



Chaire **Desjardins**  
en développement  
des petites collectivités

Université du Québec  
en Abitibi-Témiscamingue

**L'infirmière en milieu rural  
et les stratégies d'empowerment**

*Rapport de recherche*

Par  
Ginette Rondeau  
Louise Poirier Magassouba  
Céline Lévesque



**L'INFIRMIÈRE EN MILIEU RURAL  
ET LES STRATÉGIES D'EMPOWERMENT**

**RAPPORT DE RECHERCHE**

**GINETTE RONDEAU  
LOUISE POIRIER MAGASSOUBA  
CÉLINE LEVESQUE**

**CHAIRE DESJARDINS EN DÉVELOPPEMENT DES PETITES COLLECTIVITÉS  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

**MARS 2002**

**Éditeur :**

La Chaire Desjardins en développement des petites collectivités  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
445, boulevard de l'Université  
Case postale 700  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

**Dépôt légal**

Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
**Janvier 2002**

**ISBN 2-920849-67-0**

Toute reproduction, totale ou partielle, par quelque moyen que ce soit, est interdite, à moins d'une autorisation expresse de l'éditeur.

Le contenu de cette publication n'engage que ses auteures.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>PREMIER CHAPITRE : PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>8</b>
1.1 Pourquoi une recherche sur les soins infirmiers en milieu rural? .....	8
1.2 Travailler dans une perspective de prise en charge.....	8
1.3 Hypothèse de recherche .....	9
1.4 Buts de la recherche .....	10
1.5 Questions de recherche .....	10
1.6 Justification de la recherche.....	10
<b>DEUXIÈME CHAPITRE : CADRE DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>12</b>
2.1. Le milieu rural et ses caractéristiques aux États-Unis et au Québec.....	12
2.2. Les soins infirmiers en milieu rural aux états-unis et au québec .....	14
2.3. L'infirmière et les fonctions de promotion, prévention, traitement et réadaptation.....	16
2.4 L'empowerment et les soins infirmiers.....	19
• L'empowerment individuel.....	20
• L'empowerment de la communauté.....	21
<b>TROISIÈME CHAPITRE : MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>23</b>
3.1 L'approche méthodologique qualitative .....	23
3.2 L'échantillon .....	23
3.3 Méthode de collecte des données.....	23
3.4 L'instrument de collecte des données .....	24
<b>QUATRIÈME CHAPITRE : ORGANISATION ET ANALYSE DES DONNÉES .....</b>	<b>26</b>
4.1 Organisation des données.....	26
4.2 Analyse des données .....	27
4.3 Quelles sont les stratégies d'empowerment utilisées par les infirmières auprès de l'individu, de la famille, des groupes et de la communauté? .....	28
4.4 Stratégies utilisées auprès des individus et des familles .....	28
4.5 Stratégies utilisées auprès des groupes et des communautés .....	34
4.6 Quel est le lien entre les stratégies utilisées et la prestation de soins en milieu rural .....	44
<b>CINQUIÈME CHAPITRE : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>46</b>
5.1 Les résultats de la recherche .....	46
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>52</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS SELON LES ZONES .....	13
Tableau 2	STRATÉGIES UTILISÉES PAR CHACUNE DES INFIRMIÈRES AUPRÈS DE L'INDIVIDU FAMILLE.....	46
Tableau 3	STRATÉGIES UTILISÉES PAR CHACUNE DES INFIRMIÈRES AUPRÈS DES GROUPES ET DE LA COMMUNAUTÉ.....	49
Tableau 4	INDICATEURS DE LA PRESTATION DE SOIN SELON CHACUNE DES INFIRMIÈRES INTERVIEWÉES .....	51



## REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier les personnes et l'organisme qui ont rendu possible la réalisation de cette recherche.

Nous voulons souligner plus particulièrement la précieuse collaboration des infirmières qui ont accepté de partager avec nous leur expérience et sans qui nous n'aurions pu obtenir la matière première de cette étude.

Nous remercions chaleureusement Madame Diane Champagne et Monsieur Patrice Leblanc professeurs au département des sciences sociales et de la santé pour leurs conseils judicieux en regard du projet de recherche ainsi que Madame Murielle Bolduc-Bourdouxhe qui a relu le document avant sa version finale.

Merci à Mme Aline Gervais qui a procédé à la transcription intégrale de toutes les entrevues réalisées ainsi qu'à Mme Danielle Champagne qui a effectué la mise en forme du rapport final.

Enfin, soulignons la contribution financière de la Chaire Desjardins qui a permis la réalisation de cette étude reliée au développement des communautés du milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda.





## INTRODUCTION

Dans le cadre de la semaine de la ruralité tenue à l'UQAT en août 1997, un mini-forum fut organisé à propos des soins infirmiers en milieu rural en Abitibi-Témiscamingue. Celui-ci visait à clarifier cette interrogation : Comment pratique-t-on les soins infirmiers dans les petites localités où existent des points de services, des Centres Locaux de Services Communautaires ou des Centres de santé? Suite à cette activité, nous avons voulu vérifier auprès des infirmières qui interviennent dans ces communautés si la prestation de soins en vigueur favorisait l'utilisation de stratégies d'empowerment.

Ce rapport fait état d'une recherche qualitative entreprise au cours de l'été 1998, auprès des infirmières en milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda. Il faut souligner dès le départ les limites de cette étude effectuée auprès d'une population restreinte et dans un secteur géographique bien défini. De plus, seules les infirmières ont été interrogées; la vérification des effets de l'utilisation des stratégies d'empowerment auprès des clientèles desservies par ces infirmières n'a pas été faite. Les résultats présentés comportent donc une dimension subjective reliée à la méthodologie utilisée pour recueillir et interpréter les données.

Ce rapport comporte cinq chapitres. Le premier chapitre fera état de la problématique à l'origine de cette étude, de l'hypothèse, des buts et des questions auxquelles les auteures ont tenté de répondre ainsi que de la justification de cette recherche.

Le chapitre deux précise le cadre de référence utilisé et porte sur les concepts suivants : les caractéristiques du milieu rural, l'offre des soins infirmiers en milieu rural, les différentes fonctions de l'infirmière, l'approche milieu ainsi que la définition de l'empowerment en lien avec les soins infirmiers.

Le chapitre trois présente les aspects méthodologiques : le type d'étude réalisée, l'échantillon, la méthode de collecte des données ainsi que la grille d'entrevue qui a été conçue pour recueillir les données.

Le chapitre quatre présente les modalités d'organisation et d'analyse des données en lien avec les questions de recherche ainsi que les extraits pertinents concernant les stratégies utilisées par les

infirmières auprès des individus et des familles, des groupes et de la communauté et les liens qu'elles font entre les stratégies qu'elles utilisent et les modalités de prestation de soins en milieu rural.

Le chapitre cinq fait état des résultats de la recherche et de la discussion de ceux-ci.

Enfin, la dernière partie présente les principales conclusions et recommandations qui découlent de cette recherche.

## PREMIER CHAPITRE : PROBLÉMATIQUE

### 1.1 POURQUOI UNE RECHERCHE SUR LES SOINS INFIRMIERS EN MILIEU RURAL?

La création de la Chaire Desjardins en développement des petites collectivités en 1993 suscite, chez les professeures en sciences infirmières de l'UQAT, le désir d'associer le travail des infirmières au développement des petites collectivités. En amorçant la recherche documentaire sur la pratique infirmière dans ces milieux, nous constatons qu'il existe aux États-Unis une spécialité en soins infirmiers appelée le «rural nursing» qui correspond en grande partie à ce que nous tentons de relier soit, les soins infirmiers et les petites collectivités. Aux États-Unis, ce nursing fait l'objet d'un champ d'études spécifiques et d'une spécialisation (Bushy1994). Les infirmières qui pratiquent en milieu rural doivent être généralistes, orientées vers la famille, en relation étroite avec la communauté, très autonomes dans leur pratique et elles doivent aussi manifester de la cohésion avec l'équipe multidisciplinaire (Bigbee,1993).

