoir dire qu'elle se traduit de cette manière chez les enseignantes:

- la finalité de ces interventions n'a pas été mise en relation avec la composante spirituelle, soit l'élévation de la conscience chez la personne aidée;
- individuellement, on croit très fortement que les pratiques alternatives peuvent être bénéfiques pour soulager la douleur; le groupe y croit moins fortement et les élèves pensent que nous y croyons très peu;
- les principes et les bienfaits de la musicothérapie sont assez bien connus;
- les connaissances et habiletés reliées au toucher thérapeutique sont faibles.

5.1.8 La valorisation du toucher communicateur et du partage des émotions et des ressentis entre l'infirmière et la personne aidée ainsi qu'entre l'infirmière et la famille

5.1.8.1 Le toucher comme mode de communication entre l'infirmière et la personne aidée et entre l'infirmière et la famille

Les questions 25 et 28 sont en relation avec cette croyance. Etant donné que nous les avons analysées, nous demandons au lecteur de bien vouloir se reporter aux paragraphes 5.1.5.1 et 5.1.5.2

Nous avons vu précédemment lors de l'analyse de ces deux questions que le toucher communicateur avait été retenu dans une bonne proportion à la question 25 et dans une très forte proportion à la question 28. Il nous apparaît fort plausible que cette croyance soit valorisée comme mode d'intervention auprès de la personne aidée ou de sa famille par les enseignantes; les perceptions des élèves à l'égard des enseignantes semblent aussi le démontrer.

Les attitudes de relation d'aide de même que le toucher recueillent une adhésion beaucoup plus forte au niveau des perceptions individuelles que des perceptions à l'égard du groupe. Ceci nous semble pouvoir s'expliquer par le fait qu'il est rare que le toucher soit utilisé entre collègues enseignantes. Hormis quelques cours où nous avons utilisé certaines approches corporelles, par exemple les cours APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ ou ACTUALISATION DE SOI, nous n'avons pas le souvenir d'expérience où le toucher aurait été utilisé en groupe, encore moins en groupe élargi. Il semble qu'une certaine réserve anime ces rencontres de groupe et qu'une approche rationnelle face aux préoccupations pédagogiques ou autres soit bien davantage favorisée.

Synthèse: en relation avec cette croyance holiste: **la valorisation du toucher communicateur et du partage des ressentis entre infirmière et personne aidée**, nous croyons pouvoir dire qu'elle se traduit de la façon suivante chez les enseignantes:

- les enseignantes ont fortement valorisé le toucher communicateur et les élèves ont perçu cela de leurs enseignantes.

5.1.9 La relation thérapeutique efficace transforme aussi bien l'infirmière que la personne aidée

Les questions 4, 15, 26, 27 et 28 sont en relation avec cette croyance.

5.1.9.1 L'effet de résonance entre l'infirmière et la personne aidée

La question 4 est en relation avec cette dimension de la relation infirmière-personne aidée. Plusieurs auteurs holistes dont Capra (1983) croient que le lien de confiance qui s'établit entre le soignant et le soigné est privilégié, significatif et thérapeutique. Ils disent aussi que ce lien significatif ne s'établit pas avec tous les soignants mais avec une personne précise que le soigné choisit. Jean-Gilles Bédard accordait une très grande importance à ce lien significatif qu'il qualifiait de précieux lorsqu'il parlait de la relation entre cette personne significative (souvent une infirmière mais pas exclusivement) et la personne mourante.

À la question 4, (cf. tableau XXXIX, p. 138), une faible proportion d'enseignantes (perceptions individuelles: 20%; perceptions à l'égard du groupe: 5%) et d'élèves (26%)

ont retenu l'énoncé qui présentait cette croyance. Nous nous sommes demandée pourquoi.

Nous avons constaté que les répondantes ont davantage retenu le discours propre aux attitudes de relation d'aide et cette tendance est en accord avec les résultats obtenus en général à toutes les questions qui faisaient appel aux attitudes de relation d'aide. Cela confirme jusqu'à un certain point l'importance accordée à la relation aidante dans notre discours ce qui est une vision intéressante.

Nous avons trouvé étonnant que l'on ait retenu aussi faiblement l'énoncé qui présentait ce que les auteurs holistes appellent *l'effet de résonance soignant-soigné*. Nous pourrions interpréter cela ainsi: les enseignantes croient au phénomène de résonance infirmière-personne aidée mais dans cette situation, elles ont priorisé davantage l'énoncé représentant une réponse qui valorisait la relation d'aide.

Cependant, nous pourrions aussi émettre l'hypothèse suivante: le phénomène de résonance soignant-soigné n'est pas tellement valorisé par les infirmières en milieu clinique et les façons de faire ne s'inspirent pas de cette croyance. D'après notre expérience en milieu clinique, nous ne croyons pas que les infirmières reçoivent de façon très positive les demandes d'un malade à l'effet que ce soit telle infirmière qui lui prodigue ses soins ou qui exécute ses traitements. D'après nos perceptions, ce sont des désirs très clairement exprimés par les malades mais reçus avec assez peu d'ouverture de la part des infirmières soignantes. Il nous semble que les infirmières désirent contrôler la répartition et l'organisation des soins de l'unité et que ces demandes soient vues comme étant dérangeantes. Nous sommes d'avis qu'il faudrait valider ces perceptions auprès des

infirmières praticiennes et possiblement aussi auprès des usagers des services de santé. Les enseignantes ont-elles endossé les pratiques du milieu? Cela mériterait d'être exploré davantage.

5.1.9.2 L'infirmière vue comme partenaire thérapeutique qui s'engage

La question 15 présente les perceptions des répondantes quant à cette croyance.

La question 15, (cf. tableau XXXX, p. 140), démontre que les enseignantes ont retenu l'énoncé formulé à partir de cette croyance dans les proportions suivantes: perceptions individuelles: 65%; perceptions à l'égard du groupe: 50%. Nous aurions souhaité que cet énoncé recueille une plus forte adhésion de la part des enseignantes; il reste toutefois, que c'est l'énoncé qui a été choisi par la majorité des enseignantes. Encore ici, les enseignantes perçoivent qu'elles favorisent davantage cette croyance que le groupe ne le fait. Nous percevons-nous comme étant plus engagée que nos collègues? Avons-nous assez peu l'occasion de percevoir cet engagement de la part des collègues? Il faut ici se référer à notre avis au contexte de la question qui portait sur l'engagement de l'infirmière comme partenaire thérapeutique ce qui est sensiblement différent de l'engagement comme enseignante auprès des élèves. Nous croyons qu'il a peut-être été difficile pour les enseignantes de dire jusqu'à quel point leurs collègues pouvaient favoriser l'engagement de l'élève comme partenaire thérapeutique auprès de la personne aidée. Nous réalisons toutefois que les enseignantes discutent régulièrement entre elles de la prise en charge et de l'engagement des élèves envers leur formation. Et, assez souvent, elles déplorent le manque d'engagement des élèves. Serait-ce que les élèves nous imitent en ce sens? Serait-ce qu'elles ne nous perçoivent pas comme des modèles d'engagement pour elles? Serait-ce qu'elles ne reçoivent pas de notre part le soutien pour développer cette attitude?

Sur un autre plan, nous pourrions nous demander si les enseignantes préconisent et adoptent des comportements d'engagement face à leur santé. Nous n'avons pas questionné ceci lors du sondage mais une enseignante nous a écrit le commentaire suivant à la question 29 qui demandait ceci: Aimeriez-vous enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste? et nous la citons:

«Non, pas maintenant, il n'y a pas suffisamment de consensus. ... Je ne crois pas que cette approche rejoigne les valeurs fondamentales de notre groupe. Un exemple: 40% de nos profs fument. Une proposition visant à restreindre l'usage du tabac dans les réunions de profs du département a été battue. Ce simple exemple démontre clairement qu'il n'y a pas adhésion profonde aux valeurs de santé et d'équilibre qui sous-tendent l'approche holiste. On a encore du chemin à faire comme groupe avant d'envisager ce virage. Le danger serait d'enseigner le discours sans avoir intégré les convictions profondes de cette approche».

Ce commentaire arrive-t-il à démontrer que les enseignantes manquent d'engagement face à leurs comportements de santé? Que signifient l'engagement, le partenariat et comment se manifestent-ils? Avoir de «mauvaises» habitudes indique-t-il que nous ne pouvons être un partenaire thérapeutique qui s'engage? Certains auteurs holistes dont Flynn et Reeder croient que le thérapeute se doit d'être l'exemple vivant de son enseignement. Par contre d'autres auteurs dont Paul ont des propos plus nuancés et disent que l'infirmière ne peut attendre d'être totalement actualisée pour agir. Quoi qu'il en soit, il serait intéressant de connaître les perceptions du groupe d'enseignantes sur ce point.

Les élèves finissantes, pour leur part, ont perçu que nous aurions favorisé cet énoncé dans une proportion de 13%, ce qui est faible. Il est possible de se demander pourquoi elles n'ont pas cru que nous aurions valorisé l'engagement comme partenaire thérapeutique? Nous nous sommes demandée quel sens elles donnaient au terme *engagement*. Leur reflétons-nous assez souvent en milieu clinique leur engagement?

Avait-il une signification concrète pour elles ou n'y voyaient-elles qu'un sens abstrait? Leurs enseignantes leur reflètent-elles souvent leur engagement en milieu clinique? Le valorisent-elles? Si oui, utilisent-elles le terme engagement pour le faire? Font-elles de l'engagement une valeur importante et dans quelle mesure? Exercent-elles leur pouvoir d'influence auprès des élèves en ce sens? Les élèves pourraient certainement nous apporter des éléments de réponse intéressants.

À cette question, les élèves ont majoritairement retenu l'énoncé qui disait que la démarche de soins était notre instrument premier en soins infirmiers. Qu'elles aient perçu que les enseignantes répondraient cela démontre qu'elles ont entendu le message quant à l'importance que celles-ci accordent à la démarche de soins mais qu'elles l'aient priorisée au point de l'identifier comme étant notre *instrument premier en soins infirmiers* nous surprend un peu. Comme on le sait, plusieurs auteurs qualifient la relation infirmière-personne aidée d'instrument premier en soins infirmiers. Nous ne sommes pas certaines que les élèves aient mis ces deux éléments en perspective lorsqu'elles ont répondu à cette question.

5.1.9.3 L'accompagnement de la personne aidée dans la recherche du sens à donner aux diverses expériences de vie, à la souffrance et à la mort

La question 27, (cf. tableau XXXXI, p. 142), visait à connaître les perceptions des enseignantes sur cette dimension de la relation infirmière-personne aidée, relation très privilégiée s'il en est, et qui ouvre la porte sur l'expérience éthique telle que vue par Sartre (1987) en soins infirmiers et qui rejoint la pensée de certains philosophes contemporains dont Bourgeault (1989) , Fortin (1987,1989,1992) et Legault (1990, 1992). Les enseignantes et les élèves sont familières avec cette approche puisque nous l'avons adoptée en département (1993) pour l'enseignement de l'éthique.

À cette question, les réponses des enseignantes sont assez également départagées entre deux énoncés: les énoncés *b* et *c* avec toutefois un certain avantage pour l'énoncé *c* (perceptions individuelles: avantage de 30%; perceptions à l'égard du groupe: avantage de 15%). Il en est ainsi aussi pour les réponses des élèves finissantes mais l'avantage est plus faible (8,7%). Comment expliquer ceci? Les deux énoncés présentaient l'accompagnement de la personne aidée vers la recherche d'un sens à donner à la souffrance et à la mort. L'énoncé *b* ouvrait la porte sur l'expérience éthique telle que la présente Fortin (dans Legault, 1992) comme triple épreuve de la question du sens, de la distance et de la réponse ou encore telle que la voit Sartre (1987) comme recherche de sens de l'expérience vécue et élévation de la conscience. Par ailleurs, l'énoncé *c* présentait la recherche de sens de l'expérience mais à partir d'une question de type «relation d'aide».

Nous avons vu précédemment que les attitudes aidantes sont très priorisées; il en a été ainsi aussi à cette question ce qui confirme une fois de plus que les enseignantes perçoivent fort probablement la relation d'aide avec la personne aidée comme étant très importante. Les élèves ont aussi perçu que ces attitudes étaient fort valorisées par les enseignantes.

Par ailleurs, nous pouvons nous demander pourquoi l'énoncé *b* n'a pas été retenu davantage. Peut-être les enseignantes, de même que les élèves, l'ont-elles associé à une ouverture envers une demande d'euthanasie ou encore à une ouverture envers un processus de délibération éthique. Aussi, le fait que la situation ne précisait pas si la

personne aidée avait déjà eu des propos analogues ou non a possiblement influencé les répondantes. Il est difficile de dire comment celles-ci ont interprété ces choix de réponse.

Nous réalisons avec le recul qu'il aurait été préférable de proposer un seul énoncé formulé à partir de la variable en cause, soit l'accompagnement de la recherche d'un sens à donner à l'expérience vécue (énoncé *b* ou *c*). Il aurait fallu formuler un énoncé qui aurait permis de discriminer davantage. Nous n'avions pas vu cet écueil avant le sondage et le pré-test n'avait rien indiqué en ce sens non plus puisque les cinq répondantes avaient répondu ainsi: une avait retenu l'énoncé *a* et quatre avaient choisi l'énoncé *b* .

5.1.9.4 Une présence chaleureuse au mourant et à la famille en deuil

Les questions 26 et 28 sont en relation avec cette attitude. La question 28 ayant été analysée au paragraphe 5.1.5.2 , nous demanderons au lecteur de bien vouloir se reporter à ce paragraphe.

À la question 26, (cf. tableau XXXXII, p. 144), les enseignantes ont favorisé très fortement cette attitude (perceptions individuelles: 95%; perceptions à l'égard du groupe: 85%). Les élèves ont aussi perçu que leurs enseignantes favoriseraient dans la situation une attitude chaleureuse envers la personne aidée mais dans une proportion un peu plus faible (73,9%).

Nous croyons que la tendance est assez nette surtout si nous mettons ce résultat en relation avec celui obtenu à la question 28, (cf. tableau XXXXIII, p. 145), où il est très clair que la présence chaleureuse (envers la famille en deuil) a été favorisée d'emblée.

Synthèse: en relation avec cette croyance holiste: **la relation thérapeutique transforme aussi bien l'infirmière que la personne aidée** nous croyons pouvoir dire qu'elle se traduit de la façon suivante chez les enseignantes:

- l'effet de résonance infirmière-personne aidée a été faiblement retenu;
- les enseignantes valorisent l'engagement de l'infirmière comme partenaire thérapeutique mais les élèves ne l'ont pas perçu ;
- l'accompagnement de la personne aidée dans la recherche du sens de son expérience semble être favorisé mais il est difficile de le dire avec certitude;
- la présence chaleureuse envers le mourant et la famille en deuil a été fortement valorisée.

5.1.10.1 L'acceptation d'une composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie et l'élévation de la conscience chez la personne aidée comme finalité des soins infirmiers

Les auteurs holistes insistent beaucoup sur la composante spirituelle et considèrent que certaines expériences de vie jugées significatives par la personne sont des occasions d'élévation de la conscience. Les questions 5, 11, 18, 19 et 24 étaient en relation avec cette croyance. Etant donné que nous avons analysé précédemment les questions 11, 18, 19 et 24, nous demanderons au lecteur de bien vouloir se reporter au paragraphe 5.1.1.2 pour la question 18 et au paragraphe 5.1.7.1 pour les questions 11, 19 et 24.

À la question 5 (cf. tableau XXXXIV, p. 147), les enseignantes ont valorisé l'utilisation d'une approche non traditionnelle dans le but de mieux connaître les émotions et les ressentis de la personne aidée (perceptions individuelles: 95%; perceptions à l'égard du groupe: 70%). Ceci est intéressant d'autant plus que cette approche n'est pas utilisée fréquemment en milieu clinique. Il est aussi intéressant de noter que cela a été retenu

d'une façon relativement importante tant par rapport aux perceptions individuelles qu'aux des perceptions à l'égard du groupe.

Les élèves pour leur part, disent que nous privilégions l'expression des ressentis de la personne aidée dans une proportion de 86,96%. Elles ont donc perçu que leurs enseignantes attachaient de l'importance à cette croyance et ceci est en accord avec les attitudes de relation d'aide qui étaient perçues comme étant très priorisées.

La questions 18, (cf. tableau XXXXVI, p. 149), confirme aussi que l'ouverture aux émotions de la personne aidée est très fortement priorisée par les enseignantes et qu'elle a été perçue comme telle par les élèves.

La question 19, (cf. tableau XXXXVII, p. 151), nous a montré que la finalité avait été vue en terme de bienfaits immédiats mais non comme une possibilité d'influencer les niveaux de conscience chez la personne aidée. Selon Sarter (1987), le but des soins infirmiers est de favoriser par différents moyens l'élévation de la conscience chez la personne aidée et les interventions de soins infirmiers doivent viser cette finalité. Pourquoi cette finalité n'est-elle pas visée? Y a-t-il plus d'une finalité? Qui fixe la finalité? La finalité de l'agir professionnel peut-elle changer d'un contexte de soins à un autre, d'un champ d'exercice à un autre?

La question 24, (cf. tableau XXXVI, p. 133), est en relation avec le toucher thérapeutique. Sarter (1987) ainsi que Snyder (1985) démontrent que l'utilisation des outils complémentaires de soins favorisent le lâcher-prise du mental, contribuent à

l'élévation de la conscience et permettent à la personne aidée de découvrir le sens de l'expérience de la maladie ainsi que d'identifier les comportements qui l'ont induite.

Si nous considérons les réponses à cette question, nous croyons que les enseignantes n'ont peut-être pas développé les habiletés nécessaires à l'utilisation des outils complémentaires de soins ou interventions autonomes de soins infirmiers. Elles reconnaissent d'ailleurs elles-mêmes manquer de connaissances sur ce point. Toutefois, elles indiquent avoir de l'intérêt à apprendre et à se former en ce sens ce qui nous apparaît très positif.

Synthèse: pour ce qui est de cette croyance: **l'acceptation d'une composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie, l'élévation de la conscience comme but des soins infirmiers**, nous croyons pouvoir dire qu'elle se traduit de la façon suivante chez les enseignantes:

- l'ouverture aux ressentis de la personne aidée est valorisée;
- l'expression des émotions est aussi valorisée;
- la maladie vue comme message pour l'individu est une croyance qui n'a pas été retenue comme principe théorique mais elle l'a été par rapport à l'agir dans la mise en situation clinique;
- la finalité et la portée des outils complémentaires de soins ne semble pas être vues très clairement, du moins pas par la majorité du groupe;
- l'influence des outils complémentaires de soins sur l'élévation du niveau de conscience chez la personne aidée ne semble pas évidente pour les répondantes.

5.2 Vue d'ensemble des résultats

Afin de donner un aperçu général des résultats, nous avons tenté d'établir le profil moyen des perceptions individuelles des enseignantes, celui des perceptions des enseignantes à l'égard du groupe et celui des perceptions des élèves à l'égard de leurs enseignantes. Cette démarche ne se veut pas une analyse statistique des résultats mais plutôt un profil de la tendance qui se dégage des réponses en regard des variables découlant des caractéristiques du modèle de Goldstein et al.

5.2.1 Profil moyen des perceptions individuelles des enseignantes

Lorsque les enseignantes ont répondu selon leurs perceptions individuelles, les résultats démontrent que les enseignantes:

– ont fortement valorisé les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:

- l'ouverture aux perceptions et ressentis de la personne aidée et la validation des perceptions auprès de la personne aidée;
- la démarche de clarification de valeurs auprès de la personne aidée et de la famille;
- les comportements de responsabilisation à l'égard de la santé;
- la discussion des objectifs de soins avec la personne aidée et la famille;
- l'empathie, la compréhension et la sollicitude envers la personne aidée et la famille;
- l'expression des émotions et des ressentis de la personne aidée et de la famille;
- l'utilisation d'outils complémentaires de soins dans le but de soulager la douleur;
- le toucher comme mode de communication entre l'infirmière et la personne aidée et la famille;
- l'engagement de l'infirmière comme partenaire thérapeutique;
- une présence chaleureuse au mourant et à la famille en deuil;
- l'élévation de la conscience par des techniques de lâcher-prise du mental;

– ont moyennement valorisé les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:

- la maladie porteuse d'un message pour l'individu;
- le soutien, l'information, les ressources d'ordre physique et psychologique envers la personne aidée et la famille;
- l'enseignement à la personne aidée dans un but de prise en charge de sa santé;
- l'influence du milieu sur la santé;

– ont faiblement valorisé les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:

- l'influence de l'état de santé sur le milieu
- l'effet de résonance entre l'infirmière et la personne aidée
- l'accompagnement de la personne aidée dans la recherche d'un sens à donner aux diverses expériences de vie, à la souffrance et à la mort.

