CAIRN.INFO
CHERCHER, REPÉRER, AVANCER

LE MODÈLE HUMANISTE DES SOINS INFIRMIERS -UDEM : PERSPECTIVE NOVATRICE ET PRAGMATIQUE

Chantal Cara, Jérôme Gauvin-Lepage, Hélène Lefebvre, Dimitri Létourneau, Marie Alderson, Caroline Larue, Janique Beauchamp, Lisette Gagnon, Manouche Casimir, Francine Girard, Marielle Roy, Louise Robinette, Caroline Mathieu

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2016/2 N° 125 | pages 20 à 31

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-20.htm

Pour citer cet article :

Chantal Cara *et al.*, « Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique », *Recherche en soins infirmiers* 2016/2 (N° 125), p. 20-31.
DOI 10.3917/rsi.125.0020

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

MÉTHODOLOGIE

Le Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM : perspective novatrice et pragmatique

The Humanistic Model of Nursing Care - UdeM : an innovative and pragmatic perspective

Chantal CARA
Infirmière, Ph.D., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Jérôme GAUVIN-LEPAGE
Infirmier, Ph.D., Professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Hélène LEFEBVRE
Infirmière, Ph.D., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Dimitri LÉTOURNEAU
Infirmier, Ph.D.(c), Chargé de cours, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Marie ALDERSON
Infirmière, Ph.D., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Caroline LARUE
Infirmière, Ph.D., Professeure agrégée, vice-doyenne aux études supérieures, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Janique BEAUCHAMP
Infirmière, M.Sc., Conseillère clinicienne en soins infirmiers spécialisés, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada

Lisette GAGNON
Infirmière, M. Sc., Chargée de cours, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Manouche CASIMIR
Infirmière, M.Sc., Coordonnatrice intérimaire des pratiques professionnelles, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada

Francine GIRARD
Infirmière, Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada

Marielle ROY
Infirmière, M.Sc., Directrice adjointe des soins infirmiers, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Canada

Louise ROBINETTE
Infirmière, M.Sc., Directrice des soins infirmiers par intérim, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine, Montréal, Canada

Caroline MATHIEU
Infirmière, M.Sc., Chef de service, Unité multiclientèle, CSSS des Îles, Îles de la Madeleine. Canada

Pour citer l'article :
Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Létourneau D, Alderson M, Larue C et al. Le Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM : perspective novatrice et pragmatique. Rech Soins Infirm. 2016 Jun;(125):20-31.

Adresse de correspondance :
Chantal CARA : chantal.cara@umontreal.ca

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

RÉSUMÉ

Comme à bien des endroits dans le monde, le Québec n'échappe pas aux réformes de son système de la santé, lesquelles peuvent malheureusement entraîner des obstacles à la qualité des soins, de même qu'une certaine déshumanisation, et ce, tant au regard des soins à la clientèle, qu'au niveau organisationnel, pour les professionnels de la santé. C'est ainsi que le « Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM » (MHSI-UdeM) souhaite offrir une perspective novatrice visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de la satisfaction et du bien-être de la clientèle ainsi que celui des infirmières. Tout en respectant leurs influences théoriques, les auteurs présentent leur vision des concepts centraux de la discipline de même que des concepts clés du Modèle, cherchant ainsi à les rendre plus compréhensibles, accessibles et applicables dans la pratique quotidienne des infirmières. Cet article vise à faire connaître le Modèle à la communauté infirmière, à promouvoir son implantation dans toutes les sphères d'activités de la profession infirmière en plus d'en montrer son applicabilité et ses retombées en recherche infirmière. Il apparaît que ce modèle s'avère prometteur dans l'actualisation et le développement d'interventions de soins humanistes auprès de la clientèle.

Mots clés : humanisme, caring, compétence, modèles infirmiers, sciences infirmières.

ABSTRACT

As in many other countries, Québec is not immune to healthcare reforms, which can unfortunately hinder quality of care as well as induce some dehumanization, both for the patients and the healthcare professionals. Thus, the « Humanistic Model of Nursing Care - UdeM » (HMNC-UdeM) aspires to offer an innovative perspective that aims at improving the quality and the safety of care, in addition to satisfaction and well-being for both patients and nurses. While respecting their theoretical influences, the authors present their vision of the central concepts of the discipline and the Model's key concepts, seeking to make them more understandable, accessible, and applicable in nurses' daily practice. Therefore, the aim of this article is to raise awareness of the Model into the nursing community, to promote its implantation in nursing's spheres of activities, in addition to demonstrate its applicability and impact in nursing research. It appears that this model is promising for the renewal and the development of humanistic interventions for patients' care.

Key words : humanism, caring, competence, nursing models, nursing science.

INTRODUCTION

Tout comme d'autres provinces canadiennes et pays développés, le Québec n'a pas échappé aux réformes de son système de la santé, lesquelles visent principalement la réduction des coûts, tout en promettant de maintenir la qualité des soins et des services. Or, les réorganisations peuvent fréquemment entraîner des effets contraignants sur les ressources humaines, notamment la surcharge de travail en ne remplaçant pas le personnel absent (1-7). Pour la plupart de ces auteurs, il apparaît que ces mesures créent une dissonance dans les valeurs auxquelles adhèrent les infirmières et les professionnels de la santé, c'est-à-dire de prodiguer des soins de qualité empreints d'humanisme, tout en devant respecter les objectifs économiques du système et des organisations. Dans ce contexte, les infirmières ont à faire preuve de créativité et de résilience afin de maintenir leur satisfaction au travail tout en prévenant les signes d'épuisement professionnel.

Chez les étudiants infirmiers, maintes études (8-12) révèlent qu'ils sont souvent et surtout motivés par leur désir d'aider les personnes dans le besoin. Tout comme chez ces étudiants, le sens que les infirmières accordent à leur travail peut s'approfondir à l'aide d'une pratique infirmière imprégnée d'une approche *caring* (13). À ce sujet, Dunn (14) précise qu'une pratique infirmière inspirée de valeurs et de croyances personnelles profondes portées par une éthique de *caring*, en développant, par exemple, une relation de *caring* pour comprendre l'autre, motive les infirmières à demeurer dans la profession et à y trouver énergie, passion et joie. Toutefois, lorsque le sens accordé au travail (15) devient compromis et qu'il engendre de l'insatisfaction chez ces infirmières, elles sont plus à risque de quitter leur profession (16, 17) et de déshumaniser les soins qu'elles dispensent (18-21).

En effet, il n'est pas rare que les médias dénoncent des situations de soins déshumanisantes, vécues par des personnes vulnérables et leur famille (13, 22-26). Ce contexte persistant et démobilisant porte à s'interroger sur le sens même du soin à la personne. Watson (2) propose de réfléchir sur les façons d'influencer le système de la santé en respectant l'intégrité, la dignité et le bien-être, non seulement de la population, mais aussi des infirmières. Toutefois, privilégier des approches humanistes de soins dans le

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

contexte actuel, est-ce utopique ou réaliste ? Plusieurs hôpitaux américains désignés de *magnet hospital* (27) ont implanté la philosophie du *Human caring* (2) pour guider le changement dans les pratiques infirmières et la culture organisationnelle. Cette démarche vise l'amélioration de la qualité des soins ainsi que la satisfaction de la clientèle par la promotion de soins d'excellence et la reconnaissance de pratiques professionnelles innovatrices, en plus de favoriser la rétention et la satisfaction des infirmières (2).

