

RAPPORT

D'expertise et d'évaluation en administration des services infirmiers

« Accompagner le changement »

Service de pédiatrie de l'Hôpital Cantonal de Fribourg

Mars 2005

**Claire Gobet-Cornec, cheffe de projet
Michel Nadot, Unité de recherche
& développement francophone**

TABLE DES MATIERES

Résumé

Introduction

1. Relever un défi ...

1.1. Contexte dans lequel s'inscrit la recherche

1.2. Cheminement de la réflexion et émergence des cadres de référence

1.2.1. Identité professionnelle

1.2.2. La médiologie de la santé

1.2.3. Le projet

1.2.4. Synthèse

2. Equipe de recherche et projet de recherche

2.1. Engagement des Hautes Ecoles et partenaires de terrain

2.1.1. Prestations propres fournies par le partenaire de terrain : clinique de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg

2.1.2 Engagement de la HEdS-FR (Recherche et développement, section francophone)

2.2. Objet de la recherche

2.2.1. Préambule

2.2.2. Question de recherche

2.2.3. Buts de la recherche

2.2.4. Enjeux d'une telle recherche

2.3. Cadres de références

2.3.1. La recherche action et l'évaluation adaptative

2.3.2. La pédagogie du projet

2.3.3. Le changement

2.3.4. La médiologie de la santé

2.3.5. La charte de l'enfant hospitalisé

2.3.6. Les hypothèses de recherche

3. Méthodologie

3.1. Choix d'une méthode

3.2. Calendrier de recherche

3.3. Tableau récapitulatif des différentes phases de la recherche

4. Résultats de la recherche

4.1. Réalité d'une recherche ou calendrier effectif du travail accompli

4.2. Rappel méthodologique (Plan A-B-A)

4.3. Reflets du questionnaire et de l'entretien individuel avant le traitement (Avril 2003)

4.3.1 Population

4.3.2 Réaction des sujets face au questionnaire

4.3.3 Retranscription générale des entretiens et des questionnaires

- Une motivation dans la réalisation de la brochure
- Une volonté de s'engager et d'induire le changement
- Une certaine résignation

4.3.4 Examen de la volonté d'implication dans le fonctionnement du groupe de travail et par effet rebond dans la création de la brochure

4.3.5 Conclusion

4.4. Précautions recommandées au chercheur

4.5. Reflets du fonctionnement du groupe de travail

4.5.1 Planification du temps de travail

4.5.2 Gestion de l'activités au sein du groupe de travail

4.5.3 Circulation de l'information en dehors du groupe de travail

4.5.4 Un engagement au-delà du mandat

4.6. Reflets du questionnaire et de l'entretien individuel après le traitement (Décembre 2004)

4.6.1 Population

4.6.2 Réaction des sujets face au questionnaire

4.6.3 Retranscription générale des entretiens et des questionnaires

a) Les locaux

- Une mue réussie
- Des bémols
- Un constat amer

b) L'organisation du service

c) L'ambiance de travail

- L'équipe de néonatalogie
- L'équipe de pédiatrie
- Le travail en réseau
- Une volonté d'agir

4.6.4 Retranscription de l'implication de l'équipe de soignants dans l'évolution de la philosophie de soins et la création de la brochure

4.6.5 Retranscription du vécu des sujets à l'intérieur du groupe de travail

4.6.6 Retranscription des propositions concrètes en vue de la mise en application de la philosophie de soins

4.6.7 Conclusion

5. Analyse des données et confrontation aux hypothèses

Conclusion

Propositions concrètes émises par les soignants en vue de la mise en application de la philosophie de soins

- **Axe 1 : L'accueil de l'enfant et sa famille**
- **Axe 2 : L'information régulière et personnalisée de l'enfant et sa famille**
- **Axe 3 : Le respect de la singularité de l'enfant et sa famille**
- **Axe 4 : La formation permanente du personnel soignant**

Bibilographie

Annexes

Résumé

Dans un contexte de changement multifactoriel, la recherche proposée vise l'évaluation pour fin d'amélioration du vécu des infirmières du service de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg.

Notre méthode de type recherche action selon la définition de Goyette (1984) consiste à la fois en une procédure d'évaluation adaptative-interactive telle que définit par Van der Maren (1995) et une pédagogie du projet décrite par Boutinet (1993). Le but de cette démarche est de répondre à la demande d'aide exprimée par les membres d'une équipe de soins et d'agir sur un épuisement du personnel soignant en augmentant sa satisfaction professionnelle. L'application ambitionne l'adhésion à des valeurs communes en vue de piloter l'activité professionnelle et de valoriser une philosophie de soins par la cohésion d'une équipe autour d'un projet commun. Enfin, en répondant à l'appel des soignants, la haute école de santé Fribourg tend à développer par le biais de cette prestation de service, ses activités de recherches et de collaboration avec les lieux de pratiques accueillants ses étudiants.

Les auteurs

Claire Gobet-Cornec est infirmière spécialisée en santé maternelle et infantile et psychopédagogue, licenciée de l'Université de Fribourg. Après plusieurs années passées à la clinique de pédiatrie de l'Hôpital universitaire de Genève, elle a travaillé durant onze ans en qualité d'enseignante à la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR). Elle exerce actuellement en tant que psychologue consultante en pratique privée.

Michel Nadot est infirmier en soins psychiatriques, docteur en histoire et épistémologie de la discipline soignante. Après une certification postdoctorale en politiques de l'enseignement supérieur et de la recherche faite en 2002 à l'école polytechnique fédérale de Lausanne, il est aujourd'hui responsable de l'Unité de recherche et de développement francophone de la HEdS-FR et professeur associé à la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec.

Introduction

Chronologiquement, c'est la volonté d'implications de quelques partenaires du terrain, qui nous a incité à entamer une recherche¹. En effet, au cours d'une rencontre formalisé autour du nouveau programme de formation pour infirmière et infirmier HES², une poignée d'infirmières du service de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg nous a interpellés. Mettant en évidence une réalité professionnelle en pleine mouvance, les infirmières s'interrogeaient sur leur lendemain professionnel.

Ces mêmes soignantes évoquaient avec une certaine appréhension, les transformations architecturales et organisationnelles qu'allait subir la clinique de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg³. Les questionnements laissaient émerger une certaine lassitude et des craintes plurielles mais également une volonté de rebondir sur l'opportunité du changement. Il s'agissait pour certaines infirmières de saisir ce réaménagement du service pour modifier la prise en soins des enfants et de leurs proches ainsi que certaines habitudes de service.

C'est dans ce contexte que quelques soignantes nous ont demandé d'intervenir en tant que moteur de changement....

Ayant obtenu l'aval des hiérarchies institutionnelles respectives et accepté de relever le défi, il fallait alors élaborer une stratégie de résolution de problème. En termes d'objectif, notre méthode devrait permettre aux professionnels concernés de transformer un climat d'insécurité lié aux changements multiples et propices à l'épuisement professionnel, en une force créatrice motivante et moteur de changement.

¹ Une requête auprès de l'action DORE (DOREsearch) [initiative conjointe de la commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et du fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS)] a été déposé en 2002. Le financement sera refusé mais l'hôpital cantonal de Fribourg (partenaire de terrain) ainsi que la direction de la HEdS-FR décideront d'un commun accord de poursuivre la démarche.

² Dès la rentrée 2002, un certain nombre d'établissement, dont l'école du personnel soignant de Fribourg, ont démarré un programme HES de formation des infirmières. Le projet pédagogique de l'école de Fribourg envisage la construction du programme autour de situations emblématiques (Perrenoud, 1996). En vue de sa réalisation, un spicilège a été effectué auprès des différents services (hospitaliers comme extra hospitalier) employant des infirmières.

³ Outre l'arrivée de nouvelles formations professionnelles (HEdS), le service de pédiatrie de Fribourg se trouvait en pleine restructuration tant au niveau architectural (travaux, déménagement provisoire, nouveaux locaux), qu'au niveau de la structure organisationnelle et cognitive des équipes (réorganisation des équipes de soins, nouveau personnel, nouvelle formation) et des soins (nouveau concept des urgences et des hospitalisations ambulatoires, nouvelles technologie de soins).

1. Relever un défi...

1.1. Contexte dans lequel s'inscrit la recherche

- *La première motivation* à relever ce défi, trouve probablement son origine dans notre sentiment d'appartenance à une discipline professionnelle (Dallaire et Blondeau, 2002) : celle des infirmières. Bien qu'ayant quitté le domaine des soins en 1993, notre activité de professeur à l'école d'infirmière nous a permis de garder une certaine connivence avec les professionnels du terrain⁴. Cette complicité se traduit par un profond respect mais aussi une réelle empathie vis à vis des difficultés traversées par les collègues du terrain et elles sont nombreuses. En moins de cinquante ans, non seulement les soins auprès des enfants ont évolués de manière considérable⁵ mais au cours de la dernière décennie la formation du personnel infirmier présent auprès des enfants a vécu de profonds bouleversements⁶. Malgré ces embûches et de part leur passé de soumission (Adam, 1983 ; Collière, 1982 ; Collière & Dièbolt, 1988 ; Nadot, 1993 ; Walter, 1992 ; Dallaire & Goulet, 2002). les infirmières ont appris à faire face et à assumer envers et contre tout, les soins auprès des patients. Ces antécédents de servitude combinés à la réalité quotidienne inhibent bien souvent les vellétés de mobilisation des plus engagés. Dans ce contexte de changement où l'instabilité conduit à un sentiment d'insécurité, on ne peut qu'honorer la prise de conscience des professionnels du terrain et les encourager à poursuivre leur réflexion. On comprend ainsi qu'en induisant une requête de changement dans un contexte où le traditionalisme est encouragé, l'attitude de certaines infirmières de l'hôpital cantonal de Fribourg ne peut que retenir toute l'attention du chercheur.
- *La deuxième motivation* se trouve étroitement lié à la précédente car elle découle de la demande qui nous a été faite par les professionnels du terrain. Le souci d'amélioration des prestations de service a conduit certaines infirmières de la clinique de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg à se positionner et nous demander d'intervenir pour les soutenir dans

⁴ Le cahier des charges d'un professeur à l'Ecole du Personnel Soignant de Fribourg intègre la participation active des professeurs à la formation des élèves infirmiers sur les terrains de stage par, ce que nous appelons, des enseignements cliniques au lit du patient. Cette activité permet au professeur de l'école de travailler en étroite collaboration avec les professionnels du terrain et de garder ainsi contact avec une certaine réalité professionnelle. De même, dans le cadre d'un travail de mémoire de licence présenté auprès de l'université de Fribourg (CH), la collaboration avec les infirmières de néonatalogie s'était révélée fructueuse et enrichissante.

⁵ D'un point de vue médical tout d'abord, nous avons assisté à la reconnaissance d'une physiopathologie propre à l'enfant avec l'apparition de la spécialisation médicale reconnue sous le terme de pédiatre. L'évolution se poursuivra avec l'avènement de la néonatalogie de la biologie du développement, la génétique et la foetologie. (Guy, B., Chantelot, D. & Salle, B.L. 1996). D'un point de vue du contexte, nous sommes passés d'un régime isolationniste à un régime d'ouverture. En effet, pour contrecarrer l'incidence des infections sur la mortalité infantile, les services de pédiatrie se sont, pendant de nombreuses années, protégés du monde extérieur en limitant l'accès du service au personnel soignant, allant jusqu'à interdire les visites, y compris celles des parents ou de la fratrie. A l'heure actuelle, on assiste à une politique inverse qui préconise l'accueil de la famille et la participation des parents aux activités de la vie quotidienne auprès de l'enfant hospitalisé.

⁶ Pendant de nombreuses années, les équipes de soins en pédiatrie se composaient uniquement d'infirmières HMP et de nurses. Dans les années 1990, la fermeture de ces écoles, spécifiquement centrées sur l'enfant, au profit d'une formation en soins basée sur les besoins de la population (infirmière niveau II selon la terminologie de la Croix Rouge Suisse, 1992), a souvent été vécu par les professionnels du terrain comme un déni de leurs spécificités médicales. Le réservoir de nouvelles diplômées HMP s'amenuisant, les infirmières en soins généraux puis les nouveaux diplômés niveau II ont fait leur apparition dans les équipes de soins de pédiatrie. La collaboration avec les nouveaux collègues se révélait difficile car de conception différente. Le langage, les pratiques et les repères communs disparaissaient. L'identité de l'infirmière HMP vacillait, les compétences spécifiques semblaient bafouées, l'amertume s'installait au détriment parfois d'une collégialité intra disciplinaire. Aujourd'hui le statut donné à la formation HES de la filière infirmière réactive le sentiment de désaveu et on assiste à l'émergence d'une certaine saturation des professionnels du terrain.

cette conjoncture de changement. Ici encore, le positionnement des professionnels au nom du respect d'un cadre éthique et déontologique, ne peut qu'inciter un chercheur à guider les protagonistes dans leur démarche.

- *La troisième* enfin a trait à l'évolution de la profession, l'entrée de la formation dans les HEdS et la nécessité d'ancrer la profession dans une systématique de recherche et de développement. La tradition orale ayant fortement imprégné le milieu des soins infirmiers, le recours à une pensée scientifique élaborée et écrite n'est pas une démarche à laquelle les soignants ont été initiés [Adam (1983), Collière (1982), Collière & Dièbolt (1988), David (1997), Nadot, (2002, 1993), Walter (1992), Wenner (1988)]. L'implication dans une recherche ne constitue pas le mode d'entrée privilégié des professionnels du terrain. L'impulsion émise par les infirmières du service de pédiatrie de vouloir initié un changement, nous semble donc une gageure suffisamment engageante et novatrice pour accepter d'accompagner les professionnels dans ce nouveau défi professionnel.
- *La quatrième* motivation trouve son explication dans le principe de réciprocité (Cialdini, 2004). En 1998 lors de la rédaction d'un mémoire de licence en psychologie (Gobet-Cornec, 2000), les infirmières du service de néonatalogie de l'hôpital cantonal de Fribourg avaient répondu présent à notre sollicitation. Cautionné la demande des soignants quelques années plus tard, représente une sorte de compensation, lorsqu'un lien de type receveur/débiteur a été créé.

Sur la base de ces premiers éléments tant empiriques que théoriques, l'intérêt se trouve décuplé, la réflexion abonde et des stratégies de résolutions de problèmes émergent.

1.2. Cheminement de la réflexion et émergence des cadres de références

Pour affiner notre pensée et tenter de cerner au mieux la problématique exposée, nous avons exploré ce que les domaines de l'identité professionnelle, de la médiologie de la santé⁷ et de la pédagogie de projet peuvent nous enseigner.

1.2.1 Identité professionnelle

Comme nous le mentionnons plus loin, les soignants se sont souvent interrogés sur leur identité ou celle de leur discipline (*infra*, 5). Cette question de l'identité semble accompagner tout processus de professionnalisation qui est en même temps un processus identitaire. En effet selon Rocher⁸ (1968, 163), c'est par et au travers des divers milieux auxquels elle appartient ou auxquels elle se réfère qu'une personne développe son identité, c'est-à-dire la définition qu'elle peut se donner à elle-même et donner aux autres de ce qu'elle est en tant que personne à la fois individuelle et sociale. Car ce que l'on peut appeler la « personnalité sociale », est en définitive cette identité, qui assure à la personne une place dans la société et une certaine unité ou cohérence de son être et de son agir. L'identité est nécessaire psychiquement autant que socialement : elle contribue à la stabilité psychique et est une condition essentielle de la maturité de la personnalité ; elle est un pré-requis au fonctionnement social harmonieux d'une personne dans son environnement tout autant qu'à la cohésion des groupes. Oublier cet aspect face aux restructurations que subit actuellement le système de santé peut avoir des conséquences fâcheuses (Parker Shannon, 2002). Les

⁷ Ce terme est employé ici pour désigner l'identité scientifique de la discipline composée de théories et des pratiques de soins anciennement connues sous le vocable générique de « sciences infirmières » (Nadot, 2002 a)

⁸ Rocher G. (1968). *Introduction à la sociologie générale, tome 1, l'action sociale*. Paris : éd. HMH Ltée.

Durand M., Ria L., Flavier E. (2002). La culture en action des enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. XXVIII, 1, (83-103).

transformations subies dans le monde de la formation en soins infirmiers ces dernières années n'iront pas sans interpellations des identités proclamées. Alors que la profession infirmière a toujours fonctionné avec « deux étages », une professionnelle en titre (experte dans son métier comme disaient les textes), et une auxiliaire sans grandes qualifications (la petite servante), on voit apparaître une floraison de formations pour auxiliaires dès 1960. Ces formations ne tardent pas à leur tour, à se développer par délégation culturelle et avec la complicité d'infirmières, pas toujours au clair sur l'origine, la nature et la portée de leur propre discipline. Les auxiliaires se multiplient en fonction de contraintes économiques et de pénurie et se nommeront « aides hospitalières » en 1958, « aides soignantes » en 1960, « infirmières-assistantes » en 1968. Avec les infirmières-assistantes, un « troisième étage » se présente, de fait, au sein de la profession et oblige la CRS à présenter des réformes successives à trois étages. Modèles 1, 2, 3 en 1981, modèles A, B, C en 1987 pour devenir niveau I et II en 1992 (l'étage « III », de type universitaire prévu dans les propositions de 1987, ne verra pas le jour à ce moment). Les infirmières de type militaro-médicales⁹ des années 1920 (infirmières en soins généraux, en soins psychiatriques et en soins maternels et infantiles, avant d'être pédiatriques) disparaîtront du paysage professionnel. En août 1998, on retrouve des propositions à trois étages dans les perspectives HES, le tout, formulé en « agir » au lieu de préciser la nature ou le niveau prévu au sein de la discipline. On parle alors en « agir encadré, agir autonome et agir en expert ». Les sciences infirmières se transforment alors en sciences de la Santé, sans toujours bien savoir quelles disciplines scientifiques sont conviées à l'interdisciplinarité affichée. Finalement comme le dit Beillerot, il y a toujours en haut d'une pyramide de savoirs ou de pratiques conceptualisées, un groupe ou des individus fondateurs ou initiateurs, qui lui, est autodidacte, qui s'institue à former, enseigner, et délivrer des diplômes que, par définition, il ne possède pas (cité par Nadot, 1993, 353). Dans une profession qui s'appuie sur une discipline en émergence comme celle des soins, l'identité de la discipline est tout autant importante que l'identité de celle ou de celui qui s'appuie dessus. En effet, toute activité humaine est culturelle, c'est-à-dire dépendante de valeurs d'idéologie et de connaissances définies par la profession. Toute communauté professionnelle est porteuse d'une culture, ensemble de savoirs, de valeurs de normes qui formatent les actions professionnelles et qu'en retour ces dernières contribuent à faire vivre et évoluer (Durand et al. 2002). Ce formatage des actions professionnelles remonte au passé et si l'on veut comprendre les enjeux des luttes scientifiques présentes, c'est vers les enjeux des luttes scientifiques du passé que l'on devra se tourner (Bourdieu, 1984, 80)¹⁰. L'identité de la discipline est dans l'inconscient collectif de ses membres et l'inconscient de cette discipline c'est son histoire (Ibid. 81). L'identité exprime cette quête de force que l'on trouve dans les ressources sociales du pouvoir pour arriver à la possibilité de se faire reconnaître comme détenteur d'un désir propre (Sainsaulieu 1985). Ce désir de reconnaissance et d'adaptation au changement pousse aussi l'acteur à produire, diffuser et appliquer sa propre culture. Cette dernière constitue un creuset au sein duquel s'élaborent et se transmettent des procédures, normes, valeurs qui documentent ou formatent les modes de pensée et d'action (Durand et al. 2002). C'est à partir de la standardisation des traditions de l'activité soignante et de la discipline qui les accompagne que la conceptualisation de la médiologie de la santé en tant que mode de pensée de l'activité soignante s'opérera.

⁹ Contrôlées par l'Alliance suisse des Gardes-malades et la Croix-Rouge suisse dont les dirigeants appartenaient à la hiérarchie militaire et médicale du pays, la formation véhiculait les valeurs et idéologies en vigueur à l'époque de sa création.

¹⁰ Bourdieu P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : éd. de Minuit.