5.2.2 Profil moyen des perceptions des enseignantes à l'égard de leurs collègues

Les réponses à l'égard du groupe démontrent que les enseignantes croient que leurs collègues :

– valoriseraient fortement les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:

- la démarche de clarification de valeurs auprès de la personne aidée et de la famille;
- les comportements de responsabilisation à l'égard de la santé;
- l'empathie, la compréhension et la sollicitude envers la personne aidée et la famille;
- une présence chaleureuse au mourant et à la famille en deuil;

– valoriseraient moyennement les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:

- l'ouverture aux perceptions et ressentis de la personne aidée et la validation des perceptions auprès de la personne aidée;
- l'expression des émotions et des ressentis de la personne aidée et de la famille;
- l'utilisation d'outils complémentaires de soins dans le but de soulager la douleur;
- le toucher comme mode de communication entre l'infirmière et la personne aidée et la famille;
- l'élévation de la conscience par des techniques de lâcher-prise du mental;
- l'enseignement à la personne aidée dans un but de prise en charge de sa santé;
- l'influence du milieu sur la santé;
- l'engagement de l'infirmière comme partenaire thérapeutique;

– valoriseraient faiblement les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:

- la discussion des objectifs de soins avec la personne aidée et la famille;
- la maladie porteuse d'un message pour l'individu;
- le soutien, l'information, les ressources d'ordre physique et psychologique envers la personne aidée et la famille;
- l'influence de l'état de santé sur le milieu;
- l'effet de résonance entre l'infirmière et la personne aidée;
- l'accompagnement de la personne aidée dans la recherche d'un sens à donner aux diverses expériences de vie, à la souffrance et à la mort.

5.2.3 Profil moyen des perceptions des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes

Les résultats démontrent que les élèves finissantes croient que leurs enseignantes :

- valoriseraient fortement les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:
 - l'ouverture aux perceptions et ressentis de la personne aidée et la validation des perceptions auprès de la personne aidée;
 - les comportements de responsabilisation à l'égard de la santé;
 - la discussion des objectifs de soins avec la personne aidée et la famille;
 - l'empathie, la compréhension et la sollicitude envers la personne aidée et la famille;
 - l'expression des émotions et des ressentis de la personne aidée et de la famille;
 - le toucher comme mode de communication entre l'infirmière et la personne aidée et la famille;
 - une présence chaleureuse envers le mourant et la famille en deuil;
- valoriseraient moyennement les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:
 - l'élévation de la conscience par des techniques de lâcher-prise du mental;
 - l'enseignement à la personne aidée dans un but de prise en charge de sa santé;
 - l'influence du milieu sur la santé;
- valoriseraient faiblement les croyances, les valeurs ou les attitudes suivantes:
 - la démarche de clarification de valeurs auprès de la personne aidée et de la famille;
 - l'utilisation d'outils complémentaires de soins dans le but de soulager la douleur;
 - le soutien, l'information, les ressources d'ordre physique et psychologique envers la personne aidée et la famille;
 - l'engagement de l'infirmière comme partenaire thérapeutique;
 - l'influence de l'état de santé sur le milieu;

- l'effet de résonance entre l'infirmière et la personne aidée;
- l'accompagnement de la personne aidée dans la recherche d'un sens à donner aux diverses expériences de vie, à la souffrance et à la mort.

5.3 L'agir professionnel

Les résultats ayant été analysés de manière assez détaillée en fonction des caractéristiques de l'approche holiste selon Goldstein et al., nous aimerions jeter un regard plus global sur les résultats de notre étude en relation avec certains aspects du rôle professionnel en soins infirmiers. Pour ce faire, nous nous référerons à notre représentation des composantes de l'agir professionnel en soins infirmiers (figure 5) soit: les connaissances professionnelles, les croyances et les valeurs, les attitudes (ou qualités professionnelles) et les pratiques de soins (ou comportements). Il est à préciser que nous ne déborderons pas le cadre de notre étude et que les composantes de l'agir professionnel seront traitées dans le contexte d'une approche holiste en santé.

5.3.1 Les connaissances professionnelles: les savoirs disciplinaires et les savoirs d'expérience

Les répondantes disent clairement sur ce point qu'elles désireraient approfondir ce qu'est l'approche holiste; certaines disent qu'elles manquent de connaissances sur le sujet, d'autres se disent intéressées à explorer les outils complémentaires de soins s'y rattachant. Par ailleurs, il semble qu'elles connaissent bien le concept d'approche globale de la santé et certaines disent qu'elles n'envisagent pas que l'on puisse enseigner autrement les soins infirmiers.

Les réponses au questionnaire semblent indiquer que plusieurs enseignantes valorisent une approche globale de la santé; toutefois, certains éléments caractéristiques de l'approche holiste semblent moins bien connus, par exemple, la *conscience* vue comme dimension spirituelle de l'être humain ainsi que les principes à la base de certains outils complémentaires de soins et certaines habiletés s'y rattachant. Certaines réponses semblent aussi indiquer que les assises théoriques de l'approche holiste ne sont pas intégrées par toutes les enseignantes. Ainsi, la finalité des soins infirmiers ne semble pas avoir été identifiée comme étant l'élévation de la conscience pour la personne aidée et les interventions de soins proposées dans certaines mises en situation n'ont pas été mises en relation avec cette finalité.

Par ailleurs, les résultats indiquent que, dans bien des situations de soins, les enseignantes ont valorisé des attitudes et encouragé des pratiques de soins qui sont en accord avec les croyances et valeurs d'une approche holiste. Se sont-elles fiées à leur intuition ou se sont-elles inspirées de leurs savoirs d'expérience? Il serait possible de le penser puisque, comme le disent Lang et Krejci (1981, p. 16), «l'expression soins infirmiers holistiques est redondante puisque les soins infirmiers sont holistiques ou ce ne sont pas des soins infirmiers».

5.3.2 Les croyances et les valeurs

Le premier volet de notre analyse présente les perceptions des enseignantes quant aux croyances et valeurs de l'approche holiste. Certaines croyances nous apparaissent plus profondes que d'autres et certaines valeurs sont très présentes. Nous ne reprendrons pas ici l'analyse déjà présentée sur le sujet mais nous tenterons d'apprécier si les attitudes et les pratiques de soins valorisées par les enseignantes s'en inspirent.

5.3.3 Les attitudes ou les qualités professionnelles

Nous présenterons ici certains éléments qui se dégagent des réponses obtenues au questionnaire et qui nous apparaissent particulièrement intéressants ou qui soulèvent des questions en relation avec les attitudes (ou qualités professionnelles).

Les réponses des enseignantes au questionnaire indiquent qu'elles valorisent très fortement les attitudes reliées à la relation infirmière-personne aidée. Ainsi, l'ouverture envers les perceptions et les ressentis de la personne aidée, l'écoute active, l'empathie sont des attitudes qui ont été fortement valorisées. Le contact physique et émotif entre infirmière-personne aidée a aussi été retenu dans des proportions très significatives. Ces réponses nous portent à croire que la relation d'aide est vue comme étant très importante par les enseignantes et les réponses des élèves confirment ceci. Il est à souligner toutefois que les enseignantes croient qu'elles valorisent les attitudes aidantes plus fortement que le groupe de collègues. Il est difficile de dire si ceci est significatif ou non mais il serait intéressant de valider cet élément auprès des répondantes. De plus, nous aurions intérêt à valider sur quelle approche repose l'enseignement de la relation d'aide. Ceci ne ressort pas clairement à partir des résultats. Favorisons-nous une approche humaniste, behavioriste ou une autre approche? Existe-il un consensus quant à l'approche à privilégier? Bien qu'il semble qu'il n'y ait pas uniformité du discours sur ce point, nous n'avons pas suffisamment de données actuellement, puisque tel n'était pas le but de notre étude. Toutefois, sur le plan pédagogique, il serait pour le moins intéressant qu'une lecture plus précise de cette réalité soit faite.

Il apparaît aussi que la relation aidante est davantage priorisée dans un contexte relationnel infirmière-personne aidée mais semble l'être moins dans un contexte de communication avec les membres de la famille. En effet, les énoncés présentant des besoins explicites en ce sens n'ont pas recueilli une très forte adhésion. Est-ce à dire que la famille serait écartée? Selon nous, il serait prématuré de conclure en ce sens mais il pourrait être intéressant de questionner davantage cette impression et de recueillir plus de données qui seraient susceptibles d'éclairer davantage cet aspect. Il pourrait être intéressant d'explorer cette dimension en la mettant en relation avec la perception qu'ont les enseignantes du modèle conceptuel en soins infirmiers que nous utilisons soit celui de Virginia Henderson. Ce modèle est centré d'abord et avant tout sur un individu défini comme ayant quatorze besoins fondamentaux selon diverses composantes: physique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle. Aurait-on mis en veilleuse ou fait abstraction de la composante sociale qui inclut la famille? Il serait intéressant d'explorer cette piste.

Par ailleurs, nous aimerions revenir sur la valeur d'engagement qui a été valorisée par les enseignantes mais non reconnue comme telle par les élèves. Cette valeur devrait se traduire par des attitudes et des comportements, c'est pourquoi nous avons choisi d'en traiter ici.

Goldstein et al. font de l'engagement une caractéristique de l'approche holiste. Engagement qui se traduira sous forme de partenariat thérapeutique et qui suppose l'accompagnement de la personne aidée dans l'expérience de la santé ou de la maladie.

Dans une parution récente (1994), l'OIIQ propose certaines valeurs professionnelles dans le but d'offrir à la clientèle *des soins qui font la différence*. Une des valeurs retenues est l'engagement qui doit se refléter au niveau du service offert en soins infirmiers.

Que les élèves n'aient pas perçu notre engagement, à tout le moins sur le plan professionnel en soins infirmiers s'avère selon nous très surprenant. Est-il possible d'enseigner les soins infirmiers sans que nos attitudes reflètent cet engagement? Est-il possible d'être des modèles d'engagement sans que cela soit perçu des élèves? Questions à tout le moins fort préoccupantes auxquelles il n'est pas possible de répondre actuellement.

Cependant, il serait fort intéressant et important, à notre avis, de s'engager sur une voie qui permette l'exploration de cette problématique. Cela nous conduirait peut-être à mettre en relation engagement et autonomie professionnelle. De plus, il serait intéressant de comparer l'engagement comme partenaire thérapeutique et l'engagement comme facilitateur d'apprentissage.

5.3.4 Les pratiques de soins ou comportements

Nous présenterons ici certains éléments qui se dégagent des réponses obtenues au questionnaire et qui nous apparaissent particulièrement intéressants en relation avec les pratiques de soins (ou comportements).

D'après les résultats de notre étude, certaines pratiques de soins valorisées par l'approche holiste le sont aussi par les enseignantes de notre département. En effet, les enseignantes ont valorisé la prise en charge par la personne aidée de sa santé, la discussion des objectifs de soins avec la personne aidée, l'utilisation du toucher communicateur. Leurs

perceptions révèlent également qu'elles croient que certains outils complémentaires de soins peuvent aider à soulager la douleur et elles se disent ouvertes à mieux connaître et éventuellement utiliser ces outils.

Relativement aux pratiques de soins, certains éléments retiennent notre attention; ce sont: la consultation et la concertation en milieu clinique. Les enseignantes ont très peu retenu les énoncés proposant de consulter l'équipe soignante sur divers aspects relatifs aux soins à prodiguer pas plus qu'elles n'ont retenu la concertation avec l'équipe concernant les objectifs de soins. Cette position nous intrigue d'autant plus que nous avons réitéré récemment (janvier 1994) notre adhésion à une conception de la santé selon une approche biopsychosociale, approche qui favorise comme on le sait une approche multidisciplinaire.

Les enseignantes ont davantage favorisé d'intervenir directement auprès de la personne aidée et d'informer ensuite l'équipe soignante des interventions mises en place et elles ont aussi privilégié cette façon de faire pour l'élève. Pourrait-on expliquer cette tendance à partir du contexte social actuel? Les choix de société et les choix politiques en matière de santé influencent-ils à ce point nos croyances et par voie de conséquence nos pratiques pédagogiques en milieu clinique c'est-à-dire notre agir professionnel? Le climat de restrictions budgétaires, les orientations DÉFI: QUALITÉ-PERFORMANCE ainsi que l'atmosphère de mesure et d'évaluation nous poussent-ils à performer, à agir, à passer à l'action? Ressentons-nous que les infirmières en milieu clinique ont peu de temps pour la consultation et que leur avis ne doit être demandé et donné que lors de situations de soins très problématiques ou très complexes?

Il nous semble que ce contexte a amené une dynamique différente entre infirmières du milieu clinique et enseignantes en milieu clinique. Il serait fort intéressant d'entendre les propos des deux groupes là-dessus.

Dans une perspective d'approche multidisciplinaire où l'on privilégie une équipe d'intervenants élargie, nous pourrions nous demander si nous nous percevons comme une professionnelle importante dans l'équipe et quel message nous transmettons à nos élèves sur ce point. Sommes-nous des professionnelles ayant une spécificité particulière dont peut bénéficier l'équipe? Sommes-nous là pour représenter la personne aidée, être la voix de cette dernière qui en raison de son état ne peut plus s'exprimer? Ces réflexions et questions nous amènent aussi à dire: Où exerçons-nous notre pouvoir, ne serait-ce que celui d'influence? Envers qui? À partir de quoi? Comment?

Par ailleurs, en relation avec les pratiques de soins, nous nous questionnons sur un autre aspect soit celui du soutien professionnel. Il semble que le discours de l'autonomie, de la prise en charge et de la responsabilisation soit très valorisé. Toutefois, il n'est pas aussi évident que le soutien professionnel requis pour favoriser cette responsabilisation et cette autonomie soit suffisamment présent. Les énoncés présentant des possibilités ou des occasions d'enseignement de même que ceux qui offraient des ressources à la personne aidée n'ont pas été très fortement priorisés. Nous ne pouvons conclure et dire que le soutien professionnel n'est pas suffisamment valorisé puisque bien d'autres facteurs peuvent avoir influencé les choix de réponses. C'est pourquoi il serait fort intéressant d'entendre les commentaires des enseignantes sur ce point et même poursuivre la recherche en ce sens.

De façon générale, le portrait suivant semble se dégager de notre étude: les enseignantes de notre département semblent intéressées à l'approche holiste, elles disent manquer de connaissances sur le sujet et plusieurs seraient ouvertes à approfondir cette approche. En général, elles semblent valoriser assez fortement les attitudes qui découlent des croyances et valeurs holistes; elles ont indiqué qu'elles avaient une certaine ouverture envers les outils complémentaires de soins et plusieurs des pratiques qu'elles ont encouragées s'inscrivent dans une orientation holiste. Toutefois, certaines dimensions dont nous avons traité ci-haut demeurent obscures et il serait de intéressant de les explorer davantage.

Conclusion

Cette étude nous a permis d'explorer et de présenter les perceptions des enseignantes de soins infirmiers de notre collège ainsi que les perceptions des élèves finissantes à l'égard de ces enseignantes relativement aux pratiques de soins découlant des croyances et valeurs de l'approche holiste en santé.

Nous avons vu qu'il y avait un réel problème d'interprétation du programme cadre ainsi que des écrits en relation avec les assises conceptuelles du programme de formation en soins infirmiers. Ceci questionne à la fois, le choix d'une base conceptuelle commune par les enseignantes du département et l'adhésion aux croyances et valeurs qui sous-tendent cette base conceptuelle.

L'approche globale de la santé ainsi que l'approche holiste en santé retiennent l'attention de par les nombreux écrits sur le sujet, les conférences et colloques qui y sont consacrés ainsi que le regroupement d'infirmières en approche holiste de soins. De plus, la prise de position de la corporation professionnelle des infirmières et infirmiers du Québec sur l'utilisation des outils complémentaires de soins par l'infirmière dans le cadre de l'exercice infirmier soulève aussi des réflexions et des questionnements pour les enseignantes en soins infirmiers.

Les écrits consultés sur le sujet nous ont conduite à distinguer les concepts d'approche globale de la santé et d'approche holiste en santé. En effet, la pensée des auteurs sur ce point n'est pas univoque.

Plusieurs auteurs, dont Aakster (1986) croient que l'approche globale de la santé a donné naissance à deux modèles de santé différents l'un de l'autre: le modèle biopsychosocial -quelquefois appelé modèle écologique de la santé- et le modèle holiste. Ces auteurs voient le modèle holiste comme étant évolutionniste par rapport au modèle biopsychosocial. Toutefois, les deux modèles s'inspireraient des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Plusieurs autres auteurs dont Goldstein et al. (1988) décrivent l'approche holiste comme étant une approche tout à fait nouvelle, comme étant une *nouvelle culture thérapeutique*, qui a des croyances et des valeurs qui lui sont propres qui ne découlent pas nécessairement de l'approche globale de la santé. Ces auteurs nomment cette nouvelle approche, «approche holiste», «la médecine alternative», «la médecine du nouvel âge», ou le «*new age healing*». L'ensemble des auteurs -ou presque- qui se réclament de l'approche holiste font du phénomène de conscience -composante spirituelle de l'individu- une caractéristique très importante de cette approche, laquelle, selon eux, ne se retrouve pas nécessairement dans les croyances et valeurs de l'approche globale de la santé. La notion d'énergie est pour eux fondamentale ce à quoi n'adhèrent pas nécessairement les adeptes de l'approche globale de la santé. Pour eux, l'approche holiste est une nouvelle culture thérapeutique et elle serait tout à fait différente de l'approche globale de la santé en termes *de vision, de finalité, de croyances et de valeurs*. Ces auteurs croient que l'approche globale de la santé a donné naissance au modèle biopsychosocial -aussi appelé modèle écologique de la santé- et que l'approche holiste a donné naissance au modèle holiste en santé.

Pour les fins de cette étude, nous avons retenu cette dernière façon de voir l'approche c'est-à-dire, comme étant une approche distincte de l'approche globale de la santé et qui a des croyances et des valeurs qui lui sont propres.

Les écrits nous ont amenée à nous demander s'il existait un intérêt à enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste, si les élèves bénéficieraient d'une formation professionnelle basée sur cette orientation et si les enseignantes de soins infirmiers de notre collège favorisaient des pratiques de soins qui s'appuient sur les croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Nous avons retenu cette dernière interrogation comme question de recherche soit:

Les enseignantes de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue encouragent-elles des pratiques de soins fondées sur les croyances et valeurs d'une approche holiste en santé?

et nous avons formulé nos objectifs de recherche ainsi:

Présenter les perceptions des enseignantes de soins infirmiers du CAT en relation avec les pratiques de soins qui découlent des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé;

Présenter les perceptions des élèves finissantes en soins infirmiers au CAT à l'égard de leurs enseignantes en soins infirmiers en relation avec les pratiques de soins qui découlent des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Le modèle de Goldstein et al. (1988) nous a servi de point de départ pour élaborer le cadre conceptuel de notre recherche et nous avons représenté les croyances et valeurs de l'approche holiste -à partir des caractéristiques du modèle de Goldstein et al.- selon les trois composantes fondamentales des soins infirmiers: le soignant -l'infirmière-, le soigné-la personne aidée et son milieu- et la santé. (figure 4)

À cette étape, il nous a été conseillé d'élaborer un questionnaire d'enquête s'adressant aux enseignantes en soins infirmiers du CAT et un questionnaire s'adressant aux élèves finissantes en soins infirmiers au CAT(1994) dans le but de recueillir les perceptions des enseignantes en relation avec les pratiques de soins fondées sur les croyances et valeurs d'une approche holiste en santé ainsi que les perceptions des élèves finissantes à l'égard de leurs enseignantes en soins infirmiers en relation avec les pratiques de soins découlant des croyances et valeurs d'une approche holiste en santé.

Avant de procéder à l'élaboration du questionnaire, nous avons franchi les étapes suivantes: dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse conceptuelle qui nous a amenée à questionner l'agir professionnel et au terme de ce questionnement, nous avons élaboré une représentation des composantes de l'agir professionnel ainsi que des relations à établir entre celles-ci (figure5), nous avons, dans une deuxième étape, procédé à une opérationnalisation des concepts identifiés à partir de la taxonomie de Bulechek-McCloskey (1987). Nous avons ensuite fait une vérification de ces concepts à partir des écrits et des fils conducteurs du programme 180.01. Ces étapes nous ont permis de dégager les variables à retenir à partir desquelles serait élaboré le questionnaire.

Nous avons construit un questionnaire à l'intention des enseignantes et un questionnaire s'adressant aux élèves finissantes. Les deux questionnaires présentaient des «mises en

situations» avec questions et choix de réponse. Ce style de questionnaire nous a semblé plus approprié compte tenu de la nature des données à recueillir puisqu'il permettait de présenter un contexte qui s'approchait de la réalité vécue en milieu clinique.