Dans le cadre de la semaine de la ruralité tenue à l'UQAT en août 1997, nous organisons un mini forum sur les soins infirmiers en milieu rural en Abitibi-Témiscamingue. Notre principale interrogation se lit comme suit : *Comment pratique-t-on les soins infirmiers dans les petites localités où existent des points de services ?* Ceux-ci sont situés dans les zones intermédiaires et périphériques de l'Abitibi-Témiscamingue, zones représentant en majorité la population rurale de l'Abitibi-Témiscamingue. (Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'A.-T.1994). Le mini-forum nous a permis de constater que la façon dont les infirmières offrent leurs services aux populations en milieu rural est variable et diffère d'un CLSC à l'autre dans la région (Actes du colloque 1999). Une autre préoccupation est le fait que, dans la région, les gens se rappellent avec nostalgie l'époque des infirmières de colonie, ces femmes présentes dans la communauté vingt-quatre heures par jour. Pourquoi cette nostalgie se demande t-on ? Aucune réponse n'est apportée avec le mini-forum et la réflexion reste entière.

### 1.2 TRAVAILLER DANS UNE PERSPECTIVE DE PRISE EN CHARGE

Notre intention première, suite à cette rencontre, est d'explorer la pratique infirmière dans une MRC de la région. Notre choix se porte sur la MRC de Rouyn-Noranda pour une raison que nous jugeons

très importante: les infirmières de ces points de service sont présentes et responsables de leurs communautés cinq jours semaine durant leur quart de travail et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours durant pour les soins palliatifs. Cette prestation de soins n'a pas d'étiquette ; elle est plutôt un mélange de «soin intégral» et de «soin global». Le soin intégral pourrait se résumer en une phrase «mon patient, mon infirmière». Cette modalité de soins est utilisée principalement dans les centres hospitaliers. L'infirmière est alors responsable, de façon autonome et sans encadrement, des soins prodigués à un groupe de clients, 24 heures sur 24 et cela, 7 jours par semaine, de leur arrivée à leur départ. Dans le soin global, l'infirmière assume les mêmes responsabilités que dans le soin intégral, mais pour son quart de travail seulement (DeBeaumont, L. 1996). Selon l'auteur, ces deux types d'organisation du travail favorisent l'autonomie et le sentiment de compétence de l'infirmière. Ils favorisent aussi, à notre avis, l'intégration de l'infirmière à la communauté et créent des conditions favorables à l'utilisation de stratégies d'empowerment.

C'est autour des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les deux grandes fonctions de l'infirmière en santé publique, que nous identifierons les différentes stratégies utilisées par l'intervenante pour amener les gens et la communauté à se prendre en main.

La santé et le bien-être se sont beaucoup améliorés au cours des vingt-cinq dernières années. Cependant il faut, pour continuer cette progression, aller au-delà des modifications des habitudes de vie, aller au-delà des changements de comportements. Il faut travailler avec l'environnement social, culturel et économique dans une perspective de «prise en charge». Et c'est ici que l'empowerment prend toute son importance dans les activités de l'infirmière.

### **1.3 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE**

Le fait que les infirmières en milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda soient présentes et responsables de leur communauté cinq jours semaine et qu'elles assument les soins palliatifs vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours semaine, crée une situation propice à l'utilisation de stratégies d'empowerment.

#### **1.4 BUTS DE LA RECHERCHE**

- a) Connaître les stratégies d'empowerment que les infirmières utilisent auprès des individus, des groupes et de la communauté dans le milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda.
- b) Connaître le lien qui existe entre l'utilisation des stratégies d'empowerment et la prestation de soins en vigueur dans ces points de service du CLSC le Partage des eaux.

#### **1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE**

- a) Est-ce que la prestation de soins en vigueur dans le milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda favorise l'utilisation de stratégies d'empowerment par les infirmières?
- b) Quelles sont les stratégies d'empowerment utilisées par les infirmières auprès de l'individu, de la famille, des groupes et de la communauté?

#### **1.6 JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE**

Au Québec, à notre connaissance, il n'y a pas de recherche spécifique au niveau des soins infirmiers en milieu rural. Cette recherche est donc un premier pas. Elle permettra aux infirmières de la MRC de Rouyn-Noranda de constater dans quelle mesure elles sont orientées vers le partenariat et la prise en charge et quelles sont leurs difficultés à créer des situations d'empowerment. La diffusion des résultats permettra aux infirmières des autres MRC de l'Abitibi-Témiscamingue de comparer leur pratique avec celles de leurs consœurs de Rouyn-Noranda, de susciter des échanges sur l'utilisation de stratégies d'empowerment et la mise en place des conditions favorables. La région ne pourra que bénéficier de ce partage de connaissances et d'expériences.

Nous croyons aussi que cette recherche sera d'une très grande utilité pour les professeures des sciences infirmières de l'UQAT. Tout d'abord, elle nous permettra d'être branchées sur le milieu, d'être connectées de façon précise à la réalité de ces infirmières et à leur pratique. Aussi, elle nous donnera la possibilité d'ajuster ou d'orienter notre enseignement dans le sens de ces résultats tant au

niveau théorique que dans la pratique des stages; nous pourrons ainsi offrir aux étudiantes infirmières des enseignements mieux arrimés à la réalité de la pratique infirmière en Abitibi-Témiscamingue.

## DEUXIÈME CHAPITRE : CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans ce chapitre nous tentons d'abord de définir le milieu rural et ses caractéristiques aux États-Unis et au Québec. Nous précisons ensuite les caractéristiques de la pratique des soins infirmiers en milieu rural, les fonctions de promotion, de prévention, de traitement et réadaptation assumées par l'infirmière, l'approche milieu et, finalement, la définition de l'empowerment au niveau de l'individu et de la communauté.

### 2.1. LE MILIEU RURAL ET SES CARACTÉRISTIQUES AUX ÉTATS-UNIS ET AU QUÉBEC

Le concept de ruralité est ambigu et ses caractéristiques varient d'un chercheur à l'autre ou d'une personne à l'autre (Bushy 1994; Bigbee 1993). Pour plusieurs, la ruralité est synonyme d'agriculture. Cependant, si l'on se fie aux statistiques américaines, il n'y a que 5% de fermiers sur les 45% de la population américaine qui se dit rurale (Bushy 1994). Selon le recensement américain, le milieu rural est défini comme des villes ayant moins de 2500 habitants. Ainsi seulement 20% de la population serait rurale (Bigbee 1993).

Au Québec, selon Dugas, C. et Vachon, B. (1990) cité par Jean, B. (1997), on définit la ruralité à partir des quatre critères suivants:

- 1- La prépondérance en surface des usages agricole, forestier ou naturel du sol.
- 2- La faible dimension et la dispersion sur un vaste territoire des établissements humains.
- 3- Une gamme de services moins étendue et moins spécialisée que dans l'espace urbain.
- 4- Une organisation et un équipement du territoire à la mesure d'une population dispersée et d'une activité économique faible ou modérée.

Ici non plus, la ruralité ne signifie pas agriculture. Les dernières statistiques démontrent que la population rurale agricole n'atteint même pas 15% de la population rurale au Québec (Jean, B. 1997).



