

MÉTHODOLOGIE

S'APPROPRIER LA THÉORIE DU *HUMAN CARING* DE JEAN WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE LORS D'UNE SITUATION CLINIQUE

Chantal CARA, Inf., Ph. D.,

Professeure agrégée, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

Louise O'Reilly, Inf., Ph. D.,

Professeure adjointe École des sciences infirmières, Faculté de Médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, Québec, Canada

RÉSUMÉ

S'approprier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique

Essentiellement basée sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité plutôt que sur l'objectivation, le contrôle et la catégorisation de la personne soignée, l'intervention des professionnels inspirée de l'approche du « *caring* » se fera dans le respect incontesté de la dignité humaine de la personne et de sa famille. Si nous considérons que le *caring* est au cœur des soins infirmiers et qu'il représente son essence, les infirmières devront alors faire un effort conscient afin de préserver cette approche humaniste et relationnelle du soin dans leur pratique clinique (Cara, 2004b; O'Reilly, 2008, Watson, 2002). Pour se faire, les théories du *caring*, comme celle de Jean Watson, s'avèrent indispensables. Inspiré de l'article de formation continue de Cara (2003), cette présente réflexion se veut pragmatique et vise la compréhension des éléments essentiels de la théorie du *Human Caring* de Watson, par le biais d'un exemple de pratique réflexive dans le cadre d'une situation clinique de réadaptation.

Mots clés : *caring*, théorie du *Human Caring* de Watson, dignité humaine, pratique réflexive, réadaptation, processus de soins

ABSTRACT

Embracing Jean Watson's theory of *Human Caring* through a reflective practice within a clinical situation

Essentially based on humanistic values of respect, collaboration, and uniqueness rather than on objectification, control, and categorization of the person cared-for, a professional's practice rooted in caring is aimed at helping individuals and their families, which can only be carried out through respect for human dignity. If we are to consider caring as the core of nursing, nurses will undoubtedly have to make a conscious effort to preserve human caring within their clinical practice (Cara, 2004b; O'Reilly, 2008, Watson, 2002). However, to support this endeavour, caring theories, such as the one proposed by Jean Watson, are essential. Inspired by Cara's (2003) continuing education paper, this reflection paper takes a pragmatic approach to promote the understanding of key elements involved in Watson's caring theory through a process of reflective practice within a rehabilitation clinical situation.

Mots clés : *caring*, Watson's *Human Caring* theory, human dignity, reflective practice, rehabilitation, care process

MÉTHODOLOGIE

S'APPROPRIER LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE JEAN WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE LORS D'UNE SITUATION CLINIQUE

INTRODUCTION

Les médias présentent de plus en plus de situations d'horreurs, où la déshumanisation s'avère souvent à l'origine et dans lesquelles des personnes soignées vivent des conditions parfois tragiques. Dans le contexte actuel des réseaux de la santé, de telles situations nous interpellent et nous interrogent quant à l'urgence d'adhérer à des valeurs humanistes à la base de notre pratique (Cara, 2004a, 2008). En effet, les infirmières doivent trouver des moyens afin de préserver un soin humaniste et relationnel auprès de la clientèle. La théorie du *Human Caring* de Jean Watson peut s'avérer indispensable pour atteindre cet objectif. Cette présente réflexion, qui s'inspire de l'article de formation continue de Cara (2003), se voulant pragmatique, explore les éléments essentiels de la théorie de Watson, par le biais d'un exemple de pratique réflexive dans le cadre d'une situation clinique de réadaptation.

Une pratique inspirée de la théorie du *Human Caring* de Watson, nous permet de renouer avec nos valeurs et nos racines professionnelles profondes; cette théorie représente en somme l'archétype d'un idéal de soin (Cara, 2003). « *Le caring permet aujourd'hui d'affirmer notre identité professionnelle dans un contexte où les valeurs humanistes sont fréquemment et intensément questionnées et bousculées* » (Duquette et Cara, 2000, p. 11). En soutenant quotidiennement ses soins grâce aux valeurs du *Caring*, l'infirmière peut transcender la perception que son travail n'a aucun sens, à une perception davantage gratifiante de sa pratique professionnelle. S'appuyer sur la théorie du *Human Caring* de Watson permet non seulement à l'infirmière de pratiquer l'art du *caring*, de démontrer de la compassion pour soulager la souffrance des patients et de leur famille, de même que de promouvoir leur guérison et leur dignité, mais elle peut aussi contribuer à favoriser son accomplissement professionnel.