Après avoir soumis le questionnaire aux enseignantes et aux élèves finissantes, nous avons compilé les résultats que nous avons présentés sous forme de tableaux. Nous avons ensuite analysé et interprété ces résultats à partir du modèle de Goldstein et al. ainsi qu'à partir de notre propre vision de l'agir professionnel.

Il nous apparaît intéressant de constater que les enseignantes manifestent de l'intérêt envers l'approche holiste, certaines d'entre elles ont été jusqu'à dire qu'elles seraient prêtes à se former pour enseigner selon cette approche. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que trois mois auparavant, elles ont retenu un modèle biopsychosocial pour l'enseignement des soins infirmiers. À ce moment, elles auraient pu choisir un modèle holiste mais l'objection majeure à retenir ce modèle était la suivante: nous n'avons pas de modèle conceptuel de soins infirmiers qui s'inspire de cette approche en langue française. Ceci est réel et a certainement influencé dans une grande mesure le choix de l'approche retenue. Collières (1982, p. 283) dit que «les valeurs s'appuient sur les croyances qu'elles confortent et qu'elles mobilisent en comportements et attitudes.» Ainsi, nous avons vu que certaines valeurs et croyances de l'approche holiste étaient plus ou moins valorisées par les enseignantes. Il est possible qu'une adhésion timide à certaines croyances ne soit pas suffisante pour se concrétiser dans les comportements et les attitudes. De plus, nous croyons que les *façons de dire et les façons de faire* sont très liées au groupe, au milieu et au contexte. Nous sommes actuellement dans un contexte socio-politique de restrictions budgétaires ce qui engendre un discours centré sur la valorisation de la performance, de la compétence, de l'évaluation. Ce climat est très

présent dans les milieux institutionnels et a des conséquences certaines sur les comportements des personnes qui y oeuvrent. Collières (1982) l'explique ainsi:

C'est au sein de son groupe social d'appartenance initial, puis des groupes qu'elles fréquente, que toute personne s'imprègne de façons de dire, de façons de faire qui la façonnent et structurent son comportement. (p. 283).

En ce sens, nous présenterons les résultats de cette recherche aux enseignantes de notre département. La réflexion qui s'en suivra aura peut-être pour effet de démontrer l'importance d'adhérer à une base conceptuelle commune qui s'appuie sur les croyances et les valeurs du groupe et qui se manifeste par *nos façons de dire et nos façons de faire*.

Par ailleurs, d'autres départements de soins infirmiers pourraient éventuellement se servir avec profit du modèle de Goldstein et al. ainsi que des variables que nous avons identifiées pour chacune des caractéristiques, dans le but de questionner les assises conceptuelles de leur programme local. De plus, la représentation des différentes composantes de l'agir professionnel que nous avons élaborée pourrait éventuellement être utile pour l'enseignement de ce concept.

Au terme de cette recherche, plusieurs questions se posent et plusieurs avenues restent à être explorées. En relation avec cette étude, voici quelques-unes des questions que nous nous posons et qui, actuellement, demeurent sans réponse: quelle approche privilégions-nous pour l'enseignement de la relation d'aide? Le soutien professionnel à la personne aidée et à la famille est-il valorisé? Les valeurs d'engagement sont-elles manifestes pour les élèves? L'engagement comme partenaire thérapeutique va-t-il de pair avec l'engagement comme enseignante? Et, en relation avec les croyances et valeurs de

l'approche holiste, existe-t-il une différence significative entre les comportements individuels (agir professionnel) et les comportements avoués en groupe? Existe-t-il un écart entre le discours et la pratique?

En terminant, nous espérons que cette recherche communiquera à d'autres le goût et l'enthousiasme pour s'engager sur la route de la découverte!

SOURCES DOCUMENTAIRES

AAKSTER, C.W. (1986). Concepts in alternative medicine. Social service and medicine, 2(2): 265-273.

ALLEN, C.E. (1981). An analysis of the pragmatic consequences of holism for nursing. Journal of nursing research, 13 (2): 256-272.

ARMSTRONG, D. (1987). Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. Social science and medicine, 25 (11), 1213-1218.

ARDELL, D.B. (1978). Holistic health planning. The holistic health handbook. Californie: Berkley.

BAUMAN, E. (1978). Introduction to holistic health. The holistic health handbook. Californie: Berkley.

BENNER, P. (1989). From novice to expert. Californie: Addison-Wesly.

BENNER.P., TANNER, C. (1987). Clinical judgement: how expert nurses use intuition. American journal of nursing, 87 (1), 23-31.

BERTALANFFY, L.V. (1968). General system theory: foundations, development, applications. New-York: Braziller.

BERTHIER, N., BERTHIER, F. (1971). Le sondage d'opinion. Paris: Borduas.

BLATTNER, B. (1981). Holistic nursing. New Jersey: Prentice-Hall.

BOURGEAULT, G. (1987). L'éthique face à la technologie: plaidoyer pour un nouvel esprit éthique. dans Actes du colloque L'éthique à venir: une question de sagesse? une question d'expertise. Rimouski : Les Editions du Groupe de recherche Ethos. Université du Québec à Rimouski.

- BOURSIN, J.L. (1978). Sondages, indices, statistiques. La forme scientifique du mensonge. Paris: Tchou.
- BRADLEY, J.C. (1983). Nurse's attitudes toward dimensions of nursing practice. Nursing Research. 32 (2).
- BRADLEY, D.B. (1987). Energy fields: implications for nurses. Journal of holistic nursing. 5 (1), 32-35.
- BRALLIER, L.W. (1978). The nurse as holistic health practitioner. Coll. The nursing clinics of North America. 13 (4): 643-655.
- BRALLIER, L.W. (1988). Biofeedback and holism in clinical practice. Holistic nursing practice. 2 (3), 26-33.
- BRUNEAU-MORIN, D., PHANEUF, M. (1991). Structures pédagogiques pour le programme de soins infirmiers 180.01 -Tome 1. Saint-Jean: Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.
- BULECHECK, G.M., MCCLOSKEY, J.C. (1987). Nursing Interventions: What they are and how to choose them. Holistic nursing practice. 1 (3), 36-44.
- BULECHECK, G.M., MCCLOSKEY, J.C. (1992). Nursing Interventions. Coll. The Nursing Clinics of North America. Philadelphia: Saunders.
- BURKHARDT, M., NAGAI-JACOBSON, M. (1989). Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. Holistic nursing practice. 3 (3): 18-26.
- CAPRA, F. (1983). Le temps du changement. Monte-Carlo: Du Rocher.
- CHALLES, D. (1978). Integrated health: The holistic health handbook. Californie: Berkeley.
- CLARKE, A.C. (1991). Nurses as role models and health educators. Journal of advance nursing. 16 (10): 1178-1184.
- CLARK, P.E., CLARK, M.J. (1983). Therapeutic Touch : Is there a scientific basis for the practice? Nursing research. 33 (1), 37-41.

COHEN, F., DURHAM, J.D. (1986). Men's health. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia: Saunders.

COLLIÈRE, M.F. (1983). Entrevue. Nursing Québec. 3 (2), 26-32.

COLLIÈRE, M.F.(1982). Promouvoir la vie. Paris: Interéditions.

COORDINATION ME/DE SOINS INFIRMIERS: ESI-718. (1988). Stratégies pour apprendre les soins infirmiers I (plan de cours). Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

COORDINATION ME/DE SOINS INFIRMIERS: ESI-719. (1989). Approche globale de la santé: soins de santé primaires et approches complémentaires de soins (plan de cours). Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

DESHAIES, B. (1992). Méthodologie de la recherche en sciences humaines. Montréal: Beauchemin.

D.G.E.C. Service des programmes (1987). Document d'accompagnement du programme de soins infirmiers 180.01. Québec.

DUMAS, L. (1992). Women's health. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia: Saunders.

ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedecine, Science. 196.

FERGUSON, M. (1981). Les enfants du Verseau, vers un nouveau paradigme. Paris: Calmann-Lévy.

FLYNN, P. (1980). Holistic health: the art and science of care. Bowie MD: Robert J. Brady Co.

FORTIN, P. (1989). L'éthique et la déontologie: un débat ouvert dans L'éthique professionnelle. Cahiers de recherche éthique. 13.

FORTIN, P. (1992). Essai sur l'expérience éthique dans L'expérience éthique. Rimouski: Réseaux.

- FRANKL, V. (1988). Découvrir un sens à sa vie. Montréal: Éditions de l'Homme.
- GAGNON, N. (1987). Des cours sur les approches holistiques de la santé au collégial : une innovation. L'infirmière canadienne. mai. 31-34.
- GAUTHIER, B.(1986). Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données. Québec: P.U.Q.
- GESSNER, B.A., ARMSTRONG, M.L. (1989). Patient teaching. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia: Saunders.
- GOLDSTEIN, M., JAFFE, D., GARELLE, D., BERKE, R.E. (1985). Holistic doctors: becoming a nontraditional medical practitioner. Urban Life. 14 (3), 317-344.
- GOLDSTEIN, M., SUTHERLAND, C., JAFFE, D.T., WILSON, J. (1988). Holistic physicians and family practitioners: similarities, differences and implications for health policy. Social science and medecine. 26 (8): 853-861.
- GUTTMACHER, S. (1979). Whole in body mind and spirit: holistic health and the limits of medecine. Hastings Center Report. 16 (21).
- HOLMES, P. (1986). Holism: going all the way. Nursing Times. 82 (17), 20.
- HOLMES, P.(1986). Alternative Therapy : Fringe Benefits. Nursing Times. 82 (22), 20-22.
- JACQUART, H. (1988). Qui? Quoi? Comment? ou la pratique des sondages. Paris: Eyrolles.
- JAVEAU, C. Legros-Bawin. B. (1977). Les sondages en question. Paris: De Boeck.
- JOHNSON, J.H. (1980). Rehabilitation nursing. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia: Saunders.
- JOHNSON, J., PARSONS, M. (1984). Health promotion. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia: Saunders.

JOHNSON, M.B. (1990). The holistic paradigm in nursing : the diffusion of an innovation. Research in nursing health. 13 (2), 129-139.

JUTRAS, S. (1987). Le recours aux médecines douces. Santé et société. 9 (3).

KOBERT, L., FOLAN, M. Coming of age in rethinking the philosophies behind holism and nursing process. Nursing and health care. 11 (6), 308-312.

KOPELMAN, L., MOSKOP, J. (1981). The holistic health movement: a survey and a critique. The journal of medicine and philosophy 6. 209-235.

KRIEGER, D. (1981). Foundations for holistic health nursing practices. Philadelphia: Lippincott.

KRIEGER, D.(1975). Therapeutic touch: the imprimatur of nursing. American journal of nursing. 75 (5), 784-787.

LALIBERTÉ, C. (1993). Pour une réflexion éthique dans la pratique des soins infirmiers. -texte inédit-. Rouyn-Noranda: Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue.

LAMB, R.M. (1987). Healing: Examining the perspectives. Journal of holistic nursing. 5 (1): 23-27.

LAMBERT, C. (1990). Le caractère holiste de la revision du programme collégial québécois de soins infirmiers (1976-1985) - thèse de doctorat-. Montréal: Faculté des sciences de l'éducation.

LANG, N., KREJCI, J. (1991). Standards and holism : a reframing. Holistic nursing practice. 5 (3), 14-21.

LAROUCHE, C (1985-A). Pour juger d'une thérapie. Santé société. 7 (4): 17-21.

LECLERC, D., ROUSSEAU, N. (1990). Soigner autrement en milieu hospitalier. Nursing Québec 10 (1): 50-57.

LEGAULT, G.A..(1992). L'expérience éthique à la lumière des théories développementales dans L'expérience éthique. Rimouski: Réseaux.

- LÉVESQUE-BARBÈS, H. (1984). Le toucher thérapeutique. L'infirmière canadienne. déc. 17-19.
- LOCHEED, T. (1984). Holistic health : a uniting force for nurses. Canadian nurse. 80 (11), 24-25.
- MARTIN, C. (1984). Les soins de santé primaires ... une notion à déchiffrer. Nursing Québec. 4(6), 8-13.
- MCMURRAY, A. (1989). Time to extend the «process»? Journal of advanced nursing. Australie 6 (4), 40-43.
- MILES, R.B. (1978). Humanistic medicine and holistic health care. The holistic health handbook. Californie: Berkley.
- MOSS, R. (1991). Unifier. S'éveiller à des énergies supérieures grâce à l'amour inconditionnel. Barret-Le-Bas: Le souffle d'or.
- NEWBECK, I.(1986). Holism: the whole works. Nursing times. 82 (30), 48-49.
- NEWMAN, M.A. (1986). Health as expanding consciousness. St.Louis: Mosby.
- NEWMAN, M.A. (1987). Theory development in nursing. Philadelphia: Davis.
- NEWMAN, M.A. (1989). The spirit of nursing. Holistic nursing practice. 3 (3), 1-6.
- O.I.I.Q. (1980). Hypothèse de cadre conceptuel en nursing. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q.(1983). Eléments de planification du développement de la profession infirmière au Québec à la lumière de la philosophie des Soins de Santé Primaires. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (1986). Outil pour vérifier la compréhension et l'application de la philosophie des Soins de Santé Primaires. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (1987). Les outils complémentaires de soins, document support. Montréal: O.I.I.Q.

- O.I.I.Q. (1987). Les outils complémentaires de soins, prise de position. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (1987). La situation juridique des pratiques alternatives. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (1990). Projet 2000. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (1991). La santé pour tous par les Soins de Santé Primaires. La théorie au coeur de l'action. Montréal: O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (1994). Les valeurs de la profession. Des soins qui font la différence. -document support-. Montréal: O.I.I.Q.
- OUELLET, A. (1981). Processus de recherche: une approche systémique. Québec: P.U.Q.
- PAILLÉ, P.(1991). Colligé de textes: cours PED-837. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- PARENT, P.P. (1992). L'expérience éthique et l'expérience du désir dans L'expérience éthique. Rimouski: Réseaux.
- PAUL, D., HAGAN, L., LAMBERT, J. (1985). Etude descriptive des attitudes et comportements des infirmières du Québec à l'égard de l'orientation globale de la santé et des facteurs associées à ces attitudes et comportements. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- PAUL, D. (1985). Au delà du malade. Nursing Québec. 5 (7), 18-23.
- PELLETIER, D. (1989). Approche globale de la santé I : soins de santé primaires et outils complémentaires de soins - plan de cours ESI-719-. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- PERRON, J. (1981). Valeurs et choix en éducation. St-Hyacinthe: Edisem.
- POLETTI, R. (1980). L'enrichissement des interventions en soins infirmiers. Paris: Le Centurion.
- POTVIN, M.J. (1985). Les pratiques alternatives en nursing. Nursing Québec. 5 (4), 26-33.

POTVIN, M.J. (1994). Les infirmières et les thérapies douces : de l'engouement à la prudence. L'infirmière du Québec. mars-avril. 34-40.

PYLES, S., STERN, P. (1983). Discovery of Nursing gestalt in critical care nursing: the importance of the gray gorilla syndrome. Image. 15 : 51-57.

RACETTE, D. (1990). La formation infirmière: un grand débat de société. Artère. 8 (7): 6-7.

RAINVILLE, T. (1984). Vers un nursing holiste. L'infirmière canadienne. mars. 20-23.

Rapport L'Agora. (1e). (1986). Les médecines douces et le système de santé québécois. Ayer's Cliff. Les éditions l'Agora.

REDMAN, B.K.(1981). Issues and concepts in patient education. New-York: Appleton Century-Crofts.

ROBERT, G. (1991). Un langage oublié. Nursing Québec . Montréal. 11 (6), 28-33.

RODGERS, M. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: Davis.

ROSNAY DE, J. (1975). Le macroscopie. Paris: Seuil.

ROUSSEAU, N., SAILLANT, F., DESJARDINS, D. (1989). Les thérapies douces au Québec: portrait des praticiens et praticiennes. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires et l'École des Sciences infirmières de l'Université Laval.

ROUSSEAU, N., SAILLANT, F., LAVERGNE, N. (1987). M. A propos des thérapies douces dans les CLSC. Santé société 9 (4), 11-16.

RYAN, S., WASSENBERG, C. (1980). Community health and home care nursing. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia: Saunders.

SARKIS, J.M., SKONER, M.M. (1987). An analysis of the concept of holism in the nursing literature. Holistic nursing practice. 2 (1), 61-69.

SARTER, B. (1987). Evolutionary idealism: a philosophical foundation for holistic nursing theory. Advances in nursing science. 9 (2), 1-8.

SAUVALGE, M , CADORÉ, B. (1994). Un centre d'éthique médicale à la recherche d'une pédagogie de l'éthique. Ethica 6(2).

SIMONTON, O.C. SIMONTON, S. (1978). Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. The holistic health handbook. Californie: Berkerley.

SNYDER, M. (1985). Independent Nursing Interventions. New-York: John Wiley and Sons.

SNYDER, M. (1988). Movement Therapy. Journal of Neurosurgical Nursing. 20 (6), 373-376.

TEILHARD DE CHARDIN, P. (1955). Le phénomène humain. Paris: Seuil.

TREMBLAY, A. (1991). Sondages: histoire, pratique et analyse. Boucherville: Gaëtan-Morin.

VAN CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R. (1988). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Dunod.

WARDLE, M.G., MANDLE, C.L. (1989). Conceptual models used in clinical practice. Western journal of nursing research. 11 (1), 108-114.

WEBSTER, D., HUGES, T. (1986). Women's health. Coll. The nursing clinics of North America. Philadelphia : Saunders.

WHITMIRE, V.M., UTZ, S.W. (1985). Teaching the art of holistic nursing care. Nursing and health care. 4 (1), 147-150.

YAHN, G. (1979). The impact of holistic medicine, medical groups and health concepts. Journal of the American Medical Association. 242 (20): 2202-2205.

ANNEXE I

ANALYSE CONCEPTUELLE

SYSTEME INFIRMIERE

ANALYSE CONCEPTUELLE
SYSTEME-INFIRMIERE

CROYANCES
(modèle de Goldstein)

1. Unité du corps,
coeur et esprit

VALEURS

Unicité de la
personne
Respect

Confiance à l'autre

ATTITUDES
(qualités professionnelles)

Accueil de l'autre

Respect de l'autre
Respect de l'expé-
rience unique de
l'autre.

Ouverture à l'autre
et à ses émotions.

Confiance à la capacité
d'agir de l'autre.

Centration

INDICATEURS
(pratiques de soins)

L'individu vu
comme un tout;
"wholeness".
Diagnostic infirmier
découlera d'une ana-
lyse de la situation
globale de l'individu.
Valorisation et maintien
des comportements
positifs.
Utilisation des capacités
présentes pour agir.
Encourager l'utilisation
de moyens favorisant
l'élévation de la conscience.

<p>2. Santé vue comme harmonie, expérience de croissance et non seulement comme absence de maladie.</p>	<p>Santé Harmonie Ouverture et accueil Disponibilité Respect</p>	<p>Ecoute Empathie</p>	<p>Encourager l'expression des ressentis en relation avec l'expérience vécue- santé, maladie-. Attention particulière aux données qualitatives. Accompagner l'autre vers la prise de conscience: message de la maladie.</p>
<p>3. Responsabilisation de l'individu à l'égard de sa santé.</p>	<p>Confiance Respect Liberté de choix</p>	<p>Respect du cheminement de l'autre. Offrir le soutien requis à la prise en charge. Favoriser l'autonomie. Favoriser l'engagement au niveau des soins.</p>	<p>Objectifs de soins et interventions discutés avec la personne aidée. Soutien professionnel et ressources. Valorisation des comportements positifs.</p>
<p>4. Education sanitaire, auto-soin, auto-guérison.</p>	<p>Respect des croyances et des valeurs de l'autre. Confiance Liberté de choix</p>	<p>Ecoute Empathie</p>	<p>Accompagnement et soutien dans une démarche de connaissance de soi. Enseignement individualisé centré sur les besoins de la personne aidée.</p>

5. Relation infirmière-
personne aidée relative-
ment ouverte, égalitaire
et réciproque.

Egalité
Réciprocité
Respect
Liberté de choix

Ouverture
Empathie
Engagement
Collaboration

Soutien dans la démarche
d'apprentissage et valorisa-
tion des efforts.

Fournir les ressources et le
soutien nécessaires à la prise
en charge et à l'agir.

Accompagner la recherche
de sens de son vécu actuel.

Accompagner l'espoir.

Agir comme partenaire théra-
peutique plutôt que comme
expert dans la situation.

Ouverture aux perceptions de
l'autre.

Agir comme conseiller plutôt
qu'expert.

Valoriser la connaissance
subjective.

Tenir compte de l'importance
de la résonance infirmière-
personne aidée.

Respect des choix de l'autre.

Accompagner l'autre dans la
recherche de sens de son expé-
rience.

6. Santé =reflet de l'environnement familial, social, culturel.

Respect
Collaboration
Générosité

Acceptation incondi-
tionnelle d'autrui
Participation
Engagement

Accompagner l'espoir.