En Abitibi-Témiscamingue où ruralité n'est pas toujours synonyme d'agriculture, une classification des données, visant à cerner certains aspects concernant le développement urbain et rural, conduit les chercheurs à classer la population de la région en quatre zones:

**TABLEAU 1**  
CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS SELON LES ZONES

zone urbaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ chef-lieu du territoire de CLSC</li> </ul>
zone péri-urbaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 1000 habitants et plus,</li> <li>◆ population en croissance</li> <li>◆ population jeune</li> <li>◆ taux moyen d'inoccupation</li> <li>◆ activités agricoles marginales</li> </ul>
zone intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ de 500 à 1500 habitants</li> <li>◆ population en voie de stabilisation (vieillissante)</li> <li>◆ faible taux d'inoccupation</li> <li>◆ activités surtout agricoles</li> </ul>
zone périphérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 500 habitants et moins</li> <li>◆ population en nette décroissance</li> <li>◆ vieillissement</li> <li>◆ inoccupation endémique</li> <li>◆ activités agricoles nettement marginales</li> </ul>

(Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue tome 2 1994)

C'est à ce découpage géographique que nous nous référons pour identifier le milieu rural de recherche, soit les zones intermédiaire et périphérique des différentes MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. Notre recherche s'est réalisée dans la MRC de Rouyn-Noranda.

## 2.2. LES SOINS INFIRMIERS EN MILIEU RURAL AUX ÉTATS-UNIS ET AU QUÉBEC

On sait que la pratique des soins infirmiers est fortement influencée par la culture et les croyances du milieu où elle s'exerce. Même si on reconnaît qu'il n'y a pas de culture unique, d'unicité culturelle de la ruralité, le fait de vivre dans de petites localités par opposition aux centres urbains favorise déjà une certaine culture différente, (Bushy, 1994). L'un des traits les plus admis de la ruralité est l'esprit communautaire qui anime les gens du milieu rural. Ces derniers démontrent un sens du communautaire et un sentiment d'appartenance très fort; ils se connaissent et entretiennent des relations interpersonnelles étroites. Selon les chercheurs, cela peut avoir deux effets, l'un positif et l'autre négatif. D'un côté ces relations personnalisées peuvent encourager le contrôle social, le conformisme et le traditionalisme. De l'autre au contraire, elles intègrent les individus à leur communauté et confortent leur identité personnelle et sociale; cela favoriserait un taux très bas de pathologies sociales et serait un moteur pour le développement local, (Jean, B.(1997).

Il faut puiser dans la documentation américaine, pour avoir une définition du « nursing rural ». (Bigbee, 1993) le définit comme la pratique professionnelle des soins infirmiers dans l'environnement physique et socio-culturel de petites communautés. Bigbee présente ainsi les caractéristiques du «nursing rural»:

- 1 Une pratique rurale marquée par des relations interpersonnelles étroites dans la communauté qui créent chez l'infirmière le sentiment d'être toujours en devoir ou envahie par les gens de cette communauté.
- 2 *La multiplicité des fonctions, l'aspect généraliste de la pratique.* L'infirmière en milieu rural est sollicitée pour intervenir dans toutes sortes de situations variées; elle a souvent l'impression d'être «tout pour tout le monde».
- 3 Une grande autonomie et un sentiment de contrôle sur les soins qu'elle donne, apportant beaucoup de satisfaction au travail.
- 4 Une grande cohésion et camaraderie avec l'équipe multidisciplinaire.
- 5 Une visibilité importante dans la communauté, ce qui contribue à créer une certaine fierté professionnelle, de l'estime de soi et un certain pouvoir d'influence sur les politiques de santé.

D'autres auteurs comme DeBella et al. (1986) mettent l'accent sur les aspects positifs de la visibilité, du respect, du temps disponible de l'infirmière pour enseigner. Ceci favoriserait une orientation de l'intervention vers la prise en charge de la communauté.

Au Québec, il y a toute une tradition d'infirmières en milieu rural, ce sont les infirmières de colonies. Claire Martin (1992), dans un ouvrage sur l'infirmière de colonie en Abitibi-Témiscamingue, présente les caractéristiques des soins infirmiers des années 30 où débute le mouvement de colonisation «dirigée» avec l'instauration de dispensaires de colonie, ceci se maintiendra jusqu'en 70, année où s'amorce la réforme des services de santé et des services sociaux. L'infirmière de colonie offre des soins curatifs et préventifs dans la colonie qu'elle dessert. Elle est intégrée à la communauté par une présence 24 heures sur 24, 7 jours semaine. Elle connaît la culture et l'histoire de chacun. Toujours selon Martin, les soins partent de la communauté, du tissu social ; le colon est le premier intervenant en matière de santé. L'auto-soin est encore en vogue et l'infirmière se fait aider par la population. L'infirmière utilise l'hôpital en cas extrême et assure le suivi. Martin écrit :

« Respectueuses des valeurs de la population à desservir et du style de vie des personnes, ces infirmières ont posé de multiples actions d'assistance, de soutien et de facilitation afin que les colons et leur famille survivent et progressent tant physiquement que matériellement. Pour eux, la santé était la pierre angulaire d'un combat victorieux contre l'isolement et les affres d'une nature sans pitié. La santé signifiait avoir la possibilité de s'en sortir, d'entrevoir une amélioration des conditions de vie et de devenir confiant face à l'avenir. La santé devenait alors le bien le plus précieux car elle donnait la liberté d'agir et de faire face à l'adversité. »

Concluons en reconnaissant, à cette infirmière de colonie, une pratique orientée sans aucun doute vers la promotion de la santé et une prise en charge de l'individu et de la communauté. Une pratique qui répondait aux besoins immédiats de la population. C'est peut-être de là que vient cette nostalgie des gens de la région pour l'infirmière de colonie.

### 2.3. L'INFIRMIÈRE ET LES FONCTIONS DE PROMOTION, PRÉVENTION, TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

- **La promotion de la santé**

Ce concept est né d'un besoin de développer de nouvelles approches, des approches novatrices pour améliorer la santé. On est maintenant conscient qu'il faut faire plus que simplement prévenir la maladie. Ces nouvelles approches visent donc à modifier les habitudes de vie et les environnements nuisibles à la santé. La promotion de la santé est ce concept qui chapeaute ces nouvelles approches. Voici la définition que donne la Charte d'Ottawa (1986) de la promotion de la santé : «Le cheminement par lequel les personnes parviennent à une plus grande prise en charge et à l'amélioration de leur santé». Le document «La santé pour tous: un cadre de référence pour la promotion de la santé» met de l'avant trois méthodes privilégiées de la promotion de la santé:

Une conception de la prise en charge vue comme l'ensemble des décisions et des actions individuelles qui sont adoptées dans le but d'améliorer la santé.

L'aide mutuelle ou les actions que des personnes entreprennent afin d'en aider d'autres.

Les environnements de santé, qui sont définis comme la mise en place de conditions et de milieux propices à la santé (Shah1995).

Ainsi, la promotion de la santé vise à augmenter la maîtrise qu'ont les individus et les communautés de leur santé et des facteurs qui l'influencent. Le concept d'empowerment est de toute évidence implicite dans ces méthodes privilégiées de la promotion de la santé !