CONNAÎTRE JEAN WATSON

La docteure Jean Watson, sommité internationale dans les cercles infirmiers, est née en Virginie-Occidentale et vit maintenant à Boulder, au Colorado (États-Unis) depuis 1962. Elle a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières et psychologie, une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et santé mentale puis, un doctorat en psychologie de l'éducation et *counseling* de l'*University of Colorado*. À l'heure actuelle, elle est professeure émérite à l'École des sciences infirmières de l'*University of Colorado*. Elle détient la Chaire *Murchinson-Scoville* en Science du *Caring* à la même université où elle a fondé le *Center for Human Caring*. Docteure Watson a reçu plusieurs honneurs nationaux et internationaux ainsi que

de nombreux doctorats honorifiques, dont celui décerné en 2003 par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle a publié d'innombrables travaux de réflexion décrivant sa théorie du *Human Caring*, lesquels permettent à plusieurs infirmières dans le monde d'humaniser leurs soins. Par exemple, l'Institut de réadaptation de Montréal fut, en 1992, le premier établissement de santé québécois à implanter cette théorie pour orienter leurs soins infirmiers vers une approche humaniste.

EXPLORER LES ÉLÉMENTS PRINCIPAUX DE LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE WATSON

Les éléments principaux de la théorie du *Human Caring* de Watson sont décrits dans les pages qui suivent et seront ensuite illustrés à l'aide d'un exemple de pratique réflexive (prochaine section). De plus, le lecteur peut consulter les tableaux 1 et 2 (voir annexe) en ce qui concerne les valeurs et postulats théoriques qui sous-tendent sa théorie.

L'occasion de *caring*, le moment de *caring* et le champ phénoménal

Une occasion de *caring* survient au moment [un point défini dans le temps et l'espace] où l'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal uniques dans une transaction d'humain-à-humain (traduction libre, Watson, 2006, p. 300). Mentionnons que, pour la théoricienne, le champ phénoménal correspond au cadre de référence ou à la totalité des expériences de la personne. Ainsi, le champ phénoménal se compose de « *sentiments, sensations physiques, pensées, croyances spirituelles, buts, espérances, considérations environnementales et significations de ses propres perceptions – tous ces éléments sont basés sur le passé de la personne, son moment présent et un avenir tel qu'anticipé* » (traduction libre, Watson, 1988, p. 55-56). Dans cette occasion de *caring*, l'infirmière prend conscience de sa présence authentique et du fait de vivre un moment de *caring* avec la personne soignée (Watson, 1999). Ce moment, où sont partagées les perceptions et les expériences de chacun, offre une opportunité de décider des choix et des actions à prendre (« *how to be in the moment* ») dans la relation (traduction libre, Watson, 2006, p. 300) (voir annexe, Figure 1).

Facteurs caratifs

Développés en 1979 et révisés en 1985 et 1988, Watson considère les facteurs *caratifs* (traduction libre du terme *carative factors*) comme un guide à la pratique du soin.

S'APPROPRIER LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE JEAN WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE LORS D'UNE SITUATION CLINIQUE

En contraste avec l'aspect « curatif » de la médecine traditionnelle, elle utilise le terme « caratif » pour tenter « d'honorer les dimensions humaines du travail infirmier ainsi que la vie intérieure et les expériences subjectives des personnes que nous servons » (Traduction libre, Watson, 1997b, p. 50). Au total, nous retrouvons dix facteurs caratifs (Watson, 1988, p. 75 et Watson, 2005, p. 2, traduits par Cara, 1999):

- 1) Système de valeurs humanistes et altruistes;
- 2) Croyance-espoir;
- 3) Prise de conscience de soi et des autres;
- 4) Relation thérapeutique d'aide et de confiance;
- 5) Expression de sentiments positifs et négatifs;
- 6) Processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes;
- 7) Enseignement-apprentissage transpersonnel;
- 8) Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel;
- 9) Assistance en regard des besoins de la personne;
- 10) Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles.

En 1999, Watson introduit le concept « processus de *caritas clinique* » (traduction libre du terme « *clinical caritas processes* ») de façon à remplacer le terme « facteurs caratifs ». Watson (2001) explique que le terme « *caritas* » provient du grec antique et signifie: chérir et donner une attention particulière. Elle précise que ce terme amène une forme plus profonde de relation (Watson, 2005). Le lecteur pourra y noter une plus grande dimension spirituelle. La section suivante présente les dix processus de *caritas* cliniques (PCC) élaborés par Watson (Traduction libre de Watson, 2001, p. 347):

- 1) Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience *caring*;
- 2) Être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné;
- 3) Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi *ego*, s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion;
- 4) Développement et maintien d'une relation d'aide, de confiance et de *caring* authentique;
- 5) Être présent et offrir du soutien par l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné;
- 6) Utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de *caring*; s'engager dans une pratique de *caring-healing* artistique;
- 7) S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre;
- 8) Créer un environnement *healing* à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés;

- 9) Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de *caring* intentionnelle, administrer les « soins humains essentiels », qui potentialisent l'alignement espritcorpsâme, l'intégralité et l'unité de la personne dans tous les aspects du soin; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement;
- 10) Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée.