Assister la personne aidée afin d'identifier et de modifier les comportements nuisibles à la santé.

Agir comme conseiller pour offrir des ressources.

Renforcer la motivation à agir.

Accorder le soutien nécessaire au maintien des comportements positifs.

Accorder le soutien à la famille affectée par la maladie ou la perte d'un des leurs.

7. Utilisation de techniques naturelles, non-traumatiques

Harmonie intérieure
Confiance en soi et en l'autre
Centration
Humilité
Respect
Honnêteté
Intégrité
Liberté de choix

Empathie
Disponibilité à l'autre
Ecoute
Valorisation de la relation humaine comme cadre thérapeutique premier (Robert)

Intégration à la pratique infirmière d'approches "autres" vues comme interventions autonomes de soins infirmiers (Snyder, Poletti, Sarter, Newbeck, Krieger)
Respecter les ressentis de l'autre et son intuition.
Respecter les choix de l'autre.

8. Valorisation du contact physique et émotif entre infirmière et personne aidée

Réceptivité
Respect
Chaleur humaine
Disponibilité

Contact avec soi et avec l'autre
Valorisation du contact et des réponses humaines

Accompagner l'autre dans la recherche de sens de son vécu, de son expérience.

Partage du vécu entre infirmière et personne aidée
Accueil des perceptions et émotions de l'autre
Utilisation du toucher comme mode de communication, de collecte de données et d'intervention.

9. Relation thérapeutique transforme l'infirmière et la personne aidée

Confiance
Respect

Accueil de l'autre dans sa globalité
Engagement

Implication profonde et significative.
Accompagnement de l'autre dans son cheminement vers la transformation (Reeder, Ferguson)

10. Composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie.

Santé vue comme élévation de la conscience
Spiritualité
Centration
Authenticité

Ouverture à la conscience de soi et de l'autre (OIIQ)
Ecoute
Ouverture à de nouvelles expériences et à de nouveaux modes d'interventions

Elévation de la conscience vue comme finalité des soins infirmiers (Newbeck, Sarter)
Accompagnement de l'autre tout en respectant son cheminement.
Favoriser des processus de lâcher-prise du mental: respiration,

musique, dessin etc...(Reeder)

Encourager les expériences de type
spirituel (ex: méditation).

ANNEXE II

OPERATIONNALISATION DES CARACTERISTIQUES DE L'APPROCHE HOLISTE (GOLDSTEIN) A PARTIR DE LA TAXONOMIE DES INTERVENTIONS DE SOINS INFIRMIERS PROPOSEE PAR BULECHEK-McCLOSKEY

Approche holiste selon Goldstein et al	Taxonomie des interventions de soins infirmiers selon Bulechek-McCloskey		
Caractéristiques	Niveau I	Niveau II	Niveau III
1. L'unité du corps, coeur et esprit.	La personne aidée vue comme être global ayant plusieurs composantes interconnectées entre elles et indissociables.	Evaluation de l'état de santé de la personne aidée selon une vision globale de la personne.	Evaluation des besoins de santé de la personne aidée relativement à l'état de santé actuel. Ouverture aux perceptions de la personne aidée relativement à l'état de santé actuel. Collecte de données:données de type quantitatif et qualitatif;habitudes de santé, perception de son rôle, valeurs et attitudes à l'égard de sa santé.

<p>2. Santé perçue comme un état positif et non seulement comme absence de maladie.</p>	<p>Définition de la santé comme étant un manque d'harmonie ou manque d'intégration de l'expérience consciente.</p> <p>La maladie transmet un message.</p>	<p>Perception de la personne aidée en relation avec son état de santé actuel.</p> <p>Prise de conscience du message que livre le corps par le biais de la maladie.</p> <p>Techniques de lâcher-prise du mental dans un but de prise de conscience.</p>	<p>Ouverture aux perceptions de la personne aidée et des proches.</p> <p>Ecoute active, attitude chaleureuse et empathique invitant la personne aidée à partager son vécu, ses émotions.</p> <p>Favoriser la prise de conscience de la part de la personne aidée relativement à la relation entre conflits non-résolus et maladie.</p> <p>Utilisation de techniques de lâcher-prise du mental avec la personne aidée: -visualisation, musique, dessin, techniques de respiration, etc... suivi de retour sur l'expérience intérieure</p>
---	---	--	--

<p>3. Responsabilisation de l'individu vis-à-vis sa propre santé.</p>	<p>Responsabilité et engagement envers des comportements de santé.</p>	<p>Clarification de valeurs.</p> <p>Prise de conscience des attitudes envers sa santé: -autonomie -engagement -motivation.</p> <p>Prise en charge et soutien professionnel.</p> <p>Planification de soins avec la personne aidée.</p> <p>Enseignement.</p>	<p>Amener la personne aidée à identifier les valeurs importantes pour elle relativement à sa santé.</p> <p>Susciter la réflexion sur l'intérêt et la motivation à faire des choix et à les traduire en comportements: -relation empathique -écoute active -enseignement.</p> <p>Valoriser les comportements positifs et la prise en charge de la personne aidée. Offrir le soutien requis.</p> <p>Discuter avec la personne aidée des objectifs de soins à atteindre ainsi que des interventions de soins à mettre en place pour y arriver tout en respectant la liberté de choix.</p> <p>Offrir le soutien, l'information et les ressources nécessaires. Evaluer les résultats avec la personne aidée.</p>
---	--	--	---

<p>4. Education sanitaire, prise en charge de ses soins et processus d'auto-guérison.</p>	<p>Promotion, maintien et recouvrement de la santé.</p>	<p>Prise de conscience de la part de la personne aidée sur sa capacité à s'engager dans un processus d'auto-soin, d'auto-guérison.</p> <p>Valorisation de la prise en charge par la personne aidée de ses soins.</p> <p>Enseignement relatif aux comportements de santé et aux ressources disponibles susceptibles d'aider la personne aidée</p>	<p>Informers la personne aidée sur la nature et la signification de la maladie et sur les modes de comportements qui l'y ont conduit.</p> <p>Amener la personne aidée à identifier comment elle peut participer à ses soins, à sa guérison:</p> <ul style="list-style-type: none"> -écoute active -partage des ressentis -attitude empathique, respect -soutien professionnel -valorisation des comportements positifs. <p>Informers la personne aidée sur les moyens de modifier son mode de vie afin d'adopter des comportements conformes aux règles de santé.</p> <p>Fournir les ressources et le suivi nécessaires au maintien des comportements positifs.</p>
---	---	--	--

<p>5. Relation infirmière-personne aidée relativement ouverte, égalitaire et réciproque.</p>	<p>Relation professionnelle infirmière-personne aidée.</p> <p>Phénomène de résonance entre infirmière et personne aidée.</p>	<p>Relation aidante envers la personne aidée.</p> <p>Relation de confiance entre infirmière et personne aidée.</p> <p>Confiance au potentiel de l'autre à cheminer vers la prise en charge de sa santé, de sa guérison.</p>	<p>Etablir un contact chaleureux. Manifester de l'empathie, de la compréhension, de la compassion. Etre ouverte aux perceptions de la personne aidée. Accueillir avec respect les confidences de la personne aidée. Donner l'exemple vivant de son enseignement. Etre attentive à ne pas se servir de sa crédibilité professionnelle pour imposer des choix. Respecter les choix de la personne aidée même s'ils sont différents de ceux que nous aurions faits pour nous-même.</p> <p>Respect de la confiance de l'autre. Accueil respectueux des confidences de l'autre.</p> <p>Valorisation des comportements d'autonomie. Soutien professionnel.</p>
--	--	---	--

<p>6. La santé vue comme étant le reflet de l'environnement familial, social et culturel.</p>	<p>Impact de l'environnement sur la santé.</p>	<p>Evaluation du mode de vie et des caractéristiques de l'environnement.</p>	<p>Discuter avec la personne aidée de son environnement:</p> <ul style="list-style-type: none"> -familial: qualité des relations, satisfaction, maîtrise du rôle, stress, maladie, décès, séparation, divorce, problèmes d'ordre affectif, financier, etc... -professionnel: qualité des relations avec les collègues de travail, satisfaction, image de soi comme travailleur, stress, adaptation au changement, capacité à établir une limite à sa vie professionnelle, ressourcement -social: réseau d'amis, aspect économique, stress, pollution, capacité ou non de modifier l'environnement physique, engagement dans des organismes sociaux, image de soi comme citoyen
---	--	--	---

<p>7. Tendance à recourir à des techniques naturelles, non traumatisantes et non-occidentales autant que possible</p>	<p>Enrichissement des interventions autonomes de soins infirmiers: appropriation des connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à l'utilisation d'outils complémentaires de soins.</p> <p>Croyances et valeurs à l'égard des outils complémentaires de soins.</p> <p>Congruence entre croyances et agir professionnel.</p> <p>Démarche d'actualisation personnelle et professionnelle.</p>	<p>Clarification de valeurs</p> <p>Enseignement.</p> <p>Outils complémentaires de soins vus comme interventions autonomes de soins infirmiers.</p>	<p>Respecter les croyances et valeurs de la personne aidée relativement à de nouveaux modes d'intervention.</p> <p>Renseigner la personne aidée sur le but et les effets des interventions proposées.</p> <p>Proposer à la personne aidée des interventions susceptibles d'améliorer son état de santé, de soulager sa douleur ou de diminuer son anxiété: ex.: massage, respiration, musique, relaxation, visualisation, etc...</p> <p>Choisir des interventions appropriées à son état.</p> <p>Évaluer avec la personne aidée les résultats de ces interventions.</p> <p>Évaluer avec la personne aidée son intérêt et sa motivation à utiliser ces interventions.</p>
---	---	--	--

<p>8. Valorisation du contact physique et émotif entre infirmière et personne aidée.</p>	<p>Le toucher: concept central d'une approche holiste.</p> <p>L'infirmière et le toucher.</p> <p>Le contact émotif entre infirmière et personne aidée.</p>	<p>Le toucher communicateur.</p> <p>Le toucher thérapeutique.</p> <p>La relation: contact émotif privilégié entre infirmière et personne aidée.</p>	<p>Utilisation du toucher comme mode de communication, de relaxation et de soulagement de la douleur.</p> <p>Utilisation du toucher comme mode de communication avec la personne aidée et la famille.</p> <p>Utilisation du toucher comme mode de transfert d'énergie.</p> <p>Partage des ressentis entre infirmière et personne aidée.</p> <p>Empathie.</p> <p>Compassion.</p>
--	---	---	---

<p>9. La relation thérapeutique efficace transforme aussi bien l'infirmière que la personne aidée.</p>	<p>La relation thérapeutique comme processus de transformation de l'infirmière et de la personne aidée.</p> <p>L'infirmière comme partenaire thérapeutique accompagnant la personne aidée vers la recherche de sens de son expérience</p>	<p>Relation aidante et soutien professionnel</p> <p>Relation significative avec la personne aidée et ses proches.</p> <p>Reconnaissance de l'autre comme être de parole et comme être désirant découvrir le sens de son expérience présente.</p>	<p>Etablir un lien significatif avec la personne aidée.</p> <p>Tenir compte de l'effet de résonance sur le processus de guérison.</p> <p>Ecoute et soutien: offrir sa disponibilité, planifier des périodes d'entretien.</p> <p>Ouverture à l'autre: être ouverte à la dimension de l'autre, partager son vécu expérientiel avec l'autre.</p> <p>Accueillir avec ouverture les émotions de l'autre.</p> <p>Manifester son intérêt envers le cheminement de l'autre.</p> <p>Offrir du soutien: personne aidée et famille.</p> <p>Accompagner la personne aidée dans la recherche de sens de son expérience (souffrance, douleur, mort) par un rapport qui lui permet d'expérimenter sa vie et qui repose sur la crédibilité d'une parole.</p>
--	---	--	--

ANNEXE III

VALIDATION DES PRATIQUES DE SOINS IDENTIFIEES PAR LE BIAIS DES ECRITS ET DES FILS CONDUCTEURS DU PROGRAMME 180.01

PRATIQUES DE SOINS (COMPORTEMENTS)	ECRITS	FILS CONDUCTEURS PROGRAMME 180.01
<p>1. L'unité du corps, coeur et esprit.</p> <p>-Ouverture aux perceptions de la personne aidée relativement à l'état de santé actuel.</p> <p>Collecte de données -qualitatives</p> <p>-quantitatives portant sur: habitudes de santé, perception de son rôle, valeurs, attitudes: (motivation à être en santé).</p>	<p>Capra Ferguson</p> <p>Capra Ferguson Johnson Dubos Leclerc-Rousseau Reeder Robert</p> <p>Capra Ferguson Bruneau-Morin-Phaneuf Leclerc-Rousseau Lévesque Robert</p>	<p>Communication Démarche de soins</p> <p>Démarche de soins Diagnostics infirmiers Conception explicite de soins infirmiers</p> <p>Démarche de soins Diagnostics infirmiers Conception explicite de soins infirmiers Problèmes prioritaires de santé</p>

<p>2. Santé perçue comme un état positif et non seulement comme une absence de maladie.</p> <p>Ouverture aux perceptions de la personne aidée ou de son milieu.</p> <p>Ecoute active + attitude chaleureuse et empathique invitant la personne aidée à partager son vécu, ses émotions.</p> <p>Aider la personne aidée à identifier ce qu'elle trouve le plus difficile dans l'expérience actuelle.</p> <p>Favoriser la prise de conscience de la part de la personne aidée relativement au lien entre conflits non-résolus et maladie actuelle.</p> <p>Amener la personne aidée à prendre conscience que "le corps exprime avec des maux ce qu'il ne peut dire avec des mots" par des techniques de lâcher-prise du mental (visualisation, musique, dessin, respiration) + retour sur l'expérience intérieure.</p>	<p>Capra Ferguson Pelletier, K. Leclerc-Rousseau</p> <p>Capra Ferguson OIIQ Kopelman-Moskop Reeder</p> <p>Reeder</p> <p>Capra Ferguson Moss</p> <p>Capra Moss Simard, M.</p>	<p>Communication Démarche de soins</p> <p>Communication</p> <p>Communication</p> <p>Communication</p> <p>Communication Connaissance de la personne</p>
---	--	--

3. Responsabilité de l'individu vis-à-vis sa propre santé.		
Amener la personne aidée à identifier les valeurs importantes pour elle.	Capra Ferguson Leclerc-Rousseau Kopelman-Moskop Shapiro	Communication Engagement professionnel: droits et responsabilités
Susciter la réflexion sur l'intérêt et la motivation à faire des choix et à les traduire en comportements: relation empathique, écoute active, enseignement.	Capra Ferguson Reeder	Communication (incluant communication pédagogique) Engagement professionnel: droits et responsabilités
Valoriser les comportements positifs et la prise en charge de la santé par la personne aidée.	Capra Ferguson Krieger Snyder Johnson	Communication Engagement professionnel: droits et responsabilités
Discuter avec la personne aidée des objectifs de santé à atteindre ainsi que des moyens pour les réaliser tout en respectant la liberté de choix.	Capra Ferguson Sarter Newman	Communication Engagement professionnel: droits et responsabilités, collaboration avec autrui Démarche de soins
Offrir le support, l'information et les ressources nécessaires.	Capra Reeder Potvin	Communication (incluant communication pédagogique) Engagement professionnel: collaboration avec autrui
Evaluer les résultats avec la personne aidée.	Capra Ferguson	Communication Démarche de soins Engagement professionnel: collaboration avec autrui
	Capra Ferguson	Communication Démarche de soins

<p>4. Education sanitaire, auto-soin et auto-guérison.</p> <p>Informers la personne aidée sur la nature et la signification de la maladie et sur les modes de comportements qui l'y ont conduit.</p> <p>Amener la personne aidée à identifier comment elle peut participer à ses soins, à sa guérison, par de l'écoute active, du support, le partage des ressentis, une attitude empathique et chaleureuse, enseignement, la valorisation des comportements positifs.</p> <p>Informers la personne aidée sur les moyens de modifier son mode de vie afin d'adopter des comportements conformes aux règles de santé.</p> <p>Respecter les choix de la personne aidée.</p> <p>Fournir les ressources et le suivi nécessaires au maintien des comportements positifs.</p>	<p>Capra Ferguson Pelletier, K.</p> <p>Capra Ferguson Reeder Kopelman-Moskop Bruneau-Morin-Phaneuf OIIQ</p> <p>Capra Ferguson Leclerc-Rousseau Kopelman-Moskop Reeder Pelletier, K.</p> <p>Capra Laliberté</p> <p>Capra Ferguson Pelletier</p>	<p>Communication (incluant communication pédagogique) Démarche de soins Problèmes prioritaires de santé.</p> <p>Communication (incluant communication pédagogique) Démarche de soins</p> <p>Communication (incluant communication pédagogique)</p> <p>Engagement professionnel: éthique et déontologie, droits et responsabilités</p> <p>Communication (incluant communication pédagogique) Démarche de soins Engagement professionnel: collaboration avec autrui</p>
<p>5. Relation soignant-soigné relativement ouverte, égalitaire et réciproque.</p> <p>Etablir un contact chaleureux. Manifester de l'empathie, de la compréhension, de la compassion.</p> <p>Etre ouverte aux perceptions de la personne aidée.</p> <p>Accueillir avec respect les confidences de la personne aidée.</p>	<p>Capra Ferguson Reeder Leclerc-Rousseau</p> <p>Capra Ferguson Reeder OIIQ</p>	<p>Communication</p> <p>Communication</p>

<p>7. Tendance à recourir à des techniques naturelles, non-traumatisantes et non-occidentales autant que possible.</p> <p>Respecter les croyances et valeurs de la personne aidée relativement à de nouveaux modes d'intervention.</p> <p>Renseigner la personne aidée sur le but et les effets des interventions proposées.</p> <p>Proposer à la personne aidée des interventions susceptibles d'améliorer son état de santé, de soulager sa douleur ou de diminuer son anxiété (ex: massage, respiration, musique, relaxation, visualisation, etc...)</p> <p>Choisir des interventions appropriées à son état.</p> <p>Evaluer avec la personne aidée les résultats de ces interventions.</p> <p>Evaluer l'intérêt et la motivation de la personne aidée à poursuivre l'application de ces interventions.</p>	<p>Bradley Capra Holmes Johnson Krieger Lévesque Miller Newbeck Newmann Poletti Robert Rodgers Sarkis Skoner Snyder</p> <p>Rousseau-Saillant-Desjardins Paul-Hagan-Lambert Rousseau-Saillant-Lavergne</p> <p>Capra Poletti</p> <p>Bradley Leclerc-Rousseau Lévesque Newbeck OIIQ Robert Snyder Poletti Sarter</p>	<p>Engagement professionnel:droits et responsabilités.</p> <p>Communication (incluant communication pédagogique)</p> <p>Diagnostics infirmiers Démarche de soins Engagement professionnel:collaboration avec autrui Actualisation de soi</p> <p>Diagnostics infirmiers Démarche de soins</p> <p>Démarche de soins</p> <p>Communication Démarche de soins Engagement professionnel:éthique et déontologie, droits et responsabilités</p>
--	---	---

<p>8. Valorisation du contact physique et émotif entre soignant et soigné.</p>		
<p>Utilisation du toucher comme mode de communication, de relaxation et de soulagement de la douleur.</p>	<p>Capra Johnson Poletti Prayez-Savatofski</p>	<p>Communication Démarche de soins Actualisation de soi Connaissance de la personne</p>
<p>Utilisation du toucher comme mode de transfert d'énergie.</p>	<p>Bradley-Capra-Holmes Johnson-Krieger Lévesque-Miller Newbeck-Newmann Poletti-Robert Rodgers-Sarkis Skoner-Snyder</p>	<p>Communication Démarche de soins Actualisation de soi Connaissance de la personne Engagement professionnel:droits et responsabilités, éthique et déontologie</p>
<p>Partage des ressentis entre infirmière et personne aidée.</p>	<p>Capra Ferguson Johnson Robert Snyder</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>
<p>Empathie.</p>		
<p>Compassion.</p>		

<p>9. La relation thérapeutique transforme le soignant aussi bien que le soigné.</p>		
<p>Etablir un lien significatif avec la personne aidée.</p>	<p>Capra Ferguson Johnson</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>
<p>Tenir compte de l'effet de résonance de la relation infirmière-personne aidée sur le processus de guérison.</p>	<p>Capra</p>	<p>Communication Actualisation de soi Démarche de soins</p>
<p>Offrir sa disponibilité, planifier des périodes d'entretien.</p>	<p>Capra Ferguson Robert</p>	<p>Communication Démarche de soins</p>
<p>Etre ouverte à la dimension de l'autre.</p>	<p>Capra Johnson</p>	<p>Communication</p>
<p>Partager son vécu expérientiel avec l'autre.</p>	<p>Capra Ferguson Johnson</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>
<p>Offrir du support.</p>	<p>Capra Ferguson Bulecheck-McCloskey</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>
<p>Manifester son intérêt envers le cheminement de l'autre.</p>	<p>Capra Ferguson Robert</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>
<p>Accueillir avec ouverture les émotions de l'autre.</p>	<p>Leclerc-Rousseau Capra Ferguson</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>
<p>Accompagner la personne aidée dans la recherche de sens de son vécu(souffrance, douleur, mort)par un rapport qui lui permet d'expérimenter sa vie et qui repose sur la crédibilité d'une parole.</p>	<p>Laliberté Vithoukas</p>	<p>Communication Actualisation de soi Engagement professionnel:éthique</p>
<p>Offrir une présence chaleureuse au mourant, à la famille en deuil.</p>	<p>Laliberté Leclerc-Rousseau Bulecheck-McCloskey</p>	<p>Communication Actualisation de soi</p>

<p>10. L'acceptation d'une composante spirituelle dans l'étiologie et le traitement de la maladie.</p> <p>Accompagner la personne aidée vers une prise de conscience des comportements néfastes à la santé qui ont induit la maladie.</p> <p>Accompagner la personne aidée dans la recherche de moyens de recouvrer la santé.</p> <p>Favoriser l'élargissement du champ de la conscience par divers moyens entre autres, les techniques de lâcher-prise du mental.</p>	<p>Capra Ferguson Levine Coreil Johnson</p> <p>Capra Ferguson Jonson Pelletier, K. Moss</p> <p>Levine Coreil Moss Pelletier, K. Peck</p>	<p>Communication Actualisation de soi Démarche de soins Diagnostics infirmiers Problèmes prioritaires de santé</p> <p>Communication Actualisation de soi Démarche de soins Diagnostics infirmiers Problèmes prioritaires de santé</p> <p>Communication Actualisation de soi</p>
--	--	---

ANNEXE IV

Rouyn-Noranda, 17 avril, 1994

Chère collègue,

Je te demande ta collaboration pour la réalisation de ma recherche. En répondant à ce questionnaire, tu me permettras d'établir les perceptions des enseignantes du département de soins infirmiers relativement aux pratiques de soins fondées sur les croyances et valeurs de l'approche holiste. Je te demande environ une heure de ton temps et je te remercie à l'avance de m'accorder cette disponibilité.