1.2.2 Médiologie de la santé

En médiologie de la santé l'acteur est placé de fait dans les « entre-deux » complexes de l'entreprise hospitalière. L'infirmière médiologue de santé transforme en actes et en paroles les informations qui convergent sur elle en provenance de trois systèmes culturels : SC1 pour les données administratives ou organisationnelles de type institutionnelles ; SC2 pour les données en provenance du corps médical, concernant les prescriptions et mandats médicaux, les investigations et les traitements, de type bio-médicales et SC3, pour les données perçues et conceptualisées par les infirmières et infirmiers, dépendantes de la relation soignant-soigné, donc en provenance de la personne soignée et de son entourage, mais aussi, de la posture d'intermédiaire culturelle. Ces dernières seront nommées données médiologiques. Les prestations de service de l'infirmière médiologue de santé sont produites à partir de sources d'informations multiples hiérarchisées qui ne sont pas en synergie : une hiérarchie institutionnelle et administrative (SC1), une hiérarchie médicale (SC2) et la pluralité culturelle et sociale portée par les personnes soignées et leur entourage (SC3). Si pour Debray (1994)¹¹, ne cherchant pas ce qui est derrière, mais ce qui se passe entre, le médiologue se voit contraint d'installer son tabouret entre trois fauteuils : ceux de l'historien des techniques, du sémiologue et du sociologue, la médiologie de la santé installera le sien, entre les théories de l'action et de la communication, les sciences humaines et les sciences biomédicales. Position inconfortable mais inévitable. (Nadot et al. 2002, 13).

En médiologie de la santé, l'activité ne se perçoit pas en typologies médicales, diagnostics infirmiers ou actes de soins. L'activité est dépendante des flux et des types d'informations à traiter entre différents pôles. L'on parlera alors des pôles « A » pour le client de la prestation et du pôle « B » pour la culture permettant à l'infirmière médiologue de santé d'agir. Le pôle « B » interagit avec des informations en provenance de sources de type SC1, SC2, SC3 + du type médiologique c'est-à-dire lié à la posture d'intermédiaire culturelle. Laquelle réclame à son tour de mettre des priorités sur les traitements d'information à opérer.

La médiologie de la santé en tant que discipline de l'activité soignante dans son ensemble, remplace avantageusement pour les précisions apportées les anciennes dénominations génériques « sciences infirmières », « Nursing science » ou « Pflegewissenschaft ». D'une plus grande autonomie disciplinaire que les « théorie de soins », au plan de la tutelle scientifique de ses publications, la médiologie de la santé est plutôt à rattacher aux sciences humaines (prendre soin de l'humain). En Suisse, cela correspond à la division I du FNS (sciences sociales et humaines). Le sens de l'activité soignante (intermédiaire culturelle) étant polysémique, selon où l'on met le projecteur (le point de vue valorisé), on pourrait penser à raccrocher les pratiques aux sciences médicales (SC2) ou aux sciences sociales (SC1). Mais la science réflexive utilisée à l'émergence de la médiologie de la santé (1992) étant la philosophie, c'est au niveau des sciences humaines que l'activité de « prendre soin » (*Caring*) ou « d'aider à vivre » (SC3) trouve ses ancrages. Mais ce « prendre soin » ne saurait suffire à lui seul pour rendre compte de la spécificité de l'activité soignante. L'espace et le contexte du soin, le « temps du soin », la parcimonie du domaine disciplinaire, la neutralité de « l'ENTRE », et le caractère international de la posture d'intermédiaire culturelle sont autant d'indices soutenant la modification du paradigme infirmier apporté par la médiologie de la santé. L'infirmière et l'infirmier, médiologues de santé, ont comme objet de leur activité l'aide à la vie des personnes soignées, mais n'oublient pas leur position d'intermédiaire culturelle entre divers systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie, d'où une activité complexe pouvant à juste titre se réclamer du paradigme de la complexité et des zones d'incertitude qui l'accompagnent (Morin, 1982). Non seulement, l'aide à la vie des personnes

¹¹ Debray R. (1994). *Manifestes médiologiques*. Paris: Gallimard.

soignées consiste à prendre soin de l'humain, mais aussi à apporter des régulation au sein du contexte de vie et des activités de type logistique pour prendre « soin de la vie » du domaine. Pour la médiologie de la santé, l'activité soignante est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles ou des routines présentées comme sécurisantes dans la mesure où on ne sait jamais, ni la nature du message qui sera transformé en actes et en paroles, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré. Indépendamment des typologies médicales « soins aigus », « affections chroniques » et autres « soins palliatifs », toute activité soignante est complexe parce que son objet est l'humain inséré dans le cours de la vie (Nadot, 2003, 122). Plus le réseau informationnel d'une infirmière est étendu (taille et missions des institutions, contexte de l'action, flux d'informations), plus les sources d'information sont multiples, contradictoires, hybrides, hétérogènes ou polysémiques (Nadot, 2003). Plus on maîtrise de codes et que l'on perçoit le sens porté par la symbolique du langage (verbal et non verbal), plus l'infirmière médiologue de santé peut se montrer « efficace », « experte » ou « professionnelle avérée ». Toute activité soignante se déroule dans l'instabilité informationnelle et la permanence des activités de coopération.

Cette aptitude à la collaboration de l'infirmière médiologue de santé permet dès lors d'envisager une méthode de résolution de problème centrée sur le projet.

Voir les catégorisations engendrées par ce modèle, page suivante.

Dans la grille ci-après, on peut visualiser les deux socles servant à la construction des catégories retraçant l'évolution ethnohistorique du « prendre soin »¹² ancrée sur le long terme, et par les systèmes culturels en présence (Nadot, 1993).

¹² Prendre soin c'est non seulement prendre soin de l'humain, mais aussi prendre soin du groupe (personnes soignées et équipe de soins) et prendre soin du domaine (activité logistique, domestique et économique).

Un modèle d'intermédiaire culturel à trois systèmes (SC).

(Grille médiologique)

| | Système culturel 1 SC1 | Système culturel 2 SC2 | Système culturel 3 SC3 |
|--|---|---|---|
| Rôle des soignants¹³ | Type d'activité | Type d'activité | Type d'activité |
| Prendre soin de l'humain | <ul style="list-style-type: none"> - contrôle - maintien de l'ordre - enregistrement - accueillir, informer, rassurer | <ul style="list-style-type: none"> - agent informateur du corps médical - agent applicateur de la prescription médicale - participation aux mesures d'investigation | <ul style="list-style-type: none"> - aider à vivre - accompagner la vie et la mort - prendre soin - être « entre » - préservation de l'autonomie dans les AVQ¹⁴ - aspects éthiques - gestion de données personnelles - Prévention de la maladie, soulagement des souffrances¹⁵ et parfois guérison. |
| Prendre soin du groupe (aspects de la vie en collectivité) | <ul style="list-style-type: none"> - organisation du travail - régulation des mouvements - gestion de l'espace temps spécifique - assurer la relève professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> - coordination et transmission de l'information - visite médicale et ses modalités - colloques, séminaires, études de cas - constitution de dossiers | <ul style="list-style-type: none"> - préservation de l'identité, de l'appartenance, des liens avec l'entourage et le contexte de vie - gestion de la promiscuité ou de l'isolement |
| Prendre soin du domaine | <ul style="list-style-type: none"> - localisation, finalités institutionnelles, missions - propreté et hygiène collective - aspects logistiques et domestiques du soin - Maintenance de l'appareillage organisationnel - aspects économiques du soin | <ul style="list-style-type: none"> - maintien en état de l'appareillage technologique spécifique (maintenance) - emplacement stratégique des équipements | <ul style="list-style-type: none"> - soin de l'espace de vie quotidien : lumière, chaleur, espace intime - protection et gestion des biens, valeurs et effets personnels, intimes, affectifs |
| | Service rendu à l'institution et au système de santé | Service rendu au corps médical | Service rendu à la personne soignée et à son entourage |

Catégorisation¹⁶ en vue de la modélisation et de la standardisation par induction théorisante des pratiques soignantes repérées dans les hôpitaux de Genève et de Fribourg au 18^e siècle. Recherche fondamentale en médiologie de la santé réalisée entre 1988 et 1992 (cf. Nadot 1993).

¹³ Catégories laïques anciennes regroupées aujourd'hui sous « infirmières et infirmiers » et leurs auxiliaires.

¹⁴ Activités de la vie quotidienne.

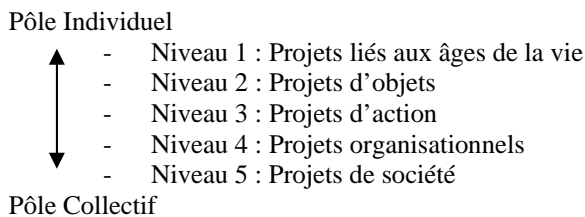
¹⁵ Par culture, cueillette, préparation et usage de plantes médicinales, préparation et utilisation de remèdes.

¹⁶ Par catégorie, nous comprenons la désignation substantive d'un phénomène apparaissant dans un corpus documentaire analysé (Paillé & Mucchielli, 2003).

1.2.3. Le projet

D'après Boutinet (1993), le projet se caractérise par une anticipation de l'action et une mise à distance des préoccupations momentanément trop préoccupantes. En s'impliquant dans l'agir, le sujet fait des choix et détermine ainsi l'orientation qu'il souhaite atteindre. Insidieusement, le sujet devient auteur de son projet, il n'est plus seulement « projeter » dans l'avenir, il « se projette » lui-même dans l'avenir. Selon Barbier (1991), cette démarche conduit à la fois à la conceptualisation de changement individuel et à la reconnaissance collective d'enjeux différents, elle-même source de développement personnel. De part la mobilisation des ressources du personnel en présence qu'elle implique, cette pédagogie du projet semble approprié dans la démarche de changement qui nous intéresse.

En situant le projet sur un axe individuel/collectif, Boutinet (1994) décrit cinq niveaux :



(Schéma tiré de la revue Sciences Humaines, mai 1994, page 22)

Selon cette typologie de Boutinet (1994), les projets d'ordre organisationnels se situent au niveau 4, c'est à dire impliquant fortement le collectif (culture d'entreprise au service de l'employeur) tout en ménageant l'individuel (culture d'entreprise au sein de laquelle l'employé doit se retrouver). Il s'agit à la fois de rendre service à l'entreprise tout en préservant son identité propre. On peut assimiler ce niveau à un management participatif (Lecomte, 1997). En effet, hormis la cohésion d'une équipe autour d'une idée, l'employeur vise une efficacité et un accroissement des gains de productivité que permettra, en partie, la centration et la parcellisation des tâches (son projet). On peut aussi associer ce quatrième niveau de Boutinet à la médiologie de la santé présentée par Nadot (2002, 1993). En effet dans cette approche, l'infirmière est une médiologue de santé « rendant service »¹⁷ à trois systèmes culturels distincts [le patient (système culturel 3), le médecin (système culturel 2), l'institution (système culturel 1)]. En entrant dans une démarche de projet organisationnel, visant une optimisation du fonctionnement institutionnel, l'infirmière tend à rendre service au système culturel 1.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet consistent à déterminer la stratégie de passage d'une situation A vers une situation B (Aromataro, 1994). En ce qui nous concerne, il s'agit de réussir le passage, vers un complexe de soins complètement réaménagé sur le plan architectural, et de constituer deux équipes de soins polyvalentes au lieu de trois équipes de soins distinctes. La conception du projet demande donc de procéder par étapes successives. Il s'agit dans un premier temps d'interroger ce qui existe (situation A) afin de pouvoir dans un deuxième temps l'analyser. Vient alors le moment de la mise à jour du projet intentionnel (situation B vers laquelle on veut tendre), c'est l'étape des choix stratégiques pour atteindre B et la mise en route du projet. Tout au long de la démarche, il s'agit d'éviter l'écueil de l'utopie. Le chef de projet doit constamment replacer le projet intentionnel des sujets dans un cadre qui se situe entre le possible et le réalisable (Boutinet, 1993). Le chef de projet revêt donc l'habit du « facilitateur » (Goguelin, 1994), celui qui assiste le sujet dans sa démarche de projet.

Pour un chef de projet, la pédagogie du projet apparaît donc comme une minutieuse alchimie

¹⁷ Comme dans la majorité des prestations, c'est toujours le bénéficiaire d'une prestation qui livre de manière directe ou différée, l'information utile à la conception et à la production du service (Nadot et al, 2003)

entre la non-suggestivité et la guidance. Cette conception de la pédagogie du projet mise en tension avec les recherches effectuées sur les conséquences¹⁸ d'un changement institutionnel auprès des soignants nous encourage à promouvoir une telle intervention dans le contexte qui nous intéresse (Norrish, 2001; Naumanen-Tuimela, 2001 ; Humpel, 2002 ; Tummers, 2002).

1.2.4. Synthèse

Le bref rappel de l'identité (Rocher, 1968 ; Sainsaulieu, 1985) et de la fonction soignante (Hesbeen, 2002 ; Nadot, 1993) dresse un tableau de la situation complexe dans laquelle se trouve la profession infirmière depuis plusieurs décennies déjà. Le véritable défi de cette recherche consiste à mobiliser et persuader les soignants de leur force créatrice. La pédagogie du projet (Boutinet, 1994) semble être l'outil de choix. En effet, en entraînant les soignants dans une méthode de résolution de problème basée sur l'analyse de la problématique actuelle, on active un processus d'identification qui conduit à l'anticipation d'un projet, garant d'une implication du professionnel...et c'est bien notre objectif !

2. Equipe de recherche et projet de recherche

2.1. Engagement des hautes écoles et des partenaires de terrain

2.1.1 Prestations propres fournies par le partenaire de terrain : clinique de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg

Dans le cadre de cette recherche, les prestations fournies par le partenaire de terrain sont de différents ordres.

Tout d'abord, la direction infirmière de l'Hôpital cantonal de Fribourg et l'infirmière cheffe de la clinique de pédiatrie ont fait preuve d'une grande disponibilité tout au long de cette démarche. Cette attitude s'est avérée valorisante pour les acteurs engagés.

Ensuite on note successivement l'implication de tout le personnel infirmier des services de soins de la clinique de pédiatrie¹⁹, la concertation de tout le personnel à un moment donné de la recherche²⁰ et enfin la participation de quelques infirmières à un groupe de travail²¹. Tout ceci représente un engagement de près de six cent heures de travail²² financées par le partenaire de terrain.

De plus le partenaire de terrain met à disposition des locaux pour les rencontres du travail de groupe, un amphithéâtre pour la présentation de mi-recherche ainsi que la collation offerte à l'issue de cette présentation.

Enfin le partenaire prend à sa charge le financement de l'impression des différents documents qui seront élaborés au cours de la recherche²³

¹⁸ Comme par exemple : stress, épuisement professionnel, démission, absentéisme, maladies, etc.

¹⁹ Chaque infirmière ou nurse est invité à répondre à un questionnaire anonyme complété par un entretien individuel. Cette démarche répétée à deux reprises (lors de la phase inaugurale ainsi qu'en conclusion de recherche) représente 2 heures par sujet soit au total environ 116 heures, accordées sur le temps de travail. (n=58 sujets)

²⁰ A mi parcours une séance d'information (2 heures) est proposée à tout le personnel de soins de la clinique de pédiatrie soit environ 116 heures en comptant une présence optimale de tous les employés (n= 58 sujets)

²¹ Il est évalué environ 20 heures de travail par personne au sein de ce groupe, soit au total environ 340 heures accordées ici aussi sur le temps de travail. (n= 17 sujets)

²² Le décompte prévisionnel exact est de 572 heures.

²³ Il s'agit de l'impression en deux langues de la brochure destinée aux enfants et aux parents d'enfants hospitalisés, y compris le complément concernant l'hospitalisation ambulatoire ou en urgence et enfin de la philosophie de soins destinée au personnel nouvellement engagé. Le coût envisagé est de 10.000,-CHS

2.1.2 Engagement de la HEdS-FR (Recherche et développement, section francophone)

Dans le cadre de cette recherche, nous bénéficions du soutien de l'unité de recherche du site fribourgeois HEdS-FR, de la direction de l'école du personnel soignant de Fribourg et de la section fribourgeoise de l'Association Suisse des infirmières (ASI) en la personne de son co-président.

De plus, nous profiterons des ressources et de l'infrastructure du service de soutien de l'Ecole du Personnel Soignant (centre de documentation, secrétariat, reprographie, matériel informatique, bureau).

Nous nous sommes assurés la supervision de Monsieur Jean Retschitzki, docteur en psychologie et responsable de la chaire de psychologie générale et pédagogique au département de psychologie de l'université de Fribourg, qui a accepté de nous coacher dans la phase initiale de ce projet. Sur ces conseils et dans l'idée de déjouer des artéfacts méthodologiques (Maxwell, 1999), nous avons fait appel à un intervenant externe²⁴ pour toutes les prestations de la phase d'intervention de notre recherche.

2.2. Objet de la recherche

2.2.1 Préambule

Dans un précédent travail (Gobet-Cornec, 2000) nous avons mis en évidence que la surcharge de travail, chronique, dans les services de pédiatrie engendrait une insatisfaction professionnelle exacerbée par le manque de reconnaissance du problème de part les supérieurs hiérarchiques.

Aujourd'hui de nouvelles tensions s'exercent sur le champ professionnel infirmier²⁵ et contribuent à la démotivation du personnel hospitalier notamment celui du service de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg²⁶. Cette fois, la hiérarchie a perçu le malaise exprimé par la base et accepte d'entamer une réflexion autour de la problématique exprimée par les soignants en vue d'améliorer le climat d'insécurité généré par la restructuration du service.

2.2.2 Question de recherche

Partant de ce postulat, les questions de recherche que nous retenons sont les suivantes :

Comment mettre en évidence les sources de l'insatisfaction professionnelle des infirmières de terrain ?

Comment soutenir le personnel dans les efforts d'adaptation qui lui sont demandés de manière récurrente ?

2.2.3 Buts de la recherche

Le but essentiel de notre recherche consiste à transformer un climat d'insécurité, lié aux changements multiples et propices à l'épuisement professionnel, en une force créatrice motivante et moteur de changement. Ces aspects visibles de la recherche seront mis en évidence par l'analyse des résultats au travers de cadres de références exposés antérieurement.

²⁴ L'intervention de cette personne, représente un investissement financier de près de 3.000,-CHF, pris en charge par la HEdS-FR.

²⁵ Redistribution de l'espace de travail, nouvelle formation HES, CFC, mesures économiques touchant les budgets sanitaires et les coûts de la santé

²⁶ Hôpital Cantonal de Fribourg : HCF dans la suite de l'exposé.

2.2.4 Enjeux d'une telle recherche

Nous avons déjà relevé à diverses reprises les changements dans lesquels s'inscrit cette démarche sont multiples. Cette situation particulière a l'avantage de mettre en évidence l'aspect novateur de cette recherche. Nous en développerons ici les trois principaux :

Le premier point novateur se situe au niveau de la demande de collaboration émise par les infirmières du terrain. Quand on connaît les antécédents historiques de la profession d'infirmière et la problématique identitaire de cette profession en perpétuelle mouvance, la volonté d'agir et non plus de subir représente une évolution dans la conception des droits et devoirs infirmiers. Cet élément inaccoutumé nous pousse à vouloir profiter de cette opportunité pionnière pour répondre à la demande et mener à bien une recherche en partenariat.

La deuxième innovation est liée aux « nouvelles missions » des HES où l'activité de recherche représente un complément aux activités de formation. La présentation de cette recherche auprès des étudiants HEdS-FR est un moyen d'ancrer la recherche infirmière dans une réalité professionnelle proche. L'exploitation en salle de cours du résultat de cette démarche, est également un moyen d'induire une réflexion autour des défis professionnels de demain (thèmes du changement, de la contrainte, de l'évolution du rôle professionnel, ancrage dans la perspective de recherche).

Le troisième point novateur est l'utilisation d'un cadre de référence récemment mis au point à Fribourg (CH) et faisant aujourd'hui autorité dans la communauté francophone²⁷. Nos travaux interrogeront donc les connaissances théoriques en ce qui concerne l'identité professionnelle de l'infirmière et la conception du rôle professionnel au travers notamment de la médiologie de la santé.