Relation de *caring* transpersonnelle

Pour Watson (1999), la relation de *caring* transpersonnelle caractérise un type particulier de connexion entre le soignant et le soigné, laquelle s'appuie sur des valeurs humanistes. Selon elle, le but de cette relation vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de la personne soignée (Watson, 2005). Allant au-delà de l'évaluation objective, ce type de relation décrit comment l'infirmière démontre un intérêt pour la compréhension subjective et profonde de la signification donnée par la personne en regard de son état de santé (Watson, 2006). L'unicité du soignant et de la personne soignée de même que la mutualité s'avèrent donc, expliquent Watson (1988), fondamentales à cette relation. La conscience *caring*, l'ouverture d'esprit et la présence spirituelle de l'infirmière deviennent des éléments essentiels pour établir cette connexion et comprendre la perspective (champ phénoménal) de la personne soignée. Selon Watson (2001, 2006), le soignant et la personne soignée s'unissent dans la recherche mutuelle de signification afin de transcender la souffrance et d'accéder à une plus grande harmonie. Ainsi, le terme « *transpersonnel* » dépasse l'ego du soignant et du soigné de même que le « *ici et maintenant* », permettant d'atteindre une connexion plus profonde, c'est-à-dire spirituelle, qui vise le réconfort, la guérison et l'émancipation de la personne soignée (Watson, 2006) (voir annexe, Figure 2).

S'APPROPRIER LA THÉORIE DE WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

L'objectif de cette section vise une meilleure compréhension des concepts définis précédemment par le biais d'une pratique réflexive associée à une situation clinique.

Pour Boykin (1998), la réflexivité contribue à une pratique empreinte de *caring*. Puisque la profession infirmière s'apprend par l'action et la réflexion sur l'action, il s'avère justifié de s'attarder quelques instants aux éléments clés d'une telle pratique. Selon Schön (1983),



la pratique réflexive inclut le savoir-dans-l'action (*knowing-in-action*), la réflexion-dans-l'action (*Reflecting-in-action*) et la réflexion-dans-la-pratique (*Reflecting-in-practice*). Par exemple, le **savoir-dans-l'action** correspond à l'immersion dans l'expérience de soin vécue qui s'appuie sur l'intuition (savoir tacite). La **réflexion-dans-l'action**, quant à elle, vise l'ouverture à une réflexion sur ce qui se passe dans la situation clinique présente. Enfin, la **réflexion-dans-la-pratique** débute une fois l'action terminée, ce qui permet d'identifier les savoirs mobilisables pour reconnaître le changement global souhaité pour la pratique future (Boykin, 1998).

Afin d'illustrer la pratique réflexive, les réflexions de l'infirmière et les numéros des processus de *caritas* cliniques (PCC) appropriés apparaissent, entre parenthèses, dans le texte. De plus, le lecteur peut aussi se référer au tableau 3 pour l'exemple d'un processus de soins utilisant la théorie de Watson (adapté de Cara, 1999, 2003; Cara & Gagnon, 2000).

Situation clinique de réadaptation: l'histoire de Madame Levert (nom fictif)

C'est le 6 juillet, je suis assignée au chevet de Madame Levert, une jeune femme de 25 ans, nouvellement mariée, qui nous est transférée pour une tétraplégie complète suite à une lésion médullaire au niveau C4, causée par un accident de plongeon, survenu en juin dernier.

*Je l'accueille au moment où elle est admise en fauteuil roulant sur notre unité de réadaptation. Alors que nous échangeons un regard, elle me répond par un faible sourire [moment de *caring*]. Je lui demande comment elle va. Son faible sourire m'indique bien qu'elle est déprimée, probablement en raison de sa situation. Cependant, je ne peux pas faire cette supposition sans échanger avec elle au sujet de ses perceptions et sentiments se rapportant à son expérience vécue (PCC#3, PCC#5, PCC#10). Je l'aide à s'installer dans sa chambre afin qu'elle puisse se sentir à l'aise (PCC#8). J'en profite également pour lui demander de me parler d'elle, de ses sentiments et de ses priorités quant à la planification de ses soins de réadaptation (PCC#5, PCC#10). Elle m'explique qu'elle veut retourner à la maison le plus rapidement possible avec son mari, et ce, avec un niveau d'autonomie optimal. Par conséquent, nous devons tout organiser en fonction de cette priorité. [Bien que d'après certaines personnes un soin empreint de *caring* prenne « trop de temps », l'expérience m'a démontré que de se concentrer sur les priorités du patient l'aidera à participer plus activement à son processus de guérison et de réadaptation, et se faisant, gagner du temps].*