Le questionnaire présente cinq situations différentes à partir desquelles sont formulées des questions avec choix de réponse. Tu réponds sur le questionnaire en encerclant la lettre qui correspond à l'énoncé de ton choix. Si aucun énoncé ne te satisfait, tu as la possibilité d'inscrire ta perception dans "autre". Si tu n'as pas suffisamment d'espace tu peux utiliser le verso des pages. Pour la plupart des réponses, tu indiques, dans un premier temps, ta perception personnelle et, dans un deuxième temps, ta perception quant à l'énoncé qui serait retenu par la majorité des enseignantes de ton département.

Je tiens à préciser qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Chaque énoncé correspond à des croyances et valeurs qui se rattachent à différentes conceptions de la santé. L'analyse des résultats permettra éventuellement de confirmer ou d'infirmer nos choix en matière de conceptions de la santé ainsi que des croyances et valeurs qui s'y rattachent.

Pour ma part, je m'engage à vous présenter les résultats. Nous aurions alors une vision plus élargie de nos croyances et valeurs comme groupe de professionnelles.

Les réponses à ce questionnaire sont tout à fait anonymes, c'est pourquoi tu n'inscris pas ton nom sur le questionnaire, ni sur l'enveloppe. Je te demande de me retourner le questionnaire complété pour le 9 mai 1994 ou avant si possible. Je sais que ton temps est précieux et c'est pourquoi je tiens à te remercier très sincèrement de ta collaboration.

Je sais par expérience qu'il faut "faire un effort" pour répondre à un questionnaire! J'ose toutefois espérer que tu y trouveras un peu de plaisir!

Ta collègue,

Bertrude

ANNEXE V

Questionnaire d'enquête sur les

CROYANCES ET VALEURS DE L'APPROCHE HOLISTE:

**Perceptions des enseignantes du département de soins infirmiers
du collège de l'Abitibi-Témiscamingue**

CROYANCES ET VALEURS DE L'APPROCHE HOLISTE

SITUATION 1

1. Parmi les trois illustrations qui figurent aux pages suivantes, y en a-t-il qui représente (nt) une conception holiste de la santé?

- a) Illustration 1
- b) Illustration 2
- c) Illustration 3
- d) Toutes les illustrations
- e) Aucune

a) Illustration 1



Extrait de «*Dealing with Death and Dying*», Collection Nursing, 1978

b) Illustration 2



Extrait de : Revue « Artère » septembre, 1990

c) Illustration 3



Extrait de «L'infirmière canadienne», décembre, 1984

SITUATION 2

M. Selim, âgé de 46 ans, divorcé depuis quelques années, est professeur d'histoire au secondaire dans une école privée. Son travail professionnel est très important pour lui d'autant plus qu'il vit seul, qu'il ne voit qu'occasionnellement son fils de 16 ans et qu'il a peu d'amis. L'année dernière, M. Selim a été hospitalisé pour un accident cérébro-vasculaire consécutif à un problème d'hypertension artérielle non diagnostiqué. Il a pu reprendre son travail quelques mois plus tard. En effet, M. Selim n'avait pas de séquelles au niveau moteur; par contre, il souffrait d'aphasie amnésique légère (il arrivait à s'exprimer presque normalement mais il avait de la difficulté à trouver le mot qu'il voulait dire surtout lorsqu'il était fatigué ou stressé). Ceci était un réel problème pour lui lorsqu'il donnait ses cours d'autant plus que ses élèves n'étaient pas toujours indulgents à son égard ...

Le mois dernier, le directeur de l'école lui a suggéré de prendre quelques semaines de repos. M. Selim a tenté de lui expliquer que son problème n'était pas relié à de la fatigue mais le directeur a insisté sur la nécessité pour lui de se reposer au point où M. Selim s'est senti obligé de l'écouter. Etant très mal à l'aise vis-à-vis ses collègues de travail, M. Selim n'a pu se résoudre à leur dire la vérité ... Il leur a dit qu'il partait en voyage pour trois semaines puisqu'il voulait visiter les célèbres pyramides d'Égypte et que ceci serait fort utile pour son cours d'histoire. Et, finalement, il a passé trois semaines chez lui à se ronger d'inquiétude quant à son avenir.

Lorsqu'il est revenu au travail, il y a peu de temps, M. Selim s'est rendu compte en arrivant devant son local de classe qu'une enseignante avait été engagée pour le remplacer à son insu. Le directeur de l'école lui apprit alors qu'il serait dorénavant affecté au classement des volumes à la bibliothèque... M. Selim n'eut d'autre choix que d'accepter ce verdict. En apparence, M. Selim donnait l'impression de s'adapter à ce nouveau travail; toutefois, les gens qui le connaissaient bien voyaient qu'il ne souriait plus, qu'il marchait la tête baissée et l'air songeur. Même si tous le jugeaient très compétent pour accomplir cette tâche, ils se rendaient compte que M. Selim n'avait plus de plaisir à travailler ...

Hier matin, M. Selim fut à nouveau terrassé par un accident cérébro-vasculaire (hémiparésie gauche sans aphasie) qui le laissa beaucoup plus handicapé que la première fois.

Une étudiante en stage assume les soins de M. Selim.

Les questions 2 à 6 se rapportent à la situation 2.

2.1 Cette étudiante se demande ce qui a pu causer ce deuxième accident cérébro-vasculaire chez M. Selim.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

- a) Il est fort probable que son hypertension soit un facteur déterminant.
- b) Sans doute l'hypertension ainsi que plusieurs autres facteurs générateurs de stress.
- c) La recherche démontre de plus en plus que les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques.

d)Autre: _____

2.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs de votre département répondrait:

- a) Il est fort probable que son hypertension soit un facteur déterminant.
- b) Sans doute l'hypertension ainsi que plusieurs autres facteurs générateurs de stress.
- c) La recherche démontre de plus en plus que les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques.

d)Autre: _____

3.1 Cette étudiante a tenté d'évaluer la perception de M. Selim relativement à son état de santé actuel. Elle lui a demandé comment il voyait sa vie actuellement. M. Selim lui a répondu:

"Il y avait deux soleils dans ma vie, ma famille et mes élèves. J'ai vu ces deux soleils se coucher mais je doute qu'ils se lèvent à nouveau ..."

Vous auriez tendance à dire que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Je vous comprends très bien M. Selim, vous avez subi beaucoup de pertes en peu de temps.
- b) M. Selim, je comprends votre détresse mais je suis convaincue que le soleil peut encore se lever si vous le désirez très fort!
- c) M. Selim, j'aimerais que vous regardiez avec espoir vers l'avenir... vous savez, il y a des aphasiques qui ont accompli de grandes choses dans la vie!

d)Autre: _____

3.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs de votre département aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Je vous comprends très bien M. Selim, vous avez subi beaucoup de pertes en peu de temps.
- b) M. Selim, je comprends votre détresse mais je suis convaincue que le soleil peut encore se lever si vous le désirez très fort!
- c) M. Selim, j'aimerais que vous regardiez avec espoir vers l'avenir... vous savez, il y a des aphasiques qui ont accompli de grandes choses dans la vie!

d)Autre: _____

4.1 Après deux jours, cette étudiante dit au professeur que M. Selim lui a écrit un message et qu'elle ne comprend pas très bien pourquoi. Le message est le suivant: "Tu as à peu près le même âge que mon fils et pourtant, tu me comprends mieux que la plupart des infirmières!"

Vous auriez tendance à croire que le professeur aurait répondu:

- a) Il arrive assez souvent qu'un client accorde sa confiance à une infirmière et celle-ci devient très importante pour lui. Je crois que tu es devenue une personne significative pour M. Selim.
- b) Cela m'apparaît important d'autant plus que tu n'as passé que deux jours avec ce client. Il faudra faire attention à ne pas créer de dépendance.
- c) Tu as établi une relation d'aide avec M. Selim et il s'est senti écouté et compris.

d)Autre: _____

4.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département aurait répondu:

- a) Il arrive assez souvent qu'un client accorde sa confiance à une infirmière et celle-ci devient très importante pour lui. Je crois que tu es devenue une personne significative pour M. Selim.
- b) Cela m'apparaît important d'autant plus que tu n'as passé que deux jours avec ce client. Il faudra faire attention à ne pas créer de dépendance.
- c) Tu as établi une relation d'aide avec M. Selim et il s'est senti écouté et compris.

d)Autre: _____

5.1 L'infirmière qui a la responsabilité des soins de M. Selim lui a demandé de faire un dessin qui représenterait comment il se sent actuellement. L'étudiante qui assume les soins de M. Selim est un peu étonnée et demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi.

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui aurait répondu:

- a) Le dessin est un moyen de relaxation et en même temps un loisir pour lui. De plus, cela lui permet de centrer son attention sur autre chose que sa maladie.
- b) Le dessin est un moyen de relaxation qui permet à la fois de faire travailler le physique et l'imaginaire.
- c) Le dessin nous met en contact avec nos ressentis et notre moi intérieur. Ainsi, nous pourrions connaître davantage les ressentis de M. Selim.

d)Autre: _____

5.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département aurait répondu:

- a) Le dessin est un moyen de relaxation et en même temps un loisir pour lui. De plus, cela lui permet de centrer son attention sur autre chose que sa maladie.
- b) Le dessin est un moyen de relaxation qui permet à la fois de faire travailler le physique et l'imaginaire.
- c) Le dessin nous met en contact avec nos ressentis et notre moi intérieur. Ainsi, nous pourrions connaître davantage les ressentis de M. Selim.

d)Autre: _____

6.1 Malgré ses limites motrices, M. Selim est arrivé à faire un dessin. Il a expliqué ainsi son dessin à l'infirmière: "C'est une prison et j'y suis enfermé. Je ne peux dire à qui que ce soit ce que je ressens!"

L'étudiante qui assume les soins de M. Selim demande au professeur en quoi ce dessin et sa signification peuvent nous aider à prodiguer de meilleurs soins à ce client.

Vous auriez tendance à dire que le professeur aurait répondu:

- a) Cela nous dit que ton client se sent isolé et qu'il a de la difficulté à exprimer ses émotions.
- b) Il est fort probable que M. Selim trouve difficile d'exprimer ses émotions et que celles-ci influencent son état de santé. C'est une piste à explorer avec lui.
- c) Cela nous indique que M. Selim a probablement peu de ressources sur lesquelles il peut compter. Nous devons valider cela.

d)Autre: _____

6.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs de votre département aurait répondu:

- a) Cela nous dit que ton client se sent isolé et qu'il a de la difficulté à exprimer ses émotions.
- b) Il est fort probable que M. Selim trouve difficile d'exprimer ses émotions et que celles-ci influencent son état de santé. C'est une piste à explorer avec lui.
- c) Cela nous indique que M. Selim a probablement peu de ressources sur lesquelles il peut compter. Nous devons valider cela.

d)Autre: _____

SITUATION 3

M. Bougeotte, 45 ans, est gérant d'une compagnie d'assurances depuis 25 ans. Il est marié et père de deux garçons âgés de 16 et 17 ans. C'est un homme qui a une bonne estime de lui-même et on pourrait le qualifier de bon vivant. Son travail lui demande beaucoup de son temps et de son énergie ainsi que ses nombreuses activités sociales. C'est un type d'apparence calme qui subit un stress constant car il est très compétitif et valorise la performance, le rendement et l'efficacité. Il dort peu et se couche très tard. Il mange souvent "sur le pouce" et à des heures irrégulières. Il consomme environ dix tasses de café par jour et prend un verre chaque jour au retour du travail, question de décompresser! Il prend aussi de l'alcool lors de soirées sociales soit environ deux soirs par semaine. Il fume environ 40 cigarettes par jour. Il ne fait aucun sport et il trouve que l'exercice physique est une perte de temps. La seule détente qu'il s'accorde est d'aller prendre un bon repas au restaurant avec sa femme une fois par semaine.

La semaine dernière, à son retour du travail, M. Bougeotte dit à sa femme avoir de la difficulté à digérer et avoir des nausées. Il accusait aussi une douleur rétro-sternale assez intense et présentait de la dyspnée et de la diaphorèse. La douleur devenant de plus en plus forte, M. Bougeotte accepta de se rendre à la salle d'urgence où le médecin, après examen et investigation, diagnostiqua un "infarctus du myocarde". Par la suite M. Bougeotte séjourna à l'unité coronarienne pour quelques jours. C'est à ce moment que son médecin l'informa de la gravité de son état (infarctus du myocarde étendu), qu'il lui expliqua sa maladie et les grandes lignes de sa réadaptation. Ce fut un choc important pour M. Bougeotte.

Depuis ce temps, M. Bougeotte a été transféré à l'unité de médecine. Il ne présente plus de douleur depuis quelques jours et son état semble s'améliorer. Toutefois, lorsque l'infirmière lui parle de son état il dit qu'il n'y a pas lieu de changer quoi que ce soit à son mode de vie et que, de toute façon, il est un "homme fini". Il dit: "Il n'y a pas un seul bon vendeur d'assurances qui me vendrait une assurance-vie ... les risques sont trop élevés!"

M. Bougeotte manifeste clairement qu'il refuse de changer quoi que ce soit à ses habitudes de vie et il semble bien qu'il ne croit pas pouvoir mener une vie normale dorénavant. Lorsque l'infirmière aborde la question avec lui, en présence de sa femme, il lui dit: "Vous imaginez-vous que je vais arrêter de vivre parce que j'ai fait un infarctus? De toute façon, aussi bien en profiter, je n'en ai plus pour longtemps!" Sa femme baisse les yeux et soupire. Plus tard, celle-ci dit à l'infirmière: "Pensez-vous qu'il serait préférable que je cesse de travailler pour le surveiller de plus près?"

Une étudiante en stage assume les soins de M. Bougeotte.

Les questions 7 à 15 se rapportent à la situation 3.

7.1 L'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte dit au professeur : "Ce matin, mon client a dit à l'infirmière qu'il était un homme fini!"

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui aurait répondu :

- a) Tu sais qu'il existe plusieurs phases dans le processus de deuil. Essaie d'apprécier à quelle phase se situe ton client car cela pourrait orienter l'équipe multidisciplinaire vers un plan d'intervention efficace.
- b) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Il serait important qu'il en parle à son médecin.
- c) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Toutefois, il serait très utile que nous sachions ce qu'il entend exactement par ces propos: "être un homme fini"?

d)Autre: _____

7.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs de votre département aurait répondu:

- a) Tu sais qu'il existe plusieurs phases dans le processus de deuil. Essaie d'apprécier à quelle phase se situe ton client car cela pourrait orienter l'équipe multidisciplinaire vers un plan d'intervention efficace.
- b) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Il serait important qu'il en parle à son médecin.
- c) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Toutefois, il serait très utile que nous sachions ce qu'il entend exactement par ces propos: "être un homme fini"?

d)Autre: _____

8.1 L'étudiante en discutant avec M. Bougeotte apprend qu'il ne peut envisager de changer ses habitudes de vie. Il dit : "Mon corps ne veut plus suivre... mais je dois performer, sinon c'est la fin de tout... et dire que j'ai mis des années de travail acharné pour arriver où je suis!"

Vous auriez tendance à croire que le professeur souhaiterait que l'étudiante qui soigne M. Bougeotte lui réponde:

a) M. Bougeotte, je sens que vous êtes en colère... et déçu... est-ce que je me trompe? Se pourrait-il que la performance que vous vous imposiez vous ait conduit à la maladie?

b) M. Bougeotte, ce que vous me dites m'apparaît important. Prenez-le en note et discutez-en avec votre médecin lorsqu'il viendra vous voir aujourd'hui.

c) M. Bougeotte, ce que vous me dites m'apparaît important. Si vous le permettez, j'en discuterai avec les infirmières à la réunion d'équipe ce matin et ensemble, nous trouverons certainement une solution.

Autre: _____

8.2 Vous croyez que la majorité des professeurs de votre département souhaiterait que l'étudiante lui réponde:

a) M. Bougeotte, je sens que vous êtes en colère... et déçu... est-ce que je me trompe? Se pourrait-il que la performance que vous vous imposiez vous ait conduit à la maladie?

b) M. Bougeotte, ce que vous me dites m'apparaît important. Prenez-le en note et discutez-en avec votre médecin lorsqu'il viendra vous voir aujourd'hui.

c) M. Bougeotte, ce que vous me dites m'apparaît important. Si vous le permettez, j'en discuterai avec les infirmières à la réunion d'équipe ce matin et ensemble, nous trouverons certainement une solution.

Autre: _____

9.1 La femme de M. Bougeotte est vraiment découragée... Elle est convaincue que son mari envisage de continuer son même train de vie après sa sortie de l'hôpital. Elle pense sérieusement à cesser de travailler. Elle en discute avec le professeur.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait:

- a) Mme Bougeotte, je sais par expérience que la maladie d'un membre de la famille affecte toute la famille. Comment vous sentez-vous face à la situation?
- b) Mme Bougeotte, croyez-vous que votre mari changera de comportement si vous cessez de travailler?

c) Mme Bougeotte, le problème ne vous appartient pas, il appartient à votre mari et c'est à lui de trouver des moyens de s'adapter à sa nouvelle situation. Vous ne l'aidez pas en le surprotégeant mais en lui manifestant votre soutien et votre confiance.

d)Autre: _____

9.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs de votre département lui dirait:

a) Mme Bougeotte, je sais par expérience que la maladie d'un membre de la famille affecte toute la famille. Comment vous sentez-vous face à la situation?

b) Mme Bougeotte, croyez-vous que votre mari changera de comportement si vous cessez de travailler?

c) Mme Bougeotte, le problème ne vous appartient pas, il appartient à votre mari et c'est à lui de trouver des moyens de s'adapter à sa nouvelle situation. Vous ne l'aidez pas en le surprotégeant mais en lui manifestant votre soutien et votre confiance.

d)Autre: _____

10.1 M. Bougeotte était particulièrement stressé ce matin. L'infirmière lui a fait écouter une cassette de relaxation avec musique subliminale. L'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi.