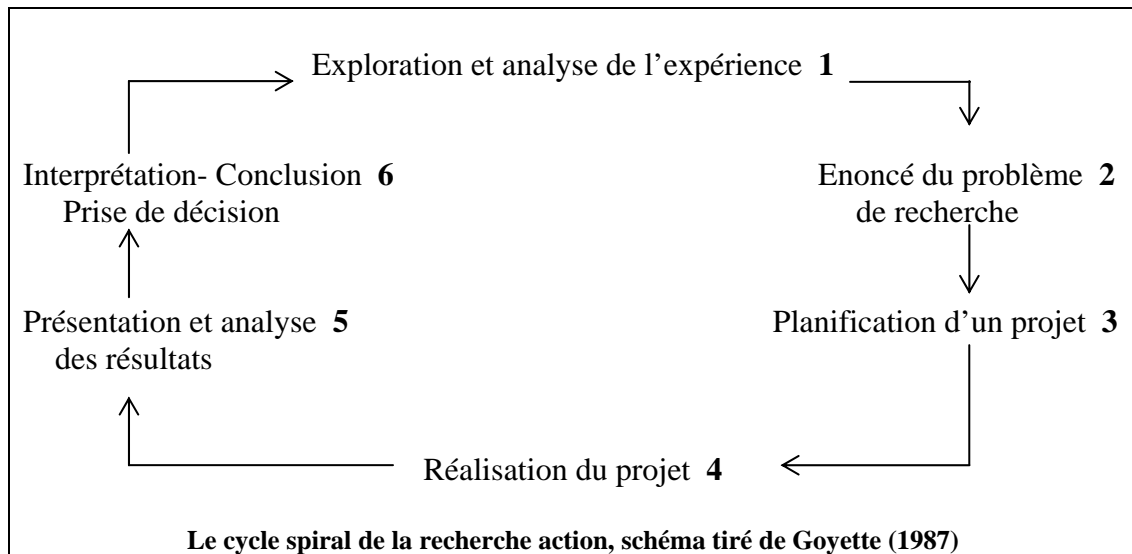
2.3. Cadres de références

Comme nous l'avons déjà signalé à plusieurs reprises, cette recherche a été initiée suite à la demande d'aide des soignants. Cet ancrage dans la réalité professionnelle et cette nécessité d'agir, nous a tout naturellement conduit à envisager un cadre de référence de type « recherche action ».

2.3.1. La recherche action et l'évaluation adaptative

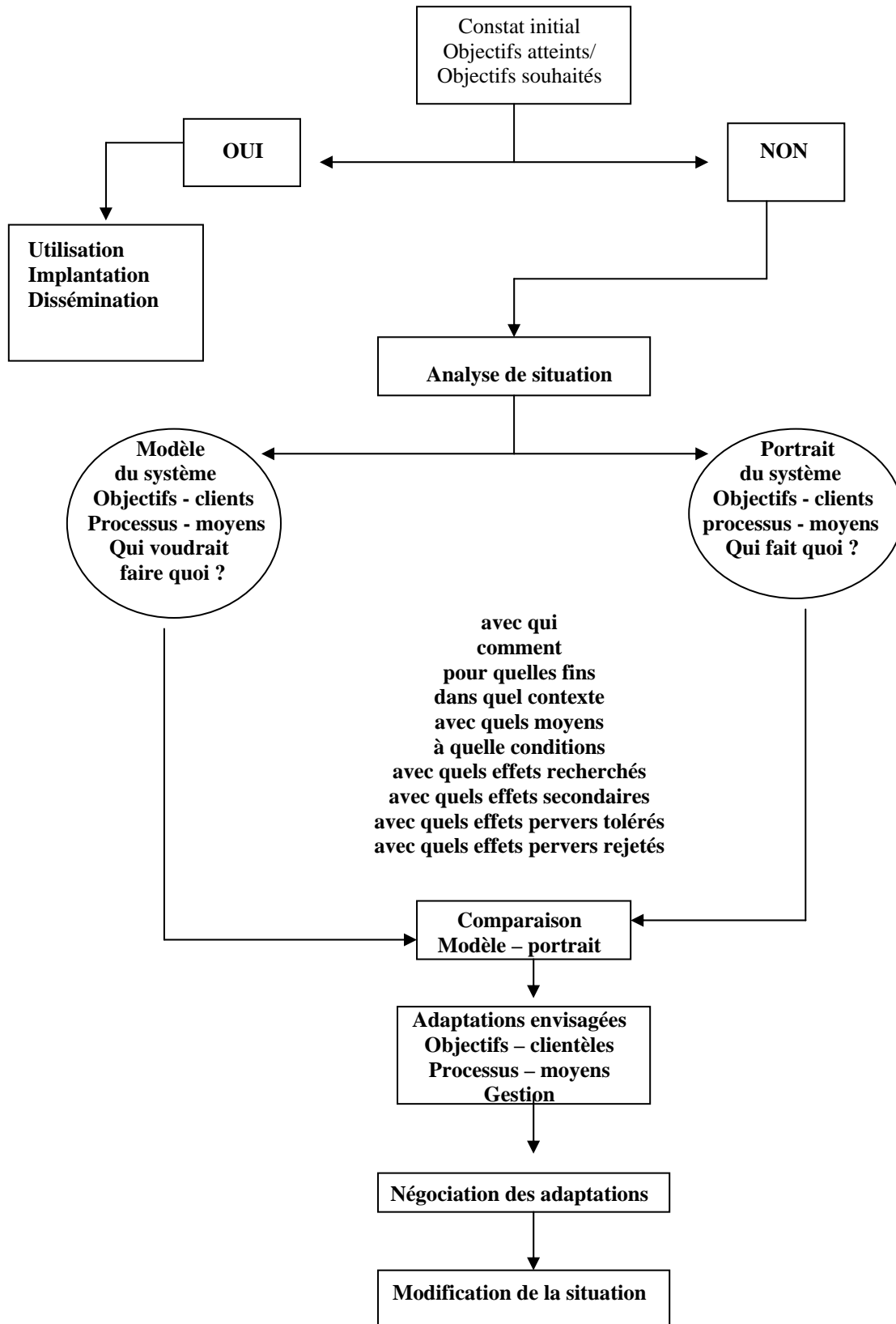
La définition de la recherche action varie selon les auteurs consultés. Van der Maren (1995) porte un regard très acerbe sur la recherche action qu'il estime dénuée de toute analyse de système et qu'il associe à une recherche incisive colorée par les enjeux politiques des protagonistes. Il la différencie donc d'une version plus pragmatique incluant une analyse fonctionnelle du système débouchant sur une résolution de problème. Van der Maren (1995) nomme cette variante « l'analyse du système et la méthode des systèmes souples (ou la recherche action aux enjeux pragmatique) ». Cette deuxième proposition de Van der Maren se rapproche du cadre de référence de Goyette (1987) que nous avons privilégié dans ce travail. Goyette (1987) découpe la démarche en six étapes distinctes. Le schéma ci-après permet une visualisation synthétique du « cycle spiral de la recherche action » selon Goyette. Nous avons complété l'idée de Goyette (1987) par une évaluation de type adaptative–interactive décrite par Van der Maren (1995).

²⁷ Nadot (2003) ; Gagnon et Dallaire (2002) ; Rochefort (2002).



Le diagramme ci-dessous met en évidence la perspective cybernético-négociative prônée par Van der Maren (1995) dans son modèle. Ici, c'est la dynamique « d'évaluation pour fin d'amélioration » (Van der Maren, 1995) qui nous a séduit et poussé à inclure des éléments de cette évaluation dans notre démarche. L'idée de ne pas se contenter d'établir un rapport mais de cheminer en compagnie des acteurs nous semble une initiative constructive et enrichissante pour l'ensemble des comparses. La concordance entre cette pratique et la pédagogie du projet défendu par Boutinet (1993), présenté au point suivant, nous a conduit à composer avec ces cadres de référence. Cadres comprenant le schéma de l'évaluation adaptative de Van der Maren comme ci-après.

L'évaluation adaptative, schéma tiré de Van der Maren (1995)



2.3.2 La pédagogie du projet

Afin de permettre au lecteur de situer l'intérêt d'une pédagogie du projet dans notre démarche, un bref exposé a déjà été proposé au point 1.2.3 de ce rapport. Dans ce point, nous nous contentons de mettre en parallèle des aspects de la théorie avec notre problématique.

« ...il n'y a pas de projet sans problème, sans questionnement, et inversement pas de problèmes sans projet, pas de questionnement sans une certaine intention de la résoudre » (Boutinet, 1994)

En quelques mots, Boutinet (1994) résume l'essentiel de notre démarche. En ce qui nous concerne, le problème sous jacent est une restructuration complète des services infirmiers de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg. Si elle se trouve à l'origine de la crise traversée en 2002/2003 par les différents membres de l'équipe infirmière, cette restructuration ne sera pas au premier plan de notre recherche. En effet ce facteur est un élément imposé par la structure organisationnelle de l'institution, le personnel se trouve contraint de l'accepter. La restructuration est néanmoins la source de questionnement des membres de l'équipe de soins. Les questionnements divergent, se télescopent parfois. La collégialité s'estompe, faisant place tantôt à une certaine incompréhension, tantôt à un désinvestissement à moins que l'irritation ou l'agressivité ne triomphe.

Pour adapter la pédagogie du projet à un groupe de sujets, Boutinet (1993) recommande la prise en compte de trois aspects :

- La concertation de TOUT le personnel impliqué dans le changement, dans le sens « s'entendre pour agir ensemble »
- La concrétisation du changement par une production matérielle et visible signifiant l'aboutissement du travail fourni.
- La constitution d'un groupe de travail pour réaliser cette production concrète. Les personnes présentes dans ce groupe doivent impérativement être volontaires.

Comme nous le verrons ultérieurement, notre méthode de recherche a respecté ces trois axes de la théorie de Boutinet.

2.3.3. Le changement

Si la génération de nos parents connaissait une certaine stabilité professionnelle, comme par exemple, débiter et terminer sa carrière professionnelle dans la même entreprise, la réalité actuelle est bien différente. Les exigences du marché du travail demandent aujourd'hui une grande mobilité. Pour mener à bien une carrière professionnelle, l'employé ne doit craindre ni les changements de direction, ni l'éloignement géographique. En ce qui concerne le milieu hospitalier, la pléthore de place à pourvoir permet un certain confort dans le choix du lieu de travail. Cependant, qui dit pénurie de personnel dit condition de travail souvent difficile. En effet, si les postes restent vacants, le taux de remplissage des services de soins lui est constant. On assiste alors à une inflation de l'insatisfaction professionnelle, de l'absentéisme et de la migration du personnel. De plus, l'avancé des connaissances médicales et des techniques opératoires entraînent une évolution permanente des thérapies et de la prise en soins des patients. D'autre part, le renouvellement rapide des programmes de formation des écoles de soins infirmiers complexifie la tâche d'encadrement des étudiants et du nouveau personnel à intégrer dans les équipes. Enfin, la politique de restructuration du système de santé entraîne des réaménagements complets des services de soin, non seulement au niveau architectural mais également au niveau organisationnel. La conjugaison de ces quatre phénomènes laisse entrevoir la quantité et la qualité des changements auxquels sont confrontés les soignants dans les services de soins.

Nous avons retrouvé plusieurs recherches ayant analysé les conséquences de ces différents changements sur le personnel infirmier (Goulet, 2002). Il est à noter que la grande majorité des enquêtes ont été effectuées dans les pays anglo-saxons, où la réalité professionnelle n'est pas complètement superposable à ce qui se passe en Suisse. Cependant il existe suffisamment de similitudes pour envisager éclairer notre propos à la lumière de ces résultats. Grâce à ces recherches, il est possible de mettre en évidence l'influence d'une restructuration du service sur la satisfaction professionnelle (en baisse) et la détresse psychologique (en hausse) (Burke, 1999 ; Levert, 2000 ; Bennett, 2001). On constate également, qu'une réorganisation du service peut avoir des effets néfastes sur la qualité des relations professionnelles et la qualité des prestations de service (Burke, 1999 ; Blythe, 2001). Enfin, lors de changement d'ordre technique ou organisationnel, il semble que la prise en compte de facteur tel que la présence suffisante de personnel qualifié, l'évaluation de la charge de travail et la répartition du travail sont les gages de réussite d'une mutation (Norrish, 2001 ; Naumanen-Tuimela, 2001 ; Humpel, 2002 ; Tummers, 2002).

Au-delà de ces données en lien avec le changement, plusieurs recherches mettent en évidence une corrélation positive entre le poste occupé par le soignant et sa satisfaction. En effet si la place lui convient, son score d'adaptation et de contentement sera plus élevé que si le poste qu'il occupe n'est pas celui qu'il souhaite (Keil, 2000). De même les capacités d'adaptation au stress varient d'un individu à l'autre en fonction de la qualité de sa vie sociale (Boey, 1999 ; Schmitz, 2000). Ainsi dans une situation identique, tel soignant vivra tel changement de manière plus ou moins violente en fonction du degré d'épanouissement dans lequel il se trouve dans la période précédant le changement.

La psychologie du travail nous apporte une confirmation sur la signification du changement au niveau professionnel et la difficulté que ce dernier peut représenter pour les soignants. Dans ce contexte de mouvance, certaines infirmières ressentent le besoin d'interroger leurs pratiques, d'anticiper le changement, de prévoir les modifications à venir. D'autres au contraire, vivent cette période de transition comme une menace de perte (perte de routine, perte de sécurité, perte de maîtrise, perte de repère) et envisagent le futur avec appréhension. Tenant compte de ces aspects, les questionnaires créés à l'occasion de cette recherche interrogent les répercussions psychologiques possibles dans le cadre d'une dynamique de changement professionnel.

2.3.4 La médiologie de la santé

Les aspects théoriques de ce cadre de référence novateur, mis au point à Fribourg et aujourd'hui reconnu dans la communauté francophone ont longuement été présentés au début de ce rapport.

Dans notre travail, la médiologie de la santé est utilisée en tant que grille de lecture permettant une classification des données recueillies dans les trois systèmes culturels.

2.3.5 Charte de l'enfant hospitalisé

Elaborée par l'OMS dès 1988, la Charte européenne de l'enfant hospitalisé (dite « La Charte ») est soutenue par la Convention Internationale pour les Droits de l'Enfant (CDE) depuis 1989. En 1997, la Suisse ratifie la Charte lui conférant ainsi une légalité juridique. Dès lors, la Charte et la CDE constituent une base solide dans l'élaboration des normes de qualité pour la prise en charge de l'enfant hospitalisé et de sa famille (L'enfant et l'Hôpital, 2003).

Une des priorités de cette recherche est de permettre une diminution de l'insécurité par la centration des soignants vers un projet commun. Profiter de la rénovation de complexe pédiatrique de l'hôpital cantonal de Fribourg pour induire l'émergence d'une philosophie de soins commune à tous les soignants semble un dessein opportun dans cette période de crise.

De plus, et pour répondre à une volonté institutionnelle de créer une brochure de présentation du service de pédiatrie, cette philosophie de soins a été présentée comme un tremplin à la création de cette brochure. Par ce biais, la brochure a ainsi été réalisée directement par les professionnels des services de pédiatrie.

Dans cette recherche, la charte de l'enfant hospitalisé a été utilisée en tant que document légal et de référence à la fois fondateur et initiateur de la réflexion.

2.3.6. Hypothèses de recherche

Afin de cerner le comportement problème et sur la base de connaissances théoriques énoncées ci dessus, quatre hypothèses sont énoncées :

- 1. Les sources de l'insatisfaction et les efforts des soignants pour y remédier peuvent être mis en évidence à l'aide d'une recherche analytique inter/ intra sujets et inter/ intra groupes.*
- 2. Par la rupture espace temps qu'elle engendre et la rencontre avec les partenaires de terrain qu'elle préconise, l'activité de recherche permet une expression libre et divergente des sources de l'insatisfaction professionnelle des infirmières.*
- 3. Le recours à une pédagogie du projet renforcé par des cadres de référence scientifiques²⁸, provoque une projection dans le futur, bénéfique à une acceptation du changement.*
- 4. Dans le cadre d'une pédagogie du projet, le personnel impliqué assume les changements, en comprend le sens et se donne les moyens de s'informer sur les enjeux liés à la responsabilité des professionnels.*

Le prochain chapitre met en lumière la méthode utilisée pour infirmer ou confirmer ces hypothèses.

²⁸ Goyette (1994), Van der Maren (1995), Boutinet (1993, 1994), Leyens (1979), Mucchielli (1998, 2002), Nadot (1991, 1992, 1993, 2002), Rocher (1968).

Méthodologie

3.1. Choix d'une méthode

Notre recherche ne vise pas une réplique d'une autre étude, mais l'adaptation d'une réalité insatisfaisante afin de la rendre recevable pour les collaborateurs. Pour ce faire, nous avons sollicité le modèle de recherche action de Goyette (1987)²⁹ complété par celui d'évaluation adaptative de Van der Maren (1995)³⁰. Ainsi, nous sommes partis d'une problématique de terrain (une inquiétude et une insatisfaction professionnelle face aux changements multifactoriels) et avons tenté d'apporter en partenariat une résolution de problème acceptable pour les différents membres de l'équipe. Il s'agit donc à la fois d'analyser le problème, de mettre en évidence les ressources et difficultés en présence, d'élaborer un traitement possible et d'évaluer l'application du traitement.

Comme le souligne Van der Maren (1995) ce type de recherche devrait comporter une phase de recherche spéculative. Pour De Singly (1994) cette étape a pour but de vérifier la pertinence de la recherche et l'adéquation de l'instrument utilisé.

Ce stade de la pertinence a été opérationnalisé en amont de cette recherche, à deux moments distincts :

- Tout d'abord, lors d'un travail antérieur (Gobet-Cornec, 2000), il nous a été possible de mettre en évidence la volonté des soignants d'être interlocuteur. Dans cette perspective, leur objectif visait non seulement une évolution de la prise en soins des enfants hospitalisés mais également, et par effet cascade, une amélioration du climat institutionnel et des conditions de travail d'une manière générale.
- Enfin, dans le cadre de la restructuration du programme de formation des infirmières en vue d'un passage aux HES, un recueil de situations emblématiques (Perrenoud, 1996) a été effectué auprès des soignants. Lors de ces rencontres les infirmières ont réaffirmé leurs craintes vis à vis de ce nouveau changement de programme tant du point de vue de la qualité des soins que de celle de la collaboration avec ces futures collègues.

La méthode utilisée se rapproche d'une méthode clinique (Deliège, 1994). En effet, afin de répondre aux exigences de la pédagogie du projet appliqué à un groupe³¹ (Boutinet, 1994), le plan expérimental utilisé est un plan de type A-B-A (Deliège, 2004), c'est à dire établissement d'une ligne de base pour tous les sujets [A], traitement pour certains sujets [B], puis nouvelle ligne de base pour tous les sujets [A]. Les premier et dernier temps sont imposés à tout le personnel, le deuxième temps est ouvert aux personnes qui en auront exprimé le désir.

Le premier et le troisième temps reposent à la fois sur les réponses des infirmières à un questionnaire et à un entretien individuel. Le questionnaire a été élaboré sur la base de connaissances personnelle de la pratique infirmière, de conseils méthodologiques (De Singly, 1994 ; Deliège 1994) et de connaissances théoriques sur le changement³². Le questionnaire, confidentiel, se compose de questions fermées. Cependant pour une meilleure interprétation des réponses des sujets, des commentaires sont encouragés.

²⁹ Ce modèle est présenté dans ce rapport (p. 13).

³⁰ Ce modèle est présenté dans ce rapport (p. 14).

³¹ Pour mémoire ces données peuvent être retrouvées dans ce rapport (p. 15).

³² Les données théoriques sont consultables dans ce rapport (p. 16).

Les entretiens individuels se sont déroulés sous forme de rencontres semi-dirigées à l'aide de questions de base en lien respectivement avec la pédagogie du projet (entretien du premier temps de la recherche) ou l'évaluation de la démarche engagée (entretien du dernier temps de la recherche).

Conformément aux exigences d'une pédagogie du projet³³, le deuxième temps réservé aux personnes volontaires est consacré à une production matérielle concrète. Comme déjà signalé, le groupe de travail a œuvré à l'élaboration d'une philosophie de soins commune à la clinique de pédiatrie puis à la création d'une brochure de présentation du service de pédiatrie. La sollicitation de feed-back d'autres personnes constituant une stratégie utile pour identifier des menaces d'invalidation de recherche (Maxwell, 1999), ce groupe de travail a été conduit et animé par un intervenant externe en la personne de madame Marie-Anne Wespi.

Signalons encore que la démarche proposée se trouve soumise aux principes éthiques de la recherche en sciences infirmières édictés par l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI, Berne, 1998), notamment l'art. 2.2 qui concerne les règles à observer lorsqu'une infirmière collabore à un projet de recherche dirigé par une tierce personne.

3.2. Calendrier de recherche

Ce type de recherche dite participative, car elle sollicite l'avis des sujets, exige de la part du chercheur une souplesse, une réflexivité et une capacité d'adaptation aux problématiques qui émergent. De ce fait, il est important de noter que ce genre de recherche induit parfois des modifications notables tant du point de vue des thématiques abordées que de l'avance des travaux. Tenir un calendrier devient alors parfois un véritable défi : cette recherche n'a pas fait exception à la règle !