Alors que j'exécute un cathétérisme vésical (PCC#9), elle me dit « Regarde-moi, je ne peux même plus me débrouiller toute seule! Je ressemble à « un morceau de viande » dans ce lit! Ma vie n'a plus de sens. » Son

*commentaire me touche et je lui demande de clarifier (PCC#5). Elle me dit « les gens me respectaient avant, mais depuis l'accident j'ai bien peur que l'on ne me respectera plus ». [Ma patiente me fait comprendre l'importance des valeurs de *caring* de Watson, basées sur le respect et la préservation de la dignité humaine. Quoiqu'en entendant l'impact de la réaction des gens, je réalise plus que jamais, l'interrelation entre Madame Levert et son environnement] (PCC#8, PCC#10). Elle poursuit « si seulement vous m'aviez connue avant l'accident, j'étais tellement sportive. Sans mon autonomie, je ne suis plus la même femme ». Je lui demande comment la perte de son autonomie l'a changée (PCC#5, PCC#9, PCC#10). Elle dit qu'elle n'aura plus de reconnaissance et d'utilité sociale puisqu'elle va dépendre entièrement de son conjoint. [Je trouve difficile d'imaginer que les gens peuvent manquer de respect à une personne humaine parce qu'elle est différente! Je crois qu'il faut voir au-delà du corps et discerner l'esprit et l'âme, tel que Watson le suggère.] Suite au cathétérisme vésical, je sens qu'elle veut être seule, je lui dis que je reviendrai dans quelques minutes et je ferme doucement la porte de sa chambre pour lui procurer un peu d'intimité (PCC#8). Elle dit avoir confiance que je reviendrai, que je me soucie d'elle et que je suis prête à l'accompagner à travers cette épreuve (PCC#4). Elle me remercie pour mon aide (PCC#4). [Ceci est un exemple de ce que veut dire Watson en parlant de la mutualité dans la relation de *caring* transpersonnelle].*

*En quittant la pièce, je réalise que j'aime bien cette patiente (PCC#1). Nous semblons déjà avoir une affinité réciproque (PCC#4) [moment de *caring*]. Elle a partagé avec moi une partie de son histoire de vie [champ phénoménal], ce qui m'a permis de commencer à mieux la connaître comme personne et non seulement comme un « cas » de tétraplégie sur notre unité. Ma réflexion m'amène aussi à reconnaître mon impuissance parce que je ne sais pas quoi dire ou quoi faire pour elle. [Watson (2000) nous rappelle qu'être *caring* c'est aussi être vulnérable. Sans cette vulnérabilité, nous devenons mécaniques et détachés dans nos vies, notre travail et nos rapports humains]. En partenariat, avec elle et sa famille, je souhaite cibler des interventions qui vont l'aider à retrouver un certain niveau d'harmonie (espritcorp-sâme) dans sa vie (PCC#9). Promouvoir l'espoir chez des patients alors que leur situation est justement plutôt sans espoir peut-être assez accablant (PCC#2). Mais, puisque je crois que donner l'espoir est essentiel pour son harmonie, je devrai faire preuve de créativité (PCC#2, PCC#6). [Selon Watson, la créativité de l'infirmière contribue à faire, des soins infirmiers, un art]. [De toute évidence, mon objectif le plus important est d'établir une relation de *caring* transpersonnelle qui, comme Watson l'énonce, protège, améliore et préserve la dignité humaine, l'intégrité et l'harmonie de ma patiente. Être *caring* envers elle s'avère important pour moi, c'est ce qui me permet de travailler avec passion et de donner*

S'APPROPRIER LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE JEAN WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE LORS D'UNE SITUATION CLINIQUE

un sens à mon travail! Le *caring* est pour moi l'essence même des soins infirmiers!]
C.C., Inf.

Voir Madame Levert comme une personne en interrelation avec son environnement

Watson (1979, 1988) définit la personne comme un être-dans-le-monde unique (unicité) ayant trois sphères: l'esprit (*mind*), le corps (*body*) et l'âme (*spirit*). De plus, de par sa vision unitaire, elle reconnaît l'indissociabilité de l'*espritcorpsâme* de la personne. Pour Watson (1988, 2006), le *respect* de la liberté de la personne soignée quant à ses choix et décisions s'avère incontournable.