Les efforts de promotion mènent à des approches variées. Ce sont l'éducation, la communication, les mesures fiscales, la législation, le développement communautaire, l'organisation communautaire et l'action communautaire locale. Nous donnerons ici une brève définition de chacune afin de mieux situer les stratégies utilisées par l'infirmière. Shah (1995) définit ainsi ces concepts :

L'éducation pour la santé comprend des combinaisons d'expériences et d'apprentissages visant à faciliter l'adoption spontanée d'actions pour améliorer la santé. L'objectif principal est d'inciter les individus à modifier leur mode de vie et de les encourager à adopter des comportements favorables à la santé. On sait aujourd'hui que le milieu social exerce une profonde influence sur les comportements individuels et que, sans l'aide de certains soutiens sociaux, l'éducation pour la santé a peu d'effets sur la santé.

La communication, c'est l'utilisation des media pour influencer «les attitudes relatives à la prise de conscience, au savoir et aux comportements». La communication juxtaposée à d'autres mesures de promotion de la santé présente une plus grande efficacité.

Les mesures fiscales et la législation sont des politiques publiques qui «peuvent avoir d'importants effets sur la santé et l'amélioration de la santé des populations». On reconnaît que l'amélioration de la santé dépasse la compétence des seules politiques de santé; les politiques sociales dans les secteurs du logement, du transport, de l'emploi et du soutien au revenu peuvent avoir des effets plus importants sur la santé que l'ajout de ressources en santé.

Le développement communautaire est le processus dans lequel une communauté s'engage lorsqu'elle décide de préciser quels sont ses préoccupations et les problèmes qui l'affectent, et d'acquérir les outils pour les résoudre.

L'organisation communautaire permet de connaître les problèmes d'une communauté et de mobiliser les ressources en faveur du changement. On relève trois éléments de l'organisation communautaire soit la planification sociale, la formation de groupes pour une action concertée et l'action sociale qui peuvent mener à une modification du pouvoir au sein de la communauté.

- **La prévention de la maladie**

On distingue trois types de prévention: primaire, secondaire et tertiaire.

**La prévention primaire** est celle qui vise à empêcher l'apparition de la maladie. Elle s'apparente, dans ses actions, à la promotion dans le sens qu'elle est une intervention proactive visant à mettre en place des conditions sociales favorables et à supporter le développement d'attitudes et de

comportements personnels favorisant le bien-être et la santé. (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1998).

Voici quelques activités: les programmes de vaccination, les recommandations sur la nutrition, les mesures visant à prévenir le tabagisme et le port des ceintures de sécurité.

**La prévention secondaire** «consiste à dépister, le plus tôt possible, les situations qui pourraient se dégrader ou les personnes ou un groupe de personnes à risque de développer le problème». Citons, par exemple, les programmes de dépistage de maladies transmises sexuellement, les protocoles médico-environnementaux en santé au travail pour dépister les maladies industrielles.

**La prévention tertiaire** se préoccupe de réduire, par les traitements et la réadaptation, les complications découlant de la maladie afin de minimiser les déficiences et les incapacités qui pourraient en résulter. (Shah, 1995). Les soins donnés en maintien à domicile sont, la plupart du temps, de cet ordre. Il s'agit ici du traitement de la maladie, des soins prodigués en vue de soulager, de corriger une situation problématique ou d'intervenir dans une situation d'urgence mineure ou de crise pour stabiliser l'état d'une personne et, si possible, la guérir. La réadaptation consiste à faciliter à la personne l'accession à un cadre de vie normal, par la création d'un réseau pouvant supporter la personne dans ses efforts d'intégration (Fédération des CLSC du Québec, 1994).

- **L'approche « milieu »**

Lors du congrès de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec en 1995, deux infirmières et une travailleuse sociale ont présenté une approche qui se veut proactive en santé communautaire: l'approche «milieu». Selon Bellemarre (1995), ce modèle d'intervention est centré sur la mise en valeur des capacités et des compétences des clients et se traduit par des interventions effectuées avant qu'il y ait demande de services. Il devient un moyen efficace pour éviter que la situation ne se détériore et que le réseau social ne soit dépassé et essoufflé. L'approche milieu va plus loin que l'approche communautaire en ce sens que l'infirmière collabore avec des groupes structurés. Elle tisse en plus des liens avec la collectivité par l'entremise des réseaux naturels d'aide constitués de proches et de tout le milieu social.

La stratégie fondamentale de cette approche consiste à accroître sa visibilité dans la collectivité et son accessibilité en travaillant à l'extérieur du CLSC. C'est aussi recueillir le plus de renseignements possible sur le milieu tant en quantité qu'en qualité afin d'améliorer les services.

Pour que l'intervention communautaire soit efficace, il faut savoir reconnaître les personnes motivées au changement. Si le client qui présente le problème est suffisamment motivé à changer, il peut y avoir prise en charge individuelle ou familiale et le professionnel travaillera de façon à ce que le client devienne lui-même un aidant naturel à moyen terme. Les interventions communautaires deviennent donc le prolongement normal du suivi professionnel par jumelage entre clients; les jumelages débouchent parfois sur la formation de groupes d'entraide plus structurés. Le client devenu aidant naturel peut contribuer aussi, avec l'aide de l'intervenant, à mettre sur pied des activités communautaires. L'intervenant devient le coordonnateur du réseau d'entraide, lequel peut fonctionner en son absence.

## **2.4 L'EMPOWERMENT ET LES SOINS INFIRMIERS**

- **Définition du concept d'empowerment**

Il existe des équivalents francophones pour le terme empowerment dont autonomisation, habilitation, renforcement du potentiel et réappropriation du pouvoir. Cependant, aucun ne semble faire l'unanimité chez les auteurs consultés; aussi, afin de rendre la lecture plus facile, nous utiliserons, tout au long de ce travail, le terme empowerment.

Une définition toute simple du concept pourrait se traduire comme suit: «Un processus de réappropriation active du pouvoir par la personne, le groupe ou la communauté» Martin, (1994). Grégoire, (1997) dans une traduction libre de Mullender et Ward, (1991) nous donne une définition très complète de l'empowerment :

Processus par lequel des individus, des groupes ou des communautés mettent en oeuvre leurs compétences et leurs habiletés personnelles et interpersonnelles, afin d'améliorer les conditions de vie (environnements, situations, circonstances) qui les affectent. Cette amélioration recherchée fait appel principalement à la notion de pouvoir qu'il est toujours nécessaire de définir explicitement. Ainsi l'empowerment

est un processus d'acquisition, de développement, d'augmentation et d'utilisation du pouvoir. Il s'agit donc d'entraîner les personnes à comprendre, à analyser, à confronter et à transformer leurs conditions par l'exercice du pouvoir.

Une chose est certaine, la notion d'empowerment comporte une dimension d'affranchissement individuel et collectif. Elle entraîne aussi une remise en question des indicateurs pour évaluer le bien-être des personnes Martin, (1994). Il ne s'agit plus d'évaluer uniquement l'état de bien-être de l'individu à partir de ses habitudes de vie mais aussi à partir des déterminants socio-économiques soit le contexte dans lequel il vit. Ainsi, pour favoriser l'empowerment chez l'individu ou la communauté, il faudra travailler à la fois avec l'individu et la communauté. L'un ne se fait pas sans l'autre.

- **L'empowerment individuel**

Marc Renaud, (1994) écrit que les chercheurs soupçonnent qu'il y a, par delà les habitudes de vie, quelque chose d'autre qui semble influencer fortement sur la santé et qui se situerait dans l'environnement socio-économique de la personne. Les moyens qu'utilise une personne pour composer avec les stress de la vie seraient fondamentaux. Ces moyens sont associés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle, deux facteurs qui dépendent directement du statut socio-économique de la personne.