Inspiré de divers auteurs, dont le *Human caring* de Watson, le « Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM » (MHSI-UdeM) a été développé (28-35) afin de promouvoir « l'excellence dans la prestation de tous les soins infirmiers basée sur une relation humaniste - *caring*, appuyée par une pratique professionnelle collaborative et exemplaire, centrée sur la Personne et son expérience de santé » (30). Cet article vise à présenter la démarche suivie pour le développement du MHSI-UdeM, à l'expliciter et à explorer son utilisation dans la formation des infirmières et dans les milieux cliniques. Enfin, il a également pour but de montrer sa pertinence, son applicabilité et ses retombées en recherche.

HISTORIQUE ET DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU MHSI-UdeM

Depuis sa création, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI-UdeM) aspire à former des infirmières préoccupées par la qualité des soins. C'est à partir des années 1980 que l'intérêt pour l'humanisme s'est intensifié au sein de la FSI-UdeM, entre autres par les efforts des professeures Georgette Desjean et Thérèse Doucet, lesquelles ont adhéré à la philosophie du *Human caring* développée par Watson (36). À ce moment, l'adoption d'une telle philosophie s'avérait un choix cohérent avec la situation paradigmatique de la discipline infirmière, plus particulièrement au regard de l'attention grandissante à la composante relationnelle des soins infirmiers (36). Pour y parvenir, Desjean et Doucet ont introduit et diffusé cette perspective de la discipline dans la formation de leurs étudiants au baccalauréat et à la maîtrise en sciences infirmières. Inspirée par les travaux de ces deux personnes, Cara a approfondi et contribué au développement de cette philosophie au cours de ses études supérieures (37-39), notamment par ses travaux au doctorat sous la direction de la professeure Watson à Denver, Colorado, aux États-Unis. Durant cette même période, l'assemblée des professeurs de la FSI-UdeM a adopté une mission empreinte de la philosophie du *caring* pour ses programmes de formation, permettant d'offrir une vision plus contemporaine du rôle infirmier. De retour au Québec, soucieuse de soutenir l'utilisation et le développement de l'humanisme en sciences infirmières, Cara a enseigné les écrits associés à l'école de pensée du *caring* dans la formation des étudiants de la FSI-UdeM tout en apportant son soutien aux directions de soins infirmiers des établissements de santé désireuses d'y adhérer.

Toutefois, les efforts de ces professeures ne se sont pas traduits par une intégration de la philosophie du *Human caring* à la pratique infirmière dans plusieurs milieux de soins. En effet, des infirmières disaient éprouver de la difficulté à orienter leurs activités cliniques quotidiennes à partir de cette philosophie parce qu'elles l'estimaient peu ancrée dans la pratique infirmière et insuffisamment pragmatique, c'est-à-dire, d'orientation « trop générale et abstraite ». Des auteurs, dont Watson, soutiennent d'ailleurs que ces critiques persistent concernant l'applicabilité clinique de cette philosophie (40-42). Face à ce constat, Girard et Cara (30) ont élaboré un modèle se voulant plus accessible et pragmatique pour la communauté infirmière. Ce modèle s'inspire notamment des travaux de philosophes humanistes (43-44) et d'auteures de l'école de pensée du *caring* (36, 45-54). Il s'agit du MHSI-UdeM décrit ci-après.

Une première ébauche du Modèle a été développée et présentée aux personnes concernées lors de huit rencontres de groupes de discussion afin d'obtenir leurs commentaires. Il s'agit de groupes homogènes composés : 1) de professeurs de la FSI-UdeM ; 2) d'étudiants à la maîtrise en sciences infirmières de la FSI-UdeM ; 3) d'étudiants au doctorat en sciences infirmières de la FSI-UdeM ; 4) de représentants des professionnels de la FSI-UdeM ; 5) de directrices de soins infirmiers des centres de soins de santé affiliés à l'UdeM ; 6) d'infirmières conseillères-cadres en soins infirmiers, déléguées par les directrices de soins infirmiers ; 7) de patients partenaires et 8) d'enseignants de Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) affiliés à la FSI-UdeM.

Le Modèle a, par la suite, été revu à la lumière des recommandations de ces divers groupes et soumis à un comité d'experts composé de professeurs de la FSI-UdeM. C'est d'ailleurs dans cette période que les objectifs du Modèle ont été clarifiés, c'est-à-dire de : 1) concevoir une pratique infirmière basée sur les concepts centraux et les concepts clés de « Compétence » et de « *Caring* » ; 2) développer et actualiser la compétence professionnelle dans la pratique quotidienne par la pratique réflexive, l'apprentissage continu, le mentorat et la collégialité intra et interprofessionnelle ; 3) élaborer des interventions dans une perspective de partenariat et dans une relation basée sur le respect et 4) guider le développement d'outils ancrés dans la philosophie humaniste et appuyés par des résultats probants (30).

Le Modèle retravaillé a ensuite été présenté à l'assemblée des professeurs pour consultation et adoption. Par la suite, un chantier « Modèle humaniste » a été créé, composé de professeurs et d'étudiants aux études supérieures à la FSI-UdeM, d'infirmières gestionnaires et de conseillères-cadres des centres de soins de santé affiliés. Ce groupe a travaillé à raffiner les concepts du Modèle, à en faciliter la compréhension et l'opérationnalisation, et ce, dans les différents champs d'activités de l'infirmière, soit la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche. Enfin, ce

Copyright © ARSI tous droits réservés
Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

groupe de travail a élaboré un synopsis (28) contribuant à mieux comprendre et à opérationnaliser le Modèle.

ASSISES DU MHSI-UdeM

Les assises du Modèle s'inspirent des travaux de la philosophie humaniste, tels que ceux de Martin Buber (43) et de Carl R. Rogers (44), qui reconnaissent l'importance de l'aspect relationnel entre les personnes. Aussi, le MHSI-UdeM est teinté des conceptions de l'école de pensée du *caring* (53, 54) et des perspectives écologique (55-57) et systémique (58). Les aspects reliés à ces deux perspectives seront précisés dans la section des concepts centraux de la discipline infirmière alors que celles des auteurs de la philosophie humaniste et des conceptions infirmières le seront, en plus, dans les prochains paragraphes.

Le philosophe Buber (43) a élaboré une approche philosophique quant aux relations entretenues entre les personnes et le monde qui les entoure. À cet égard, la relation basée sur le principe de réciprocité « *I-You* » ou « Je-Tu » se réalise notamment dans un dialogue relationnel entre deux personnes, lesquelles sont considérées comme des entités distinctes, indivisibles et uniques (43). Pour sa part, la relation objectivée « *I-It* » ou « Je-Cela » mine la profondeur relationnelle du « Je-Tu », car la personne se met en posture d'analyse ou d'observation plutôt que d'« être avec » la personne, explique le philosophe. La nature des liens établis dans ces deux relations s'avère donc différente, l'une étant qualifiée de « personne-à-personne » et la seconde de « personne-à-objet » (43). Selon ce penseur, une relation « Je-Tu » doit s'inscrire dans la réalité de l'autre personne et y nécessite l'ouverture, l'authenticité, la disponibilité et l'engagement de chacun. Elle mène également à la connaissance de l'autre individu, à la mutualité et à l'accomplissement humain ; la personne évoluant et changeant à travers le dialogue avec l'autre (43).

Pour sa part, Rogers (44), psychologue humaniste, a élaboré une approche thérapeutique centrée sur la personne et a précisé les conditions d'application de cette approche par un thérapeute, notamment l'acceptation inconditionnelle de l'autre, une présence authentique et cohérente dans la relation, ainsi qu'une attitude empathique. Ces conditions s'avèrent donc indispensables pour le développement d'une relation humaniste.

S'inspirant également de la philosophie humaniste, Watson (50, 52) a, entre autres, développé le concept de « relation de *caring* transpersonnelle » qui s'actualise par une présence authentique et l'ouverture à l'autre, favorisant l'*empowerment* de la personne soignée, de même que celle de l'infirmière. De plus, cette relation désigne une connexion mutuelle entre l'infirmière et la personne soignée qui s'appuie sur des valeurs humanistes de liberté, d'autonomie et de respect de la dignité humaine (13, 48-52).