³³Pour mémoire ces données peuvent être retrouvées dans ce rapport (p. 15).

3.3. Tableau récapitulatif des différentes phases de la recherche

Cette recherche se déroule en diverses étapes, chacune caractérisée par des méthodes distinctes. Par souci de clarté, le schéma ci-après permet une vision globale de ces dernières.

Comme nous allons l'exposer dans le prochain chapitre, nous comptons une année de retard sur le calendrier prévisionnel.

Tableau récapitulatif du déroulement de la recherche & implication des partenaires

| Avril 2002 | | Début de l'activité de recherche | |
|----------------------------|---|---|--|
| Période Temps | HEdS-FR | HCF: Partenaires de terrain | |
| Février 2003 | Phase de préparation Mise au point méthodologique Elaboration des instruments de recherche Mise à l'épreuve de ces instruments 98 heures | | |
| Mars 2003 | Phase d'information Présentation de la démarche aux partenaires de terrain 10 heures | Phase d'information 30mn / sujet= 28 heures | |
| Avril 2003 | Phase d'application A : Récolte des données Entretien individuel 50 heures | Phase d'application A Questionnaire Entretien individuel 90mn/ sujet = 84 heures | |
| Mai 2003 | Phase de préparation à la phase B Dépouillement des données Mises en forme des données 100 heures | | |
| Mai 2003 | Phase de régulation et d'ajustement 10 heures | Phase de régulation et d'ajustement 2 heures | |
| Juin à Novembre 2003 | Phase de traitement B Réunions de groupe Préparation des réunions Rédaction des PV de chaque réunion Régulation avec intervenant externe. Rédaction du rapport intermédiaire 80 heures | Phase de traitement B Réunions de groupe Travail de groupe 16h / sujet = 272 heures | |
| Décembre 2003 | Phase d'application A : Récolte des données Entretien individuel 50 heures | Phase d'application A Questionnaire Entretien individuel 90mn/ sujet = 84 heures | |
| Janvier 2004 | Phase de clôture du projet Compilation des nouvelles données Analyse globale de la démarche Rapport final 100 heures | Phase de clôture du projet Prise de connaissance du rapport 120mn/sujet = 112 heures | |
| Février 2004 | Phase de valorisation du projet Présentation dans le cadre de l'unité de recherche de la HEdS-FR Présentation à l'HCF Présentation en salle de cours HEdS-FR 20 heures | | |
| Totaux horaires | HEdS-FR | HCF: Partenaires de terrain | |
| | 418 heures | 666 heures | |

4 Résultats de la recherche

4.1 Réalité d'une recherche ou calendrier effectif du travail accompli

Comme dans toute recherche de type participatif, il existe un calendrier prévisionnel et un calendrier effectif ! Nous n'avons pas échappé à la règle. Débuté en février 2003, nos estimations prévoient la fin de cette étude pour le début de l'année 2004. Cependant compte tenu des aléas inhérents à beaucoup de recherches, ce n'est qu'en décembre 2004 que nous avons bouclé le travail.

Concrètement cette recherche a débuté le 18 février 2003 par la coordination et la conception de posters d'information pour les soignantes³⁴. Cette information effectuée (mars 2003) la passation des questionnaires puis la réalisation des entretiens individuels auprès des 60 sujets se sont enchaînées (fin mars/ début avril 2003). Le mois d'avril a été consacré au dépouillement et à la retranscription des données. Ce travail a permis la mise en évidence des besoins des personnes du terrain et l'élaboration de l'intervention qui en découlait.

La phase B, dite de traitement, nous a occupés de juin 2003 à juin 2004³⁵, c'est à dire sept mois de plus que prévus. Accompagné d'un intervenant externe à la recherche, les infirmières volontaires ont élaboré une philosophie de soins et créé une brochure de présentation du service de pédiatrie. La brochure terminée, les textes ont été soumis à la commission de coordination (CODOC) de l'hôpital cantonal de Fribourg.³⁶ A ce jour, le dossier a reçu l'aval de cette CODOC, la brochure peut dès lors être imprimée. L'évaluation de l'effet de l'intervention permettant de finaliser la recherche devait être effectuée dès la parution de la brochure. Cette dernière tardant à sortir de presse, l'évaluation a été réalisée en décembre 2004 sur la base de la philosophie de soins. Il s'agissait d'estimer l'impact de la recherche auprès des toutes les infirmières (questionnaire et entretiens individuels auprès des 60 sujets). Les différentes phases de la recherche ont été consignées dans un manuscrit régulièrement tenu à jour, ces textes faisant office de rapports intermédiaires (mémos). Le document que vous avez entre les mains, a été finalisé en mars 2005, il constitue le rapport final de cette recherche.

4.2 Rappel méthodologique (Plan A-B-A) :

Contexte de recherche :

Comme signalé antérieurement, la recherche se situe dans un contexte de changement tant au niveau architectural, contextuel qu'organisationnel.

D'un point de vue administratif, le nombre de lits officiel de la clinique de pédiatrie est resté le même, c'est à dire 38 lits répartis de la manière suivante : 30 lits d'hospitalisation et 8 lits d'ambulatoire, distribués en trois services distincts avant les travaux, en seulement deux services à l'heure actuelle³⁷.

Ces chiffres représentent 16 lits au A1 (néonatalogie), 8 lits ambulatoires/semi-hospitalisés et 14 lits d'hospitalisations au A4 (enfant de 10 mois à 15 ans, toutes spécialités confondues).

La dotation en personnel de la clinique de pédiatrie est passée en cours de l'année 2003 de 43,5 postes EPT³⁸ à 45 EPT. En automne 2004, le nombre de poste s'élève à 45,2 EPT. Le

³⁴ Annexe 3

³⁵ C'est ici que se trouve la principale raison du dépassement de réalisation de la recherche. Au lieu des trois mois initialement prévus, cette étape nous a occupés douze mois, soit sept mois d'écart.

³⁶ Deuxième raison de dépassement de la réalisation de la recherche. Cette étape n'a pas du tout été anticipée lors de la planification de la recherche. .

³⁷ Des plans en annexe 1 et 2 permettent de visualiser les différentes étapes architecturales.

³⁸ EPT= Equivalent Plein Temps. Ce calcul prend en compte toutes les catégories de personnel à savoir cadre, infirmières, nurses, aide-infirmière et transporteur.

calcul de la dotation tient compte des congés maternités (passés, en cours et futurs) qui ne sont en principe pas remplacés.

Etant donné la dotation actuelle en personnel infirmier, seulement 11 (parfois 12) lits peuvent être ouverts dans le secteur hospitalisation du A1. Cette même dotation s'avère insuffisante pour ouvrir les 2-3 lits de soins continus dans le secteur A4 (néonatalogie). Pour le faire, la création de 5 postes supplémentaires serait nécessaire.

Le nombre conséquent de sujets (45 EPT et 60 sujets) s'explique par la grande proportion de sujets exerçant leur activité à temps partiel : seul 24 sujets ont un pourcentage de travail supérieur ou égal à 80%

Phase A du plan A-B-A :

Cette étape concerne tous les sujets soignants (infirmières et nurses). La recherche a été présentée aux sujets lors de séances d'informations³⁹, effectuées sur leur lieu de travail respectif. Afin de potentialiser les effets de communication, la même information a été répétée à six reprises (soit deux informations dans chaque service du 17 mars au 27 mars 2003). A l'occasion de ces communiqués, l'historique de la recherche, les objectifs ainsi que le plan de recherche ont été présentés aux sujets.

Le premier questionnaire⁴⁰ a été distribué dans les équipes le 28 mars 2003. La page de garde du questionnaire est un récapitulatif⁴¹ qui permet au sujet de se resituer dans la démarche qu'il entreprend. Les premiers entretiens individuels ont été effectués sur une période de trois semaines (du 6 au 26 avril 2003).

Selon entente préalable avec les supérieurs hiérarchiques, les personnes complètent le questionnaire et se rendent aux entretiens individuels sur leur temps de travail. Il est demandé de prévoir une disponibilité de quinze minutes par sujet pour cet entretien. A l'occasion du premier entretien semi-dirigé⁴², le sujet signe un document d'engagement dans cette recherche⁴³ et prend connaissance du numéro aléatoire qui lui est attribué⁴⁴.

Phase B du plan A-B-A :

La phase B est la phase dite de traitement. Elle concerne les personnes ayant acceptées de constituer le groupe de travail. Dès sa constitution, ce groupe se trouve mandaté par le reste des professionnels de l'équipe de la mise en projet d'une stratégie de changement. Le mandat comprend outre l'émergence d'une philosophie de soins commune, l'aboutissement à une brochure de présentation du nouveau complexe pédiatrique.

Théoriquement (Boutinet, 1993), le groupe devait se trouver constitué de personnes travaillant dans les trois spécialités alors présente dans la clinique de pédiatrie, à savoir néonatalogie, médecine/urgence/ambulatoire et chirurgie/ambulatoire. Cet idéal s'est concrétisé. En effet le groupe, composé de vingt personnes, rassemblait à l'origine sept personnes de néonatalogie, sept personnes de médecine et six personnes de chirurgie.

³⁹ Un exemplaire de l'invitation à ces séances peut être consulté en fin de travail (annexe 3)

⁴⁰ Un exemplaire du questionnaire remis aux sujets se trouve en fin de travail (annexe 4)

⁴¹ En plus du rappel de la démarche, cette consigne apparaît sur la page de garde : « N'oubliez pas de répondre à ce questionnaire avant l'entretien individuel et de le rapporter à Claire Gobet-Cornec lors de votre entretien individuel. Pour l'horaire de cet entretien, veuillez vous reporter à la fiche ad hoc, affichée dans votre service »

⁴² La trame des entretiens peut être consultée en fin de rapport (annexe 4)

⁴³ Un exemplaire de ce document nommé « préambule » peut être consulté en fin de rapport (annexe 4)

⁴⁴ Afin de permettre une comparaison intra-sujet en fin de recherche, chaque sujet se voit attribué un numéro aléatoire connu uniquement par le sujet et la cheffe de projet .

Cependant après quelques modifications survenues rapidement⁴⁵, le groupe s'est finalement composé de seize personnes (sept de néonatalogie, six de médecine, trois de chirurgie).

Initialement, les sujets engagés dans l'aventure devaient se rencontrer à cinq reprises afin de mener à bien la mission confiée. En réalité, sept rencontres ont été nécessaires⁴⁶. En plus de ces séances plénières, les sujets, répartis en sous-groupes se sont retrouver à plusieurs reprises pour nourrir leur réflexion et atteindre les objectifs visés et fixés après chaque plénière.

Comme déjà signalé et pour défier nos propres biais et présuppositions ainsi que les failles de notre logique ou méthodologie (Maxwell, 1999), les séances plénières ont été animées par un intervenant externe. La cheffe de projet ainsi que l'infirmière cheffe de pédiatrie ont assisté aux séances.

Selon entente préalable avec les supérieurs hiérarchiques, le temps passé en groupe ou sous-groupe a été comptabilisé comme temps de travail.

Phase A du plan A-B-A :

Il s'agit ici de l'évaluation de la recherche. Cette étape concerne tous les sujets soignants (infirmières et nurses). Cette phase a été effectuée plusieurs mois après le déménagement de la clinique de pédiatrie dans ses nouveaux locaux.

Le deuxième questionnaire⁴⁷ a été distribué dans les équipes le 25 novembre 2004. La page de garde du questionnaire est un récapitulatif⁴⁸ qui permet au sujet de se resituer dans la démarche démarrée en février 2003. Les entretiens individuels ont été effectués sur une période de deux semaines (du 2 au 19 décembre 2004).

Ici encore et selon entente préalable avec les supérieurs hiérarchiques, les personnes complètent le questionnaire et se rendent aux entretiens individuels sur leur temps de travail. Il est demandé de prévoir une disponibilité de quinze minutes par sujet pour cet entretien.

4.3 Reflets du questionnaire et de l'entretien individuel avant le traitement ^{49 50}

4.3.1 Population :

A cette phase de la recherche, la population cible se constituait des 61 infirmières ou nurses travaillant dans les services de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg. Cinquante-neuf sujets sur soixante et un⁵¹ ont été invités à remplir le questionnaire et à participer à un entretien individuel. Les éléments de synthèse sont donc extraits de la compilation de cinquante-sept questionnaires (deux questionnaires n'ont jamais été remis) et cinquante-huit entretiens individuels (un sujet n'a pas participé).

⁴⁵ Deux sujets pour raison familiale (signalé dès la première séance), deux sujets car ils ont quitté l'établissement en cours de recherche (signalé dès la première séance pour un sujet, à la troisième séance pour le deuxième) et un sujet pour raison professionnelle externe à l'HCF. Ce dernier sujet a demandé à un autre sujet de son service de le remplacer au sein du groupe. Les deux parties ayant acceptées, cette personne a rejoint le groupe dès la première séance.

⁴⁶ La première rencontre a eu lieu le 13 juin, puis le 4 juillet, le 22 septembre, 20 novembre, le 26 janvier 2004, le 9 mars 2004 et enfin le 21 avril 2004.

⁴⁷ Un exemplaire du questionnaire remis aux sujets se trouve fin de travail (annexe 5)

⁴⁸ En plus du rappel de la démarche, cette consigne apparaît sur la page de garde : « N'oubliez pas de répondre à ce questionnaire avant l'entretien individuel et de le rapporter à Claire Gobet-Cornec lors de votre entretien individuel. Pour l'horaire de cet entretien, veuillez vous reporter à la fiche ad hoc, affichée dans votre service »

⁴⁹ Les n° de tableaux et d'items indiqués font référence aux données brutes et se trouvent en annexe 6.

⁵⁰ Des résultats partiels (cf point 4.4 de ce rapport) ont été transmis via un document écrit dans les services dès le 6 juin 2003.

⁵¹ Deux sujets exclus car au moment de l'enquête, un sujet se trouvait en congé de longue durée et un autre en congé maternité.

Quarante six des sujets ont choisi une affectation en pédiatrie par intérêt professionnel (tableau 16) et trente neuf y travaillent depuis plus de quatre ans (tableau 13). Notons encore que trente et un sujets ont déjà songé à quitter le service (tableau 17)

Sur ces cinquante huit sujets, signalons la présence d'un seul sujet de sexe masculin pour cinquante sept sujets de sexe féminin. En terme de moyenne d'âge, on constate que trente trois des sujets ont moins de quarante ans (tableau 20) et que trente trois également sont mariés ou vivent en concubinage (tableau 21). Les cinquante sept sujets ayant remis le questionnaire comptabilisent soixante et un enfants dont trente neuf ont un âge inférieur ou égal à dix ans (tableau 22).

4.3.2 Réactions des sujets face au questionnaire⁵² :

Le questionnaire a été plutôt facile à remplir (42 sujets) et les questions ont été jugées adaptées aux préoccupations du moment (50 personnes).

Des personnes pensent que ce questionnaire est inutile (1 fois), fastidieux à remplir (4 fois) ou très éloigné des préoccupations du moment (5 fois). Certaines questions ont été relevées comme difficile⁵³ (26 fois)

Une personne se trouve dans un tel état de colère qu'elle a hésité à répondre au questionnaire. Certaines personnes, de langue maternelle allemande, ont signalé des difficultés de compréhension de certaines questions (7 fois).

Dans les remarques générales on trouve un étonnement des sujets en ce qui concerne les questions ayant trait à l'épuisement professionnel (partie B du questionnaire consultable en annexe). Ces sujets n'avaient pas imaginé que la restructuration pouvait engendrer ce genre de problématique chez leurs collègues. Les sujets disaient découvrir un aspect du changement qui leur avait échappé (7 fois).

Un sujet estime que le questionnaire lui a permis de se remettre en cause au niveau de son engagement professionnel et d'interroger son vécu dans le service ces derniers mois.

En moyenne, les sujets ont mis une trentaine de minutes à remplir ce questionnaire.

4.3.3 Retranscription des entretiens et des questionnaires d'avril 2003 :

« D'une motivation certaine à une certaine résignation », tel pourrait être le libellé de ce chapitre. En effet, d'une manière générale, il ressort de ce recensement, auprès des infirmières et des nurses des services de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg, trois axes phares apparemment antinomiques. Si la motivation et la volonté de collaborer sont très prégnants, un certain pessimisme, quant à ce qui sera réellement possible de changer, contrebalance cet enthousiasme pourtant sincère. Le point de vue diffère ou les arguments divergent mais l'essentiel reste cristallisé autour de cette inaccessible étoile du renouvellement.

Les trois points semblent étroitement imbriqués et difficilement dissociables. Cependant pour des commodités d'exposé, nous allons les traiter de façon distincte les trois axes qui ressortent de l'analyse des résultats et les exposer de manière successive de la façon suivante : Une motivation dans la réalisation d'une brochure ; une volonté de s'engager et d'induire le changement ; une certaine résignation

⁵² Les réponses sont significativement semblables pour les questionnaires de mars 2003 et décembre 2004.

⁵³ Cela concerne les questions de la partie A (questions 1 et 2) formulées sous forme d'interrogations ou les questions très ciblées sur une spécificité d'un service donc ne concernant pas tout le monde.

- **Une motivation dans la réalisation d'une brochure :**

Quel que soit l'accueil réservé à la démarche induite⁵⁴, toutes les personnes ont approuvé l'idée d'une brochure propre à la pédiatrie (tableau 4, 45 fois en entretien). Les sujets estiment la démarche utile, valorisante ou nécessaire dans ce contexte de changement (45 fois).

La proposition de réaliser conjointement la plaquette satisfait une grande partie des partenaires, cependant cinq personnes relèvent la complexité de vouloir réaliser une brochure commune à la néonatalogie et à la pédiatrie.

Certains sujets vivent la création d'une brochure comme une lueur d'espoir ou un moyen de pouvoir donner son avis et de s'engager (10 fois).

Dans le questionnaire, les sujets ont largement répondu aux questions en lien avec cette brochure, suggérant certains éléments ou relevant des d'écueils à éviter⁵⁵.

- **Une volonté de s'engager et d'induire le changement**

Au-delà du questionnaire et de la réalisation d'une plaquette de présentation des services de pédiatrie, la volonté de s'engager et d'induire le changement transpire tant au niveau du questionnaire que des entretiens individuels. D'une manière globale, cet élément ressort dans le plébiscite de quarante et un sujets à la proposition « Pour moi la restructuration de la pédiatrie est une motivation à l'idée de vivre ces changements » (tableau 3 : tous les items, tableau 5 : items 1,6,12 et 13, ; tableau 6 : item 5 ; tableau B).

En ce qui concerne le changement et les travaux en eux-mêmes, les sujets relèvent la nécessité de ce remodelage architectural et une certaine satisfaction de ce qui a déjà été accompli (tableau 1 : items 2,6,12,14).

Par ailleurs et sans surprise, nous remarquons que les travaux sont longs et pénibles (tableau 1, items 1,5,15). Un sentiment de mise à l'écart vis à vis des travaux et des options prises est exprimé (tableau 1 : item 7 ; 22 fois) de même qu'une difficulté à imaginer le service de pédiatrie lorsque les travaux seront terminés (tableau 1 : item 10). Pour ce qui est de la conduite du chantier et sa finalisation les avis sont très partagés (tableau 1 : item 3,8,9). Il en est de même pour l'impact sur la qualité des soins et le vécu des parents (tableau 1 : item 4,13).

Au cours des entretiens individuels il se dégage une frustration vis à vis de la difficulté de communication présente dans les trois services (49 fois). Ainsi, certains sujets regrettent qu'aucune responsable (tous les services confondus) n'assume le rôle de médiateur, d'informateur ou de modérateur dans la restructuration ou les déménagements (10 fois).

L'entretien individuel permet de cibler les attentes des sujets vis à vis de la recherche. Il en ressort une volonté d'apprendre à mieux se connaître, une envie de cohésion et de changement (49 fois en entretien ; tableau 2 : items 1, 3, 10, 12, 13 et 14, tableau 23 : item 9). Le regroupement des équipes n'est pas un élément qui effraye, bien au contraire les individus se réjouissent de développer de nouvelles compétences et de collaborer ensemble (tableau 2 : items 2, 5, 8, 9).

Lors de l'entretien individuel, il apparaît que pour un grand nombre de sujets, l'initiative de regrouper les trois services (médecine – chirurgie – néonatalogie) en vue de réaliser la brochure est un élément qui peut aider au rapprochement des équipes (28 fois), à l'émergence de conditions de travail plus harmonieuses (17 fois) ou encore à l'utilisation des potentiels individuels pas assez exploités (5 fois).