Les questions suivantes ont permis à Madame Levert de partager son histoire de vie: Parlez-moi de vous? de vos expériences de vie? de vos croyances spirituelles et culturelles? Quels sont vos buts et priorités dans la vie? De telles questions aident généralement l'infirmière à entrer dans le champ phénoménal de la personne.

Ainsi, durant ma collecte des données, je ne m'intéresse pas seulement aux données relatives aux dimensions biophysiques (son corps), mais aussi à son esprit (aux perceptions, aux émotions, à l'intelligence et aux souvenirs de Madame Levert) et son âme (les valeurs, les croyances et la spiritualité de ma patiente). Contrairement à d'autres théoriciennes en sciences infirmières, Watson croit que la spiritualité tient une place fondamentale dans notre profession. En fait, elle soutient que les soins de l'âme demeurent l'aspect le plus puissant de l'art du *caring* (Watson, 1997a).

À la lumière de la théorie de Watson, Madame Levert est un être-dans-le-monde, ce qui implique que je ne peux pas faire abstraction de son contexte ou de son environnement (famille, culture, communauté, société, etc). En fait, l'utilisation d'une telle définition accentue l'interrelation simultanée, mutuelle et continue entre la personne et son environnement (Watson, 1988, 1999). Donc, pendant ma collecte de données, je recueille des renseignements sur sa famille, ses amis, les ressources dans sa communauté, etc. De plus, pour Watson (1999), l'environnement de la personne constitue un espace de guérison. Je devrai donc reconnaître l'importance de la chambre de Madame Levert en tant que lieu apaisant et sacré, et lieu de guérison.

Voir la santé de Madame Levert comme un état d'harmonie

Pour Watson (1979, 1988, 2006), la santé correspond à beaucoup plus qu'une simple absence de maladie. Dans ses écrits antérieurs, elle définit la santé comme une *expérience subjective*, à travers laquelle l'infirmière

accompagne la personne à trouver une signification à sa situation. La santé, explique Watson (1988), réfère également à l'*harmonie* ou l'équilibre de l'*espritcorpsâme* chez la personne et est aussi liée au niveau de la *cohérence* entre le *soi perçu* (par exemple, Madame Levert perçoit qu'elle a gagné un peu d'autonomie depuis le début de sa réadaptation), par rapport à un *idéal* (par exemple, Madame Levert désire un congé de fin de semaine à domicile), et le *soi vécu* (par exemple, la famille de Madame Levert constate que son autonomie s'améliore). Enfin, selon Watson (1988), plus une personne atteint une telle cohérence, plus grande sera son harmonie *espritcorpsâme* et meilleure sera sa santé.

J'ai posé à Madame Levert les questions suivantes pour m'aider à évaluer ses perceptions sur sa santé: Parlez-moi de votre santé? Comment vivez-vous votre situation? Quelles sont vos perceptions de la situation? Quelles sont vos priorités en ce qui concerne votre santé? Quelle signification donnez-vous à cette situation?

Voir le soin de Madame Levert comme une relation de *caring* transpersonnelle

Ma relation de *caring* transpersonnelle, développée avec Madame Levert, me permet de l'assister dans l'atteinte d'une harmonie *espritcorpsâme* afin de promouvoir son estime de soi et sa guérison. Pour y parvenir, Watson (2001, 2006) suggère d'accompagner la personne à trouver une signification à son existence, à sa dysharmonie et sa souffrance en utilisant comme guide les dix facteurs *caratifs* ou processus de *caritas* clinique (voir situation clinique ci-haut).

Dans un souci d'améliorer ma relation avec ma patiente, ma réflexion m'amène à me poser les questions suivantes: Que signifie ma relation avec Madame Levert et sa famille? Comment, en partenariat avec l'équipe interdisciplinaire, puis-je exprimer mon engagement envers ma patiente et sa famille? Comment puis-je apporter soulagement et réconfort à Madame Levert et sa famille dans leurs souffrances? Comment puis-je être guidée par les facteurs *caratifs* ou processus de *caritas* clinique dans mes interventions auprès de ma patiente et sa famille?