Aussi, les auteurs de l'école de pensée du *caring* ont défini le *caring* comme l'essence même de la discipline (36, 46), un idéal moral (48-52) et une manière d'être dans le monde (45). Les auteurs du MHSI-UdeM s'appuient sur les travaux des auteurs de cette école de pensée afin de guider et de consolider la pratique professionnelle infirmière humaniste-*caring* dans ses différents contextes. Ainsi, le Modèle vise l'excellence dans la prestation de soins, lesquels sont basés sur une relation humaniste de partenariat, centrée sur la signification que la personne soignée accorde à son expérience de santé et son projet de vie (28-35).

CONCEPTS CENTRAUX DE LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE SELON LE MHSI-UdeM

En raison de la perspective qu'a le Modèle au regard de la personne et de l'importance qu'il accorde à la relation humaine, il nous semble s'inscrire dans le courant de l'école de pensée du *caring*, laquelle est cohérente avec le paradigme de la transformation (53). L'école de pensée du *caring* est caractérisée par une pratique infirmière centrée sur l'accompagnement, c'est-à-dire « être avec » la personne, cette dernière étant considérée comme unique et en interrelation avec le monde (53). Tout en respectant ces assises, les auteurs du Modèle définissent les concepts centraux de la discipline infirmière, soit la « Personne », la « Santé », l'« Environnement » et le « Soin », en offrant une perspective nouvelle, visant à les rendre plus accessibles et compréhensibles. Par conséquent, les auteurs estiment que ces définitions sont plus faciles à intégrer dans la pratique quotidienne des infirmières, et ce, quel que soit leur champ d'activités. L'énoncé du centre d'intérêt de la discipline infirmière selon le MHSI-UdeM est également explicité à la fin de cette section.

CONCEPT CENTRAL DE « PERSONNE »

La Personne est au cœur des interventions infirmières. Le « P » majuscule signifie que le terme Personne correspond à l'individu, la famille et les proches, la communauté ou la population en interrelation continue, réciproque et dynamique avec son environnement. Elle comprend des dimensions indissociables (entre autres, biophysique, psychologique, socioculturelle, développementale [e.g., reliée aux stades de développement de l'individu], spirituelle [e.g., quête de sens, croyances ou valeurs profondes]), desquelles peuvent émerger des préoccupations et des priorités (28, 32, 34). La Personne possède des savoirs crédibles et valides, un potentiel, un pouvoir de décider et d'agir, l'amenant à accorder une signification unique à ses expériences de santé (28). Pour ce concept, les auteurs se sont inspirés des travaux de Watson (51), des conceptions infirmières de l'école de pensée du *caring* (53), de même que de von Bertalanffy (58).

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

CONCEPT CENTRAL DE « SANTÉ »

La Santé, à titre d'expérience unique, correspond à l'optimisation continue du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie, telle que déterminée par la Personne (28-35). Le bien-être signifie la perception de l'individu quant à son état et son expérience de santé dans l'« ici et maintenant ». Le mieux-être, quant à lui, fait appel à une aspiration, par exemple à ce que l'individu convoite au moment de la sortie de l'hôpital pour le retour au domicile. Enfin, l'harmonie correspond à l'équilibre au sein de la Personne et à la relation harmonieuse qu'elle entretient avec son environnement (32, 34). Elle se veut dynamique, puisqu'elle évolue dans le temps, et multidimensionnelle en raison des dimensions indissociables de la Personne, citée ci-haut (32, 34). Les auteurs se sont inspirés, pour ce concept, des travaux de quelques écrits (46-48, 50, 59).

CONCEPT CENTRAL D'« ENVIRONNEMENT »

L'Environnement se définit par tout ce qui entoure la Personne, notamment les aspects matériel, culturel, écologique et sociopolitique. L'interaction entre la Personne et son environnement est continue, réciproque, dynamique et déterminante à sa santé (28-35).

À vrai dire, la Personne, comme individu, fait partie d'un système de relations significatives avec son environnement, notamment son milieu de vie et sa communauté (55-57). La qualité de ces relations a le potentiel de favoriser son bien-être et son mieux-être, pouvant ainsi contribuer à l'atteinte d'une plus grande harmonie. Selon Bronfenbrenner (55-57), l'individu (l'ontosystème), ses caractéristiques et celles des groupes de personnes significatives de son environnement immédiat (les microsystèmes) et de multiples caractéristiques de l'environnement distal (exosystème et macrosystème) interagissent ensemble. Ainsi, il est présupposé que cette interaction peut concourir au mieux-être de l'individu ainsi qu'à un « mieux vivre ensemble » (55-57, 60, 61). Les travaux de Bronfenbrenner (55-57), de Von Bertalanffy (58), ainsi que ceux d'auteurs en sciences infirmières (48, 62) ont inspiré la définition de ce concept.

CONCEPT CENTRAL DE « SOIN »

Le soin est l'accompagnement de la Personne d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice (63, 64) « afin de contribuer à sa santé en misant sur son potentiel, en renforçant son pouvoir d'agir et en cocréant un environnement favorable à sa santé » (28). Le soin débute par la reconnaissance de l'expérience unique de la Personne et de la signification qu'elle accorde à son expérience de santé, laquelle s'échelonne dans le temps selon son rythme (32). Le soin convie donc la Personne à être partenaire de soin en valorisant, incorporant et reconnaissant l'importance de cette signification dans le choix d'interventions pertinentes (28, 32, 34). Cet accompagnement se préoccupe de miser sur les ressources de la Personne pour qu'elle poursuive un développement harmonieux, tel le « mieux vivre ensemble » dans l'environnement (65). Par conséquent, le but ultime du soin s'avère de contribuer au bien-être, au mieux-être et à l'harmonie de la Personne en préservant sa dignité humaine (28-35). Pour ce concept, quelques travaux en sciences infirmière ont servi d'appui (48, 50, 52, 59, 63, 64, 66, 67).

Selon Newman et ses collaborateurs (68), le centre d'intérêt de la discipline infirmière (*focus of the discipline of nursing*) explicite la relation entre ces quatre concepts centraux. Celui du MHSI-UdeM s'avère comme suit : « l'infirmière accompagne, d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice, la Personne, qui en interaction avec le monde qui l'entoure, donne une signification unique à son expérience de santé » (28).

CONCEPTS CLÉS DU MSHI-UdeM

Depuis 2004, la FSI-UdeM offre un programme de formation de niveau baccalauréat basé sur une approche par compétences (APC), approche qui est maintenant aussi intégrée à la formation des étudiants à la maîtrise de même qu'au doctorat (69-72).

Pour les auteurs du MSHI-UdeM, la profession infirmière s'adresse à des personnes prêtes à acquérir un bagage étoffé de connaissances scientifiques, mais ayant aussi de grandes qualités humanistes pour répondre aux situations de santé de plus en plus complexes de la clientèle, et ce, tout en favorisant leur propre épanouissement professionnel. Pour ce faire, huit compétences sont à acquérir au cours du programme de formation au baccalauréat. Ces compétences sont présentées dans un référentiel qui permet d'évaluer la progression des apprentissages des étudiants tout au long de leur cheminement universitaire (71, 72). Les compétences visées sont : 1) agir avec humanisme selon une perspective disciplinaire ; 2) exercer un raisonnement clinique infirmier ; 3) assurer la continuité des soins ; 4) favoriser une population en santé ; 5) traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ; 6) agir avec professionnalisme ; 7) collaborer dans les équipes professionnelles ; 8) exercer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière (71).