Selon Mackintosh (1995), l'éducation pour la santé dans une perspective d'empowerment ne peut plus avoir comme objectif qu'un changement de comportement chez l'individu; elle doit plutôt viser à développer sa motivation, sa confiance et l'estime de soi afin d'augmenter ses compétences dans le processus de prise de décision. Ce même auteur présente une théorie de l'empowerment individuel selon Tones (1993) où quatre facteurs sont considérés essentiels dans le processus d'empowerment individuel:

1. Les circonstances environnementales qui peuvent faciliter l'exercice du contrôle personnel ou en être une barrière.
2. L'évaluation des compétences et des habiletés de l'individu qui le rendent capable de contrôler certains aspects de sa vie et peut-être même de surmonter certaines barrières environnementales.



3. L'évaluation du sentiment que l'individu a de son contrôle personnel.
4. Les différents sentiments qui accompagnent les croyances de la personne par rapport à son contrôle interne comme l'impuissance, la dépression et l'estime de soi faible.

Dans ce contexte d'empowerment, l'infirmière œuvrant en promotion de la santé doit développer de nouvelles stratégies afin d'augmenter, chez l'individu, l'estime de soi et le contrôle interne. Selon Mackintosh, son rôle n'en est pas un d'expert mais plutôt de facilitateur et de partenaire. Cela se traduit par l'acceptation des valeurs et des croyances de l'individu concernant sa santé, la considération des facteurs sociaux et environnementaux affectant ce même individu, une information qui évite les formes de l'endoctrinement, de l'avis ou de la persuasion et une évaluation régulière de la pertinence de cette information. Cela veut dire aussi une implication de l'individu dans tout le processus de prise de décision, lorsque c'est possible, et un respect de son droit de choisir son propre cheminement pour améliorer sa santé.

L'empowerment fait référence directement au changement émergent. Il s'agit d'une stratégie participative qui fait appel à une nouvelle culture du changement (Gagnon 1996). On reconnaît aux individus la capacité d'utiliser leurs expériences personnelles pour apporter les changements adéquats dans leur vie. Par des rencontres individuelles et de groupes, on recueille les diverses représentations que les gens se font de leur santé. De ces discussions, émergent des propositions d'actions concrètes que chaque participant réalise à l'intérieur d'un programme personnalisé. Les individus sont donc eux-mêmes porteurs du changement. C'est leur vision du problème et non celle des intervenants qui importe. Les gens s'approprient leur mode de gestion de leur santé. On suscite ainsi le changement émergent, c'est-à-dire une transformation qui naît des actions du milieu et qui est bien ancrée dans leur réalité.

- **L'empowerment de la communauté**

Dans une étude qui décrit les caractéristiques d'une communauté compétente, Bushy (1995) définit l'empowerment comme un processus où les membres de la communauté apprennent à travailler ensemble afin d'augmenter leur contrôle sur les événements qui affectent leur vie. Le processus implique à la fois le développement individuel et de groupe. Toujours selon Bushy, l'empowerment

ne peut se donner ou s'enseigner; il s'agit plutôt d'une responsabilité partagée par des gens qui apprennent à croire en eux-mêmes et en leur capacité de susciter le changement. Dans le rôle d'agent de changement et de consultant, les intervenants professionnels et, dans ce cas-ci, les infirmières, assistent la localité dans l'apprentissage des habiletés de solution de problèmes, la création d'opportunités à faire les choses différemment, l'identification des leaders dans la communauté, l'expérience de la confiance et la stimulation de la fierté. Une communauté compétente se caractérise par le souci de l'autre, une communication efficace, la maîtrise des conflits et la création des conditions favorables à la formation de groupes. De plus, cette communauté possède un réseau efficace de support social encouragé et nourri par les intervenants. Il est connu que les résidents des communautés rurales préfèrent de beaucoup compter, avant tout, sur leur famille, leurs amis et leurs voisins; ce qui, selon Bushy, facilite la création de ces réseaux. Bushy explique aussi que l'empowerment va au-delà du volontarisme individuel; il s'agit plutôt de partenariat où existe un mélange d'expertise professionnelle et de connaissance locale concernant la culture, la motivation des gens et l'utilisation efficace des ressources existantes. Ce partenariat encourage l'appropriation des programmes par la communauté et renforce sa capacité à résoudre ses problèmes.



## **TROISIÈME CHAPITRE : MÉTHODOLOGIE**

### **3.1 L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE QUALITATIVE**

Pour connaître les stratégies d'empowerment utilisées par les infirmières en milieu rural, nous avons choisi une approche méthodologique qualitative. Il nous apparaissait nécessaire de mettre à jour les points de vue des principales actrices directement impliquées dans cette modalité de prestation de soins.

Pour faire les liens entre les stratégies utilisées et la modalité de prestation de soins nous avons procédé de façon inductive et déductive. De façon inductive, nous avons lu et relu les informations recueillies de façon à faire émerger les faits les plus significatifs qui se dégagent de l'ensemble des entrevues. D'autre part, nous avons aussi choisi de vérifier dans quelle mesure les indicateurs identifiés dans la littérature se retrouvaient dans les stratégies d'intervention utilisées par ces infirmières.

### **3.2 L'ÉCHANTILLON**

Nous avons effectué notre recherche auprès de six infirmières travaillant en milieu rural dans les points de service du C.L.S.C. "Le Partage des eaux". Trois de ces points de service desservent aussi une deuxième et une troisième localité.

Voici les caractéristiques de la prestation de soins dans les milieux ruraux de cette MRC. Le point de services est situé au cœur de la communauté ; l'infirmière a la possibilité de moduler son horaire de travail selon les besoins de la population ; la responsabilité de l'ensemble des soins de santé dans la communauté est dévolue à l'infirmière, et cela, cinq jours par semaine. Enfin, elle a aussi accès aux ressources externes et aux ressources internes du CLSC et de la communauté.

### **3.3 MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES**

Pour recueillir les données, nous avons mené des entrevues semi-structurées et enregistrées d'environ une heure et demie auprès des infirmières, dans leur milieu de travail et ce, à l'aide d'un instrument de collecte des données élaboré par les chercheurs.

Un premier contact téléphonique a été fait afin de préciser le but et les modalités de la recherche, la procédure qui sera utilisée ainsi que sa durée. Cette démarche a aussi servi à vérifier l'intérêt des infirmières à participer à cette recherche et à préciser le meilleur moment pour procéder aux entrevues.

### **3.4 L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES**

La grille d'entrevue utilisée a été élaborée sous forme de questionnaire constitué de questions ouvertes portant sur les aspects suivants : les modalités de prestation de soins, les interventions reliées aux demandes individuelles d'aide, les interventions de groupe, les interventions communautaires et l'empowerment. Cette grille d'entrevue se retrouve à l'annexe 1.

- **Les modalités générales de prestation de soins de l'infirmière**

Ces questions visent à recueillir des renseignements sur la façon dont l'infirmière organise son travail et les modalités de prestation de soins qu'elle préconise dans son milieu pour répondre aux besoins de sa population. Les dix questions permettent de préciser l'horaire de travail, le nombre de localités desservies, l'insertion dans la communauté, le nombre d'années dans le point de service, les liens avec les autres professionnels et l'équipe multidisciplinaire ainsi que les réunions d'équipe.

- **Les interventions au niveau individuel et familial**

Cette partie, composée de huit questions, vise à préciser l'origine de la demande de soins, la façon dont l'infirmière s'organise pour planifier la réponse à cette demande, les activités réalisées pour assurer le suivi, ainsi que la façon dont elle évalue l'efficacité de ses interventions.