Ces questions peuvent aider l'infirmière à sa pratique réflexive et ainsi, contribuer à enrichir le sens de sa pratique professionnelle et favoriser l'atteinte de son idéal moral. La notion d'idéal moral, pour Watson (1988, 2006), invite l'infirmière à préserver, notamment, la dignité humaine. À première vue, le lecteur peut croire que cet « *idéal moral* » est particulièrement intangible et inaccessible (Cara, 2003). Cependant, en aspirant à devenir la « *meilleure* » infirmière possible, on tend à s'évaluer à la lumière d'un tel idéal, lequel est différent pour chaque infirmière. Bien qu'une infirmière

puisse éprouver une certaine frustration lorsqu'elle ne rejoint pas cet idéal moral, le rapprochement vers ce dernier, sera favorisé par une pratique réflexive. Par exemple, ma réflexion en lien avec l'impuissance ressentie face à la situation de Madame Levert, m'aide à tendre vers mon idéal moral comme infirmière.

CONCLUSION

Dans cette réflexion, nous avons d'abord exploré les principaux éléments des travaux de Watson que nous avons ensuite illustrés, grâce à un exemple de pratique réflexive associée à une situation clinique de réadaptation. Ainsi, cet article pragmatique offre des pistes de réflexion pour aider les infirmières à s'approprier la théorie du *Human Caring* de Watson dans le but d'enrichir leur pratique humaniste auprès des personnes soignées et de leurs familles.

RÉFÉRENCES

Boykin, A. (1998). Nursing as caring through the reflective lens. Dans C. Johns & D. Freshwater (Éds), *Transforming nursing through reflective practice* (pp. 45-50). Malden, MA: Blackwell Science, Inc.

Cara, C. (1999). La philosophie et théorie du caring pour l'avancement de la discipline infirmière (Conférence de fermeture). *XVI Jornades Catalanes d'infermeria Intensiva*, Barcelone, Espagne.

Cara, C. (2003). A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. *International Journal of Human Caring*, 7(3), 51-61.

Cara, C. (2004a). Le caring lorsque la pensée assiste nos geste. Conférence d'ouverture. *Congrès interdisciplinaire de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatologie*, St-Hyacinthe, Québec, Canada.

Cara, C. (2004b). Le caring en 2004: Le vivre dans sa pratique au quotidien. Conférence d'ouverture. *26e colloque de l'International Association for Human Caring*, Montréal, Québec, Canada.

Cara, C. (2006). La théorie du caring de Watson. *Conférence donnée dans le cadre du cours*

SOI3001 – Écoles de la pensée infirmière. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

Cara, C. (2008). Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion. *Cahier du 12^e colloque de l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec* (pp. 6-23), Montréal, Québec: Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec.

Cara, C., & Gagnon, L. (2000). Une approche basée sur le caring: Un nouveau regard sur la réadaptation. *Recueil d'abrévés du 4^{ème} colloque Alice-Girard* (p. 12). Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Duquette, A., & Cara, C. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *L'infirmière Canadienne*, 1(2), 10-11.

O'Reilly, L. (2008). Honorer la rencontre humaine: fondement relationnel du caring. *Acte du colloque: Le caring, pour une transformation humaniste des pratiques de soins, organisé dans le cadre du congrès de l'Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS)* (p. 5-16). INRS, Québec, Canada.

Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. United States: Basic Books.

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

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* [2nd printing]. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1997a). Artistry of caring: Heart and soul of nursing. In D. Marks-Maran & P. Rose (Éds.), *Nursing: Beyond Art and Sciences* (pp. 54-62). Boulder, CO: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (1997b). The theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52.

Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. Toronto: Churchill Livingstone.

Watson, J. (2000). Via negativa: Considering caring by way of non-caring. *The Australian Journal of Holistic Nursing*, 7(1), 4-8.

S'APPROPRIER LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE JEAN WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE LORS D'UNE SITUATION CLINIQUE

Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of human caring. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: Davis.

Watson, J. (2002). Guest Editorial: Nursing: Seeking its source and survival. *ICUs and Nursing Web Journal Issue, 9th*(Spring), 1-7. www.nursing.gr/J.W.editorial.pdf

Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis.

Watson, J. (2006). Part 1. Jean Watson theory of human caring. Dans M. E. Parker (Éd.), *Nursing theories & nursing practice* (2^e éd.) (pp. 295-302). Philadelphia: F.A. Davis.