D'une part, le MHSI-UdeM, en cohérence avec l'approche pédagogique de formation privilégiée (73), a pour premier concept clé la « Compétence ». D'autre part, il a pour deuxième concept clé le « *Caring* » en raison de l'importance que la FSI-UdeM lui accorde depuis presque 40 ans.

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

CONCEPT CLÉ DE « COMPÉTENCE »

La Compétence professionnelle se développe en se basant à la fois sur l'ensemble des connaissances et sur l'expérience (personnelle et professionnelle) de l'infirmière. La Compétence, avec un « C » majuscule, représente l'intégration d'un ensemble de compétences (citées dans la section précédente) qui s'expriment dans l'action de l'infirmière (28-35). Ces compétences correspondent à des savoir-agir complexes, lesquels mobilisent et combinent des ressources variées, entre autres des savoirs (73). Il existe différents types de savoirs : le *savoir*, qui coïncide aux savoirs infirmiers empirique, personnel, éthique, esthétique (74), sociopolitique et émancipatoire (75, 76) notamment utilisés dans la pratique professionnelle ; le *savoir-être*, qui correspond à la façon d'être de l'infirmière ; et le *savoir-faire*, qui illustre entres autres ses habiletés techniques (32). Ces trois types de savoirs, étant mobilisés selon les situations rencontrées par l'infirmière (77, 78) et mis en œuvre dans différentes sphères d'activités (clinique, formation, gestion, recherche et sociopolitique) de la profession, se développent particulièrement à l'aide d'une pratique réflexive (79). Pour sa part, la pratique réflexive représente un processus de développement individuel et collectif qui conduit l'infirmière à synthétiser, intégrer et enrichir l'expérience et les connaissances en sciences infirmières qu'elle acquiert (79-80).

Somme toute, la Compétence professionnelle a pour objectif d'assurer la qualité des soins. Pour ce faire, le Modèle met au premier plan la compétence de nature « relationnelle », laquelle s'acquiert particulièrement par une pratique réflexive humaniste. D'ailleurs, Cara et ses collaborateurs (28) mentionnent que l'exercice d'un leadership clinique infirmier s'avère tributaire d'une pratique infirmière caractérisée par une Compétence professionnelle, laquelle se veut empreinte de *caring*, d'engagement et d'imputabilité (28, 30, 32-34).

CONCEPT CLÉ DE « CARING »

Tout comme pour Watson (48, 50), le MHSI-UdeM révèle que le *caring* est à la fois un art et une science. En effet, il correspond à « un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocité avec la Personne afin de favoriser sa santé » (28). Le *caring* s'appuie sur des *valeurs* humanistes qui influencent les *attitudes*, lesquelles guident les *comportements* de l'infirmière (63, 66, 67, 81).

Ainsi, voici les six valeurs humanistes (28, 32) qui sous-tendent le Modèle : 1) le *respect*, lequel correspond au fondement même de toute relation, consiste à avoir une haute considération et estime envers tout être humain, nécessitant une ouverture à comprendre l'expérience vécue par la personne soignée, selon sa propre perspective de même que ses croyances ; 2) la *dignité humaine*, laquelle signifie de considérer une personne soignée comme étant unique et à part entière, sans jamais la traiter, la percevoir comme un objet ou violer ses droits ; 3) la *croyance au potentiel de développement de la Personne*, laquelle implique de l'accompagner à reconnaître ses forces et ses ressources pour identifier des pistes de solutions répondant à ses besoins et favoriser son apprentissage ; 4) la *liberté de choix et d'agir*, laquelle désigne de reconnaître la liberté d'action de toute Personne comme elle le désire, sans toutefois nuire à autrui ; 5) la *rigueur*, laquelle correspond à l'exigence morale d'un travail bien fait, avec exactitude, fidélité et précision, s'appuyant sur des savoirs et des résultats probants, allant à l'encontre de la négligence professionnelle ; et enfin, 6) *l'intégrité*, faisant référence à la qualité d'être éthique et imputable de ses actions (32).

Comme précisé plus haut, ces valeurs influencent les *attitudes*, lesquelles s'avèrent être des dispositions affectives et psychologiques qui guident les comportements de l'infirmière (63, 81). Voici quelques exemples d'attitudes cohérentes avec le MHSI-UdeM : vouloir être attentif à la Personne par l'écoute sincère, l'ouverture et la présence ; vouloir être concerné quant à son expérience de santé par la disponibilité et la compassion ; vouloir l'assister par l'engagement, la proactivité et la créativité ; être intéressé à la connaître et à la comprendre par la réciprocité et la collaboration (32, 34, 63).

Dans le MHSI-UdeM, ces attitudes guident les *comportements* des infirmières, ce qui s'observe dans le choix de leurs interventions (28). Des exemples de comportements pourraient être : accompagner la Personne à explorer la signification qu'elle accorde à sa situation de santé ; constater et souligner ses efforts ; l'encourager à maintenir l'espoir ; la considérer comme une personne à part entière ; ne pas uniquement avoir un intérêt pour son problème de santé ; se présenter à l'individu et sa famille ; discuter des préoccupations et des priorités identifiées par l'individu et sa famille (28, 32).

APPLICATION DU MHSI-UdeM DANS LES SPHÈRES D'ACTIVITÉS DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

La prochaine section vise à présenter l'application du Modèle dans la plupart des sphères d'activités de l'infirmière, soit la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche.

LA PRATIQUE CLINIQUE

Pour plusieurs auteurs de l'école de pensée du *caring*, l'approche humaniste est primordiale, voire essentielle pour la pratique infirmière (13, 46-48, 62, 66, 67). Selon les auteurs de ce présent article, l'approche humaniste serait d'autant plus pertinente lors de périodes de bouleversement au sein du système de la santé, actuellement en cours au

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

Québec et ailleurs dans le monde, de même que dans des contextes de soins complexes. En effet, la surcharge de travail, l'augmentation des responsabilités ainsi que les contraintes temporelles et économiques vécues par les infirmières pourraient mener à une indifférence à l'égard des préoccupations et des besoins de la personne et de ses proches, de même qu'à l'augmentation du risque de pratiques de soins déshumanisantes (7, 13, 18, 22, 23). Pourtant, plusieurs études (82-87) rapportent qu'une pratique inspirée du *caring* peut amener des avantages perçus par la personne soignée, par exemple la diminution de l'anxiété et l'augmentation des connaissances face à sa situation de santé. En ce qui concerne la valeur ajoutée pour l'infirmière, des écrits (19, 38, 64, 66, 67, 81, 86-88) dévoilent que cette dernière peut notamment se sentir valorisée au travers d'une relation de *caring*, être satisfaite des soins prodigués et donner un sens à sa pratique.

Certaines approches de soins humanistes ont déjà influencé le développement de philosophies infirmières dans quelques établissements de santé québécois depuis le début des années 1990 (89-92). L'implantation du MHSI-UdeM, quant à lui, débute graduellement, dans certains centres hospitaliers associés à la FSI-UdeM (92). De plus, des projets pilotes visant à implanter le MHSI-UdeM dans au moins deux services de soins sont présentement en développement dans un centre hospitalier. Pour favoriser la réussite de tels projets, Cappell (93) et Woodward (41) proposent un processus d'implantation par étapes. Il est élaboré dans un plan qui précise les responsabilités et les contenus spécifiques à aborder à chaque étape. Pour Cappell (93), il s'avère important de bien choisir l'unité de soins qui assumera la responsabilité d'implanter une nouvelle approche en s'assurant que le personnel est prêt à s'engager et à s'impliquer dans le projet ; le choix de s'impliquer demeurant volontaire. Pour le personnel, la personne qui assume le leadership nécessaire à la réalisation du projet doit refléter les valeurs humanistes prônées dans le Modèle. Autrement dit, les infirmières doivent ressentir que l'on prend soin d'elles pour ensuite être capables de s'engager à aider les autres.