⁵⁴ Certaines personnes ont relevé le fait que la consultation sur le vécu de la restructuration arrive trop tard, d'autres ne comprenaient pas l'implication d'une HES et d'une université dans une restructuration interne.

⁵⁵ Ces éléments ont été repris dans le cadre du groupe de travail sous forme de tableaux récapitulatifs. De plus, tous les documents utilisés par le groupe de travail ainsi que les PV de chaque rencontre de ce groupe ont été rendus accessibles aux membres des équipes de soins de pédiatrie par le biais d'un classeur regroupant tous ces documents et régulièrement mis à jour par l'infirmière cheffe de pédiatrie.

En examinant les données, on note encore un réel besoin de se retrouver au niveau d'une philosophie de soins commune (21 fois en entretien individuel ; tableau 2, item 7). Cependant le questionnaire met en évidence que ce rapprochement autour d'un thème n'est pas garant d'une cohésion des professionnels au sens plus large (11 fois en entretien individuel ; tableau 2, item 4).

- **Une certaine résignation**

Aussi surprenant que cela puisse paraître, ce potentiel de forces vives prêt à s'engager dans un travail de groupe et à effectuer des heures supplémentaires (tableau 3 : items 3 et 8), ce groupe de pairs affichant individuellement une volonté farouche de faire changer les choses (tableau 3, items 1,5,7 ; 58 fois en entretien), estime que le travail de recherche va probablement aboutir à une brochure mais qu'il ne va rien changer au niveau du fonctionnement des services (tableau 23, items 1 ; 10 fois en entretien).

Cette résignation prend naissance dans l'impuissance ressentie par de nombreux sujets (tableau 6, item 2), le sentiment de mise à l'écart évoqué par certains (16 fois, tableau 1, item 7) ou l'irritation et l'insatisfaction relevé par d'autres (7 fois, tableau 5, items 7, 8, 10, 11).

Mais le renoncement est surtout exprimé lors des entretiens individuels. En effet, lors de ces moments de rencontre, les infirmières et les nurses exposent leurs lassitudes face aux tentatives de changement avortées ou leurs révoltes face aux pressions exercées (25 fois)⁵⁶. Les sujets incriminent l'ambiance malsaine et hypocrite qui conduit à se taire, laisser faire, subir la loi du plus fort ou choisir de partir. De nombreux sujets admettent oser s'exprimer en ces termes car l'entretien est mené par un intervenant externe à la pédiatrie et que la recherche assure l'anonymat et la confidentialité des données. Certaines personnes vont jusqu'à assurer qu'elles renieraient une quelconque implication dans ces griefs.

Les sujets regrettent encore que les responsables d'unité de soins n'aient pas toutes de formation en administration des services de santé (ICUS⁵⁷) ou de connaissances plus fines dans le management des équipes.

4.3.4 Examen de la volonté d'implication dans le fonctionnement du groupe de travail et par effet rebond dans la création de la brochure et

L'implication dans la création de la brochure est évidemment à mettre en lien avec les éléments posés précédemment.

Si dans le questionnaire trente quatre personnes se sentent disposées à s'engager dans un travail de groupe (tableau 3 : item 3), il s'avère lors des entretiens individuels que vingt sujets acceptent d'être définitivement inscrit comme volontaire pour ce groupe de travail (tableau B). La forte participation est en accord avec la motivation dans la réalisation d'une brochure évoquée dans le premier point de cet exposé. C'est donc un groupe de 20 sujets qui débutera la réflexion. Rapidement, ce nombre passe à N=16 sujets. Ces derniers se répartissent de la manière suivante : 6 personnes de chirurgie, 3 personnes de médecine, 7 personnes de néonatalogie.

Au cours des entretiens, il est demandé aux sujets de réfléchir aux supports nécessaires à une bonne circulation de l'information et de l'évolution de la conception de la brochure. Ici ressurgit le sentiment de déficit de la gestion de l'information. Les soignantes ne peuvent compter sur des colloques d'équipes, la majorité souhaite donc qu'un procès verbal (35 fois) succinct mais complet soit transmis dans les services de soins et que tous les documents relatifs

⁵⁶ Les sujets parlent alors de mobbing (3 fois), de mafia (1 fois) ou de peur des représailles (2 fois).

⁵⁷ Infirmière Cheffe d'Unité de Soins. Une seule des quatre infirmières responsables en activité à cette date est en possession de cette formation.

à la recherche soient regroupés dans un classeur consultable dans l'unité(32 fois)⁵⁸.

Enfin, pour ce qui est de pouvoir transmettre son avis au groupe de travail, les sujets souhaitent disposer d'espace afin de pouvoir donner leurs avis, commentaires ou suggestions (26 fois) mais signalent que l'anonymat ne suffit pas, car les gens reconnaissent les écritures. Les sujets expriment de nouveau ici la crainte des représailles. La solution acceptable par les personnes (17 fois) s'exprimant sur ce thème semble être la mise à disposition d'une boîte à idées, fermant à clefs et uniquement relevée par la cheffe de projet. Cette dernière ne connaissant pas les écritures d'une part et n'étant pas menaçante en termes de pénalités d'autre part, pourrait alors les communiquer au groupe de travail. La solution d'une boîte à idées garantissant l'anonymat est privilégié

Enfin, un certain contrôle du réel engagement des personnes dans la démarche est demandé⁵⁹ (3 fois)

4.3.5 Conclusion :

Au terme de cette première lecture des données recueillies, il apparaît que cette recherche arrive à un moment opportun. L'engagement des sujets dans le questionnaire, la disponibilité consentie ainsi que la confiance témoignée lors des entretiens laissent deviner une envie de profiter de cette opportunité pour tenter le changement. Cependant des antécédents de fonctionnement de type tayloriste peuvent entraver le bon fonctionnement de cette démarche. Il s'agira donc à la fois de répondre aux attentes des sujets impliqués tout en respectant les critères de respect mutuel. Les codes de déontologie et d'éthique professionnelle devraient nous guider dans cette tâche.

4.4 Précautions recommandées au chercheur en avant-première

En réalisant les interviews individuelles d'une part et en dépouillant les questionnaires d'autre part, un certain malaise s'est emparé du chercheur. En effet, si l'émergence des peurs et du ras le bol des soignants étaient prévisibles⁶⁰, tout le discours disqualifiant les cadres responsables des trois unités était une découverte. Ainsi, les revendications concernant le manque de positionnement de l'infirmière cheffe d'étage, la remise en question du fonctionnement des ICUS, la virulence des propos face au manque de formation de plusieurs ICUS, les termes comme « mafia », « mobbing » ou encore « silence par peur des représailles », employés pour qualifier l'ambiance dans les services, ont été une véritable stupéfaction. Enfin, ce besoin d'anonymat associé à cette crainte des répressions⁶¹ éveillait un sentiment d'inquiétude chez la cheffe de projet.

Suite à une discussion avec l'infirmière cheffe de la clinique de pédiatrie, une rencontre tripartite réunissant l'infirmière cheffe générale de l'HCF, l'infirmière cheffe de la clinique de pédiatrie et la cheffe de projet était programmé. Au cours de cette rencontre et après proposition de l'infirmière cheffe générale de l'HCF un consensus était trouvé. Il s'agissait de préserver l'énergie positive mise en évidence par les questionnaires et les interviews pour la faire fructifier. En d'autres termes un rapport partiel, omettant les aspects en lien avec les

⁵⁸ Cet élément sera retenu : un classeur spécifique par service et regroupant les PV et tous les documents produits ou utilisés par le groupe de travail seront placés dans ce classeur et mis à jour par l'infirmière cheffe de pédiatrie.

⁵⁹ Ces sujets demandent un contrôle par signature lorsque le PV a été lu. Cet élément ne sera pas appliqué.

⁶⁰ D'ailleurs pour y pallier et en parallèle de la recherche une rencontre explicative du nouveau fonctionnement du service pendant la période des travaux et lors de la réunification des deux équipes a été agendée. De plus des séances d'information concernant les soins lors d'urgence pédiatrique ont été planifiées.

⁶¹ Notamment la crainte de se retrouver face à des plannings de travail désorganisé et peu en lien avec les souhaits émis.

ICUS, était remis aux équipes de soins. Par contre, et pour ne pas biaiser les résultats de cette recherche, ces éléments pouvaient être repris lors du rapport final et c'est ce que nous faisons dans ces lignes.

Enfin, l'infirmière cheffe de pédiatrie était invitée par l'infirmière cheffe générale dirigeant le département des soins infirmiers de l'HCF, à rencontrer les quatre infirmières responsables d'unité afin de les tenir au courant du sentiment de « mobbing » mis en avant par les soignants.

4.5 Reflets du fonctionnement du groupe de travail

4.5.1 Planification du temps de travail

Comme signalé précédemment (phase B), le groupe de travail, constitué de seize sujets, avait pour mandat l'émergence d'une philosophie de soins commune aux infirmières de pédiatrie puis la création d'une brochure de présentation du nouveau complexe pédiatrique.

Hormis les seize sujets, l'intervenante externe, l'infirmière cheffe de pédiatrie et la cheffe de projet participaient également aux rencontres du groupe de travail. L'effectif complet du groupe lors de ces rencontres s'élevait donc à dix neuf personnes. Sur les sept séances, on compte une moyenne de participation de 12 sujets⁶² soit un pourcentage de participation de 63,15 %.

Lors de l'assemblée constitutive du 13 juin 2003, les sujets présents ont accueilli avec satisfaction la participation de l'infirmière cheffe de la clinique de pédiatrie au groupe de travail. De même, la présence de l'infirmière cheffe générale lors de la deuxième séance de travail a été fortement appréciée. Ces présences ont été vécues comme un soutien accréditant le travail en cours. Par contre, l'absence d'engagement des infirmières responsables d'unité à ce groupe de travail a été fortement regrettée par les infirmières engagées dans ce groupe.

Dès la première rencontre, cinq séances ont été agendées, le canevas des rencontres a été précisé⁶³. Lors de la troisième rencontre la décision a été prise de provoquer une séance d'information pour les autres collègues de la clinique de pédiatrie⁶⁴. Lors de la quatrième rencontre, il a été émis l'hypothèse que le travail ne pourrait être bouclé lors de la cinquième et dernière rencontre. L'idée de planifier deux autres rencontres a donc été projetée et les rencontres planifiées⁶⁵.

Lors de la dernière séance, une proposition de réunir tout le groupe de travail autour d'un souper pour clore l'aventure a été suggérée et acceptée à l'unanimité. Deux personnes se sont proposées de contacter les membres du groupe et d'organiser la soirée à la sortie officielle de la brochure.

⁶² Répartie de la manière suivante : 13 sujets aux séances 1,2 et 5, 12 sujets à la séance 6, 10 sujets aux séances 4 et 7.

⁶³ Une rencontre de réajustement pour vérifier la compréhension des consignes (4 juillet), une première présentation d'une philosophie de soins par sous-groupe (22 septembre), une deuxième présentation après compilation des données des différents sous-groupes (21 novembre), la conception de la brochure à partir de cette philosophie de soins (26 janvier).

⁶⁴ Cette rencontre a eu lieu le 11 décembre 2003. Vingt cinq personnes ont assisté à cette rencontre soit un pourcentage de 41,66% du personnel impliqué dans cette démarche. A noter que deux des trois infirmières responsables d'unité étaient présentes à cette séance d'information.

⁶⁵ Soit le 9 mars 2004 et le 21 avril 2004.

4.5.2 Gestion de l'activité au sein du groupe de travail

Dès la première séance, des résultats partiels⁶⁶ du questionnaire et de l'entretien individuel sont livrés au groupe de travail. Afin de faciliter la mise en activité et d'accroître l'efficacité de cette première rencontre les données sont présentées à travers les cadres conceptuels retenus et présentés au point 2.3 de ce rapport. Il s'agit, tout d'abord, du modèle de Nadot (1993, 2003) typologie qui a le mérite de permettre une distribution originale des activités de la fonction soignante et enfin de la charte de l'enfant hospitalisé, qui permet une contextualisation de la préoccupation des soignants.

Grâce à ces classifications, cinq thématiques ont été dégagées, organisant le travail autour de cinq axes prioritaires à savoir : l'enfant hospitalisé, l'accueil des parents de l'enfant hospitalisé, l'hospitalisation ambulatoire, les urgences, la collaboration avec les médecins.

Lors de l'assemblée constitutive du groupe de travail, les membres du groupe se sont distribués la tâche en s'impliquant dans l'un ou l'autre de ces cinq axes. La répartition des sujets, dans ces cinq sous-groupes, s'est effectuée en privilégiant l'affinité des sujets pour une thématique tout en tenant compte d'une péréquation homogène des expertises des sujets⁶⁷.

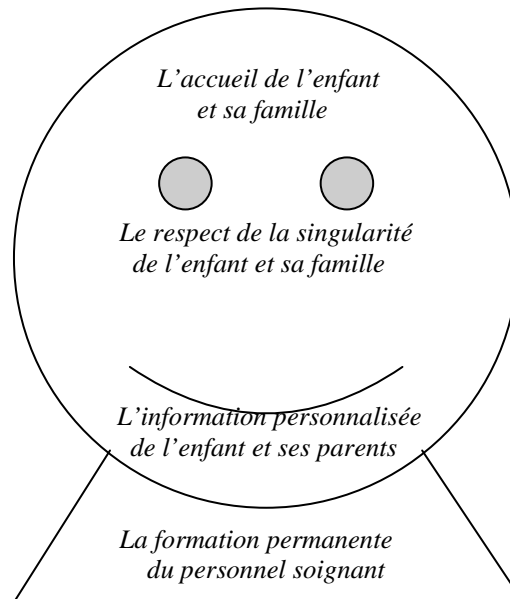
A partir des documents de synthèse remis⁶⁸ les sujets se sont autogérés dans leurs sous-groupes afin de se rencontrer et préparer une présentation de leur philosophie de soins. Lors de sa quatrième rencontre, et après maintes discussions, concertations et synthèse, une philosophie de soins commune à la clinique de pédiatrie a été acceptée par tout le groupe.

⁶⁶ Voir à ce sujet le point 4.6.1 de ce même rapport.

⁶⁷ Ainsi les trois spécialités (médecine, chirurgie, néonatalogie) se trouvaient représentées dans chacun des sous-groupes. Cet équilibre, atteint au cours de la constitution des sous-groupes a été modifié lors des départs de certaines personnes.

⁶⁸ A savoir le rapport écrit présentant la synthèse générale des résultats du questionnaire et de l'entretien individuel selon la typologie des 3 systèmes culturels de Nadot (annexe 7), le document « L'hôpital adapté aux besoins de l'enfant et de sa famille : propositions pour établir et garantir des normes de qualité » (référence en bibliographie), le document de synthèse « répartition dans les groupes de travail » (annexe 7) et enfin la conception générale des soins infirmiers de l'HCF.

Cette philosophie s'articule autour de quatre priorités représentées dans le schéma suivant ⁶⁹:



A ce moment du travail, une présentation à tout le personnel soignant engagé dans cette recherche a été souhaitée par les membres du groupe de travail.

Par la suite, les trois dernières séances du groupe de travail, ont été consacrées à la traduction de la philosophie de soins en une brochure destinée aux enfants hospitalisés et à leurs parents. Cette étape comprenait la conception d'un texte, d'une mise en page et d'un graphisme en accord avec la philosophie de soins élaborée ⁷⁰.

4.5.3 Circulation de l'information en dehors du groupe de travail

Comme la théorie sur la pédagogie de projet le préconise (Boutinet, 1993) des canaux d'informations pour le reste de l'équipe soignante ont été anticipés. La question ayant été posé aux sujets lors du questionnaire et des entretiens individuels, il fallait tenir compte des besoins exprimés par les sujets lors de ces moments. Ainsi, conformément au souhait de la majorité, et afin de permettre au reste des membres de l'équipe non impliqués dans le groupe de travail mais néanmoins concernés par le mandat du groupe, une boîte à idées a été placée dans chaque unité. Cette dernière a été relevée par la cheffe de projet avant chaque rencontre du groupe. Les messages présents ont été communiqués et discutés au groupe lors des rencontres ⁷¹. Dans le même esprit, les procès verbaux des rencontres ainsi que les outils de travail (texte, résumé, travaux de groupes) utilisés par le groupe et traduisant l'évolution de la réflexion, ont été placés dans chaque service de soins, dans un classeur prévu à cet effet et accessible à tous. L'infirmière cheffe de la clinique de pédiatrie se chargeait de tenir à jour ces classeurs.

De plus, comme annoncé au point précédent et afin de maintenir une certaine implication de tout le personnel concerné, les membres du groupe ont souhaité présenter la philosophie de soins qu'ils avaient créée aux infirmières et aux nurses des trois services. Cette rencontre a eu

⁶⁹ Ce document figure en annexe 8.

⁷⁰ Tous ces éléments devaient s'accompagner d'une argumentation pointue afin d'être accepté par la CODOC de l'HCF.

⁷¹ La boîte a été relevée avant chaque rencontre à l'exception d'une fois (oubli de la cheffe de projet en date du 9 mars 2004). A une seule reprise des messages ont été trouvés (en date du 22 septembre 2003).

lieu le 11 décembre 2003. Vingt cinq personnes ont assisté à cette rencontre soit un pourcentage de 41,66% du personnel impliqué dans cette démarche. A noter que deux des quatre infirmières responsables d'unité étaient présentes à cette séance d'information.

Enfin et tout au long de la recherche, les membres du groupe de travail sont restés à la disposition de leurs collègues pour répondre à d'éventuelles questions.

4.5.4 Un engagement au-delà du mandat

Comme signalé précédemment, le groupe se trouvait mandaté pour l'élaboration d'une philosophie de soins commune aux infirmières de pédiatrie puis de la création d'une brochure de présentation du nouveau complexe pédiatrique. En sus de ce travail, il s'est avéré au fil des mois, un engagement au-delà de ce mandat. Les faits relatés ci après en sont quelques illustrations :

- A l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux de la clinique de pédiatrie, une conférence de presse était annoncée. Le groupe de travail a proposé à l'infirmière cheffe de la clinique de pédiatrie de rédiger un article pour cette conférence de presse. Cette dernière a accepté, le médecin chef de la clinique de pédiatrie également et c'est ainsi, que dans « la Liberté » du 30 janvier 2004⁷², un article relate le travail accompli par les soignants à l'occasion de la rénovation des locaux de pédiatrie.
- Dans le même esprit, l'idée d'exposer la démarche entreprise par les professionnels de la clinique de pédiatrie à l'ensemble du personnel de l'HCF a germé. Profitant du journal interne et bulletin officiel d'information de l'hôpital cantonal de Fribourg « LE BERTIGNY » le groupe de travail, par l'intermédiaire de l'infirmière cheffe de pédiatrie, a obtenu une double page dans le numéro de juin 2004. Un petit comité délégué au sein du groupe de travail a donc composé un récit exprimant le travail accompli les derniers mois⁷³.
- Le projet de brochure déposé et accepté par la CODOC⁷⁴ (texte et illustrations), une entreprise a été sélectionnée pour réaliser le travail de graphisme et d'impression. L'infirmière cheffe ne souhaitant pas examiner les maquettes et décider toute seule de la finalisation du projet, a proposé au groupe, la participation de certaines personnes à ces rencontres. Un groupe de coordination, composé de cinq personnes a été créé. Ces dernières ont assisté aux rencontres de coordination et ont été garantes du respect de l'esprit de la brochure tel qu'il a été imaginé pendant les séances de travail de tout le groupe. Ici encore l'engagement au-delà du mandat initial a été spontané.
- Enfin, et de manière subjective, relevons la qualité du climat régnant dans ce groupe de travail. Au fil ses semaines, respect, convivialité et complicité étaient les maîtres mots des rencontres. Cette ambiance, propice aux échanges et à la confrontation d'idées a permis l'émergence de réflexions professionnelles de qualité. En effet, découvrant parfois des difficultés communes et/ou des préoccupations concomitantes, le groupe de travail entrevoyait des synergies possibles à l'avenir. Ainsi, un sous-

⁷²Le texte proposé pour la conférence de presse ainsi que l'article publié dans la Liberté du 30 janvier 2004 peuvent être consultés en annexe 9

⁷³ Cet article peut être consulté en annexe 9.

⁷⁴ Commission interne à l'HCF qui supervise tous les documents écrits de l'HCF ayant une visée publique.

groupe poursuit son entreprise et continue à se rencontrer pour aboutir à des résultats concrets en terme de collaboration avec les médecins.