- 3) La conscience est énergie; la conscience *caring-healing* est fondamentale pour le praticien *caring-healing*;
- 4) Le *caring* potentialise la guérison, l'intégralité (*wholeness*);
- 5) Les modalités de *caring-healing* (l'archétype féminin sacré des soins infirmiers) ont été exclues des systèmes de santé et des soins infirmiers; leur développement et leur réintroduction sont essentiels pour les modèles postmodernes, transpersonnels, de *caring-healing* et la transformation;
- 6) Les processus et relations de *caring-healing* sont considérés sacrés;
- 7) La conscience unitaire comme vision du monde (*worldview*) et cosmologie, c'est-à-dire réaliser l'intrication (*connectedness*) de tout;
- 8) *Caring* comme impératif moral à la survie de l'humanité et de la planète;
- 9) *Caring* comme agenda mondial autant pour les soins infirmiers que pour la société

ANNEXES

Tableau 1
Valeurs de Watson (1988)

Tiré de Cara (1999, traduction libre de Watson, 1988, p.34-35)

- 1) Respect pour les mystères de la vie.
- 2) Reconnaissance de la croissance et des capacités de changement de la personne.
- 3) Reconnaissance de l'autonomie et de la liberté de la personne.
- 4) Reconnaissance de la dimension spirituelle et du monde subjectif.
- 5) Accompagnement de la personne à comprendre, contrôler et s'auto-guérir (*self-healing*).
- 6) Infirmière comme co-participante au processus humain de *caring*.
- 7) Relation infirmière-personne est fondamentale.

Tableau 2
Valeurs de Watson (1999)

Tiré de Cara (2006, traduction libre de Watson, 1999, p.129)

- 1) C'est une vision élargie de la personne et de la signification d'être humain, c'est-à-dire entièrement incarné, mais plus que le corps charnel; une âme incarnée; une conscience (*consciousness*) transpersonnelle, transcendante et évolutive; l'unité de l'esprit-corps-âme; la personne, la nature, l'univers ne font qu'un, tous interreliés;
- 2) Reconnaissance du champ d'énergie personne-environnement – champ d'énergie de vie et champ universel de conscience; esprit universel;

Tableau 3
Postulats de Watson (1999)

Tiré de Cara (2006, traduction libre de Watson, 1999, p. 102-103)

- 1) Le *caring* est basé sur une ontologie et une éthique de relation et connexion, ainsi que de la relation et conscience (*consciousness*).
- 2) La conscience *caring* dans la relation devient fondamentale.
- 3) Le *caring* est démontré et pratiqué de façon interpersonnelle et transpersonnelle.
- 4) Le *caring* consiste en une conscience, des valeurs et des intentions basées sur la charité « *caritas* ». Le *caring* est guidé par des facteurs *caratifs*.
- 5) Une relation de *caring* et un environnement *caring* s'occupent du soin spirituel (*soul care*): la croissance spirituelle de la soignante et de la personne soignée.
- 6) Une relation de *caring* et un environnement *caring* préservent la dignité, l'intégralité (*wholeness*) et l'intégrité humaine; ils offrent une présence et un choix authentique.
- 7) Le *caring* promeut les processus et possibilités de croissance, de connaissance de soi, de contrôle et d'auto-guérison.
- 8) Le *caring* accepte et procure un espace sécuritaire (un espace sacré) pour que les gens puissent rechercher leur propre intégralité d'être et devenir, non seulement dans le moment présent, mais aussi dans le futur, évoluant vers l'intégralité, une complexité et une connexion plus grande avec son soi profond, son âme et un soi supérieur (*higher self*).
- 9) Chaque acte de *caring* cherche à procurer une conscience intentionnelle de *caring*. Cette conscience énergétique et focalisée de *caring* et cette présence authentique ont le potentiel de transformer le champ

- de *caring*, et ainsi de potentialiser la guérison et l'intégralité.
- 10) Le *caring*, comme ontologie et conscience, fait appel à une authenticité ontologique, de même qu'à des compétences ontologiques et habiletés ontologiques avancées. Celles-ci, en retour, peuvent être traduites par des modalités *caring-healing* professionnelles basées sur une ontologie.
- 11) Pour faire avancer la pratique du *caring-healing* transpersonnel, une épistémologie en développement, de même qu'un modèle transformatif de science et d'art sont requis. Cette pratique intègre tous les modes de connaissance. L'art et la science d'un modèle post-moderne de *caring-healing* transpersonnel sont complémentaires à la science médicale curative (*curing*) et aux pratiques infirmières et médicales modernes.

Tableau 4
Processus de soins *caring* de Madame Levert.