Pour Cara (66), il est possible d'aider les infirmières à apprendre une telle approche, sachant que l'ensemble des savoirs qui la compose peut « transforme[r] le savoir-être et le savoir-agir de l'infirmière ». Bien que différentes approches pédagogiques puissent être pertinentes à l'apprentissage du Modèle chez les infirmières d'une unité de soins, il est suggéré que les séances d'introduction aux assises et aux concepts théoriques du Modèle soient suivies de rencontres de discussion planifiées régulièrement. De plus, ces rencontres devraient être animées par une infirmière de pratique avancée (94) afin d'aider les infirmières à : 1) apprendre et à intégrer cette approche humaniste dans leur pratique quotidienne ; 2) trouver des solutions aux problèmes rencontrés en exerçant une pratique réflexive ; 3) explorer des interventions novatrices cohérentes avec le Modèle, et 4) guider les infirmières dans l'établissement de la relation de partenariat avec l'individu et sa famille (41, 93). Les résultats des deux projets pilotes précédemment énoncés devront faire l'objet d'une évaluation rigoureuse afin de montrer les effets du MHSI-UdeM sur la pratique des infirmières, et ce, autant pour les personnes soignées que pour leurs proches et les intervenants.

Ainsi, selon Cara et ses collaborateurs (28), l'infirmière s'étant approprié le MHSI-UdeM montre, dans sa pratique professionnelle, son intérêt pour connaître, comprendre et reconnaître l'unicité de l'individu. De plus, elle s'engage dans une relation humaniste-*caring* basée sur la réciprocité, au cours de laquelle elle est à l'écoute et manifeste de l'ouverture à ce que la personne soignée désire partager en lien avec son expérience de santé (28, 67). Elle la réconforte par sa présence authentique et compatissante en plus de s'engager dans un partenariat avec elle pour répondre à ses préoccupations et ses priorités, défendre ses droits ainsi que pour l'accompagner dans la recherche d'une signification à son expérience de santé (32).

LA FORMATION

Comme mentionné précédemment, tous les programmes de formation offerts à la FSI-UdeM sont développés selon une APC (69-72) et, pour le baccalauréat plus particulièrement, une approche humaniste des soins infirmiers (28, 30, 95, 96). Afin d'outiller le personnel enseignant (professeurs, chargés de cours et tuteurs) à accompagner les étudiants selon ces approches, une formation sur l'APC est offerte par le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de la FSI-UdeM (97). Cette formation consiste principalement à initier les participants aux fondements théoriques de l'APC et à l'expérimenter en pratique. Quant au MHSI-UdeM, deux ateliers de formation sont aussi offerts au personnel enseignant de la FSI-UdeM, aux infirmières gestionnaires et conseillères en soins spécialisés des centres de soins de santé affiliés, de même qu'à des enseignants du programme de techniques en soins infirmiers de CEGEP (32, 33). Le premier atelier vise à initier les participants aux concepts centraux et aux concepts clés du Modèle ainsi qu'à développer leurs habiletés à utiliser la démarche de soins infirmiers humaniste-*caring* (96). Le deuxième atelier, quant à lui, a pour objectifs pédagogiques de permettre aux participants de s'approprier, à partir du Modèle et d'un exercice de pratique réflexive, des interventions basées sur une relation humaniste-*caring* et d'exercer un leadership favorisant l'intégration d'une pratique professionnelle humaniste (31-35).

Pour Cara (31, 35), Cara et Gagnon (33) de même que Cara et Girard (29), le MHSI-UdeM devient à la fois le pilier et le modèle dans la relation que l'enseignant co-crée avec l'étudiant. En favorisant l'ouverture, le respect, l'engagement, la compréhension, la compassion et la présence, l'enseignant considère l'étudiant en tant qu'apprenant unique ayant des besoins et des priorités d'apprentissage spécifiques. En

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

effet, Bélanger et ses collaborateurs (98) soulignent que « l'enseignant humaniste se préoccupe du climat collectif d'apprentissage, accueille le vécu affectif des apprenants, [les] écoute, tente de comprendre [leur] singularité et tient compte de leurs appréhensions et leurs espoirs ». En s'imprégnant du MHSI-UdeM dans ses pratiques pédagogiques, l'enseignant agit en tant que modèle de rôle et peut ainsi aider l'étudiant à découvrir son « idéal moral » en soins infirmiers et lui permettre, par différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage, de contribuer au développement de ses compétences et à la recherche de solutions. D'ailleurs, plusieurs études (95, 99-102) montrent que l'apprentissage d'une pratique infirmière humaniste est considérablement influencé par les expériences relationnelles vécues entre l'enseignant et l'étudiant.

Par ailleurs, pour aider les étudiants à concrétiser et à utiliser le Modèle dans la pratique clinique, une démarche de soins infirmiers humaniste-*caring* a été développée et vise à : 1) comprendre l'expérience de la Personne en lien avec son environnement ; 2) approfondir et enrichir l'analyse et l'interprétation de ses besoins et de ses préoccupations ; 3) planifier et choisir les interventions ; 4) prodiguer des soins de qualité et 5) évaluer les résultats des interventions en exerçant une pratique réflexive (96). Pour être cohérente avec les assises du MHSI-UdeM, cette démarche s'effectue en partenariat avec la Personne, partenariat qui nécessite l'engagement tant de l'individu et de sa famille que de l'étudiant, et ce, à toutes les étapes du processus. Les étudiants sont guidés par le personnel enseignant à utiliser et à s'approprier cette démarche au cours de l'ensemble des stages de leur baccalauréat. De plus, les superviseurs de stages sont invités à une formation sur la démarche de soins humaniste-*caring* afin d'offrir un accompagnement cohérent avec la formation que les étudiants reçoivent à la FSI-UdeM.

LA GESTION

Selon leur approche de gestion et leur type de leadership, les gestionnaires de soins infirmiers peuvent influencer indirectement les soins humanistes prodigués par les infirmières auprès des patients et de leur famille (1, 7, 18, 19, 38, 39, 103). Pour y parvenir, elles doivent notamment défendre et expliquer les soins infirmiers selon une perspective cohérente avec la philosophie humaniste tant auprès des administrateurs, des membres du conseil d'administration que des membres du personnel et des différents groupes professionnels de son milieu. Considérant que les administrateurs de la santé sont appelés à posséder une bonne connaissance des théories et des pratiques de gestion, les infirmières gestionnaires se doivent d'intégrer à celles-ci leurs connaissances liées à l'art et à la science du soin, c'est-à-dire leur perspective infirmière, tel que le MHSI-UdeM. De plus, Ray et Turkel (4) estiment que le *caring* devrait teinter les différentes dimensions de la gestion (entre autres, économique, politique et légal) de même que la mission et la culture d'une organisation.

Bien que tout ceci représente des défis de taille, plusieurs auteurs (1, 3, 4, 7, 38, 103-109) affirment qu'il est en effet possible, pour les administrateurs d'une organisation, de concilier les aspects économiques avec une pratique de gestion humaniste pour des soins infirmiers fondés sur une approche de *caring,* telle que proposée par le Modèle. Dans ces circonstances, les administrateurs des services de santé n'ont plus seulement qu'à assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés, mais aussi d'être concernés par la création d'un contexte de travail favorable aux pratiques humanistes des membres de l'organisation.