Finalement, la proposition de clore le travail de manière conviviale par un souper agendé pour la sortie de la brochure traduit sans doute la qualité des liens tissés au cours de cette aventure.

4.6 Reflets du questionnaire et de l'entretien individuel de décembre 2004 ⁷⁵

4.6.1 Population

En décembre 2004, la population se composait de 62 infirmières ou nurses. Soixante⁷⁶ d'entre elles ont été invitées à remplir le questionnaire et à participer à un entretien individuel. Comme en avril 2003, sur ces cinquante huit sujets, signalons la présence d'un seul sujet de sexe masculin pour cinquante sept sujets de sexe féminin. Les éléments de synthèse sont donc extrait de la compilation des données de ces cinquante huit sujets répartis de la sorte : cinquante six entretiens et cinquante et un questionnaires.⁷⁷

Malgré le nombre constant de sujets entre les deux phases nous constatons une mortalité de sujets statistiquement significative pour l'un des services. En effet, on note treize départs, ce qui fait une rotation de personnel de près de 40% au cours des dix huit derniers mois dans le service de pédiatrie A1, contre deux départs dans le service de pédiatrie A4 (7%).

Malgré ces roulements de personnel, la moyenne d'âge, la situation familiale et le nombre d'enfants de ces sujets ne sont pas significativement différents de la première phase A. (tableau t,u,v). Il en est de même pour l'intérêt professionnel (tableau p), le temps et pourcentage de travail dans ce service (tableaux m et n) ou l'envie de quitter le service (tableau q).

4.6.2 Réaction des sujets face au questionnaire

Le questionnaire a été plutôt facile à remplir (40 sujets) et les questions ont été jugées adaptées aux préoccupations du moment (50 personnes). Certaines personnes, de langue maternelle allemande, ont signalé des difficultés de compréhension de certaines questions (8 fois). Un sujet a relevé qu'une question lui semblait très orientée négativement.⁷⁸

En moyenne les sujets ont mis une trentaine de minutes à répondre à ce questionnaire qui demandait selon plusieurs personnes une certaine concentration (surtout la partie B).

4.6.3 Retranscription générale des entretiens et des questionnaires :

De même qu'en avril 2003⁷⁹, ces entretiens ont été pour les soignants l'occasion de soulever des points de fonctionnement du service au-delà du mandat que nous nous étions fixé. Cependant puisqu'une consultation de service peut aussi être l'occasion d'une remise en question plus large que celle imaginée et conformément à notre engagement auprès des soignants, nous transcrivons ici l'ensemble des données transmises par les membres de l'équipe rencontrés en décembre 2004.

⁷⁵ Les n° de tableaux et d'items indiqués font référence aux données brutes et se trouvent en annexe 10.

⁷⁶ Deux sujets exclus au moment de l'enquête, un sujet en longue maladie et un sujet en vacances pendant cette période. A noter par contre que trois sujets bien qu'en congé maternité ont accepté de répondre au questionnaire.

⁷⁷ Deux sujets étaient malades dans la période du 2 au 19 décembre 2004 et non donc pas participés, deux sujets en congé maternité ont rendu le questionnaire mais il n'a pas été effectué d'entretien individuel, enfin à l'occasion de l'entretien certains sujets ont gardé leur questionnaire pour le compléter, par la suite sept questionnaires n'ont pas été récupérés.

⁷⁸ Le sujet n'a pas retrouvé de quelle question il s'agissait.

⁷⁹ A ce sujet consulter le point 4.4 de ce rapport

a) Les locaux :

- **Une mue réussie**

Dans une grande majorité, les sujets apprécient beaucoup le nouveau service et constatent l'amélioration des prestations de service qui permet une meilleure gestion de certaines situations d'urgence (tableau a, items 1, 3, 4, 5, 7). Le service apparaît à présent adapté aux enfants et faisant l'unanimité auprès des parents (tableau a, items 8,9). Trente deux sujets estiment avoir retrouvé le plaisir de travailler dans ce nouveau complexe (tableau a, items 10,11). Cet élément se traduit également par une diminution du stress, une grande motivation, du plaisir et une satisfaction professionnelle (tableau a, item 6 ; tableau f, tous les items ; tableau g, items 7,8).

- **Des bémols**

Cependant des lacunes, surtout dans le secteur pédiatrie (A1), sont relevées (tableau a, item 2). Certaines lacunes étaient prévisibles selon certains sujets car déjà signalées aux architectes à la vue des plans, d'autres ont été constatées en intégrant les lieux. Voici les différentes déficiences relevées dans les questionnaires ou lors des entretiens individuels :

- Le guichet d'accueil des urgences et la salle d'attente ouverte sur le bureau des infirmières représentent une source de mécontentement pour les parents, d'agression et de stress pour les soignants.

- Le manque de lumière directe dans le bureau des infirmières va à l'encontre des biorythmes. Ne pas pouvoir aérer ce lieu de travail, le rend propice à un confinement et une concentration d'énergie pas toujours positive.

- La pauvreté de la décoration murale dans les chambres est inadmissible dans un service de pédiatrie. Certains soignants aimeraient voir les murs s'égayer de posters ou de fresques murales.

- La signalétique dans le service est relevée comme très insuffisante (indications des WC, douches, ambulatoires) pas assez personnelle (souhait de nombreuses personnes de voir une présentation en photos du personnel soignant à l'entrée du service) ou trop compliquée pour des enfants (au A1, dessin correspondant aux numéros de chambre pas assez commun et identifiable pour de petits enfants).

- En néonatalogie (A4), le manque d'intimité dans certaines chambres rend l'allaitement difficile pour les mamans, l'achat de paravent est souhaité. Cependant, l'exiguïté des pièces ne permettant pas toujours l'utilisation de paravents, il manque un endroit discret pour encourager et accompagner ces mamans dans la tâche de l'allaitement.

- Toujours au A4, de nombreuses infirmières relèvent l'état d'insalubrité de la chambre d'allaitement et leur sentiment de honte lorsqu'elles la présentent aux parents.

- **Un constat amer**

Ces remarques ont été soumises aux autorités compétentes mais les propositions des soignants sont pour l'instant restées vaines. Dans une large majorité, les sujets regrettent profondément le manque de soutien de l'infirmière cheffe d'étage pour appuyer leurs demandes à différents niveaux⁸⁰.

⁸⁰ Par exemple : la réparation de matériel (store dans une chambre), l'adaptation des locaux (porte de vidoir bruyante surtout la nuit), la commande de nouveau matériel (délai de plusieurs mois avant d'obtenir satisfaction), l'appui ou la soutien lors de demande de formation permanente ou encore la sauvegarde de la spécificité du service en refusant d'accueillir des patients adultes (exemple récent d'un sujet IMC adulte accepté en pédiatrie et contraire à l'article 6 de la charte de l'enfant hospitalisé).

b) L'organisation du service

Si l'organisation du service de néonatalogie ne semble pas poser de problème, le service de pédiatrie apparaît encore dans une phase de rodage. De nombreuses insatisfactions ressortent au niveau de la coordination. Ainsi plusieurs infirmières relèvent le manque de consensus en ce qui concerne le suivi des patients hospitalisés en chirurgie notamment. Ce phénomène a des répercussions à de nombreux niveaux tant auprès du patient, du soignant que des médecins, engendrant un climat d'insécurité et de tension. Des propositions concrètes de résolution de problème ont été émises lors des entretiens individuels.⁸¹

La grande diversité des postes de ce service (hospitalisations médecine/ chirurgie, ambulatoires, urgences) multiplie le nombre d'intervenants et complexifie la gestion des informations. Une meilleure répartition des tâches et des horaires est plébiscitée par plusieurs infirmières. Ainsi, le passage d'un secteur de travail à un autre sur une même série de travail s'avère peu satisfaisant pour beaucoup de sujets. Une certaine continuité dans les horaires permettrait d'approfondir une relation avec un patient hospitalisé par exemple. Quelques sujets s'interrogent sur la nécessité d'une infirmière du soir présente le matin. Pour ces soignants, l'incontournable « soir-matin » complique la construction du planning, impose des changements de rythme fréquent et pourrait être compensé par des transmissions complètes sur le cardex ou à la veilleuse.

Pour certains sujets, si la gestion des patients pris en charge de manière ambulatoire s'améliore, elle n'est cependant pas encore satisfaisante (prise en charge le matin, accueil des parents). Pour d'autres, la personne assurant cet horaire est parfois oubliée dans la journée (pause) et l'horaire B1 (sur appel) laisse perplexe plusieurs personnes.

c) L'ambiance de travail

Hormis chez les nurses⁸² et contrairement au constat fait en avril 2003, on note ici une grande disparité entre les deux secteurs néonatalogie et pédiatrie. Nous allons donc traiter les données séparément.

- **L'équipe de néonatalogie**

Tous les membres de l'équipe de néonatalogie rencontrés ont relevé l'esprit de collégialité présent dans le service. Depuis le dernier entretien en début de recherche, la remise en question des deux responsables d'unité et leurs ouvertures aux changements proposés ont été saluées par la majorité des personnes rencontrées. Pour plusieurs sujets, la formation débutée par une infirmière responsable d'unité et cette recherche semblent à la base de la métamorphose du service. Des ajustements sont encore souhaités mais le climat actuel autorise les unes et les autres à envisager l'avenir dans ce service avec une certaine sérénité (tableau f).

⁸¹ Comme par exemple le recensement des différentes méthodes de pansements post-opératoires auprès des chirurgiens concernés et la constitution de fiches techniques de référence.

⁸² Plusieurs nurses signalent leur difficulté parfois à trouver leur place dans ces nouvelles structures. Il leur est difficile d'entendre les infirmières se plaindre de veiller avec une nurse. Même si elles connaissent leur manque de compétence pour les cas complexes, elles pensent assurer leur part de travail et faire de leur mieux en fonction de leurs capacités pour soulager les infirmières.

Parmi les nouveautés à l'initiative de cette équipe, on trouve un dossier de soins infirmier. Pour quelques sujets, le projet soutenu par les infirmières cadres du service n'a pas été suffisamment défendu par l'infirmière cheffe d'étage et elles le regrettent.

- **L'équipe de pédiatrie**

La restructuration du service a vu la réunion des équipes de soins de médecine et pédiatrie en une seule équipe. Si on s'en tient aux chiffres cette grande équipe semble bien fonctionner (tableau b, items 1, 3, 5, 6, 8). Cependant, au fil entretiens et à la lecture des commentaires figurant sur les questionnaires, la réalité semble toute autre (tableau f). Ainsi, une grande majorité de personnes se plaint du manque de communication franche et constructive dans le service. Le climat d'insécurité serait tel que même lors des colloques organisés pour émettre des suggestions, ventiler les désaccords ou véhiculer l'information, de nombreux sujets se disent bloqués ou parasités par la lourdeur de l'ambiance. Pour les sujets, les colloques ne remplissent alors pas leur rôle d'échanges constructifs. Le départ récurrent de collègues est signalé comme un signe du malaise et quelques personnes ne cachent pas chercher encore activement un autre emploi (tableau q). Pour plusieurs sujets, ce malaise interne, récurrent et connu de la hiérarchie reste terriblement banalisé.

- **Le travail en réseau**

Nous abordons ici la collaboration entre les équipes de pédiatrie et de néonatalogie mais aussi la collaboration avec l'équipe médicale. Le constat et le vécu de deux équipes est ici superposable.

La collaboration avec l'équipe médicale s'avère aussi problématique dans une équipe que dans l'autre. Le manque de concertation des médecins associé à un antagonisme conduit à des situations absurdes aussi inconfortables pour les soignants, les enfants et leurs parents.⁸³ La récurrence de ces épisodes crée un climat d'insécurité chez les médecins-assistants⁸⁴ et les parents et génère une source de tension entre infirmières et médecins. Du côté des chirurgiens, les infirmières relèvent un manque de rigueur source de confusions, d'erreurs ou de malentendus bien souvent au détriment de l'enfant.⁸⁵

Un groupe de travail regroupant des membres de deux équipes met au point une démarche afin de rencontrer les médecins et chirurgien en vue d'améliorer la collaboration pluridisciplinaire. Dans cette aventure, le sentiment d'être peu soutenu par la hiérarchie infirmière est noté par quelques sujets.

La cohésion d'équipe : La volonté de créer une unité entre l'équipe de pédiatrie et celle de néonatalogie n'a pas été atteinte (tableau b, item 4). Pour de nombreuses personnes, la situation s'est même aggravée depuis l'installation dans le nouveau complexe. Pour quelques sujets, l'habitude de l'isolement vécu par le service de néonatalogie lors des travaux de réfection du service de pédiatrie, la porte coulissante à l'entrée de la néonatalogie ainsi que la prise des pauses à l'intérieur du service de néonatalogie sont parmi les facteurs expliquant la situation.

⁸³ Changement d'attitude thérapeutique ou de protocole de sortie en fonction du médecin par exemple d'où un changement quotidien diminuant la crédibilité des uns et des autres aux yeux des parents.

⁸⁴ Ces derniers sont perçus comme très collaborant avec les infirmières mais perdus face aux chefs de clinique.

⁸⁵ Les prescriptions varient de l'un à l'autre pour un même acte, les heures de visite médicales sont fantaisistes mais la disponibilité de l'infirmière doit être immédiate par exemple.

Cette méconnaissance mutuelle est regrettée par les deux équipes qui aimeraient apprendre à mieux se connaître, collaborer et se compléter. Une infirmière souligne que le manque de cohésion et de convivialité entre les responsables d'unité n'est malheureusement pas propice à une amélioration de la situation. Pour nombre d'infirmière, une remédiation doit passer par une prise de position et des initiatives de l'infirmière cheffe d'étage.⁸⁶

- **Une volonté d'agir**

Le sentiment de résignation présent en avril 2003⁸⁷ n'est plus de mise. Les sujets ont constaté des modifications⁸⁸ et réalisent que les changements sont donc possibles ! Il ressort de ces entretiens une volonté d'action de la part du personnel soignant. Forts des premiers changements intervenus suite à la légitimité de la philosophie de soins, les sujets revendiquent une écoute plus attentive de la part des supérieures hiérarchiques et espèrent être entendus par le biais de ce rapport.

4.6.4 Retranscription de l'implication de l'équipe de soignants dans l'évolution de la philosophie de soins et la création de la brochure

Une des pages du questionnaire soumis aux soignants en décembre 2004 évaluait la mesure dans laquelle le personnel a suivi l'évolution du travail effectué par les collègues impliquées dans le groupe de travail. Un certain nombre de moyens avait été mis en place afin de permettre la circulation de l'information en dehors et vers le groupe de travail.⁸⁹

Si l'activité de lecture des PV et discussion avec les collègues n'est statistiquement pas significative, les sujets connaissent néanmoins la philosophie de soins (tableau c, items 1,3,5). Enfin on relève l'attente de changement inspirée par la démarche (tableau c, items 9 et 10). On ne peut exclure ici un biais de désirabilité sociale (Deliège, 1994) mais à la lecture des résultats on constate néanmoins que la majorité des sujets se sont sentis concernés par la démarche et on fait confiance au groupe de travail. (tableau c, items 4 et 7).

4.6.5 Retranscription du vécu des sujets à l'intérieur du groupe de travail

Dans un même esprit de synthèse, nous avons évalué le vécu des sujets à l'intérieur du groupe de travail. La bonne dynamique du groupe, le partage des idées, la bonne volonté sont les éléments qui teintent le discours des sujets à l'évocation de cette aventure. Ainsi, les sujets consultés conviennent avoir éprouvé beaucoup de plaisir à travailler dans ce groupe (tableau d, item 1). Les sujets ont apprécié les discussions au sein du groupe. Le partage des expériences (de professionnelle et de maman) ont permis la mise en évidence de possibilité de changement infime parfois mais déjà énorme pour des parents. Les échanges d'idées ont mis en lumière une cohésion de pensée insoupçonnée et de ce fait un rapprochement inter sujet a vu le jour, la motivation s'est trouvée décuplée (tableau d, item 2 et 8). Le parcours apparaît

⁸⁶ Quelques propositions : passer se saluer aux changements d'horaires et surtout la nuit, organiser des moments de présentation dans les deux services à l'arrivée d'une nouvelle collègue, faire parvenir aux deux services les événements de vie des collègues (mariage, naissance).....

⁸⁷ Voir à ce sujet le point 4.3.3 de ce rapport.

⁸⁸ Les sujets relèvent par exemple, la possibilité de proposer aux parents de dormir dans le service quel que soit l'âge de l'enfant ; l'infirmière assure la visite médicale des enfants dont elle s'occupe ou encore la participation plus active des parents lors des soins en isolette, etc.

⁸⁹ Pour mémoire ces éléments peuvent être consultés au point 4.5.3 de ce rapport.

alors riche, fructueux et constructif. L'envie de prolonger les débats et de continuer, se trouve du reste présente chez certains sujets (tableau d, item 9).

Si le soutien des responsables d'unité et l'investissement des collègues ont fait défaut (tableau d, item 3 et 5), la présence de l'infirmière cheffe d'étage lors des rencontres a été fortement appréciée. Cette dernière se demande si son rôle n'aurait pas été de relayer davantage la démarche auprès des équipes de soins.

Pour un sujet, les séances ont été bien cadrées, avec fermeté mais douceur. Un autre sujet pense avoir été trop guidé et ne s'est pas senti suffisamment autonome.

4.6.6 Retranscription des propositions concrètes en vue de la mise en application de la philosophie de soins

Sur le fond⁹⁰, la quasi-majorité des sujets interrogés approuve l'initiative de cette philosophie de soins. Pour beaucoup de sujets, si le texte très basique ne leur a rien appris de nouveau, il a l'avantage de rendre explicite certaines valeurs présentes dans la pensée infirmière. Ce document peut alors servir de rappel en cas de doute, de garde fou en cas de dérapage ou de base de réflexion lors de confrontation d'idée en vue d'un changement⁹¹.

Concernant la forme, les sujets imaginent une présentation plus engageante : une écriture plus grande, des couleurs plus vives, un graphisme humoristique.... A la question « comment souhaitez-vous rendre visible dans le service la philosophie de soins élaborée par le personnel soignant ? », les avis sont très partagés quant à l'adéquation de la présentation de la philosophie sous forme de poster (26 oui pour 21 non). Par contre la remise du document à chaque membre du personnel y compris les stagiaires, est largement plébiscitée (tableau e). Une personne propose que ce texte serve de base lors de l'évaluation annuelle du personnel. Ces questions et les décisions qui en découlent devront être reprises et débattues en équipe.

Nous demandions ensuite aux professionnels d'émettre des propositions concrètes en vue de la mise en application de la philosophie de soins élaborée par le groupe de travail. Nous les retranscrivons presque littéralement en fin de rapport. Ces éléments sont à considérer comme des sources de discussion pour nourrir la réflexion des soignants autour de leur application de cette philosophie de soins. Ils devront être repris et débattus lors de colloques d'équipe. Les décisions prises seront une nouvelle étape dans l'amélioration de la qualité des soins.

4.6.7 Conclusion

Pour conclure nous reprendrons le dernier volet du questionnaire qui évalue l'ensemble de la recherche. A la question « Comment résonne en vous cette démarche », trente six sujets estiment qu'il s'agit d'une démarche utile pour l'avenir des services de pédiatrie et trente quatre que l'approche est précieuse pour la qualité des soins. Mais plus encore, quarante six sujets concluent que cette étude a répondu à une insatisfaction, une incertitude et/ou une tension présente dans le service au début de l'aventure.

De nombreux sujets restent prudents et espèrent que les changements initiés vont se confirmer. D'autres craignent que ce vent de souplesse et l'ouverture d'esprit ne se tarisse trop rapidement. Cette équipe est riche, la remise en question est sincère et constructive. Le patient se trouve au centre des revendications, les propositions sont concrètes et réalistes. Une cohésion d'équipe au sens large est souhaitée, les attentes convergent vers un même but, l'amélioration de la qualité des soins. La richesse des personnalités en présence, la palette des

⁹⁰ Certains sujets ôteraient du texte les éléments en lien avec la géographie des lieux.

⁹¹ Des changements sont d'ailleurs intervenus depuis la parution des de la philosophie de soins dans les services comme notamment une plus grande ouverture aux parents la nuit quel que soit l'âge de l'enfant.

expériences professionnelles et vécues ainsi que l'envie d'apprendre et de partager sont des atouts de taille. Les attentes de ces infirmières sont à la hauteur de la qualité de leurs réflexions et il serait dommage de passer à côté de cette volonté d'avancer ensemble.