- **Les interventions de groupe**

Cet aspect comporte dix questions qui visent à préciser le type de groupes avec lesquels elle travaille, les besoins manifestés par ceux-ci, les activités réalisées pour répondre à leurs demandes, les modalités d'évaluation de ses interventions. Il précise aussi le type de groupe pour lequel elle a initié le processus de mise sur pieds, ses principaux collaborateurs et son rôle au niveau des groupes en liens avec leurs modalités de fonctionnement.

- **Les interventions communautaires.**

Cette partie vise à identifier la connaissance qu'elle a de la communauté où elle travaille, de ses leaders et de ses ressources. Elle précise les interventions qu'elle effectue au niveau de l'ensemble de la collectivité, les changements dont elle a été témoin et son rôle à ce niveau ainsi que l'évaluation qu'elle fait de ses interventions communautaires.

- **L'empowerment**

À la fin de l'entrevue, nous invitons l'infirmière à préciser sa conception de l'empowerment, les stratégies qu'elle utilise pour le favoriser au niveau de l'individu, du groupe et de la communauté ainsi que les perceptions des liens qu'elle fait entre les stratégies d'empowerment utilisées et la modalité de prestation de soins.

Notons que les quatre premiers blocs de questions visent à amener les infirmières à décrire leurs interventions sans que nous les orientions vers le concept d'empowerment. Ce n'est qu'à la fin de l'entrevue, que nous les invitons à répondre à des questions spécifiques sur l'empowerment.



## QUATRIÈME CHAPITRE : ORGANISATION ET ANALYSE DES DONNÉES

### 4.1 ORGANISATION DES DONNÉES

Afin de procéder à l'analyse des données, une transcription intégrale de l'enregistrement de chacune des entrevues a été faite. Dans le but de répondre à la question principale de recherche « Est-ce que la prestation de soins en vigueur dans le milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda favorise l'utilisation de stratégies d'empowerment par les infirmières? » Nous avons organisé nos données autour des deux questions secondaires de cette recherche.

Quelles sont les stratégies d'empowerment utilisées par les infirmières auprès de l'individu, de la famille, des groupes et de la communauté?

Quel est le lien entre les stratégies utilisées et la prestation de soins en milieu rural?

Une grille d'analyse comportant trente trois (33) indicateurs a ensuite été construite en respectant les étapes suivantes:

- Précision de treize (13) indicateurs de l'utilisation des stratégies d'empowerment dans les interventions individuelles et avec la famille;
- Précision de quinze (15) indicateurs en liens avec les interventions en petit groupe ou avec la communauté;
- Précision de cinq (5) indicateurs de lien entre les caractéristiques de la prestation de soins en vigueur et l'utilisation de stratégies d'empowerment.

La grille a ensuite été présentée à deux collègues qui se sont prononcés sur la pertinence de ces indicateurs en regard de nos questions de recherche.

Suite à la validation de la grille qui comporte trois parties, et que l'on retrouve à l'annexe 2, nous avons procédé de façon à bien nous familiariser avec le contenu des entrevues. Nous avons donc respecté différentes étapes:



- Lecture, à plusieurs reprises, de chaque entrevue en marquant les passages ayant un rapport avec chacun des indicateurs.
- Compilation des stratégies utilisées par chacune des infirmières dans les différents types d'intervention qu'elle effectue.
- Rédaction d'une synthèse globale de l'utilisation des différentes stratégies d'empowerment par l'ensemble des infirmières.
- Proposition de liens entre les modalités de prestation de soins en vigueur et les stratégies d'empowerment utilisées.

## **4.2 ANALYSE DES DONNÉES**

Afin de répondre à la première question de recherche, nous avons ressorti les passages ayant un lien avec chacune des stratégies d'empowerment retenues dans notre grille d'analyse. Ensuite, ces passages ont été regroupés sous chacun des indicateurs pour chaque entrevue analysée. Dans la présentation, nous nous sommes limitées à ne citer que quelques extraits textuels de chacune des entrevues, représentatifs de l'ensemble.

Pour répondre à la deuxième question, nous avons extrait, des entrevues, les passages où les infirmières expriment leur opinion sur le lien qu'elles perçoivent entre les caractéristiques de la prestation de soins en vigueur et l'utilisation de stratégies d'empowerment. Après avoir dégagé les caractéristiques de la prestation de soins en vigueur dans les différents points de service de ce CLSC, nous avons identifié celles qui semblaient favoriser l'utilisation de stratégies d'empowerment par *chacune des infirmières*.

## **4.3 QUELLES SONT LES STRATÉGIES D'EMPOWERMENT UTILISÉES PAR LES INFIRMIÈRES AUPRÈS DE L'INDIVIDU, DE LA FAMILLE, DES GROUPES ET DE LA COMMUNAUTÉ?**

La réponse à cette première question comporte deux parties principales. La première traite des stratégies utilisées auprès de l'individu/familles et la seconde, de celles qui sont utilisées auprès des

groupes /communauté. Il faut aussi noter que sous certaines stratégies, il n'est pas fait référence à une entrevue particulière, ceci provient du fait que nous n'avons pu relever de façon certaine, des passages pertinents à cet indicateur précis.

#### 4.4 STRATÉGIES UTILISÉES AUPRÈS DES INDIVIDUS ET DES FAMILLES

- **L'infirmière prend conscience et tient compte dans ses interventions, des facteurs sociaux et environnementaux qui affectent l'individu /famille**

**Entrevue II :** «...des gens qui sont en détresse psychologique...il y a beaucoup de pauvreté ici... des gens qui n'ont pas d'emploi... il y a beaucoup de gens sur le bien-être social, qui manquent de nourriture à la fin du mois, ils n'ont pas d'argent pour acheter leur médicament...on commence par leur procurer de la nourriture puis tu regardes avec eux autres comment tu pourrais t'organiser pour essayer de...».

**Entrevue III :**«...je me disais: ça n'a pas d'allure, ils sont trop éloignés géographiquement...j'en vois régulièrement...des gens qui sont défavorisés économiquement...

**Entrevue V:**«... moi, je vaccine en soirée pour les parents qui travaillent à l'extérieur, donc ça vient toute la petite famille ensemble...

...mais quand tu la vois dans son environnement à elle, c'est très différent comment elle agit, ses attitudes ...

...dans ces cas là, (diagnostic de cancer de moins de 24 heures), c'est sûr que je vais à domicile ...

...c'est plus jeune, ce sont des gens moins instruits, ..je sais que ça va moins lire...c'est rare ceux qui ont terminé leur secondaire V régulier.

- **L'infirmière prend conscience et tient compte dans ses interventions, du niveau de compétence et d'habiletés qui rendent l'individu /famille apte à contrôler certains aspects de sa vie et même à surmonter certaines barrières environnementales**

**Entrevue 1 :** À propos des pansements: " je vais les regarder faire mais quand je sais que les gens sont capables de le faire, je vais les laisser faire."

**Entrevue II :** Elle se questionne sur l'efficacité de son intervention.." ...on a l'impression qu'on n'a pas les solutions...ils sont rendus dans des situations où je pense qu'on a l'impression qu'ils ne s'en sortiront pas, nous on n'a pas de façon de les sortir... je mets juste des plâtres sur les bobos. Le mois d'après ils sont encore au même niveau. ...Je vais leur demander à eux autres comment ils verraient ça, comment... qu'est-ce qu'ils pensent de ça, ou s'ils ont des trucs ...ou s'ils ont des....

**Entrevue III :** ...quand j'ai répondu à ses attentes, à ses besoins, j'ai réglé son problème ou si je ne l'ai pas réglé, je lui ai donné les outils pour qu'il le règle lui-même.