À la lumière du MHSI-UdeM, être une infirmière gestionnaire humaniste peut signifier de : témoigner de l'ouverture à la discussion ; faire preuve d'écoute face aux opinions exprimées ; communiquer les informations pertinentes pour permettre au personnel de comprendre les enjeux de l'organisation ; travailler en partenariat avec le personnel infirmier pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés ; favoriser l'autonomie des infirmières ; reconnaître leur potentiel et favoriser leur *empowerment* ; établir, avec elles, une relation de *caring* basée sur la réciprocité et la confiance, et ; les soutenir dans leur pratique *caring,* et ce, dans un contexte de ressources limitées (1, 7, 19, 38, 63, 103). Il peut également s'agir de montrer et de faire reconnaître, auprès des autres décideurs et du personnel, la valeur ajoutée d'une pratique de soins humanistes tant pour les patients, leur famille, le personnel infirmier que de l'organisation (1, 103).

LA RECHERCHE

Selon Pepin et ses collaborateurs (53), l'investigation scientifique en sciences infirmières doit être cohérente avec le centre d'intérêt de la discipline ; les différentes conceptions infirmières permettant de le préciser et de développer les connaissances à partir de leur perspective unique. La vision spécifique qu'offre le MHSI-UdeM au regard des concepts centraux de la discipline infirmière et des deux concepts clés offre donc une perspective à partir de laquelle plusieurs études pourront être menées pour : 1) élaborer des théories ; 2) préciser des concepts ; 3) étudier et comprendre la signification de l'expérience vécue par les patients, les familles de même que les infirmières ; 4) mesurer les impacts d'une pratique humaniste chez les personnes soignées et les soignants, et ; 5) développer des connaissances liées à l'humanisation des soins et le *caring* tout en favorisant leur intégration dans la pratique infirmière.

Dans un contexte de développement de connaissances, le Modèle utilisé en tant que cadre de référence ou de perspective disciplinaire permet de guider la formulation des questions de recherche et le choix de la méthode tout

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

en précisant les concepts à étudier (53). Par exemple, Gauvin-Lepage (110, 111) a utilisé le MHSI-UdeM (29, 30) comme perspective disciplinaire dans son étude qualitative et inductive (112) selon une approche collaborative de recherche (113, 114). Il s'est intéressé à explorer le processus de résilience au sein de familles confrontées au traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou sévère de leur adolescent. Cette étude a permis la coconstruction des composantes d'un programme d'intervention en soutien à la résilience familiale, avec des familles dont un adolescent est atteint d'un TCC modéré ou sévère et des professionnels de la réadaptation. Les composantes ayant émergé de cette étude sont les suivantes : 1) les caractéristiques de la famille et ses influences ; 2) les stratégies familiales positives ; 3) le soutien familial et social ; 4) la prise en charge de l'aspect occupationnel et ; 5) l'apport de la communauté et des professionnels de la santé (110, 111, 114).

D'abord, à la lumière de la perspective disciplinaire privilégiée dans son étude, Gauvin-Lepage (110) a reconnu que la résilience était vécue de façon *unique* ; certaines familles réussissant à se transformer positivement, d'autres manifestant plus de difficultés. Teinté par le Modèle, il s'est aussi intéressé aux *préoccupations* identifiées par les familles afin d'actualiser des approches de soins interdisciplinaires pouvant soutenir leur processus de résilience à travers cette épreuve. En effet, le MHSI-UdeM a guidé le chercheur à explorer les *perceptions* et les *expériences* des familles et des intervenants afin de permettre l'émergence des cinq composantes du programme d'intervention précédemment citées. Cette perspective disciplinaire était d'ailleurs cohérente avec la perspective philosophique (par exemple, l'épistémologie et l'ontologie) de Gauvin-Lepage (110, 114) sur la connaissance, invitant les participants à co-construire de nouvelles connaissances avec le chercheur. Par conséquent, l'auteur a considéré que l'humain, qui est au centre du processus, avait le plein potentiel de participer à cette co-construction (29). De plus, la création d'un climat d'échange et de respect a redonné à l'individu et à sa famille la capacité de faire leurs propres choix selon leurs forces intérieures et, surtout, de pouvoir les exprimer afin qu'ils soient pris en considération par les professionnels intervenant auprès d'eux (110, 111, 114).

Par ailleurs, les résultats de Gauvin-Lepage (110) corroborent la conception du soin du MHSI-UdeM (28-32, 34, 67), c'est-à-dire un accompagnement de la famille qui contribue à leur santé en misant sur leur potentiel, leur pouvoir d'agir et en cocréant un environnement de soin facilitant leur résilience. Plus particulièrement, cette étude démontre l'importance d'une approche de soins *humaniste* pour faciliter l'émergence de la résilience de ces familles, notamment en réadaptation fonctionnelle intensive et en insertion sociale. En d'autres mots, cette étude réaffirme les besoins de ces familles en termes d'accompagnement et offre des pistes d'interventions humanistes visant à favoriser le processus de résilience familiale (111).

En somme, l'utilisation de la perspective disciplinaire du MHSI-UdeM dans le cadre de cette étude a permis de jeter un regard profondément humain sur le processus de résilience familiale. Ainsi, Gauvin-Lepage (110) suggère que le MHSI-UdeM s'avère pertinent au renouvellement de la pratique infirmière, notamment en contexte de réadaptation auprès des familles et, plus spécifiquement, autour du concept de résilience.

CONCLUSION

Le MHSI-UdeM s'inspire notamment des fondements philosophiques humanistes (43-44) et de l'école de pensée du *caring* (45-52). Les auteurs ont présenté une perspective novatrice de leur vision du centre d'intérêt de la discipline infirmière. Cette vision est précisée dans la définition pragmatique des concepts centraux de Personne, de Santé, d'Environnement et de Soin, de même que des concepts clés du Modèle, soit la Compétence et le *Caring*, qu'ils ont voulu rendre accessibles dans des sphères d'activités de la profession infirmière.

Enfin, si le Modèle est maintenant intégré dans les programmes de formation à la FSI-UdeM, des efforts importants sont à poursuivre pour le présenter à toute la communauté de soignants et promouvoir son implantation dans la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche. Plusieurs défis actuels et futurs s'imposent dans le déploiement du MHSI-UdeM (103), notamment en pratique clinique, par la mise en œuvre de projets pilotes dans les centres de soins ; en gestion, où il est possible, selon certains auteurs (4, 107, 108), de concilier enjeux économiques et approche humaniste ; de même qu'en recherche, pour assurer le développement du Modèle et évaluer les retombées de son application pour la santé de la Personne.

Somme toute, le MHSI-UdeM permet à l'infirmière (soignante, gestionnaire, enseignante, chercheuse) d'accompagner la Personne (l'individu, la famille, la population, la communauté, l'infirmière, l'employé, l'étudiant) dans son parcours de soins (ou de travail, d'études, de recherche) afin qu'elle chemine vers un mieux-être et un devenir à co-construire ensemble.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Cara CM, Nyberg J, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. Nurs Adm Q. 2011 Jan-Mar;35(1):6-14.
2. Watson J. Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. J Health Hum Serv Adm. 2009 Spring;31(4):466-82.