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui répondrait:

- a) La musique a un effet thérapeutique reconnu depuis fort longtemps. Platon et Aristote prescrivaient l'écoute de musique pour traiter de nombreuses maladies.
- b) La musique induit la relaxation et elle favorise le lâcher-prise du mental. L'infirmière s'en est servie pour montrer à M. Bougeotte qu'il pourrait l'utiliser avec profit à l'avenir.
- c) La musique est un moyen de relaxation intéressant et l'infirmière s'en est servie pour procurer à M. Bougeotte une détente physique et mentale.

d)Autre: _____

10.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui répondrait:

- a) La musique a un effet thérapeutique reconnu depuis fort longtemps. Platon et Aristote prescrivaient l'écoute de musique pour traiter de nombreuses maladies.
- b) La musique induit la relaxation et elle favorise le lâcher-prise du mental. L'infirmière s'en est servie pour montrer à M. Bougeotte qu'il pourrait l'utiliser avec profit à l'avenir.
- c) La musique est un moyen de relaxation intéressant et l'infirmière s'en est servie pour procurer à M. Bougeotte une détente physique et mentale.

d)Autre: _____

11.1 Cette étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des principes à respecter lorsque l'on utilise la musicothérapie.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

a) Lorsqu'une personne est malade, elle ne sait plus que la musique a un effet bénéfique pour elle. Elle n'y pense même pas, ses centres d'intérêts ou ses préoccupations sont ailleurs. Notre rôle consiste à lui rappeler que la musique est un moyen à sa portée qui peut grandement lui aider.

b) En général, la musique est bénéfique pour tout le monde; il s'agit de découvrir quel genre de musique ton client préfère. Une musique que l'on aime a plus de chance d'être thérapeutique qu'une musique que nous trouvons agaçante ou agressive.

c) La musique affecte le système limbique qui est le centre des émotions et des ressentis; elle favorise une intégration de toutes les dimensions de la personne. Les recherches démontrent que la musique peut favoriser la détente en autant qu'elle corresponde aux goûts de la personne en cette matière.

d)Autre:

11.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui répondrait:

a) Lorsqu'une personne est malade, elle ne sait plus que la musique a un effet bénéfique pour elle. Elle n'y pense même pas, ses centres d'intérêts ou ses préoccupations sont ailleurs. Notre rôle consiste à lui rappeler que la musique est un moyen à sa portée qui peut grandement lui aider.

b) En général, la musique est bénéfique pour tout le monde; il s'agit de découvrir quel genre de musique ton client préfère. Une musique que l'on aime a plus de chance d'être thérapeutique qu'une musique que nous trouvons agaçante ou agressive.

c) La musique affecte le système limbique qui est le centre des émotions et des ressentis; elle favorise une intégration de toutes les dimensions de la personne. Les recherches démontrent que la musique peut favoriser la détente en autant qu'elle corresponde aux goûts de la personne en cette matière.

d)Autre:

12.1 Quelques jours plus tard, M. Bougeotte semble un peu plus positif. L'infirmière chef d'équipe décide qu'il faudrait adapter son plan de soins et il y a une rencontre de l'équipe de soins dans ce but ce matin. Les étudiantes en stage de même que leur professeur participent à cette rencontre.

L'infirmière demande à votre professeur: "D'après toi, quelle devrait être notre façon d'agir à cette étape-ci?"

Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait:

- a) Nous avons recueilli au fil du temps plusieurs données objectives et subjectives concernant ce client. Il me semble qu'il faudrait discuter de la situation avec celui-ci et définir avec lui les objectifs de soins.
- b) Je crois que le médecin devrait d'abord discuter avec le client afin de voir si celui-ci est prêt à s'orienter vers des comportements de santé.
- c) C'est une problématique complexe... Il faudrait que nous rassemblions toutes les données recueillies, que nous les analysions et que nous discussions des interventions possibles avec tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.

d)Autre: _____

12.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui répondrait:

- a) Nous avons recueilli au fil du temps plusieurs données objectives et subjectives concernant ce client. Il me semble qu'il faudrait discuter de la situation avec celui-ci et définir avec lui les objectifs de soins.
- b) Je crois que le médecin devrait d'abord discuter avec le client afin de voir si celui-ci est prêt à s'orienter vers des comportements de santé.
- c) C'est une problématique complexe... Il faudrait que nous rassemblions toutes les données recueillies, que nous les analysions et que nous discussions des interventions possibles avec tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.

d)Autre: _____

13.1 Etant donné que M. Bougeotte commence à entrevoir l'avenir d'une manière plus positive, l'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte discute des objectifs de soins avec son professeur.

Selon vous, le professeur privilégiera l'objectif de soins suivant:

- a) Que M. Bougeotte prenne les mesures appropriées pour faire face aux situations stressantes;
- b) Que M. Bougeotte établisse des liens entre le processus physio-pathologique, les signes et symptômes et les causes de sa maladie;
- c) Que M. Bougeotte prenne sa santé en charge en effectuant les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et en participant au traitement.

d)Autre: _____

13.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs privilégierait l'objectif de soins suivant:

- a) Que M. Bougeotte prenne les mesures appropriées pour faire face aux situations stressantes;
- b) Que M. Bougeotte établisse des liens entre le processus physio-pathologique, les signes et symptômes et les causes de sa maladie;
- c) Que M. Bougeotte prenne sa santé en charge en effectuant les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et en participant au traitement.

d)Autre: _____

14.1 Quelques jours plus tard, M. Bougeotte dit à l'étudiante qui en prend soin qu'il a décidé de changer certaines de ses habitudes. Il lui dit: "Depuis ce matin, je ne fume plus!"

Vous auriez tendance à dire que le professeur souhaiterait que l'étudiante lui réponde:

- a) M. Bougeotte, qu'est-ce qui a motivé votre décision?
- b) M. Bougeotte, vous avez toute mon admiration! J'ai confiance en vous, vous réussirez! C'est un beau cadeau de santé que vous vous faites.
- c) Votre médecin pourra être informé de cette bonne nouvelle lors de sa visite.

d)Autre: _____

14.2 Vous croyez que la majorité des professeurs de votre département souhaiterait que l'étudiante lui réponde:

- a) M. Bougeotte, qu'est-ce qui a motivé votre décision?
- b) M. Bougeotte, vous avez toute mon admiration! J'ai confiance en vous, vous réussirez! C'est un beau cadeau de santé que vous vous faites.
- c) Votre médecin pourra être informé de cette bonne nouvelle lors de sa visite.

d)Autre _____

15.1 M. Bougeotte s'est bien rétabli et son congé est prévu pour demain. Il dit à l'étudiante qui lui a donné des soins depuis plusieurs jours: "Je ne t'oublierai jamais, tu as été un ange pour moi et tu m'as aidé à traverser cette terrible épreuve !" L'étudiante rapporte au professeur ces paroles.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait:

a) Tu as donné de très bons soins à ce client et cela parce que tu as accepté de t'engager personnellement. Tu as investi auprès de ce client et c'est ce qui fait la différence. Tu as été une partenaire qui a cheminé avec lui et il l'a très bien senti.

b) M. Bougeotte et toi aviez un contact privilégié. Tu l'as amené à voir que la vie pouvait à nouveau être intéressante malgré ses limites. C'est pourquoi il a accepté de t'écouter et de modifier ses comportements de santé.

c) Tu as appuyé tes interventions sur une démarche de soins ce qui a donné des résultats intéressants! C'est une preuve de plus que la démarche de soins devrait être notre instrument premier en soins infirmiers.

d)Autre _____

15.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui dirait:

a) Tu as donné de très bons soins à ce client et cela parce que tu as accepté de t'engager personnellement. Tu as investi auprès de ce client et c'est ce qui fait la différence. Tu as été une partenaire qui a cheminé avec lui et il l'a très bien senti.

b) M. Bougeotte et toi aviez un contact privilégié. Tu l'as amené à voir que la vie pouvait à nouveau être intéressante malgré ses limites. C'est pourquoi il a accepté de t'écouter et de modifier ses comportements de santé.

c) Tu as appuyé tes interventions sur une démarche de soins ce qui a donné des résultats intéressants! C'est une preuve de plus que la démarche de soins devrait être notre instrument premier en soins infirmiers.

d)Autre _____

SITUATION 4

M. Soleil, 72 ans, est un homme souriant, jovial, bon vivant. Il est actuellement résident à l'unité de soins prolongés depuis six ans. C'est un homme de bonne stature (5' 11" , 230 livres), diabétique insulino-dépendant depuis plus de quarante ans. Il a été amputé des deux jambes il y a quelques années et suite à cet événement, il a été admis en soins prolongés puisque sa femme n'arrivait plus à lui prodiguer les soins nécessaires à domicile. M. Soleil a travaillé de nombreuses années comme mineur et ensuite quelques années comme journalier. Il aime la musique et dit s'ennuyer des réunions de famille qui permettaient de rassembler tous ceux qu'il aime (il a sept enfants, tous mariés, vivant à l'extérieur de la région). Pendant plusieurs années, il a fait du dessin et de la peinture; quelques-unes de ses oeuvres ont d'ailleurs été exposées et lui ont valu des prix.

Depuis quelques mois, M. Soleil refuse de respecter son régime alimentaire. Il se procure des chocolats et des friandises qu'il cache dans sa table de chevet. Il dit: "De toute façon, c'est le seul plaisir qui me reste." Ce comportement l'a amené à prendre du poids et influence aussi le contrôle de sa glycémie. L'équipe soignante juge qu'il devient risqué pour le client et pour le personnel de le lever (transfert du lit à la chaise roulante et vice-versa) et applique depuis cette semaine cette nouvelle consigne : "On ne lève plus M. Soleil." M. Soleil est donc confiné à son lit.

Une étudiante en stage assume les soins de M. Soleil.

Les questions 16 à 19 se rapportent à la situation 4.

16.1 L'étudiante prend contact avec le client et par la suite dit au professeur : "J'ai demandé à M. Soleil comment il voit cette nouvelle consigne à l'effet de ne plus le lever." Il m'a dit: "On veut me punir parce que je mange trop... ici, ce n'est pas un hôpital pour les gros!"

Dans cette situation, vous auriez tendance à dire que le professeur souhaiterait que l'étudiante qui soigne M. Soleil lui réponde:

- a) Je vous comprends M. Soleil. Parlez-en à votre médecin, je crois qu'il pourrait intervenir en votre faveur.
- b) M. Soleil, l'équipe de soins a décidé de cette mesure non pas pour vous punir mais bien pour assurer votre sécurité.
- c) Expliquez-moi un peu mieux pourquoi vous me dites cela car je veux bien comprendre la façon dont vous voyez la situation.

d)Autre: _____

16.2 Vous croyez que la majorité des professeurs de votre département aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Je vous comprends M. Soleil. Parlez-en à votre médecin, je crois qu'il pourrait intervenir en votre faveur.
- b) M. Soleil, l'équipe de soins a décidé de cette mesure non pas pour vous punir mais bien pour assurer votre sécurité.
- c) Expliquez-moi un peu mieux pourquoi vous me dites cela car je veux bien comprendre la façon dont vous voyez la situation.

d)Autre: _____

17.1 Un peu plus tard, l'étudiante qui soigne M. Soleil dit au professeur : J'ai demandé à M. Soleil de me dire ce qui était le plus important pour lui dans la vie. Il m'a répondu: "Première chose, la plus importante, voir ma femme et ma famille; deuxièmement, manger et ensuite, pouvoir circuler en chaise roulante."

Vous croyez que le professeur dira à l'étudiante:

- a) Ce sont des informations précieuses, note-les dans tes observations au dossier afin que le médecin puisse en prendre connaissance.
- b) Tu viens de réaliser une démarche de clarification de valeurs avec ton client. Ces données seront de première importance pour orienter la planification des soins.
- c) C'est très intéressant, tu pourrais faire part de cela à l'infirmière chef d'équipe qui désirera probablement que nous en discutons en réunion d'équipe ce matin.

d)Autre: _____

17.2 Vous croyez que la majorité des professeurs de votre département dirait à l'étudiante:

- a) Ce sont des informations précieuses, note-les dans tes observations au dossier afin que le médecin puisse en prendre connaissance.
- b) Tu viens de réaliser une démarche de clarification de valeurs avec ton client. Ces données seront de première importance pour orienter la planification des soins.
- c) C'est très intéressant, tu pourrais faire part de cela à l'infirmière chef d'équipe qui désirera probablement que nous en discutons en réunion d'équipe ce matin.

d)Autre: _____

18.1 Au cours de l'après-midi, l'étudiante dit au professeur : "J'ai demandé à M.Soleil de me faire un dessin qui représente son vécu et ses sentiments aujourd'hui. Regarde il a dessiné un oiseau dans une cage".

Vous auriez tendance à croire que le professeur dirait à l'étudiante:

a) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et en dessinant, ton client a exprimé ses ressentis profonds. En discutant de ce dessin avec lui, nous serions vraiment centrées sur son vécu intérieur et nous pourrions l'amener à exprimer ses ressentis et ses émotions.

b) C'est très intéressant, tu pourrais montrer cela à son médecin afin qu'il en discute avec M. Soleil.

c) C'est très intéressant , le dessin est une surface projective et je crois que ceci pourrait servir de piste à l'équipe de soins pour discuter à nouveau de la situation.

d)Autre: _____

18.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui dirait:

a) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et en dessinant, ton client a exprimé ses ressentis profonds. En discutant de ce dessin avec lui, nous serions vraiment centrées sur son vécu intérieur et nous pourrions l'amener à exprimer ses ressentis et ses émotions.

b) C'est très intéressant, tu pourrais montrer cela à son médecin afin qu'il en discute avec M. Soleil.

c) C'est très intéressant , le dessin est une surface projective et je crois que ceci pourrait servir de piste à l'équipe de soins pour discuter à nouveau de la situation.

d)Autre: _____

19.1 Cet après-midi, M. Soleil était triste et anxieux. Il a refusé de jouer aux cartes avec son compagnon de chambre ce qu'il apprécie beaucoup habituellement. L'infirmière est venue parler avec lui un moment et lui a proposé de lui faire un massage ce qu'il a accepté. L'étudiante qui assume les soins de M. Soleil demande au professeur pourquoi l'infirmière a proposé un massage à ce client.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

- a) Le massage peut être bénéfique car il induit une détente physique et mentale. C'est dans ce but que l'infirmière l'a proposé à M. Soleil.
- b) Etant donné que M. Soleil est alité en permanence, l'infirmière a utilisé le massage pour stimuler la circulation sanguine et prévenir ainsi des plaies de pression.
- c) Le massage est une approche corporelle qui favorise la détente et qui peut aussi influencer des niveaux de conscience plus ou moins élevés.

d)Autre: _____

19.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui répondrait:

- a) Le massage peut être bénéfique car il induit une détente physique et mentale. C'est dans ce but que l'infirmière l'a proposé à M. Soleil.
- b) Etant donné que M. Soleil est alité en permanence, l'infirmière a utilisé le massage pour stimuler la circulation sanguine et prévenir ainsi des plaies de pression.
- c) Le massage est une approche corporelle qui favorise la détente et qui peut aussi influencer des niveaux de conscience plus ou moins élevés.

d)Autre: _____

SITUATION 5

Mme Mélodie est une charmante jeune femme de 32 ans. Elle est blonde aux yeux bleus, toujours souriante, positive et très vivante. Elle est mariée et mère de deux enfants, Jean-Christophe, 11 ans et Catherine, 8 ans. Mme Mélodie a pendant plusieurs années donné des cours de musique et elle adorait cela. Elle dit qu'il n'y a rien de plus beau et de plus universel que la musique!

Il ya deux ans, Mme Mélodie s'est rendue chez son médecin pour un examen de santé annuel. Elle se disait en bonne santé, elle s'alimentait très bien, faisait de l'exercice physique régulièrement, ne fumait pas et ne prenait jamais d'alcool. Elle disait vivre une vie harmonieuse avec son conjoint et ses enfants.

Cet examen révéla un cancer du sein à un stade avancé. On hospitalisa Mme Mélodie pour l'investiguer sans délai. Cette investigation confirma le diagnostic de cancer du sein et la cartographie osseuse démontra qu'il y avait des métastases osseuses. L'oncologue proposa à Mme Mélodie un traitement de chimiothérapie intensive ce qu'elle accepta d'emblée.

Quelques semaines plus tard, elle put rentrer chez elle. Ce fut une période très difficile pour Mme Mélodie d'autant plus que son conjoint atterré par le diagnostic se mit à s'isoler, à fuir la maison et à boire de façon immodérée ce qu'il n'avait jamais fait auparavant. De plus, les enfants étaient inquiets, anxieux et éprouvaient des difficultés à l'école ...

Mme Mélodie ne perdait pas courage et disait à tous qu'elle s'en sortirait d'une manière ou d'une autre. Elle reprit ses activités tout en continuant d'être suivie régulièrement.

Dix mois plus tard, Mme Mélodie éprouva de terribles douleurs et avait beaucoup de difficulté à marcher. Elle fut de nouveau hospitalisée et on lui dit que le cancer avait repris de plus belle... L'oncologue lui dit que l'on tenterait une dernière série intensive de chimiothérapie suivie de radiothérapie. Toutefois, il informa Mme Mélodie que l'espoir était mince !

Mme Mélodie suivit ces traitements mais elle déclina de jour en jour. Elle mourut quelques semaines plus tard.

Une étudiante assume les soins de Mme Mélodie lors de cette dernière hospitalisation.

Les questions 20 à 28 se rapportent à la situation 5.

20.1 Mme Mélodie discute avec l'étudiante de la série de chimiothérapie qu'elle doit recevoir sous peu. Elle dit : "La chimiothérapie me cause beaucoup d'effets secondaires... c'est très difficile... mais je dois mettre toutes les chances de mon côté... Je lutte peut-être pour deux semaines de survie... qui sait? mais deux semaines, c'est toujours ça... ça en vaut la peine!"

Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante qui assume les soins de Mme Mélodie lui réponde:

- a) Je vous comprends Mme Mélodie, la vie est parfois bien injuste!
- b) Si j'ai bien compris la santé est devenue très précieuse pour vous.
- c) Je vous comprends Mme Mélodie, à votre place moi aussi je lutterais de toutes mes forces.

d)Autre: _____

20.2 Vous croyez que la majorité des professeurs de votre département souhaiterait que l'étudiante lui réponde:

- a) Je vous comprends Mme Mélodie, la vie est parfois bien injuste!
- b) Si j'ai bien compris la santé est devenue très précieuse pour vous.
- c) Je vous comprends Mme Mélodie, à votre place moi aussi je lutterais de toutes mes forces.

d)Autre: _____

21.1 Mme Mélodie dit à l'étudiante que ce qu'elle trouve le plus difficile dans la situation c'est d'envisager la mort avec plein d'angoisse dans le coeur. Elle lui dit: "Tu vois, mes enfants sont encore jeunes... et j'ai très peur pour eux lorsque je vois mon mari agir comme il le fait... j'ai peur qu'il devienne complètement dépendant de l'alcool et que mes enfants n'aient plus ni mère, ni père!"

Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Mme Mélodie, avez-vous discuté franchement de cette situation avec votre mari?
- b) Je comprends votre angoisse.... Vous connaissez bien votre conjoint... selon vous, pourquoi agit-il ainsi?
- c) Mme Mélodie, je sens très bien votre détresse. Si vous voulez, je pourrais en parler avec mon professeur de stage ou l'infirmière et je suis certaine qu'elles pourraient m'aider à vous offrir à vous et votre conjoint un peu plus de soutien dans la situation.

d)Autre: _____

21.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Mme Mélodie, avez-vous discuté franchement de cette situation avec votre mari?
- b) Je comprends votre angoisse.... Vous connaissez bien votre conjoint... selon vous, pourquoi agit-il ainsi?
- c) Mme Mélodie, je sens très bien votre détresse. Si vous voulez, je pourrais en parler avec mon professeur de stage ou l'infirmière et je suis certaine qu'elles pourraient m'aider à vous offrir à vous et votre conjoint un peu plus de soutien dans la situation.

d)Autre: _____

22.1 Mme Mélodie dit à l'étudiante qui lui prodigue des soins qu'elle désirerait recevoir des traitements d'acupuncture. Elle lui demande si elle croit qu'un tel traitement pourrait l'aider. Celle-ci lui répond qu'elle consultera son professeur et qu'elle lui en reparlera.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dira:

- a) L'acupuncture vise à rééquilibrer les énergies vitales du client... On ne sait jamais, si elle y croit, pourquoi la décourager?
- b) Les pratiques alternatives sont souvent bénéfiques pour aider à soulager la douleur; en ce sens, cela pourrait probablement l'aider.
- c) Les pratiques alternatives sont souvent vues comme la médecine de dernier recours... mais je doute qu'elles soient efficaces pour traiter un cancer en phase terminale.

d)Autre _____

22.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui dirait:

- a) L'acupuncture vise à rééquilibrer les énergies vitales du client... On ne sait jamais, si elle y croit, pourquoi la décourager?
- b) Les pratiques alternatives sont souvent bénéfiques pour aider à soulager la douleur; en ce sens, cela pourrait probablement l'aider.
- c) Les pratiques alternatives sont souvent vues comme la médecine de dernier recours... mais je doute qu'elles soient efficaces pour traiter un cancer en phase terminale.

d)Autre _____

23. 1 Suite à ceci, l'étudiante qui assume les soins de Mme Mélodie rapporte à son professeur qu'une infirmière de l'équipe a proposé à Mme Mélodie des séances de toucher thérapeutique. Cette étudiante demande au professeur en quoi le toucher thérapeutique peut être bénéfique pour cette cliente.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondra:

- a) Le toucher thérapeutique repose sur un principe de transfert d'énergie mais il n'est pas prouvé que cela soit efficace pour guérir la maladie ou pour soulager la douleur.
- b) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui vise à renforcer le processus d'auto-guérison du corps et en ce sens, il pourrait certainement aider Mme Mélodie.
- c) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui favorise la guérison même si l'on doit admettre que le transfert d'énergie d'une personne à une autre n'est pas tangible. Il est difficile de dire jusqu'à quel point cela pourrait aider Mme Mélodie mais je crois que ce traitement mérite d'être essayé.

d)Autre _____

23.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui dirait:

- a) Le toucher thérapeutique repose sur un principe de transfert d'énergie mais il n'est pas prouvé que cela soit efficace pour guérir la maladie ou pour soulager la douleur.
- b) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui vise à renforcer le processus d'auto-guérison du corps et en ce sens, il pourrait certainement aider Mme Mélodie.
- c) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui favorise la guérison même si l'on doit admettre que le transfert d'énergie d'une personne à une autre n'est pas tangible. Il est difficile de dire jusqu'à quel point cela pourrait aider Mme Mélodie mais je crois que ce traitement mérite d'être essayé.

d)Autre _____

24.1 L'étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des précautions à prendre lorsque l'on fait du toucher thérapeutique.

Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait:

- a) Le toucher thérapeutique ne peut modifier les processus physiologiques. Il n'y a donc aucune précaution à prendre sauf celle de ne pas créer de faux espoirs.
- b) En général, le client n'absorbera que la quantité d'énergie requise. Toutefois, les nourrissons, les enfants, les vieillards et les mourants sont très sensibles à ces traitements. Dans ces cas, l'énergie doit être transmise lentement, doucement et en petite quantité.
- c) En général, le toucher thérapeutique est bénéfique pour tout individu. Il est toutefois admis par les experts en toucher thérapeutique que les traitements seront efficaces chez les cancéreux en autant que l'énergie transmise soit concentrée dans une région bien définie.

d)Autre: _____

24.2 Vous auriez tendance à dire que la majorité des professeurs de votre département dirait:

- a) Le toucher thérapeutique ne peut modifier les processus physiologiques. Il n'y a donc aucune précaution à prendre sauf celle de ne pas créer de faux espoirs.
- b) En général, le client n'absorbera que la quantité d'énergie requise. Toutefois, les nourrissons, les enfants, les vieillards et les mourants sont très sensibles à ces traitements. Dans ces cas, l'énergie doit être transmise lentement, doucement et en petite quantité.
- c) En général, le toucher thérapeutique est bénéfique pour tout individu. Il est toutefois admis par les experts en toucher thérapeutique que les traitements seront efficaces chez les cancéreux en autant que l'énergie transmise soit concentrée dans une région bien définie.

d)Autre: _____

25.1 En après-midi, l'étudiante qui s'occupe de Mme Mélodie se dirige vers sa chambre dans le but d'aller prendre ses signes vitaux. Quelle n'est pas sa surprise lorsqu'elle arrive dans la chambre de voir une infirmière assise sur le lit à côté de Mme Mélodie. Elle la tient dans ses bras et Mme Mélodie appuie sa tête sur son épaule tout en pleurant à chaudes larmes. L'infirmière ne parle pas, elle la tient dans ses bras et lui masse doucement le dos. L'étudiante ne sait que faire... et décide d'aller en parler avec son professeur de stage. Elle lui dit qu'elle n'a jamais vu cela et qu'elle n'avait jamais imaginé que l'on puisse faire cela dans un hôpital!

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait:

- a) Ce que tu viens de voir, c'est de l'empathie! Le toucher et les attitudes démontrent que l'infirmière est centrée sur le vécu immédiat de cette cliente et qu'elle est ouverte et réceptive à l'expression de ses émotions.
- b) Pleurer est très thérapeutique... c'est une forme de communication particulière qui nous permet d'exprimer certaines émotions. L'infirmière répond en ce moment à ce besoin de la cliente.
- c) Dans ce cas-ci, l'infirmière se sert du toucher car la recherche démontre que le toucher influence des niveaux de conscience plus élevés. Ainsi, la cliente pourra s'ouvrir à un élargissement de son champ de conscience.

d)Autre _____

25.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département dirait à l'étudiante:

- a) Ce que tu viens de voir, c'est de l'empathie! Le toucher et les attitudes démontrent que l'infirmière est centrée sur le vécu immédiat de cette cliente et qu'elle est ouverte et réceptive à l'expression de ses émotions.
- b) Pleurer est très thérapeutique... c'est une forme de communication particulière qui nous permet d'exprimer certaines émotions. L'infirmière répond en ce moment à ce besoin de la cliente.
- c) Dans ce cas-ci, l'infirmière se sert du toucher car la recherche démontre que le toucher influence des niveaux de conscience plus élevés. Ainsi, la cliente pourra s'ouvrir à un élargissement de son champ de conscience.

d)Autre _____

26.1 Mme Mélodie décline tout doucement... et il est visible qu'elle s'achemine vers la mort. L'étudiante qui en prend soin demande au professeur. Qu'est-ce que je peux faire pour l'aider?

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

- a) Prends régulièrement ses signes vitaux et informe l'infirmière de tout changement.
- b) Surveille tout changement de son état et donne-lui tout le confort possible.
- c) Assure-toi qu'elle est confortable mais n'oublie pas que ce dont elle a besoin avant tout c'est d'une présence chaleureuse.

d)Autre: _____

26.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département répondrait à cette étudiante:

- a) Prends régulièrement ses signes vitaux et informe l'infirmière de tout changement.
- b) Surveille tout changement de son état et donne-lui tout le confort possible.
- c) Assure-toi qu'elle est confortable mais n'oublie pas que ce dont elle a besoin avant tout c'est d'une présence chaleureuse.

d)Autre: _____

27.1 En après-midi, Mme Mélodie dit au professeur: “Je sais qu’il n’y a plus rien à faire... je vois ma famille vivre avec douleur et impuissance cette séparation ... j’aimerais en finir au plus vite ... je suis maintenant prête à mourir... S’il te plaît, mets ma musique préférée et donne-moi une injection de morphine qui me permettra de quitter ce monde en douceur.”

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui répondrait:

a) Ce que vous me demandez Mme Mélodie c’est de l’euthanasie et en aucun cas une infirmière ne peut agir en ce sens. Notre rôle est de sauvegarder la vie.

b) Mme Mélodie, cette demande est tellement importante qu’elle mérite qu’on la regarde de près et avec soin. J’aimerais que l’on se ménage des moments pour échanger et partager sur le sens que chacune de nous donne à l’expérience de mourir et sur ce que cela peut nous apporter de la vivre pleinement.

c) Cette demande m’apparaît être une façon de me dire que votre vie n’a plus de sens. Est-ce que je me trompe?

d)Autre: _____

27.2 Vous auriez tendance à croire que la majorité des professeurs de votre département lui répondrait:

a) Ce que vous me demandez Mme Mélodie c’est de l’euthanasie et en aucun cas une infirmière ne peut agir en ce sens. Notre rôle est de sauvegarder la vie.

b) Mme Mélodie, cette demande est tellement importante qu’elle mérite qu’on la regarde de près et avec soin. J’aimerais que l’on se ménage des moments pour échanger et partager sur le sens que chacune de nous donne à l’expérience de mourir et sur ce que cela peut nous apporter de la vivre pleinement.

c) Cette demande m’apparaît être une façon de me dire que votre vie n’a plus de sens. Est-ce que je me trompe?

d)Autre: _____

28. Mme Mélodie meurt quelques jours plus tard en présence de sa famille. Son mari et son fils retiennent leurs larmes alors que sa fille Catherine pleure et crie de toutes ses forces.

Le professeur se dirige vers Catherine et ...

- a) ...la prend dans ses bras la tête appuyée sur son épaule et la laisse pleurer.
- b) ...dit à Catherine de venir avec elle dans la salle de clinique dans le but de la calmer.
- c) ...dit à Catherine que même si la séparation est douloureuse, le souvenir de sa mère restera toujours dans son coeur.

d)Autre: _____

29. Aimeriez-vous enseigner les soins infirmiers selon une approche holiste?

- oui
- non
- autre

(précisez):

Justifiez votre réponse:

30. Si le département adoptait une conception holiste pour l'enseignement des cours de soins infirmiers, quels seraient vos besoins prioritaires?

31. Croyez-vous qu'il existe des dangers à fonder l'enseignement des soins infirmiers sur une approche holiste?

- oui (répondez à la question 32)
- non
- autre (précisez)

32. Quels sont ces dangers?

Merci de votre précieuse collaboration!

ANNEXE VI

**Questionnaire d'enquête sur les
CROYANCES ET VALEURS DE L'APPROCHE HOLISTE:**

**Perceptions des élèves à l'égard de leurs enseignantes
de soins infirmiers au collège de l'Abitibi-Témiscamingue**

CROYANCES ET VALEURS DE L'APPROCHE HOLISTE**SITUATION 1**

1. Parmi les trois illustrations qui figurent aux pages suivantes, y en a-t-il qui représente (nt) une conception holiste de la santé?

- a) Illustration 1
- b) Illustration 2
- c) Illustration 3
- d) Toutes les illustrations
- e) Aucune

a) Illustration 1



Extrait de «*Dealing with Death and Dying*», Collection Nursing, 1978

b) Illustration 2



Extrait de : Revue «Artère» septembre, 1990

c) Illustration 3



Extrait de «L'infirmière canadienne», décembre, 1984

SITUATION 2

M. Selim, âgé de 46 ans, divorcé depuis quelques années, est professeur d'histoire au secondaire dans une école privée. Son travail professionnel est très important pour lui d'autant plus qu'il vit seul, qu'il ne voit qu'occasionnellement son fils de 16 ans et qu'il a peu d'amis. L'année dernière, M. Selim a été hospitalisé pour un accident cérébro-vasculaire consécutif à un problème d'hypertension artérielle non diagnostiqué. Il a pu reprendre son travail quelques mois plus tard. En effet, M. Selim n'avait pas de séquelles au niveau moteur; par contre, il souffrait d'aphasie amnésique légère (il arrivait à s'exprimer presque normalement mais il avait de la difficulté à trouver le mot qu'il voulait dire surtout lorsqu'il était fatigué ou stressé). Ceci était un réel problème pour lui lorsqu'il donnait ses cours d'autant plus que ses élèves n'étaient pas toujours indulgents à son égard ...

Le mois dernier, le directeur de l'école lui a suggéré de prendre quelques semaines de repos. M. Selim a tenté de lui expliquer que son problème n'était pas relié à de la fatigue mais le directeur a insisté sur la nécessité pour lui de se reposer au point où M. Selim s'est senti obligé de l'écouter. Etant très mal à l'aise vis-à-vis ses collègues de travail, M. Selim n'a pu se résoudre à leur dire la vérité ... Il leur a dit qu'il partait en voyage pour trois semaines puisqu'il voulait visiter les célèbres pyramides d'Égypte et que ceci serait fort utile pour son cours d'histoire. Et, finalement, il a passé trois semaines chez lui à se ronger d'inquiétude quant à son avenir.

Lorsqu'il est revenu au travail, il y a peu de temps, M. Selim s'est rendu compte en arrivant devant son local de classe qu'une enseignante avait été engagée pour le remplacer à son insu. Le directeur de l'école lui apprit alors qu'il serait dorénavant affecté au classement des volumes à la bibliothèque... M. Selim n'eut d'autre choix que d'accepter ce verdict. En apparence, M. Selim donnait l'impression de s'adapter à ce nouveau travail; toutefois, les gens qui le connaissaient bien voyaient qu'il ne souriait plus, qu'il marchait la tête baissée et l'air songeur. Même si tous le jugeaient très compétent pour accomplir cette tâche, ils se rendaient compte que M. Selim n'avait plus de plaisir à travailler ...

Hier matin, M. Selim fut à nouveau terrassé par un accident cérébro-vasculaire (hémiparésie gauche sans aphasie) qui le laissa beaucoup plus handicapé que la première fois.

Une étudiante en stage assume les soins de M. Selim.

Les questions 2 à 6 se rapportent à la situation 2.

2. Cette étudiante se demande ce qui a pu causer ce deuxième accident cérébro-vasculaire chez M. Selim.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

- a) Il est fort probable que son hypertension soit un facteur déterminant.
- b) Sans doute l'hypertension ainsi que plusieurs autres facteurs générateurs de stress.
- c) La recherche démontre de plus en plus que les conflits non résolus se transforment très souvent en maladies physiques.

d)Autre: _____

3. Cette étudiante a tenté d'évaluer la perception de M. Selim relativement à son état de santé actuel. Elle lui a demandé comment il voyait sa vie actuellement. M. Selim lui a répondu:

"Il y avait deux soleils dans ma vie, ma famille et mes élèves. J'ai vu ces deux soleils se coucher mais je doute qu'ils se lèvent à nouveau ..."

Vous auriez tendance à dire que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Je vous comprends très bien M. Selim, vous avez subi beaucoup de pertes en peu de temps.
- b) M. Selim, je comprends votre détresse mais je suis convaincue que le soleil peut encore se lever si vous le désirez très fort!
- c) M. Selim, j'aimerais que vous regardiez avec espoir vers l'avenir... vous savez, il y a des aphasiques qui ont accompli de grandes choses dans la vie!

d)Autre: _____

4. Après deux jours, cette étudiante dit au professeur que M. Selim lui a écrit un message et qu'elle ne comprend pas très bien pourquoi. Le message est le suivant: "Tu as à peu près le même âge que mon fils et pourtant, tu me comprends mieux que la plupart des infirmières!"

Vous auriez tendance à croire que le professeur aurait répondu:

- a) Il arrive assez souvent qu'un client accorde sa confiance à une infirmière et celle-ci devient très importante pour lui. Je crois que tu es devenue une personne significative pour M. Selim.
- b) Cela m'apparaît important d'autant plus que tu n'as passé que deux jours avec ce client. Il faudra faire attention à ne pas créer de dépendance.
- c) Tu as établi une relation d'aide avec M. Selim et il s'est senti écouté et compris.

d)Autre: _____

5. L'infirmière qui a la responsabilité des soins de M. Selim lui a demandé de faire un dessin qui représenterait comment il se sent actuellement. L'étudiante qui assume les soins de M. Selim est un peu étonnée et demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi.

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui aurait répondu:

- a) Le dessin est un moyen de relaxation et en même temps un loisir pour lui. De plus, cela lui permet de centrer son attention sur autre chose que sa maladie.
- b) Le dessin est un moyen de relaxation qui permet à la fois de faire travailler le physique et l'imaginaire.
- c) Le dessin nous met en contact avec nos ressentis et notre moi intérieur. Ainsi, nous pourrions connaître davantage les ressentis de M. Selim.

d)Autre: _____

6. Malgré ses limites motrices, M. Selim est arrivé à faire un dessin. Il a expliqué ainsi son dessin à l'infirmière: "C'est une prison et j'y suis enfermé. Je ne peux dire à qui que ce soit ce que je ressens!"

L'étudiante qui assume les soins de M. Selim demande au professeur en quoi ce dessin et sa signification peuvent nous aider à prodiguer de meilleurs soins à ce client.

Vous auriez tendance à dire que le professeur aurait répondu:

a) Cela nous dit que ton client se sent isolé et qu'il a de la difficulté à exprimer ses émotions.

b) Il est fort probable que M. Selim trouve difficile d'exprimer ses émotions et que celles-ci influencent son état de santé. C'est une piste à explorer avec lui.

c) Cela nous indique que M. Selim a probablement peu de ressources sur lesquelles il peut compter. Nous devons valider cela.

d)Autre: _____

SITUATION 3

M. Bougeotte, 45 ans, est gérant d'une compagnie d'assurances depuis 25 ans. Il est marié et père de deux garçons âgés de 16 et 17 ans. C'est un homme qui a une bonne estime de lui-même et on pourrait le qualifier de bon vivant. Son travail lui demande beaucoup de son temps et de son énergie ainsi que ses nombreuses activités sociales. C'est un type d'apparence calme qui subit un stress constant car il est très compétitif et valorise la performance, le rendement et l'efficacité. Il dort peu et se couche très tard. Il mange souvent "sur le pouce" et à des heures irrégulières. Il consomme environ dix tasses de café par jour et prend un verre chaque jour au retour du travail, question de décompresser! Il prend aussi de l'alcool lors de soirées sociales soit environ deux soirs par semaine. Il fume environ 40 cigarettes par jour. Il ne fait aucun sport et il trouve que l'exercice physique est une perte de temps. La seule détente qu'il s'accorde est d'aller prendre un bon repas au restaurant avec sa femme une fois par semaine.

La semaine dernière, à son retour du travail, M. Bougeotte dit à sa femme avoir de la difficulté à digérer et avoir des nausées. Il accusait aussi une douleur rétro-sternale assez intense et présentait de la dyspnée et de la diaphorèse. La douleur devenant de plus en plus forte, M. Bougeotte accepta de se rendre à la salle d'urgence où le médecin, après examen et investigation, diagnostiqua un "infarctus du myocarde". Par la suite M. Bougeotte séjourna à l'unité coronarienne pour quelques jours. C'est à ce moment que son médecin l'informa de la gravité de son état (infarctus du myocarde étendu), qu'il lui expliqua sa maladie et les grandes lignes de sa réadaptation. Ce fut un choc important pour M. Bougeotte.

Depuis ce temps, M. Bougeotte a été transféré à l'unité de médecine. Il ne présente plus de douleur depuis quelques jours et son état semble s'améliorer. Toutefois, lorsque l'infirmière lui parle de son état il dit qu'il n'y a pas lieu de changer quoi que ce soit à son mode de vie et que, de toute façon, il est un "homme fini". Il dit: "Il n'y a pas un seul bon vendeur d'assurances qui me vendrait une assurance-vie ... les risques sont trop élevés!"

M. Bougeotte manifeste clairement qu'il refuse de changer quoi que ce soit à ses habitudes de vie et il semble bien qu'il ne croit pas pouvoir mener une vie normale dorénavant. Lorsque l'infirmière aborde la question avec lui, en présence de sa femme, il lui dit: "Vous imaginez-vous que je vais arrêter de vivre parce que j'ai fait un infarctus? De toute façon, aussi bien en profiter, je n'en ai plus pour longtemps!" Sa femme baisse les yeux et soupire. Plus tard, celle-ci dit à l'infirmière: "Pensez-vous qu'il serait préférable que je cesse de travailler pour le surveiller de plus près?"

Une étudiante en stage assume les soins de M. Bougeotte.

Les questions 7 à 15 se rapportent à la situation 3.

7. L'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte dit au professeur : "Ce matin, mon client a dit à l'infirmière qu'il était un homme fini!"

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui aurait répondu :

a) Tu sais qu'il existe plusieurs phases dans le processus de deuil. Essaie d'apprécier à quelle phase se situe ton client car cela pourrait orienter l'équipe multidisciplinaire vers un plan d'intervention efficace.

b) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Il serait important qu'il en parle à son médecin.

c) Ton client a exprimé ainsi sa perception à l'égard de son état de santé actuel. Toutefois, il serait très utile que nous sachions ce qu'il entend exactement par ces propos: "être un homme fini"?

d)Autre: _____

8. L'étudiante en discutant avec M. Bougeotte apprend qu'il ne peut envisager de changer ses habitudes de vie. Il dit : "Mon corps ne veut plus suivre... mais je dois performer, sinon c'est la fin de tout... et dire que j'ai mis des années de travail acharné pour arriver où je suis!"

Vous auriez tendance à croire que le professeur souhaiterait que l'étudiante qui soigne M. Bougeotte lui réponde:

a) M. Bougeotte, je sens que vous êtes en colère... et déçu... est-ce que je me trompe? Se pourrait-il que la performance que vous vous imposiez vous ait conduit à la maladie?

b) M. Bougeotte, ce que vous me dites m'apparaît important. Prenez-le en note et discutez-en avec votre médecin lorsqu'il viendra vous voir aujourd'hui.

c) M. Bougeotte, ce que vous me dites m'apparaît important. Si vous le permettez, j'en discuterai avec les infirmières à la réunion d'équipe ce matin et ensemble, nous trouverons certainement une solution.

d)Autre: _____

9. La femme de M. Bougeotte est vraiment découragée... Elle est convaincue que son mari envisage de continuer son même train de vie après sa sortie de l'hôpital. Elle pense sérieusement à cesser de travailler. Elle en discute avec le professeur.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait:

- a) Mme Bougeotte, je sais par expérience que la maladie d'un membre de la famille affecte toute la famille. Comment vous sentez-vous face à la situation?
- b) Mme Bougeotte, croyez-vous que votre mari changera de comportement si vous cessez de travailler?
- c) Mme Bougeotte, le problème ne vous appartient pas, il appartient à votre mari et c'est à lui de trouver des moyens de s'adapter à sa nouvelle situation. Vous ne l'aidez pas en le surprotégeant mais en lui manifestant votre soutien et votre confiance.

d)Autre: _____

10. M. Bougeotte était particulièrement stressé ce matin. L'infirmière lui a fait écouter une cassette de relaxation avec musique subliminale. L'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte demande à son professeur pourquoi l'infirmière a agi ainsi.