A ce stade de la recherche, la prestation de service est de notre point de vue une réussite. Le gain pour les équipes est tangible. Le revirement de la situation en néonatalogie est net et la volonté de changement en pédiatrie est palpable. Analysons à présent ces résultats à la lumière des cadres de référence.

5 Analyse des données et confrontation aux hypothèses

Au terme de ce travail et comme nous avons pu le constater lors de la retranscription des données, nous relevons que nos hypothèses se trouvent en grande partie vérifiées.

Par souci de clarté et afin d'éviter des redondances fastidieuses pour le lecteur, nous les reprenons ici l'une après l'autre :

Par la rupture espace temps qu'elle engendre et la rencontre avec les partenaires de terrain qu'elle préconise, l'activité de recherche permet une expression libre et divergente des sources de l'insatisfaction professionnelle des infirmières.

L'hypothèse formulée ci dessus se trouve largement confirmée dans notre travail et la rencontre de l'ensemble des gens du terrain préconisés par Van der Maren (1995), Boutinet (1994) ou Lecomte (1997) pour ne citer qu'eux s'avère performante. En effet, comme il a été relaté antérieurement, la liberté d'expression lors des entretiens et les révélations qui en ont découlées ont interloqué le chercheur. A certains moments de la recherche, la tournure des événements laissait présupposer qu'il s'agissait d'un audit et non d'un accompagnement au changement. Le chercheur a d'ailleurs rapidement rencontré les autorités compétentes afin de signaler le malaise palpable et recadrer le contexte de l'intervention et la recherche s'est poursuivie. Lors de l'évaluation de fin de recherche, on retrouve ce même désir de transparence et d'ouverture. En effet, le changement contextuel opérationnalisé par le déménagement dans les nouveaux locaux, une problématique communicationnelle se révèle toujours prégnante. Comme la retranscription des entretiens le laisse découvrir, l'organisation et la gestion de certains axes s'avèrent insatisfaisantes pour de nombreux sujets. Les éléments apportés par les soignants sont constructifs et animés d'une certaine volonté d'amélioration de la situation. Sans une consultation de tous les sujets après la recherche (Van der Maren, 1995 ; Boutinet, 1994) ces éléments n'auraient pu être objectivé de manière aussi forte.

Enfin, comme le relate Van der Maren (1995) ou Barbier (1991), la neutralité du chercheur et sa connaissance du terrain et des professionnels ont, sans douter, créé un climat propice à la confiance. Les enjeux pour le service et le contexte d'insécurité régnant au moment des faits, associés à l'anonymat du recueil des données, ont pulvérisé les craintes et permis un échange loyal et direct. Les sujets ont parlé librement et sans tabou. Une évolution est perceptible entre le début et la fin de l'expertise. En effet, si en début de recherche, les entretiens prenaient plutôt des allures de « soupe de ventilation » ou de « règlement de compte », à la fin de la recherche nous avons rencontré des sujets probablement confortés par les changements déjà palpables et se projetant comme moteur de changement et non plus comme victime. Ainsi lors des entretiens, les propositions et idées ont foisonné⁹² et les sujets espèrent être entendus et consultés prochainement.

La confiance témoignée devra être à la hauteur de l'attente des professionnels qui souhaitent vivement voir les changements aboutir ou se poursuivre. Nous espérons qu'à la lecture de ce rapport, les différents protagonistes mettront à profit les éléments constructifs relevés afin de relancer la dynamique de changement amorcé lors de la consultation de l'ensemble du personnel.

⁹² Ces propositions ont été relatées à divers endroits de ce texte et notamment dans la partie « propositions concrètes » à la fin de ce rapport.

Les sources de l'insatisfaction et les efforts des soignants pour y remédier peuvent être mis en évidence à l'aide d'une recherche analytique inter/ intra sujets et inter/ intra groupes.

La méthodologie de recherche impliquant un plan A-B-A avec mesure de la ligne de base chez tous les sujets (Deliège, 1994), nous a permis de mettre en évidence les sources de l'insatisfaction professionnelle et la volonté des soignants d'y remédier. Ce plan de recherche a également rendu possible une analyse plus fine des différents types de changements opérés et de déterminer avec précision les sujets impliqués dans ces changements.

L'analyse intra sujet en début de recherche met en évidence la colère et la crainte des sujets du groupe pédiatrie vis à vis du nouveau complexe de soins (source d'insatisfaction anticipée et attendue par le chercheur). En fin de recherche, l'analyse intra sujet permet de vérifier le degré de satisfaction relativement élevé de beaucoup de sujets vis à vis des nouveaux locaux.

Par contre, l'analyse des données livrées en entretien en début de recherche, met le doigt sur une source de satisfaction tout à fait inattendu. En effet, on retrouve en intra sujet une forte remise en question de l'attitude des responsables d'étage et d'unité. Dans ce domaine, la comparaison intra sujet de nos questionnaires et entretiens en début et en fin de recherche a permis de mesurer le degré d'évolution de l'insatisfaction vers la satisfaction chez certains sujets ou au contraire le statu quo chez d'autres sujets. L'analyse de ces données intra sujets et le cumul des éléments intra groupe, conduit à la conclusion d'une réelle modification au sein d'un groupe de sujets, ceux de néonatalogie. Par contre, en ce qui concerne le groupe pédiatrie, l'analyse intra sujet puis intra groupe des données relève une insatisfaction persistante. Sans constitution de ligne de base chez tous les sujets avant le début de la recherche, ce constat inter/intra sujets et inter/intra groupe n'aurait pas été possible. Cet élément permet ainsi d'effectuer une distinction des besoins de chaque groupe qui devrait conduire à une prise en compte différenciée des nécessités de chaque unité en fonction du cheminement déjà effectué par certains et des attentes relevées par d'autres.

Dans le même ordre d'idée, l'entretien individuel permet de cibler les attentes de l'ensemble des sujets vis à vis de la recherche. Il en ressort une volonté d'apprendre à mieux se connaître, une envie de cohésion et de changement. On constate que le regroupement des équipes n'est pas un élément qui effraye, bien au contraire les individus se réjouissent de collaborer ensemble. Cependant et comme le prévoyait les travaux de Boutinet (1994) ou Barbier (1991), l'analyse intra-sujets et inter-groupe permet de vérifier la dichotomie entre le « groupe de travail » et le « reste de l'équipe ». Si en fin de recherche, le « groupe de travail » reconnaît une découverte réciproque riche et fructueuse des collègues de travail, on remarque que le « reste de l'équipe » n'a pas atteint ce degré de complicité. Ainsi, les premiers ont conceptualisé le changement et leurs rencontres ont permis une reconnaissance collective des perspectives communes et des enjeux de la démarche (Barbier, 1991). Ces sujets ont partagé les mêmes doutes et envies, ils ont identifié des souhaits communs et ont découvert des préoccupations convergentes. Ils se peuvent se projeter dans l'avenir en percevant les actions à entreprendre et en adoptant généralement une attitude plus optimiste vis à vis d'une évolution possible. Pour le « reste de l'équipe », le sentiment d'appartenance reste altéré et la perception de connivence apparaît moins forte.

Dans un autre registre, les apports théoriques de la psychologie du travail nous ont fourni des éléments de compréhension sur la signification du changement au niveau professionnel et la difficulté que ce dernier peut représenter pour les soignants (Burke, 1999 ; Blythe, 2001 ; Norrish, 2001 ; Naumanen-Tuimela, 2001 ; Humpel, 2002 ; Tummers, 2002). Tenant compte de ces aspects, les questionnaires créés à l'occasion de cette recherche ont prospecté les répercussions psychologiques possibles. Comme nous l'avons déjà relaté, les répercussions

psychologiques attendues⁹³ sont présentes chez de nombreux sujets. La cause de ce mal être en fin de recherche n'est pas le changement mais l'absence de changement et d'adaptation. Ici encore sans l'association d'un questionnaire et d'une entrevue puis d'une analyse fine de chaque sujet, groupe de sujet en début et fin de recherche, ce constat n'aurait pu être mis à jour.

L'analyse inter/intra groupe et sujets s'avère donc utile car permettant la mise en évidence de différences d'évolution qu'une analyse plus globale n'aurait pas permise de mettre à jour aussi clairement.

Le recours à une pédagogie du projet renforcé par des cadres de référence scientifiques⁹⁴, provoque une projection dans le futur, bénéfique à une acceptation du changement.

Nous avons déjà évoqué à quel point l'utilisation du cadre de référence de la pédagogie du projet a été bénéfique dans l'approche que nous avons menée. De même d'autres entrées théoriques ont contribué à la réussite de notre démarche.

Ainsi, la charte de l'enfant hospitalisé a été moteur de changement. En effet, la légitimité accordée à ce document, principal outil de référence du groupe de travail, semble avoir levé un certain nombre d'obstacles au changement. Les sujets relèvent en effet que le statut légal de cette charte a contribué à accélérer des modifications souhaitées de longue date. L'exemple le plus souvent cité étant celui des articles 1 et 3 revendiquant l'encouragement des parents à rester auprès de leur enfant, y compris la nuit. Ce constat nous permet d'affirmer qu'un choix de cadre de référence judicieux et ciblé constitue souvent un atout très précieux dans toute démarche de recherche.

La médiologie de la santé (Nadot, 1993) a, elle aussi, participé à la dynamique du changement. En effet, en inscrivant l'activité soignante dans un contexte de mouvement perpétuel, Nadot entretient une certaine idée du changement et de la mobilité. On constate ici que le modèle commence à porter ces fruits et les sujets ne se laissent plus enfermer dans des protocoles ou des routines présentées comme sécurisantes. Les infirmières réagissent, prennent en compte leurs exigences mais aussi les besoins du patient. Consciente qu'indépendamment des typologies médicales « soins aigus » et autres « soins palliatifs », l'activité soignante prend en compte UN humain inséré dans le cours de SA vie (Nadot, 2003), l'infirmière est aujourd'hui prête à monter aux barricades pour faire entendre sa voix et celle du patient. La pertinence de ce cadre de référence a contribué à l'éclosion d'un groupe de travail autour de l'amélioration de la qualité de la collaboration avec les médecins. Les infirmières entendent faire respecter les droits du patient à un traitement judicieux et une information adaptée (article 4 de la charte). Elles dénoncent ainsi les dissensions au sein du corps médical et au nom du respect du patient, souhaitent y mettre fin en engageant le dialogue avec les médecins.

La médiologie de la santé touche également à l'évolution de l'identité professionnelle (Durand, 2002 ; Camilleri et al, 1999), autre cadre de référence convoqué dans ce travail. L'identité de la discipline est dans l'inconscient collectif de ses membres c'est à dire dans son histoire (Bourdieu, 1984). L'identité exprime une quête de force et de pouvoir dans le but de se faire reconnaître en tant que détenteur d'un désir propre (Sainsaulieu, 1985). En terme de

⁹³ Pour mémoire consulté le compte rendu des questionnaires en annexe 6.

⁹⁴ Goyette (1994), Van der Maren (1995), Boutinet (1993, 1994), Leyens (1979), Mucchielli (1998, 2002), Nadot (1991, 1992, 1993, 2002), Rocher (1968).

stratégie identitaire, et part son passé de soumission, la profession infirmière se situe fréquemment dans une dynamique dévalorisante et négative. Or il s'avère qu'en fin de recherche, les infirmières de la clinique de pédiatrie de l'hôpital cantonal de Fribourg semblent s'orienter vers une stratégie de type régression-progression propice aux remaniements dans la conscience de soi et la perception d'une certaine action sur le réel (Camilleri et al, 1999). En effet, se libérant progressivement du carcan de soumission vis à vis du pouvoir médical comme signalé ci-dessus, les infirmières envisagent également une remise en question du positionnement de leur propre hiérarchie et des attentes sont clairement exprimées en termes de prise de position de l'infirmière cheffe, de formation du personnel cadre et de formation permanente.

Espérons toutefois, qu'un autre carcan utilisant d'autres logiques, notamment de type économique ne leur soit pas imposé ultérieurement. Il semble bien qu'au sein des mutations institutionnelles en cours et de la complexité qui l'habite, les infirmières et infirmiers devront « procéder à un continuels va-et-vient entre la réflexion et l'action, en basculant sans cesse entre des moments de maîtrise consciente et des moments où l'appel du présent les embarque dans le cours des choses » (Boltanski et Thévenot, 1991, 438). Comme le souligne Crozier & Friedberg (1977), il ne suffit pas d'émettre des attentes, encore faut-il avoir les moyens d'entrer dans le jeu des relations de pouvoir avec plus d'autonomie. En souhaitant instaurer le dialogue avec les médecins ainsi que leurs supérieures hiérarchiques, les infirmières saisissent un des maillons de ces enjeux politico-économiques. Mais pour réussir, il faudrait pouvoir compter à la fois sur une stratégie clairement définie et argumentée et sur une solide cohésion au sein de tout le groupe infirmier de la clinique de pédiatrie. A l'heure actuelle, ces deux conditions ne sont malheureusement pas encore perceptibles.

Dans le cadre d'une pédagogie du projet, le personnel impliqué assume les changements, en comprend le sens et se donne les moyens de s'informer sur les enjeux liés à la responsabilité des professionnels.

Cette hypothèse se trouve particulièrement vérifiée par les propos et suggestions des sujets quant à la gestion du service. En effet nous constatons une lucidité particulièrement pertinente en ce qui concerne les nouvelles perspectives de l'activité soignante (Goulet et Dallaire, 2002). Nous développerons ici deux axes spécialement saillants à savoir la collaboration avec les médecins et la gestion infirmière.

En revendiquant des modifications au niveau de la collaboration avec les médecins, les sujets mettent en évidence les nouveaux défis auxquels les soignantes devront faire face pour défendre leur profession (Goulet et Dallaire, 2002). C'est ici toute la responsabilité infirmière qui se trouve impliquée et dans cette démarche les sujets tendent à valoriser la profession infirmière. Investie du rôle de médiologue de santé (Nadot, 2003) en se faisant le relais du patient auprès du médecin et refusant une politique institutionnelle qui dessert les droits du patient⁹⁵, ces infirmières revendiquent le soin en tant qu'obligation éthique fondamentale tout en se portant garantes du respect de cette éthique du soin (Goulet et Dallaire, 2002).

En soulevant la question du rôle des cadres infirmières dans le service, les sujets touchent au point névralgique de l'autonomie et l'organisation (Goulet et Dallaire, 2002). En souhaitant une intervention, les infirmières sortent du sentiment d'impuissance et de résignation dans lequel elles s'installaient pour promouvoir une dynamique constructive de changement. Ne pouvant devenir acteur à visage découvert, comme c'est souvent le cas dans des structures de cette envergure, les infirmières profitent de cette recherche pour se faire entendre (Goulet et

⁹⁵ Comme signalé antérieurement, les infirmières remettent en question le manque de cohésion entre les médecins (cf. pages 35-36 de ce rapport).

Dallaire, 2002). L'objectif de la démarche étant d'amener les sujets à mieux se comprendre et collaborer et pas de désigner un bouc émissaire à exclure, la prise en compte de ces facteurs devraient conduire à une nette amélioration de l'ambiance de travail et par effet rebond à une croissance exponentielle de la satisfaction professionnelle.

Comme nous le constatons, les cadres de références engagés dans la formulation de ces hypothèses nous permettent de vérifier la justesse de l'intervention et la portée de cette recherche bien au-delà d'une simple restructuration architecturale ou d'une « ventilation des sentiments » !

Conclusion

Entre le début et la fin de cette aventure trois années se sont presque écoulées et beaucoup de chemin ont été parcouru : les travaux achevés, les déménagements successifs effectués, les nouveaux locaux investis, les équipes de travail réunies. Dans ce tourbillon de changements une philosophie de soins commune à la clinique de pédiatrie a vu le jour et une brochure de présentation du service se trouve sous presse. En ce qui nous concerne, le travail s'achève et la satisfaction est grande. Et si notre mandat se termine nous sommes persuadés que pour l'équipe infirmière de pédiatrie l'histoire ne fait que commencer.

En effet, comment ne pas évoquer ici, l'impressionnante modification de ce corpus infirmier en quelques mois. Les professionnelles affligées rencontrées en début de recherche se sont transformées au fil des mois en personnes volontaires et responsables. Nous constatons une prise de conscience des infirmières de leur rôle potentiel au sein de l'institution. Encouragées par les premiers changements constructifs dans leurs équipes respectives, les infirmières ne veulent pas en rester là et revendiquent d'autres améliorations. En néonatalogie, les infirmières relèvent l'immense effort consenti par leurs responsables d'unité et souhaitent poursuivre dans cette co-construction d'un service compétent au service de l'enfant et ses parents. En pédiatrie, conscientes des problématiques de communication et de pouvoir sous jacentes, les soignantes aspirent à une ouverture aux changements, un partage des responsabilités et un réel dialogue avec leurs responsables hiérarchiques. Ici et là, la volonté de communiquer pour évoluer a le vent en poupe, mais au vu du contentieux accumulé ces dernières années, la présence d'un médiateur s'avère indispensable.

Dans le même esprit, les deux équipes soulignent l'incohérence d'une équipe médicale versatile et le manque de coordination de l'équipe chirurgicale. Ensemble, par le biais du groupe de travail, elles envisagent de réunir leurs forces et d'engager le dialogue avec le corps médical. Cette démarche demande à être soutenue par une hiérarchie forte et convaincue de la légitimité de la demande.

A la recherche d'un sentiment d'appartenance à la clinique, les deux équipes regrettent le fossé creusé ces dernières années entre l'équipe de pédiatrie et de néonatalogie. Si la pédagogie du projet a réussi à créer une certaine complicité au sein du groupe de travail, cette approche n'a pas suffi à rapprocher le reste des membres de l'équipe. Cependant, à la lumière des questionnaires et des entretiens, une volonté partagée de (re)créer une équipe soudée et solidaire se trouve largement plébiscitée. Ici encore, ce phénomène ne pourra voir le jour sans le soutien et la persévérance des supérieures hiérarchiques.

L'impulsion est donnée, aux infirmières cheffe et d'étage de reprendre ce flambeau qu'elles ont accepté d'allumer, il y a trois ans. Les sujets du service de pédiatrie espèrent vivement que ce rapport sera l'occasion d'une mise à plat et d'un nouveau départ. Nous ne pouvons que souhaiter une telle initiative car les forces créatrices en présence ne demandent qu'à s'éveiller au grand jour. Les infirmières du service de pédiatrie de Fribourg possèdent un important potentiel d'engagement et de réflexion, gageons qu'elles soient entendues et autorisées à s'épanouir aux changements d'une profession en pleine mutation.

Pour ne pas en rester dans le ciel des bonnes intentions et, en fonction du chemin parcouru au travers de cette démarche, on peut envisager une amélioration de la situation en proposant de concrétiser les intentions philosophiques élaborées. En effet selon Van der Maren (1995, 165), chaque correction envisagée doit faire l'objet d'une négociation avec les acteurs qui devront la vivre ; c'est souvent par une discussion avec les acteurs que l'on pourra mettre en place des modalités efficaces d'adaptation. Autrement dit, l'évaluation adaptative tel que mentionnée à la page 14 de ce présent travail ne peut se réaliser en interaction avec les acteurs et les

utilisateurs : elle doit être participative. Cette participation doit pouvoir s'inspirer des propositions émises par l'équipe de soins selon les éléments présentés ci-après.

**Propositions d'applications de la philosophie de soins émises par les soignants
Afin que cette dernière ne reste pas dans le ciel des bonnes intentions....**

Les 4 axes de la philosophie et les objectifs prioritaires à atteindre

Axe 1 : Accueil de l'enfant et sa famille

Améliorer la qualité de cet accueil en apportant certaines modifications à la structure existante (cf propositions ci-dessous)

Axe 2 : L'information personnalisée de l'enfant et ses parents

Concrétiser cet axe en s'inspirant des propositions émises par les soignants, retranscrites ci-après

Axe 3 : Le respect de la singularité de l'enfant et ses parents

Valoriser cet aspect en s'appuyant sur les propositions des soignants (cf ci-dessous)

Axe 4 : La formation permanente du personnel soignant

Faciliter et encourager la formation du personnel.