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

3. Turkel MC. Dr. Marilyn Ray's theory of Bureaucratic Caring. IJHC. 2007;11(4):57-70.
4. Ray MA, Turkel MC. Marilyn Anne Ray's theory of Bureaucratic Caring. Dans: Parker ME, Smith MC, directeurs. Nursing theories & nursing practice. 3e éd. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company; 2010. p. 472-94.
5. Palese A, Vianello C, Cassone A, Polonia M, Bortoluzzi G. Financial austerity measures and their effects as perceived in daily practice by Italian nurses from 2010 to 2011: a longitudinal study. Contemp Nurse. 2014;48(2):168-80.
6. Wray J. The impact of the financial crisis on nurses and nursing. J Adv Nurs. 2013 Mar;69(3):497-9.
7. Boykin A, Schoenhofer S, Valentine K. Health care system transformation for nursing and health care leaders: implementing a culture of caring. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014.
8. Mackintosh C. Caring: The socialisation of pre-registration student nurses: a longitudinal qualitative descriptive study. Int J Nurs Stud. 2006 Nov;43(8):953-62.
9. McLaughlin K, Moutray M, Moore C. Career motivation in nursing students and the perceived influence of significant others. J Adv Nurs. 2010 Feb;66(2):404-12.
10. Price SL. Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. J Adv Nurs. 2009 Jan;65(1):11-9.
11. Jirwe M, Rudman A. Why choose a career in nursing? J Adv Nurs. 2012 Jul;68(7):1615-23
12. Crick P, Perkinton L, Davies F. Why do student nurses want to be nurses? Nurs Times. 2014 Jan 29-Feb 4;110(5):12-5.
13. Cara C, O'Reilly L. S'approprier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. Rech Soins Infirm. 2008 Dec;(95):37-45.
14. Dunn DJ. What keeps nurses in nursing? IJHC. 2012;16(3):34-41.
15. Alderson M. Analyse psychodynamique du travail infirmier. Une enquête de psychodynamique du travail en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée: entre plaisir et souffrance. Berlin, Allemagne: Éditions universitaires européennes; 2010.
16. Nooney JG, Unruh L, Yore MM. Should I stay or should I go? Career change and labor force separation among registered nurses in the U.S. Soc Sci & Med. 2010 Jun;70(12):1874-81.
17. Chen HC, Chu CI, Wang YH, Lin LC. Turnover factors revisisted: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. Int J Nurs Stud. 2008 Feb;45(2):277-85.
18. Avoine MP. La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation [Mémoire de maîtrise en sciences infirmières]. Sherbrooke, Canada: Université de Sherbrooke; 2012.
19. Brousseau S. La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé [Thèse de doctorat en sciences infirmières]. Montréal, Canada: Université de Montréal; 2015.
20. Wolf ZR. Nursing practice breakdowns: Good and bad nursing. Medsurg Nurs. 2012 Jan-Feb;21(1):16-22, 36.
21. Karlsson M, Bergbom I, von Post I, Berg-Nordenberg L. Patient experiences when the nurse cares for and does not care for. IJHC. 2004;8(3):30-6.
22. O'Reilly L, Cara C. A caring educational intervention with nurses to enhance health care humanization and quality. IJHC. 2011;15(3):75.
23. Avoine M-P, O'Reilly L, Michaud C, Tribble DS-C. Dehumanization in healthcare: a concept analysis. IJHC. 2011;15(3):60.
24. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public Inquiry. Volume 3: Present and future, annexes. 2013.
25. Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. Int J Nurs Pract. 2010 Feb;16(1):51-6.
26. Wiman E, Wikblad K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. J Clin Nurs. 2004 May;13(4):422-9.
27. American Nurses Credentialing Center. 2014 Magnet® application manual. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center; 2014.
28. Cara C, Roy M, Thibault L, Alderson M, Beauchamp J, Casimir M, et al. Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM [En ligne]. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; 2015. [cité le 2 mai 2016]. Disponible: http://fsi.umontreal.ca/presentation/documents/Depliant-Modele_humaniste.pdf
29. Cara C, Girard F. The humanist model of nursing care: a driving force for nursing education. Présenté au 34e International Association for Human Caring Conference; 2013 May ; Lake Buena Vista, FL.
30. Girard F, Cara C. Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; 2011.
31. Cara C. An example of a humanistic caring program. Présenté au Watson's Inaugural Caring Science Summer Institute & World Caring Conference; 2012 Jui; Boulder, CO.
32. Cara C. Atelier de formation #1: « pratique clinique, démarche et Modèle humaniste des soins UdeM ». Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; 2014.
33. Cara C, Gagnon L. Atelier de formation #2: « le Modèle humaniste des soins UdeM en pratique ». Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; 2014.
34. Cara C, Lefebvre H. Pratique clinique: démarche et modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM. Belgique: Université Libre de Bruxelles; 2015.
35. Cara C. L'école de pensée du caring comme pilier à la conception d'un programme de formation initiale en soins infirmiers: un exemple québécois. Dans le cadre du Colloque multidisciplinaire organisé par l'Institut et Haute École de la Santé La Source; juin; Lausanne, Suisse; 2014.
36. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder, CO: University Press of Colorado; 1979.
37. Cara C. Perspectives infirmières du phénomène de la dystrophie musculaire chez l'enfant et sa famille [Mémoire de maîtrise en sciences infirmières]. Montréal, Canada: Université de Montréal; 1988.
38. Cara C. Managers' subjugation and empowerment of caring practices: a relational caring inquiry with staff nurses [Thèse de doctorat en sciences infirmières]. Denver Colorado: University of Colorado Health Sciences Center; 1997.
39. Cara C. A relational caring inquiry: nurses' perspective on how management can promote a caring practice. IJHC. 1999;3(1):22-30.

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

40. Sitzman K, Watson J. Caring science, mindful practice: implementing Watson's Human Caring Theory. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014.

41. Woodward TK. Jean Watson's theory of Human Caring. Dans: Parker ME, Smith MC, rédacteurs. Nursing theories & nursing practice. 3e éd. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company; 2010. p. 351-69.

42. Krol PJ, Lavoie M. De l'humanisme au nihilisme: une dialectique sur la théorie du *caring* de Jean Watson. Rech Soins Infirm. 2015 Sep;(122):52-66.

43. Buber M. I and thou. A new translation, with a prologue and notes by Walter Kaufmann. New York, NY: Touchstone; 1996.

44. Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1951.

45. Boykin A, Schoenhofer SO. Nursing as caring: a model for transforming practice. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers & National League for Nursing; 2001.

46. Leininger MM. Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice. New York, NY: McGraw-Hill; 1995.

47. Leininger MM, McFarland MR. Madeleine Leininger's theory of Culture Care Diversity and Universality. Dans: Parker ME, Smith MC, rédacteurs. Nursing theories & nursing practice. 3e éd. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company; 2010. p. 317-36.

48. Watson J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2007.

49. Watson J. Postmodern nursing and beyond. Édimbourg, Royaume-Uni: Churchill Livingstone; 1999.

50. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2e éd. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.

51. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder, CO: University Press of Colorado; 1985.

52. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company; 2005.

53. Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. La pensée infirmière. 3e éd. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2010.

54. Smith MC, Parker ME. Nursing theories & nursing practice. 4e éd. Philadelphie, PA: F. A. Davis Company; 2015.

55. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. Dev Psychol. 1986;22(6):723-42.

56. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.

57. Bronfenbrenner U. Making human beings human: bioecological perspectives on human development. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2005.

58. von Bertalanffy L. Théorie générale des systèmes. Paris, France: Dunod; 1993.

59. Paterson JG, Zderad LT. Humanistic nursing. New York, NY: John Wiley & Sons; 1976.

60. Sylvestre A, Dionne C. Modèle interactionniste d'intervention en orthophonie. RFDI. 1994;5(2):155-66.

61. Sylvestre A, Schornesteiner AM, Zingg F, Jacquart N, Tardy S, Cappelin AF et al. Il était une fois Sylvain... L'histoire d'une intervention logopédique selon un modèle écosystémique. Langage et pratiques. 1999 Dec;24:13-27

62. Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1989.

63. Cara C. Le caring en 2004 : le vivre dans sa pratique au quotidien. Présenté au 26e International Association for Human Caring Conference; 2004 Jun; Montréal, Québec.

64. O'Reilly L, Cara C. « Être avec » la personne soignée en réadaptation : une rencontre humaine profonde, thérapeutique et transformatrice. Rech Soins Infirm. Dec;103:46-66.

65. Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.