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui répondrait:

- a) La musique a un effet thérapeutique reconnu depuis fort longtemps. Platon et Aristote prescrivaient l'écoute de musique pour traiter de nombreuses maladies.
- b) La musique induit la relaxation et elle favorise le lâcher-prise du mental. L'infirmière s'en est servie pour montrer à M. Bougeotte qu'il pourrait l'utiliser avec profit à l'avenir.
- c) La musique est un moyen de relaxation intéressant et l'infirmière s'en est servie pour procurer à M. Bougeotte une détente physique et mentale.

d)Autre: _____

11. Cette étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des principes à respecter lorsque l'on utilise la musicothérapie.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

a) Lorsqu'une personne est malade, elle ne sait plus que la musique a un effet bénéfique pour elle. Elle n'y pense même pas, ses centres d'intérêts ou ses préoccupations sont ailleurs. Notre rôle consiste à lui rappeler que la musique est un moyen à sa portée qui peut grandement lui aider.

b) En général, la musique est bénéfique pour tout le monde; il s'agit de découvrir quel genre de musique ton client préfère. Une musique que l'on aime a plus de chance d'être thérapeutique qu'une musique que nous trouvons agaçante ou agressive.

c) La musique affecte le système limbique qui est le centre des émotions et des ressentis; elle favorise une intégration de toutes les dimensions de la personne. Les recherches démontrent que la musique peut favoriser la détente en autant qu'elle corresponde aux goûts de la personne en cette matière.

d)Autre:

12. Quelques jours plus tard, M. Bougeotte semble un peu plus positif. L'infirmière chef d'équipe décide qu'il faudrait adapter son plan de soins et il y a une rencontre de l'équipe de soins dans ce but ce matin. Les étudiantes en stage de même que leur professeur participent à cette rencontre.

L'infirmière demande à votre professeur: "D'après toi, quelle devrait être notre façon d'agir à cette étape-ci?"

Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait:

a) Nous avons recueilli au fil du temps plusieurs données objectives et subjectives concernant ce client. Il me semble qu'il faudrait discuter de la situation avec celui-ci et définir avec lui les objectifs de soins.

b) Je crois que le médecin devrait d'abord discuter avec le client afin de voir si celui-ci est prêt à s'orienter vers des comportements de santé.

c) C'est une problématique complexe... Il faudrait que nous rassemblions toutes les données recueillies, que nous les analysions et que nous discussions des interventions possibles avec tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.

d)Autre:

13. Etant donné que M. Bougeotte commence à entrevoir l'avenir d'une manière plus positive, l'étudiante qui assume les soins de M. Bougeotte discute des objectifs de soins avec son professeur.

Selon vous, le professeur privilégiera l'objectif de soins suivant:

- a) Que M. Bougeotte prenne les mesures appropriées pour faire face aux situations stressantes;
- b) Que M. Bougeotte établisse des liens entre le processus physio-pathologique, les signes et symptômes et les causes de sa maladie;
- c) Que M. Bougeotte prenne sa santé en charge en effectuant les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et en participant au traitement.

d)Autre: _____

14. Quelques jours plus tard, M. Bougeotte dit à l'étudiante qui en prend soin qu'il a décidé de changer certaines de ses habitudes. Il lui dit: "Depuis ce matin, je ne fume plus!"

Vous auriez tendance à dire que le professeur souhaiterait que l'étudiante lui réponde:

- a) M. Bougeotte, qu'est-ce qui a motivé votre décision?
- b) M. Bougeotte, vous avez toute mon admiration! J'ai confiance en vous, vous réussirez! C'est un beau cadeau de santé que vous vous faites.
- c) Votre médecin pourra être informé de cette bonne nouvelle lors de sa visite.

d)Autre: _____

15. M. Bougeotte s'est bien rétabli et son congé est prévu pour demain. Il dit à l'étudiante qui lui a donné des soins depuis plusieurs jours: "Je ne t'oublierai jamais, tu as été un ange pour moi et tu m'as aidé à traverser cette terrible épreuve !" L'étudiante rapporte au professeur ces paroles.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait:

a) Tu as donné de très bons soins à ce client et cela parce que tu as accepté de t'engager personnellement. Tu as investi auprès de ce client et c'est ce qui fait la différence. Tu as été une partenaire qui a cheminé avec lui et il l'a très bien senti.

b) M. Bougeotte et toi aviez un contact privilégié. Tu l'as amené à voir que la vie pouvait à nouveau être intéressante malgré ses limites. C'est pourquoi il a accepté de t'écouter et de modifier ses comportements de santé.

c) Tu as appuyé tes interventions sur une démarche de soins ce qui a donné des résultats intéressants! C'est une preuve de plus que la démarche de soins devrait être notre instrument premier en soins infirmiers.

d)Autre _____

SITUATION 4

M. Soleil, 72 ans, est un homme souriant, jovial, bon vivant. Il est actuellement résident à l'unité de soins prolongés depuis six ans. C'est un homme de bonne stature (5' 11" , 230 livres), diabétique insulino-dépendant depuis plus de quarante ans. Il a été amputé des deux jambes il y a quelques années et suite à cet événement, il a été admis en soins prolongés puisque sa femme n'arrivait plus à lui prodiguer les soins nécessaires à domicile. M. Soleil a travaillé de nombreuses années comme mineur et ensuite quelques années comme journalier. Il aime la musique et dit s'ennuyer des réunions de famille qui permettaient de rassembler tous ceux qu'il aime (il a sept enfants, tous mariés, vivant à l'extérieur de la région). Pendant plusieurs années, il a fait du dessin et de la peinture; quelques-unes de ses oeuvres ont d'ailleurs été exposées et lui ont valu des prix.

Depuis quelques mois, M. Soleil refuse de respecter son régime alimentaire. Il se procure des chocolats et des friandises qu'il cache dans sa table de chevet. Il dit: "De toute façon, c'est le seul plaisir qui me reste." Ce comportement l'a amené à prendre du poids et influence aussi le contrôle de sa glycémie. L'équipe soignante juge qu'il devient risqué pour le client et pour le personnel de le lever (transfert du lit à la chaise roulante et vice-versa) et applique depuis cette semaine cette nouvelle consigne : "On ne lève plus M. Soleil." M. Soleil est donc confiné à son lit.

Une étudiante en stage assume les soins de M. Soleil.

Les questions 16 à 19 se rapportent à la situation 4.

16. L'étudiante prend contact avec le client et par la suite dit au professeur : "J'ai demandé à M. Soleil comment il voit cette nouvelle consigne à l'effet de ne plus le lever." Il m'a dit: "On veut me punir parce que je mange trop... ici, ce n'est pas un hôpital pour les gros!"

Dans cette situation, vous auriez tendance à dire que le professeur souhaiterait que l'étudiante qui soigne M. Soleil lui réponde:

- a) Je vous comprends M. Soleil. Parlez-en à votre médecin, je crois qu'il pourrait intervenir en votre faveur.
- b) M. Soleil, l'équipe de soins a décidé de cette mesure non pas pour vous punir mais bien pour assurer votre sécurité.
- c) Expliquez-moi un peu mieux pourquoi vous me dites cela car je veux bien comprendre la façon dont vous voyez la situation.

d)Autre: _____

17. Un peu plus tard, l'étudiante qui soigne M. Soleil dit au professeur : J'ai demandé à M. Soleil de me dire ce qui était le plus important pour lui dans la vie. Il m'a répondu: "Première chose, la plus importante, voir ma femme et ma famille; deuxièmement, manger et ensuite, pouvoir circuler en chaise roulante."

Vous croyez que le professeur dira à l'étudiante:

- a) Ce sont des informations précieuses, note-les dans tes observations au dossier afin que le médecin puisse en prendre connaissance.
- b) Tu viens de réaliser une démarche de clarification de valeurs avec ton client. Ces données seront de première importance pour orienter la planification des soins.
- c) C'est très intéressant, tu pourrais faire part de cela à l'infirmière chef d'équipe qui désirera probablement que nous en discutions en réunion d'équipe ce matin.

d)Autre: _____

18. Au cours de l'après-midi, l'étudiante dit au professeur : "J'ai demandé à M.Soleil de me faire un dessin qui représente son vécu et ses sentiments aujourd'hui. Regarde il a dessiné un oiseau dans une cage".

Vous auriez tendance à croire que le professeur dirait à l'étudiante:

- a) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et en dessinant, ton client a exprimé ses ressentis profonds. En discutant de ce dessin avec lui, nous serions vraiment centrées sur son vécu intérieur et nous pourrions l'amener à exprimer ses ressentis et ses émotions.
- b) C'est très intéressant, tu pourrais montrer cela à son médecin afin qu'il en discute avec M. Soleil.
- c) C'est très intéressant, le dessin est une surface projective et je crois que ceci pourrait servir de piste à l'équipe de soins pour discuter à nouveau de la situation.

d)Autre: _____

19. Cet après-midi, M. Soleil était triste et anxieux. Il a refusé de jouer aux cartes avec son compagnon de chambre ce qu'il apprécie beaucoup habituellement. L'infirmière est venue parler avec lui un moment et lui a proposé de lui faire un massage ce qu'il a accepté. L'étudiante qui assume les soins de M. Soleil demande au professeur pourquoi l'infirmière a proposé un massage à ce client.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

- a) Le massage peut être bénéfique car il induit une détente physique et mentale. C'est dans ce but que l'infirmière l'a proposé à M. Soleil.
- b) Etant donné que M. Soleil est alité en permanence, l'infirmière a utilisé le massage pour stimuler la circulation sanguine et prévenir ainsi des plaies de pression.
- c) Le massage est une approche corporelle qui favorise la détente et qui peut aussi influencer des niveaux de conscience plus ou moins élevés.

d)Autre: _____

SITUATION 5

Mme Mélodie est une charmante jeune femme de 32 ans. Elle est blonde aux yeux bleus, toujours souriante, positive et très vivante. Elle est mariée et mère de deux enfants, Jean-Christophe, 11 ans et Catherine, 8 ans. Mme Mélodie a pendant plusieurs années donné des cours de musique et elle adorait cela. Elle dit qu'il n'y a rien de plus beau et de plus universel que la musique!

Il ya deux ans, Mme Mélodie s'est rendue chez son médecin pour un examen de santé annuel. Elle se disait en bonne santé, elle s'alimentait très bien, faisait de l'exercice physique régulièrement, ne fumait pas et ne prenait jamais d'alcool. Elle disait vivre une vie harmonieuse avec son conjoint et ses enfants.

Cet examen révéla un cancer du sein à un stade avancé. On hospitalisa Mme Mélodie pour l'investiguer sans délai. Cette investigation confirma le diagnostic de cancer du sein et la cartographie osseuse démontra qu'il y avait des métastases osseuses. L'oncologue proposa à Mme Mélodie un traitement de chimiothérapie intensive ce qu'elle accepta d'emblée.

Quelques semaines plus tard, elle put rentrer chez elle. Ce fut une période très difficile pour Mme Mélodie d'autant plus que son conjoint atterré par le diagnostic se mit à s'isoler, à fuir la maison et à boire de façon immodérée ce qu'il n'avait jamais fait auparavant. De plus, les enfants étaient inquiets, anxieux et éprouvaient des difficultés à l'école ...

Mme Mélodie ne perdait pas courage et disait à tous qu'elle s'en sortirait d'une manière ou d'une autre. Elle reprit ses activités tout en continuant d'être suivie régulièrement.

Dix mois plus tard, Mme Mélodie éprouva de terribles douleurs et avait beaucoup de difficulté à marcher. Elle fut de nouveau hospitalisée et on lui dit que le cancer avait repris de plus belle... L'oncologue lui dit que l'on tenterait une dernière série intensive de chimiothérapie suivie de radiothérapie. Toutefois, il informa Mme Mélodie que l'espoir était mince !

Mme Mélodie suivit ces traitements mais elle déclina de jour en jour. Elle mourut quelques semaines plus tard.

Une étudiante assume les soins de Mme Mélodie lors de cette dernière hospitalisation.

Les questions 20 à 28 se rapportent à la situation 5.

20. Mme Mélodie discute avec l'étudiante de la série de chimiothérapie qu'elle doit recevoir sous peu. Elle dit : "La chimiothérapie me cause beaucoup d'effets secondaires... c'est très difficile... mais je dois mettre toutes les chances de mon côté... Je lutte peut-être pour deux semaines de survie... qui sait? mais deux semaines, c'est toujours ça... ça en vaut la peine!"

Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante qui assume les soins de Mme Mélodie lui réponde:

- a) Je vous comprends Mme Mélodie, la vie est parfois bien injuste!
- b) Si j'ai bien compris la santé est devenue très précieuse pour vous.
- c) Je vous comprends Mme Mélodie, à votre place moi aussi je lutterais de toutes mes forces.

21. Mme Mélodie dit à l'étudiante que ce qu'elle trouve le plus difficile dans la situation c'est d'envisager la mort avec plein d'angoisse dans le coeur. Elle lui dit: "Tu vois, mes enfants sont encore jeunes... et j'ai très peur pour eux lorsque je vois mon mari agir comme il le fait... j'ai peur qu'il devienne complètement dépendant de l'alcool et que mes enfants n'aient plus ni mère, ni père!"

Vous croyez que le professeur aurait souhaité que l'étudiante lui réponde:

- a) Mme Mélodie, avez-vous discuté franchement de cette situation avec votre mari?
- b) Je comprends votre angoisse.... Vous connaissez bien votre conjoint... selon vous, pourquoi agit-il ainsi?
- c) Mme Mélodie, je sens très bien votre détresse. Si vous voulez, je pourrais en parler avec mon professeur de stage ou l'infirmière et je suis certaine qu'elles pourraient m'aider à vous offrir à vous et votre conjoint un peu plus de soutien dans la situation.

d)Autre: _____

22. Mme Mélodie dit à l'étudiante qui lui prodigue des soins qu'elle désirerait recevoir des traitements d'acupuncture. Elle lui demande si elle croit qu'un tel traitement pourrait l'aider. Celle-ci lui répond qu'elle consultera son professeur et qu'elle lui en reparlera.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dira:

- a) L'acupuncture vise à rééquilibrer les énergies vitales du client... On ne sait jamais, si elle y croit, pourquoi la décourager?
- b) Les pratiques alternatives sont souvent bénéfiques pour aider à soulager la douleur; en ce sens, cela pourrait probablement l'aider.
- c) Les pratiques alternatives sont souvent vues comme la médecine de dernier recours... mais je doute qu'elles soient efficaces pour traiter un cancer en phase terminale.

d)Autre _____

23. Suite à ceci, l'étudiante qui assume les soins de Mme Mélodie rapporte à son professeur qu'une infirmière de l'équipe a proposé à Mme Mélodie des séances de toucher thérapeutique. Cette étudiante demande au professeur en quoi le toucher thérapeutique peut être bénéfique pour cette cliente.

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondra:

- a) Le toucher thérapeutique repose sur un principe de transfert d'énergie mais il n'est pas prouvé que cela soit efficace pour guérir la maladie ou pour soulager la douleur.
- b) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui vise à renforcer le processus d'auto-guérison du corps et en ce sens, il pourrait certainement aider Mme Mélodie.
- c) Le toucher thérapeutique est un processus de transfert d'énergie qui favorise la guérison même si l'on doit admettre que le transfert d'énergie d'une personne à une autre n'est pas tangible. Il est difficile de dire jusqu'à quel point cela pourrait aider Mme Mélodie mais je crois que ce traitement mérite d'être essayé.

d)Autre: _____

24. L'étudiante demande ensuite au professeur s'il y a des précautions à prendre lorsque l'on fait du toucher thérapeutique.

Vous auriez tendance à croire que le professeur répondrait:

- a) Le toucher thérapeutique ne peut modifier les processus physiologiques. Il n'y a donc aucune précaution à prendre sauf celle de ne pas créer de faux espoirs.
- b) En général, le client n'absorbera que la quantité d'énergie requise. Toutefois, les nourrissons, les enfants, les vieillards et les mourants sont très sensibles à ces traitements. Dans ces cas, l'énergie doit être transmise lentement, doucement et en petite quantité.
- c) En général, le toucher thérapeutique est bénéfique pour tout individu. Il est toutefois admis par les experts en toucher thérapeutique que les traitements seront efficaces chez les cancéreux en autant que l'énergie transmise soit concentrée dans une région bien définie.

d)Autre _____

25. En après-midi, l'étudiante qui s'occupe de Mme Mélodie se dirige vers sa chambre dans le but d'aller prendre ses signes vitaux. Quelle n'est pas sa surprise lorsqu'elle arrive dans la chambre de voir une infirmière assise sur le lit à côté de Mme Mélodie. Elle la tient dans ses bras et Mme Mélodie appuie sa tête sur son épaule tout en pleurant à chaudes larmes. L'infirmière ne parle pas, elle la tient dans ses bras et lui masse doucement le dos. L'étudiante ne sait que faire... et décide d'aller en parler avec son professeur de stage. Elle lui dit qu'elle n'a jamais vu cela et qu'elle n'avait jamais imaginé que l'on puisse faire cela dans un hôpital!

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui dirait:

- a) Ce que tu viens de voir, c'est de l'empathie! Le toucher et les attitudes démontrent que l'infirmière est centrée sur le vécu immédiat de cette cliente et qu'elle est ouverte et réceptive à l'expression de ses émotions.
- b) Pleurer est très thérapeutique... c'est une forme de communication particulière qui nous permet d'exprimer certaines émotions. L'infirmière répond en ce moment à ce besoin de la cliente.
- c) Dans ce cas-ci, l'infirmière se sert du toucher car la recherche démontre que le toucher influence des niveaux de conscience plus élevés. Ainsi, la cliente pourra s'ouvrir à un élargissement de son champ de conscience.

d)Autre _____

26. Mme Mélodie décline tout doucement... et il est visible qu'elle s'achemine vers la mort. L'étudiante qui en prend soin demande au professeur. Qu'est-ce que je peux faire pour l'aider?

Vous auriez tendance à croire que le professeur lui répondrait:

- a) Prends régulièrement ses signes vitaux et informe l'infirmière de tout changement.
- b) Surveille tout changement de son état et donne-lui tout le confort possible.
- c) Assure-toi qu'elle est confortable mais n'oublie pas que ce dont elle a besoin avant tout c'est d'une présence chaleureuse.

d)Autre: _____

27. En après-midi, Mme Mélodie dit au professeur: "Je sais qu'il n'y a plus rien à faire... je vois ma famille vivre avec douleur et impuissance cette séparation ... j'aimerais en finir au plus vite ... je suis maintenant prête à mourir... S'il te plaît, mets ma musique préférée et donne-moi une injection de morphine qui me permettra de quitter ce monde en douceur."

Vous auriez tendance à dire que le professeur lui répondrait:

- a) Ce que vous me demandez Mme Mélodie c'est de l'euthanasie et en aucun cas une infirmière ne peut agir en ce sens. Notre rôle est de sauvegarder la vie.
- b) Mme Mélodie, cette demande est tellement importante qu'elle mérite qu'on la regarde de près et avec soin. J'aimerais que l'on se ménage des moments pour échanger et partager sur le sens que chacune de nous donne à l'expérience de mourir et sur ce que cela peut nous apporter de la vivre pleinement.
- c) Cette demande m'apparaît être une façon de me dire que votre vie n'a plus de sens. Est-ce que je me trompe?

d)Autre: _____

28. Mme Mélodie meurt quelques jours plus tard en présence de sa famille. Son mari et son fils retiennent leurs larmes alors que sa fille Catherine pleure et crie de toutes ses forces.

Le professeur se dirige vers Catherine et ...

- a) ...la prend dans ses bras la tête appuyée sur son épaule et la laisse pleurer.
- b) ...dit à Catherine de venir avec elle dans la salle de clinique dans le but de la calmer.
- c) ...dit à Catherine que même si la séparation est douloureuse, le souvenir de sa mère restera toujours dans son coeur.

d)Autre: _____

Merci de votre précieuse collaboration!

ANNEXE VII

Résultats à la question 1 : version enseignantes:

a)	0	0%
b)	2	10%
c)	0	0%
d)	12	60%
e)	3	15%
(a+b)	1	5%
pas de rép.	2	10%

Résultats à la question 1 : version élèves finissantes:

a)	0	0%
b)	3	13%
c)	0	0%
d)	18	78,4%
e)	0	0%
(a+b)	1	4,3%
pas de rép.	1	4,3%