Valoriser les nouvelles acquisitions par un partage entre collègues lors de colloques par exemple. (Cf propositions ci-dessous)

Réflexions et propositions des soignants
visant à nourrir la réflexion et concrétiser l'application de la philosophie de soins

• **Axe 1 : L'accueil de l'enfant et sa famille**

- Panneau avec photos des infirmières à l'entrée du service (7 fois)
- Panneau avec photos du personnel (y compris physiothérapeute, assistants, chef de clinique) avec fonction dans le service et entrée en fonction
- Poursuivre une décoration thématique du service en fonction des événements de l'année
- Gratuité du parking pour les parents surtout lors d'hospitalisation de longue durée (6 fois)
- Trouver des facilités financières pour les parents
- Améliorer la signalétique du service en général et en particulier pour les WC, douche et ambulatoires.
- Accès plus simple à la pédopsychiatrie pour les parents
- Plan de l'hôpital pour les parents (indiquant cafétéria, téléphone, restaurant)
- Salle d'attente fermée
- Trouver une solution pour la salle d'attente des urgences (baie vitrée augmente l'impatience des parents) (2 fois)
- Mettre une TV sans son pour les consultations qui attendent
- Trouver une solution pour l'accès en néonatalogie après 21 heures pour les mamans qui allaitent. Elles doivent parfois attendre longtemps car la veilleuse de pédiatrie est occupée par une urgence.
- Trouver le juste milieu entre l'accueil et l'hôtel
- Rendre les parents plus autonomes dans le service (orientation des lieux, cuisine à disposition pour l'eau, le thé ; salle de bains : horaire des couches, matériel, linges...)
- Offrir le guide sur le fonctionnement du service (2 fois)

- Présenter le service et la chambre de l'enfant (2 fois)
- Une infirmière d'accueil chaque jour et qui répond aux téléphones (2 fois)
- Répartir les charges de travail pour laisser une personne libre lors d'une entrée surtout si l'enfant n'est pas préparé à être hospitalisé (2 fois)
- En hiver, plus de personnel le soir car les entrées se font en soirée (2 fois)
- Horaire de 12h permettant que seulement 2 personnes s'occupe de l'enfant sur 24h
- Désigner un soignant de référence (surtout lors de situations sociales)
- Garder la limitation du nombre de patients pour pouvoir accueillir le mieux possible patient et famille.
- Pas toujours évident de réaliser de prendre le temps pour l'accueil car en général le bébé ne va pas bien à ce moment là
- Se présenter (3 fois)
- Expliquer les premiers gestes avec une voix détendue
- Dès l'accueil mettre un jouet ou quelque chose dans le lit du patient (lit blanc moins froid) et donner une chemise de nuit de couleur (moins froid)
- Bien accueillir l'enfant pour le mettre en sécurité quel que soit son âge, sa culture, son origine
- Améliorer la chambre d'allaitement (5 fois)
- Améliorer et personnaliser la décoration des chambres (par ex : cadres, posters, dessins)
- Préserver l'intimité de la famille : achats de paravents pour la néonatalogie (3 fois)
- Chambre pour les mamans
- Obtenir un budget « jouet- décoration » pour rendre accueillant le lit et la chambre du patient

- **Axe 2 : L'information personnalisée de l'enfant et sa famille**

- Poursuivre les visites de classes
- Réaliser des journées portes ouvertes pour que les futurs patients se familiarisent avec les services de pédiatrie
- Réaliser des journées d'information pour les élèves du secondaire et leur donner l'envie du métier
- Développer les visites pré-hospitalisation en faisant visiter le service au même moment que la visite pré-anesthésique permet un premier contact et des explications avant hospitalisation (4fois)
- Mettre une brochure de notre service chez les gynécologues, les pédiatres
- Mettre à disposition des parents dans la salle d'attente des urgences des brochures sur la clinique de pédiatrie, la prévention des accidents domestiques, la conduite à tenir lors de fièvre (3 fois)
- Développer et faire connaître le site internet consacré à la pédiatrie.
- Améliorer la cohésion entre les médecins ou envisager une responsabilité par semaine et non par jour comme actuellement (chaque jour les informations changent, parents et soignants sont perdus) (2 fois)
- Améliorer l'information des opérations ou des examens chez le médecin (feuille explicative) (2 fois)

- Informer les médecins des questions des parents
- Harmoniser l'information faite aux parents (parfois discours différents entre médecins et infirmières d'où une source d'angoisse pour les parents)

- Continuer avec feuille psychosociale : pertinence de l'information lors de visite médicale
- Avoir place dans le cardex pour noter les informations données aux parents
- Vérifier les explications reçues par les parents et leur compréhension, compléter si nécessaire (2 fois)

- Etre à l'écoute des demandes des parents
- Adapter le discours et les explications à l'enfant et sa famille (2 fois)
- Prévoir des colloques interdisciplinaire et avec les parents lors de longues hospitalisations
- Avoir fiche type de la maladie de l'enfant pour donner aux parents et à l'enfant
- Donner la possibilité aux parents d'exprimer le vécu de l'hospitalisation par le biais d'un questionnaire anonyme (4 fois)

- **Axe 3 : Le respect de la singularité de l'enfant et sa famille**

- Liste des traducteurs à mettre à jour (2 fois)
- Avoir un interprète pour les transmissions médicales (2 fois)
- Favoriser le travail et la coordination entre les diverses langues ou cultures
- Respecter la culture et les croyances de l'enfant (3 fois)
- Avoir un classeur dans le service sur les différentes cultures et religions (4 fois)

- Effectuer correctement le recueil des données et le réactualiser si nécessaire

- Avoir une feuille sur laquelle est indiqué le déroulement d'une journée
- Encourager les parents à apporter des objets personnels pour le lit de l'enfant (favoriser les repères du bébé)
- Encourager et faire confiance aux parents pour la prise en charge des AVQ (3 fois)
- Respecter aussi le repos des parents
- Respecter l'intimité des parents lors d'allaitement ou de portage en kangourou (paravent)
- Anticiper le retour à domicile des enfants et le rôle des parents (soins à réaliser)
- Avoir plus de souplesse lors de visites de parents éloignés (grand- mère vient de loin par exemple)
- Achats de mobiles adaptés aux bébés de 5-10 mois alités pendant plusieurs jours
- Créer un climat de confiance auprès de l'enfant par le biais de chansons, de jeux pour le faire accepter l'hospitalisation et/ou les soins.
- Rendre les parents attentifs au respect du matériel et des jouets du service

- Pour compléter la visite des clowns (1fois/semaine) et rester dans un monde d'enfant, proposer plus de spectacle, bricolage et jeux aux enfants
- Engagée une maîtresse enfantine pour occuper les enfants (bricolage ou travail scolaire) (2 fois)

- **Axe 4 : La formation permanente du personnel soignant**

- Augmenter les jours de formation autorisés et la participation financière de l'HCF (3 fois)
 - Encouragement pour participer aux cours et non pas dénigrement
 - Favoriser la participation aux cours de formation, congrès pédiatriques (2fois)
 - Plus de stimulation de la part de la hiérarchie pour motiver le personnel à se former (3 fois)
 - Soutien pour participer aux cours au lieu de se retrancher derrière le manque de moyens financiers (3 fois)
 - Encourager les jeunes infirmières étrangères à participer à la formation permanente afin de favoriser l'intégration et améliorer la qualité des soins

 - Plus de cours et de colloques sur la prise en charge pédopsychiatrique (3 fois)
 - Remplacer les cours supprimés (ex : réa de mai 2004)
 - Avoir des cours de médecine et chirurgie pédiatrique par les médecins pour avoir une cohésion des réponses à donner aux parents (2 fois)
 - Cours massage bébé
 - Cours physio bobath (2 fois)
 - Cours de stimulation basale
 - Cours sur d'autres cultures, croyances (2 fois)

 - Mise en pratique plus rapide des projets élaborés (ex : stimulation basale)
 - Prévoir un compte rendu de formation par les gens ayant assisté à une formation, un colloque, congrès (2 fois)
 - Créer des lieux d'échanges et de partage entre le personnel soignant (2 fois)
 - Colloque 1fois/semaine sur un problème de soins dans le service
 - Fixer au minimum 3 colloques par année
 - Poursuivre les colloques réguliers et les cours organisés avec les médecins en néonatalogie.
 - Cours pluridisciplinaire à partir d'un cas précis d'enfant hospitalisé dans le service (3 fois)
 - Faire de temps en temps de « petits » cours interne entre nous pour les nouvelles techniques afin de tous pratiquer les mêmes gestes : plus rassurant pour les parents (2 fois)
 - Echanges avec le personnel soignant et les médecins des autres hôpitaux pour connaître leurs nouvelles techniques.
 - Prévoir des moments de réflexion d'équipe sur la relation théorie/pratique et sur l'application et l'efficacité des soins
 - Achat de livres pour le service (ex : précis d'anatomie)
 - Inscription dans les associations pour être informées sur les formations possibles
 - Trouver des formations spécifiques pour la formation de clinicienne en pédiatrie (existe seulement en allemand à l'heure actuelle)
 - Afficher les différents cours possibles et spécifiques à la néonatalogie/pédiatrie (aussi ceux hors de l'hôpital) (3 fois)
 - Davantage de cours à thème concernant la pédiatrie/néonatalogie organisés par l'HCF (7 fois)
 - Elaboration d'un cahier protocolaire
 - Mettre une liste en début d'année où chaque personne propose un ou des thèmes
 - Refaire un questionnaire pour les équipes afin de connaître leurs souhaits puis construire le programme de cours
-

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, E (1983). *Etre infirmière*. Montréal : HRW Itée.
- Aiken, L.H., Clarke,S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. et Shamian, j. (2001) Nurses' report on hospital care in five countries. *Health affaires. Mai- Juin, p 43-53*.
- Aromatario, C. (1994) Les relations avec le management dans le secteur de la santé. *Soins-formation- Pédagogie- Encadrement, 10*.
- Association suisse des Infirmières et infirmiers. (1992). *Principes éthiques pour les soins infirmiers* Bern.
- Barbier, J.M., (1991) *Elaboration de projets d'action et planification*. Paris : PUF.
- Batt, A. & al (1999) Santé ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'éducation nationale. *Santé Publique. 11. N° 4. pp 493-501*.
- Bennett, P. Lowe, R. Matthews V., Dourali, M. & Tattersall, A. Stress in nurses : Coping, managerail support and work demand. *Stress & health : Journal of the international Society for the investigation of stress. 17. 2001. 55-63*.
- Berthelot, J.M. (1996). *Les vertus de l'incertitude. Le travail d'analyse dans les sciences sociales*. Paris : PUF, Collection Sociologie d'aujourd'hui.
- Berton, F., Kaddouri, M. & Olagnier, E. (1992). *L'organisation qualifiante*. Paris : Education Permanente.
- Blythe, J., Baumann, A. & Giovannetti, P. Nurses'experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship. 33. 2001. 61-68*.
- Boey, K.W. Distressed and stress resistant nurses. *Issues in Mental Health Nursing. 20. 1999. 33-54*.
- Boltanski L. ; Thévenot L. (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Boudon, R. (1980). *Que sais-je ? Les méthodes en sociologie*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Boutinet, J.P. (1993) *Anthropologie du projet*. Paris : PUF.
- Boutinet, J.P. (1994) Les multiples facettes du projet. *Sciences Humaines, 39, 17-33*
- Burke,R.J. & Greenglass, E.R. Work family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *Journal of Occupational Helath Psychology. 4. 1999. 327-336*.
- Camilleri, C., Kastarsztein, J., Lipiansky, E.M., Malewska-Peyre, H., Taboada-Leonetti I. & Vasquez, A. (1999). *Stratégies identitaires*. Paris : PUF Psychologie aujourd'hui.
- Charazin, C. (1991). L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ? *Recherche en soins infirmiers. N° 27. pp 18- 55*.
- Cole, M. (1996) *Cultural psychology : A once and future discipline*. Cambridge : Havard University Press.
- Ciadilni, R. (2004) *Influence et Manipulation*. Paris : Fisrt Edition.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris : InterEditions.
- Collière, M.F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris : InterEditions.
- Collière, M.F. et Diébot, E. (1988). *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*.
- Cosnier, J. ; Grosjean, M. ; & Lacoste, M. (1993). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses universitaires.
- Crozier M. ; Friedberg E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Dallaire, C. et Blondeau D., (2002) Le savoir infirmier : une problématique. In Goulet O. et Dallaire C. (dir. par) *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*, (p.279-300). Boucherville : Gaëtan Morin.

- David, M. (1997). *Le bébé, ses parents, leurs soignants*. Paris : Erés. Collection Spirale.
- De Coster, M. (1999). *Sociologie du travail et gestion des ressources humaines*. Paris : De Boeck et Larcier S.A. 3^{ème} édition.
- De Landsheere, G. (1982). *Introduction à la recherche en éducation*. Liège : Editions Georges Thone.
- Deliège, M. (1994) *Introduction à la méthodologie*. Notes de cours université de Fribourg.
- De Singly, F. (1994). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Paris : Nathan.
- Erlanger-Rousseau, F. (2000). Le coaching au service de la santé. *Soins infirmiers*,3, 66-69.
- Francès, R. (1981) *La satisfaction dans le travail et l'emploi*. Paris : PUF le psychologue
- Garapon, A. & Perdriolle, S. (2000). *Quelle autorité ? : Une figure à géométrie variable*. Paris : Editions Autrement, Collection Mutations.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques: Théories et pratique*. Paris : Armand Colin.
- Gobet-Cornec, C (2000). *La place d'un psychologue auprès des soignants dans un service de néonatalogie*. Non publié.
- Goguelin, P. (1994). Comment faire naître un projet. *Sciences Humaines*,39, 17-33
- Grojean P. & Duvernois F. (2000.) *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service : guide pratique et méthodologique*. Paris : Masson
- Grosjean, M. & Lacoste, M. (1999) *Communication et intelligence Collective « Le travail à l'hôpital »*. Paris :PUF
- Goulet, O. et Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives*. Paris : Gaëtan Morin Editeur
- Guy, B., Chantelot, D. & Salle, B.L. (1996). *Néonatalogie*. Paris : Arnette Blackwell.
- Hall, E.T. (1984). *Le langage silencieux*. Paris : Seuil.
- Hall, E.T. (1984). *La dimension cachée*. Paris : Seuil.
- Henderson, V. (1994). *La nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Hesbeen, W. (2002). Les savoirs soignants, entre art et science. *Soins*, 666, 31-52.
- Humpel,N. et Caputi, P. Exploring the relationship between work stress, years of expérience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 8. 2001. 399-403.
- Journiac, C. (2002). Les savoirs soignants : histoire et théorie. *Soins*, 666, 31-52.
- Keil, J.M., Armstrong-Stassen, M. Cameroun, S. & Horsburgh, M.E. Part-time nurses : The effect of work status congruency on job attitudes. *Applied Psychology : An international review*. 49. 2000. 227-236.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. et Major, F. (1994) *La pensée infirmière : conceptions et stratégies*. Québec : Editions Etudes Vivantes.
- Kipman, L. (2002). Le management : évoluer et se former. *Objectifs soins. Le cahier du management*, 105, 1-XVI.
- Künki, G. & Rielle, J.C. (1998). *Manager la santé dans l'entreprise*. Genève : Editions Carrefour Prévention.
- Lamarche-Vadel, G. (1992). *L'humilité : Grandeur de l'infime*. Paris : Editions Autrement, Série Morales.
- L'enfant et l'hôpital : l'hôpital adapté aux besoins de l'enfant et sa famille. Propositions pour établir des normes de qualité.
- Lecomte, J. (1997). La dynamique de groupe. *Sciences Humaines*,73, 38-42.
- Levert, T. Lucas, M. & Ortlepp, K. Burnout in psychiatric nurses : Contributins of the work environnement and a sense of coherence. *South African Journal of Psychology*.30. 2000. 36-43.
- Leyens, J.P. (1979). *Psychologie sociale*. Bruxelles: Mardaga (édition de 1988).

- Louche, Cl. (1994) Individu et organisations : *Textes de base en sciences sociales*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Mace, G. (1997). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche 2 Edition*. Paris : De Boeck et Larcier S.A.
- Marc, E. & Picard, D. (1984). *L'école de Palo Alto*. Paris : Editions Retz.
- Maxwell, J.A. (1999). *La modélisation de la recherche qualitative : une approche interactive*. Fribourg: Editions universitaires de Fribourg.
- Miermont, J. (1993). *Ecologie des liens. Essai*. Paris : ESF éditeur.
- Morin, E.M (1996). *Psychologies au travail*. Paris : Gaëtan Morin éditeur.
- Mucchielli, R. (1970). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale*. Paris : Entreprise moderne d'édition .
- Mucchelli, A. (1994). Soigner l'hôpital. *Sciences Humaines*,44, p 32-35.
- Mucchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Paris : PUF.
- Mucchielli, A. (2002). L'identité. *Que sais-je ?* n° 2288. Paris : PUF
- Muncer, S. ; Taylor, S. ; Green, D.W. ; McManus, I.C. Nurses, representations of the perceived causes of work-related stress : A network drawing approach. *Work & Stress*. 15. 2001. 40-52.
- Nadot, M.(1992) Une médiologie de la santé comme science ? *Recherche en soins infirmiers*.30. Lyon :Mallet Conseil éditeur.
- Nadot, M (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg. Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744- 1944)*. Lyon : Atelier National de reproduction des thèses.
- Nadot, M; Auderset P.-B; Bulliard-Verville D.; Busset F.; Gross J.; Nadot-Ghanem N. (2002 a) Mesure des prestations soignantes dans le système de santé, *Rapport scientifique 5545.1 FHS* Recherche conduite avec le soutien de DORE, initiative conjointe de la commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), Fribourg, HEdS, filière soins infirmiers.
- Nadot, M (2002 b). Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, 13. Paris : Seli Arslan.
- Nadot, M. et al (2003 a). Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. Variations. *Recherche en soins infirmiers*, 73, 116-122. Lyon :Mallet Conseil éditeur.
- Nadot, M.(2003 b) Expert en quoi ? *Journal Dossier*, 1. Bern : CRS.
- Naumanen- Tuomela, P. Occupational health nurses'work and expertise in Finland : Occupational health nurses'perspective. *Public Health Nursing*. 18. 2001. 108-115.
- Noce, T. & Paradowski P. (2001) *Elaborer un projet guide stratégique* Lyon : Chronique sociale.
- Norrish,B. & Rundall,T.G. Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Milbank Quarterly*. 79. 2001. 55-79.
- Nuttin, J. (1985). *Théorie de la motivation humaine*. Paris : Presses Universitaires de France
- Perrenoud, P (1996). *Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe*. Paris : ESF.
- Recherche en soins infirmiers (2002) *Réflexions sur l'intérêt des recherches réalisées dans le cadre des diplômes universitaires*.(N° 71) Lyon : Editions Mallet Conseil- ARSI.
- Recherche en soins infirmiers (2001) *Concepts stress Coping*.(N° Spécial) Lyon : Editions Mallet Conseil- ARSI.
- Rocher, G. (1968). *L'action sociale*. Paris : Collection Points
- Rocher, G. (1968). *L'organisation sociale*. Paris : Collection Points
- Rocher, G. (1968). *Le changement social*. Paris : Collection Points
- Sahel, C. (1991). *La tolérance : Pour un humanisme hérétique*. Paris : Editions Autrement, Série Morales.
- Sainsaulieu, R. (1987). *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*. Paris : Presses de la

fondation nationale des sciences politiques & Dalloz.

Sainsaulieu, R. (1993). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Salomon, G. (1993). *Distributed cognitions. Psychological and educational considerations*. Cambridge. University Press.

Schmitz, N. ; Neumann, W. et Oppermann, R. Stress burnout and locus control in german nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 37. 2000. 95-99.

Tummers, G.R.R., Landeweerd, J.A. van Merode, G.G. Organization, work and work reactions : A study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses' work characteristics and work reactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 16. 2002. 52-58.

Unité de recherche et de développement de l'école La Source (2002). *Les infirmières et infirmiers de suisse romande et la recherche en soins infirmiers*. Cahier de La Source N°2. Le Mont sur Lausanne : Atelier Grand SA éditeur.

Van der Maren, J.M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles : De Boeck Université. Collection pédagogie en développement.

Vega, A. (2002). Les savoirs soignants : histoire et théorie. *Soins*, 666, 31-52.

Vygotski, L. (1985). *Pensée et langage*. Paris : Messidor. Editions sociales.

Walter, F. (1992). *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*. Genève : Zoé.

Wajsbrot, C. (1991). *La fidélité : Un horizon, un échange, une mémoire*. Paris : Editions Autrement, Série Morales.

Wenner (1988). *Comment et pourquoi devient-on infirmière?* Paris : Lamarre.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence: Pour une nouvelle logique*. Paris : Editions Liaisons.