Signification de l'expérience de santé de la personne	Priorités et choix des soins de santé de la personne	Processus de Caritas clinique
<p>Mme Levert se perçoit comme une femme différente depuis sa perte d'autonomie (dysharmonie). D'après Mme Levert, sa vie n'a plus de sens.</p>	<p>Mme Levert voudrait retrouver un niveau d'autonomie optimal.</p> <p>Mme Levert voudrait un congé de fin de semaine avec son mari.</p> <p>Mme Levert voudrait trouver une signification à sa tétraplégie.</p>	<p>Développer et maintenir une relation thérapeutique d'aide et de confiance avec Mme Levert et sa famille (PCC#4)</p> <p>Faciliter, chez Mme Levert et sa famille, l'expression de sentiments positifs et négatifs en ce qui concerne la tétraplégie et sa réadaptation (PCC#5)</p> <p>Créer un environnement de guérison à tous les niveaux (aussi bien physique que non physique) qui favorisent la guérison, le confort et la dignité humaine de Mme Levert (PCC#8)</p> <p>Être authentiquement présente, faciliter et maintenir le système de croyances profondes de Mme Levert et sa famille (par exemple, les aider à croire en leurs forces et potentiel en lien avec l'évolution de la réadaptation) (PCC#2)</p> <p>S'engager, avec Mme Levert et sa famille, dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique afin de répondre à leurs besoins de réadaptation, tout en respectant leurs rythmes (PCC#7)</p> <p>Assister, en partenariat avec Mme Levert et sa famille, à répondre à ses besoins de base (élimination, réalisation, actualisation de soi, etc.) afin de tendre vers une autonomie optimale et l'harmonie espritcorpsâme (PCC#9)</p> <p>S'ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles et existentielles (par exemple, les valeurs et croyances concernant la perte d'autonomie et la tétraplégie) pour aider Mme Levert à trouver une signification à sa situation (PCC#10)</p>
	Validation	
	<p>Est-ce que Mme Levert se perçoit plus autonome ?</p> <p>Est-ce que Mme Levert se perçoit suffisamment autonome pour avoir un congé de fin de semaine avec son mari ?</p> <p>Est-ce que Mme Levert se perçoit en harmonie ?</p> <p>Est-ce que Mme Levert a trouvé une signification à sa tétraplégie? un sens à sa vie ?</p>	

S'APPROPRIER LA THÉORIE DU HUMAN CARING DE JEAN WATSON PAR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE LORS D'UNE SITUATION CLINIQUE

Figure 1
L'occasion réelle de *caring* (Inspiré de Cara, 2006)

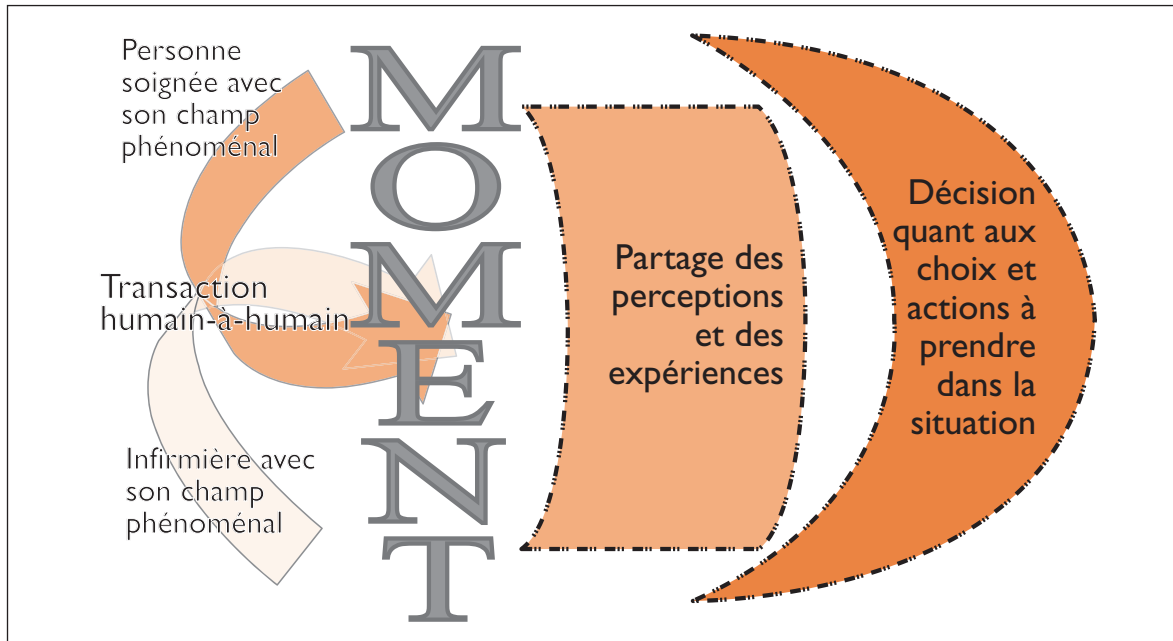


Figure 2
La relation de *caring* (Tiré de Cara, 2006)