66. Cara C. Explorer les fondements théoriques du *caring* dans la pratique infirmière. Dans: Potter PA, Perry AG, directeurs. Soins infirmiers - Fondements généraux. 3e éd. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2010. p. 84-99.

67. Perry, AG, Cara C. Explorer les fondements théoriques du *caring* dans la pratique infirmière. Dans: Potter PA, Perry AG, Stockert, PA, Hall, AM, directeurs. Soins infirmiers - Fondements généraux. 4e éd. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2017. p. 72-87.

68. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The focus of the discipline revisited. Adv Nurs Sci. 2008 Jan-Mar;31(1):E16-27.

69. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Référentiel de compétences - Programme de doctorat en sciences infirmières (Ph.D). Montréal, Québec: Université de Montréal; 2014.

70. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Référentiel de compétences à la maîtrise. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2014.

71. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Référentiel de compétences. Baccalauréat en sciences infirmières. 2e éd. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2015.

72. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Référentiel de compétences. Baccalauréat en sciences infirmières. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2010.

73. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2006.

74. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci. 1978 Oct;1(1):13-23.

75. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory and knowledge development in nursing. 8e éd. Saint-Louis, MO: Mosby Elsevier; 2011.

76. White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. Adv Nurs Sci. 1995 Jun;17(4):73-86.

77. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Le modèle: agir avec compétence en situation. Les réponses à plus de 100 questions. 6e éd. Paris, France: Eyrolles; 2013.

78. Le Boterf G. Développer la compétence des professionnels. 4e éd. Paris, France: Éditions d'Organisation; 2002.

79. Wittorski R. Analyse du travail et production de compétences collectives. Paris, France: L'Harmattan; 1997.

80. Girard F, Linton N, Besner J. Professional practice in nursing: a framework. Nursing Leadership. 2005 Jun;18(2):1-8.

81. Duquette A, Cara C. Le caring et la santé de l'infirmière. Infirmière Canadienne. 2000;1(2):10-1.

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

82. O'Reilly L, Avoine M-P, Cara C, Brousseau S. "Being with" the nurse from the patient's perspective: a phenomenological study in a rehabilitation center applying Watson's caring model. IJHC. 2010;14(3):75.

83. Duffy JR, Hoskins LM. The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms. Adv Nurs Sci. 2003 Jan-Mar;26(1):77-88.

84. Griffiths J, Speed S, Horne M, Keeley P. 'A caring professional attitude': what service users and carers seek in graduate nurses and the challenge for educators. Nurse Educ Today. 2012 Feb;32(2):121-7.

85. Merrill AS, Hayes JS, Clukey L, Curtis D. Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. J Trauma Nurs. 2012 Jan-Mar;19(1):33-7.

86. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, et al. Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: a comparative study. Nurs Ethics. 2012 May;19(3):369-79.

87. St-Germain D, Blais R, Cara C. La contribution de l'approche de *caring* des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. Rech Soins Infirm. 2008 Dec;(95):57-69.

88. Wiechula R, Conroy T, Kitson AL, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P et al. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? J Adv Nurs. 2016 Apr;72(4):723-34.

89. Roy M, Robinette L. Le caring. Démarche d'actualisation en milieu clinique. Montréal, Québec: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine; 2005.

90. Roy M, Robinette L. La philosophie: Le caring [En ligne]. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, [cité le 5 mai 2016]. Disponible: http://www.hscm.ca/soins-et-services/les-soins-infirmiers/la-philosophie-le-caring/index.html

91. Lussier M, St-Jacques M. Le bénéficiaire victime d'un traumatisme crânio-encéphalique : programme de soins. Montréal, Québec: Institut de réadaptation de Montréal; 1993.

92. Roy M. Le modèle humaniste des soins infirmiers. De la Faculté des sciences infirmières... au CHUM. L'Avant-Garde. 2013 summer;13(2):1-3.

93. Cappell E. A step-by-step guide on how to implement caring theory. Dans: Watson J, directeur. Applying the art and science of human caring. New York, NY: National League for Nursing; 1994. p. 11-7.

94. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced practice nursing: an integrative approach. 5e éd. Saint-Louis, MO: Elsevier; 2014.

95. Krol P. L'apprentissage du *caring* chez les étudiantes infirmières au baccalauréat dans un programme de formation par compétences. Rech Soins Infirm. 2010 Sep;(102):59-72.

96. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. La démarche de soins infirmiers humaniste-caring. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2012.

97. Centre d'innovation en formation infirmière. Approche par compétences: module d'introduction [En ligne]. Montréal: Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal; [cité le 5 mai 2016]. Disponible: http://www.cifi.umontreal.ca/fr/formation-consultation/formations/formation/approche-par-competences-module-dintroduction

98. Bélanger L, Goudreau J, Ducharme F. Une approche éducative socioconstructiviste et humaniste pour la formation continue des infirmières soignant des personnes ayant des besoins complexes. Rech Soins Infirm. 2014 Sep;(118):17-25.

99. Cara C. The apprenticeship of caring. IJHC. 2001;5(2):33-41.

100. Savage JS, Favret JO. Nursing students' perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. Nurse Educ Pract. 2006 Jan;6(1):47-54.

101. Adam D, Taylor R. Compassionate care: empowering students through nurse education. Nurse Educ Today. 2014 Sep;34(9):1242-5.

102. Bray L, O'Brien MR, Kirton J, Zubairu K, Christiansen A. The role of professional education in developing compassionate practitioners: a mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registrations students. Nurse Educ Today. 2014 Mar;34(3):480-6.

103. Cara C, Dubois S, Roy M. Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM, une inspiration pour la gestion: enjeux et défis. Présentée au 6e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones; 2015 May; Montréal, Québec: SIDIIEF.

104. D'Alfonso J. Economics, caring, and complexity. Dans: Davidson AW, Ray MA, Turkel MC, directeurs. Nursing caring and complexity science: for human-environment well-being. New York, NY: Springer Publishing Company; 2011. p. 186-98.

105. Nyberg J. The element of caring in nursing administration. Nurs Adm Q. 1989 Spring;13(3):9-16.

106. Nyberg J. Theoretic explorations of human care and economics: foundations of nursing administration practice. Adv Nurs Sci. 1990 Sep;13(1):74-84.

107. Nyberg J. Implementing Watson's theory of caring. Dans: Watson J, directeur. Applying the art and science of human caring. New York, NY: National League for Nursing; 1994. p. 53-61

108. Ray MA. The theory of Bureaucratic Caring for nursing practice in the organizational culture. Nurs Adm Q. 1989 Winter;13(2):31-42.

109. Boykin A, Schoenhofer SO, Aleman D. Transforming practice using a caring-based nursing model. Nurs Adm Q. 2003 Jul-Sep;27(3):223-30.

110. Gauvin-Lepage J. Coconstruction des composantes d'un programme d'intervention en soutien à la résilience de familles dont un adolescent est atteint d'un traumatisme craniocérébral [Thèse de doctorat en sciences infirmières]. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2013.

111. Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Malo D. Resilience in families with adolescents suffering from traumatic brain injuries. Rehabil Nurs. 2015 Nov-Dec;40(6):368-77.

112. LoBiondo-Wood G, Haber J, Cameron C, Singh MD. Nursing research in Canada: methods, critical appraisal, and utilization. 3e éd. Toronto, Ontario: Elsevier; 2013.

113. Desgagné S. Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. Rev Sci Edu. 1997;23(2):371-93.

114. Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Malo D. L'approche collaborative de recherche. Faire de la recherche « avec » plutôt que « sur » des individus. Une approche à privilégier en sciences infirmières pour faire progresser les connaissances. Perspective infirmière. 2016 Mar-Avr;13(2):42-44.

Copyright © ARSI tous droits réservés

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université catholique de Louvain - - 130.104.69.53 - 21/02/2018 12h25. © Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)