**Entrevue IV :** Ce sont des gens qui sont habitués à ça, ce sont des gens qui, la plupart du temps, viennent de familles qui ont besoin fort, puis eux autres ils ont vécu de même puis ils reprennent ce pattern là puis ils le donnent à leurs enfants.

**Entrevue V :** ..C'est énormément d'écoute... ils viennent te voir pour un problème mais d'un côté c'est autre chose qu'il a, mais c'est de prendre le temps..

En ce qui concerne les usagers de drogues, les gens vont venir me voir, tu leur fais un pansement mais il va te parler de sa propre consommation parce qu'ils savent que je sais qu'ils consomment, ils ne se sentent pas jugés...quand ils seront prêts, ils viendront.., je sais qu'il consomme, il sait que je le sais, si j'ouvre, je le perds, il ne viendra plus...il faut qu'il soit prêt, qu'il mûrisse ça, puis quand il est prêt, je suis là...

- **L'infirmière prend conscience et tient compte dans ses interventions, du sentiment que l'individu a de son contrôle personnel**

**Entrevue III :**Ex : ... je leur redonne la responsabilité de leur corps, de leur tête et de leur personne. Je les outille et ils sortent comme ça..

**Entrevue V :** L'infirmière donne un rendez-vous à un jeune en milieu scolaire sur l'heure du dîner, ...l'élève fait le choix de venir me voir ou d'aller à la récréation, c'est lui qui décide..

- **L'infirmière prend conscience et tient compte dans ses interventions, des valeurs et des croyances de l'individu famille concernant sa santé**

**Entrevue I :** *...J'ai un monsieur, ça doit faire 5 ou 6 ans qu'il n'a pas été en ville, il vit dans son chalet puis c'est là qu'il va mourir, je me dis qu'en ville ça aurait été plus facile je pense que toutes les infirmières qui ont passé ici ont toujours parlé de placement, il ne veut pas. Moi je ne l'achalle pas avec ça, c'est un monsieur qui a deux chiens, deux chats, ce n'est pas propre chez-lui... mais c'est son milieu...*

**Entrevue II :** *Nous autres, nos priorités puis les leurs, c'est complètement différent. C'est bien difficile, on peut juste leur donner peut-être une petite ligne puis ils en font ce qu'ils veulent... Tu ne peux pas décider pour eux autres.*

**Entrevue V :** *...un exemple, elle fume, mais c'est elle qui fait le choix de fumer, tu sais.. moi c'est de respecter la personne qui est important. Elle sait tout ça, elle va te le dire, mais ça, je trouve qu'elle fait un cheminement la personne.. c'est qu'elle se respecte dans ce qu'elle est puis elle me dit les vraies affaires...*

- **Elle travaille à augmenter la motivation et l'estime de soi en appuyant sur les forces, les intérêts de l'individu**

**Entrevue VI :** *C'est utile parce que nous autres ça nous enlève de la tâche puis de deux, ça responsabilise la personne... puis je pense que c'est important de leur donner la chance de le faire, vraiment viser l'autonomie du patient.*

- **Elle valorise les gains, si petits soient-ils.**
- **Travaille avec les valeurs et les croyances pour faciliter l'apprentissage et le sentiment de compétence**

**Entrevue V :** *Ils font le bilan eux-mêmes, ils sont capables, ils sont intelligents, les gens.... pour elle-même, qu'elle prenne conscience c'est quoi exactement, au lieu que moi j'arrive puis je lui dise que c'est ça.*

- **Lorsqu'elle donne de l'information ou fait de l'enseignement, évite les formes de l'endoctrinement, de l'avis, de la persuasion**

**Entrevue I :** *J'ai des documents, je vais leur donner, je vais lire avec eux, on va regarder ça les habitudes de vie puis ensuite je vais leur dire "lisez ça comme il faut puis à la prochaine visite si vous avez des questions, je vais y répondre."*

**Entrevue II :** *..on donne des documents en masse pour chez eux comme aide mémoire*

**Entrevue III :** *...on fait pratiquer les choses aux gens, on leur fait essayer des choses, puis après ça, ils décident s'ils le prennent ou non.*

**Entrevue IV :** *Ex : ...c'est quand la personne vient me voir et me dit: "j'aurais besoin d'enseignement pour m'injecter un médicament..., je fais de l'enseignement, je fais la démonstration, le client essaie devant moi et là, ensuite, je lui donne le matériel nécessaire et il retourne chez lui, il essaie. S'il veut revenir une deuxième fois et qu'on le refasse, on le refait à deux."*

*...est-ce que c'est ça qui est problématique chez vous, puis que vous aimeriez qu'on parle?*

**Entrevue V :** *...c'est de donner le plus d'informations possible aux gens pour qu'ils ne soient pas dépendants du réseau..*

*.. ce n'est pas le bourrer d'informations, il n'est pas rendu là, c'est où il est rendu dans le moment présent*

- **Réajuste l'information et l'enseignement selon les besoins du client**

**Entrevue II :** *...à un moment donné, quand on voit que ça va un peu mieux puis qu'ils sont capables de faire les pansements, qu'ils sont capables de s'organiser, bien c'est eux autres qui le font, la famille ou l'entourage.*

**Entrevue III :** *La deuxième fois pour le changement de pansement, la personne nous le fait devant nous et la troisième fois, bien, on dit OK, je vous le laisse revenez me le montrer une fois par semaine.*

**Entrevue IV :** *...s'il se sent à l'aise, je le retourne chez lui, je lui demande, bon, de procéder à la technique et il peut revenir me voir ou on se rappelle. ...puis nous, on fait toujours un volet évaluation, tu sais, on évalue toujours notre enseignement pour voir si les gens ont trouvé ça correct.. ...est-ce que c'est bien compris? Est-ce que c'est clair pour ce que je vous amène, est-ce*

que c'est ça que vous vouliez entendre ? Puis je peux me réajuster au fur et à mesure, parce que quand je parle d'un sujet, je vais aller toujours plus loin au cas où j'ai des questions par rapport à ça.

... j'y allais par rapport à la cigarette, puis ce n'est pas ça qu'ils voulaient entendre, c'était de la drogue... on a changé notre fusil d'épaule.

- **Relances pour vaccination**

Puis c'est sûr que je vérifie toujours. *Est-ce que ç'a répondu à vos questions ? ... partez-vous l'âme en paix avec ça ?* Puis, je vérifie toujours verbalement avec la clientèle.

**Entrevue V :** *souvent ils vont venir ici pour re-vérifier au niveau du glucomètre, des choses de même... je complète l'information.*

... c'est un monsieur qui est sous alimenté, je lui ai amené ses tests sanguins pour qu'il voit que les protéines, l'albumine, c'est très bas puis que c'est relié à une sous-alimentation... je vais vérifier ce que la nutritionniste va lui avoir dit comme information, c'est lui qui va m'en parler, juste pour renforcer l'information qu'il a eue...

...ça fait qu'il faut que tu dises: ramène tes papiers on va les regarder ensemble... on va fonctionner avec le matériel que tu as...tu vas renforcer pour t'assurer qu'ils comprennent bien...je vais y aller plus au niveau pratique, je vais utiliser moins de grands mots, des termes, je le sais qu'il ne sait ni lire ni écrire...

**Entrevue VI :** *(suivi de l'enseignement) ...souvent c'est par téléphone ou bien ce sont des visites à domicile, en tout cas, soit que tu y vas une deuxième fois, juste vérifier à ce qu'elle le fasse toute seule ( technique enseignée),*

*Puis, tu vois qu'ils sont à l'aise puis qu'ils sont prêts...*

*Puis souvent je re-contacte par téléphone: est ce que ça va ?.. ou je leur dis: s'il y a quelque chose, tu me rappelles...*

- **Identifie une personne dans l'entourage motivée à devenir un soutien ou aidant.**

**Entrevue I :** *J'ai aussi une dame de plus de quatre-vingts ans qui est tombée et s'est fracturée un bras. Elle ne voulait pas aller à l'hôpital, elle ne voulait pas être placée, ils ne pouvaient pas l'opérer, ça fait qu'elle était avec une attelle pendant six semaines. Les deux premières semaines, sa belle-fille est venue, mais là ce sont des gens de la communauté, il y en a une qui est venue hier et je lui ai montré comment mettre l'attelle comme il faut si jamais elle se déplace. Hier elle a eu trois téléphones: une lui a dit "je vais aller te porter de la soupe" une autre, "je vais aller faire cuire ton steak."*

**Entrevue II :** *... bien c'est eux autres qui le font, la famille ou l'entourage. On peut donner de l'enseignement à la famille si la personne n'est pas....*

**Entrevue III :** *...donc j'ai fait l'enseignement à la voisine pour venir préparer ses pilules...*

**Entrevue VI :** *...ou que ce soit un membre de la famille qui le fasse mais que ce soit bien fait... ça se voit s'ils maîtrisent la technique puis s'ils ont des principes d'asepsie (pansement)....*

*...Le pansement est deux fois par jour, tu y vas une fois puis l'autre fois, c'est la famille qui le fait, tu sais pour laisser un peu d'autonomie....*

- **Elle considère l'individu comme l'expert de sa propre santé et part de sa vision du problème**

**Entrevue II :** *Ce serait d'essayer que ça vienne d'eux autres, qu'eux autres le disent comment ils verraient ça...*

**Entrevue IV :** *Alors, c'est de poser les bonnes questions à la personne, et de sentir qu'elle va s'ouvrir puis elle va se sentir en confiance avec moi, et ensuite de ça je vais pouvoir aligner les choses, si c'est des soins ou du psychosocial.*

**Entrevue V :** *...je vais y aller selon ce qu'elle me dit, je pars de sa demande à elle... je les prends où ils sont rendus...*

- **Respecte le cheminement qu'il privilégie pour la gestion de la santé**

**Entrevue III :** *...on se revoit au besoin, ... je leur remets ça entre les mains pour le suivi...*

**Entrevue V :** *... je leur fais peut-être prendre plus conscience depuis quand ça arrive, ainsi de suite... la madame ou le monsieur, ils ne sont pas prêts à aller plus loin...je les fais revenir sur eux-mêmes, ils réalisent en fin de compte...*

- **Travaille avec ses propres objectifs à lui, ses propres stratégies pour favoriser l'implication tout au long du processus décisionnel.**

**Entrevue III :** *...c'est lui qui décide s'il reçoit le soin et où il le reçoit...*

**Entrevue V :** *... Eux autres mêmes sont intéressés à me donner un suivi...de ce qu'ils ont eux autres, dans un premier temps...*

#### **4.5 STRATÉGIES UTILISÉES AUPRÈS DES GROUPES ET DES COMMUNAUTÉS**

Il en a été de même pour les interventions spécifiques conduites auprès des groupes et celles conduites auprès de la collectivité globale. Elles ont donc été regroupées dans la seconde partie sous le thème des stratégies utilisées auprès des groupes/communauté.

- **L'infirmière connaît la culture de la communauté**

**Entrevue I:** *Après un an elle est capable de nommer plusieurs caractéristiques de la communauté... des gens qui sont en détresse psychologique...il y a beaucoup de pauvreté ici... des gens qui n'ont pas d'emploi... il y a beaucoup de gens sur le bien-être social, qui manquent de nourriture à la fin du mois, ils n'ont pas d'argent pour acheter leur médicament...*

**Entrevue II:** *...il y a beaucoup d'entraide, les voisins... ce sont de petites communautés, les gens se connaissent...*



**Entrevue IV:** *...pour eux , je viens d'une bonne famille, j'ai de bons parents, pour eux autres ça c'est bien important..*

*Ce sont des gens qui sont habitués à ça (se prendre en main) ce sont des gens qui, la plupart du temps, viennent de familles qui ont besoin fort...ça fait que ce sont des gens très débrouillards, qui vont chercher les informations, qui viennent à la source.*

*Puis tu vas demander de l'aide à quelqu'un. J'ai eu un pépin avec mon auto, les gens sont très fraternels.*

**Entrevue V:** *...ils n'ont pas de vision à long terme...les valeurs des gens, est-ce que c'est une valeur d'étudier ou pas? Est-ce une valeur de lire ou pas? Bien ça ne l'est pas comme valeur...*

*C'est une communauté qui est plus âgée mais qui a plus de fierté...*

*À XXX c'est plus une appartenance de souche, c'est beaucoup plus structuré, puis c'est plus propre...ils sont plus ouverts à toutes sortes d'affaire, ils sont fiers, il se passe de quoi...*

*Mais tu la sens la rivalité qui est là, c'est bien dommage parce que ça part de bien des générations, elle est encore là...*

*..c'est comme une valeur, tu sais, d'avoir de la misère à l'école, c'est comme banalisé...*

*... je trouve que les gens dans leurs valeurs à eux autres, ils se prennent en charge...*

**Entrevue VI:** *C'est plus personnalisé, tu connais plus les gens puis les gens te connaissent, te reconnaissent.*

*...c'est une municipalité différente des autres, parce que premièrement ce n'est pas un petit village, c'est sur le long, c'est genre dortoir, le monde viennent rester à X, ils viennent coucher à X parce qu'ils font toutes leurs choses en ville.... je connais des gens qui disent qu'à X c'est difficile de s'impliquer dans quelque chose, il n'y a pas beaucoup d'activités, pas beaucoup de groupes...c'est vraiment plus individuel...je ne connais pas beaucoup la population parce que les femmes travaillent, les hommes travaillent.... C'est un village qui est mort, il y a beaucoup moins d'activités, je trouve que les gens participent moins....je pense qu'il y a moins un sentiment d'appartenance.... C'est sûr qu'il y a de l'aide, parce que dernièrement j'ai eu quelqu'un qui a passé au feu, ils ramassent tout le temps de l'argent. La croix rouge, puis la Fabrique, ça peut être des gens qui peuvent aider.*

*..il faut que ce soit quelque chose qui les intéresse, que ce soit de leur âge...*

- **L'infirmière connaît les caractéristiques d'une communauté compétente et travaille dans ce sens**

Aucun extrait pour cet indicateur

- **Développe le souci de l'autre**

**Entrevue II :** *Quand elle implique la famille ou une voisine dans le soin d'une personne...je prend le téléphone, je trouve toujours quelqu'un pour aider. Quand elle téléphone aux dames reconnues pour leur bénévolat : connaissez-vous quelqu'un...*

- **Encourage la communication efficace**

**Entrevue V:** *.. si on était arrivé avec un contenu structuré, ils auraient écouté puis ils n'auraient pas posé de questions tandis que là, ils parlent de leur vécu, ça fait que c'est pas mal plus enrichissant.*

- **Favorise la résolution des conflits**

**Entrevue I:** *J'ai une plainte, j'appelle Lise "bien ça serait le temps qu'on ait une petite réunion" Ça fait que tout de suite on va la prendre et la traiter avant que ça dégénère*

- **Crée des conditions favorables à la création de groupes**

**Entrevue I:** *Elle travaille à la revitalisation d'un groupe: "...On a créé un comité puis on a questionné les gens sur leurs attentes, puis sur leurs besoins, puis sur leur satisfaction. Puis là, je vois que ça roule bien.*

**Entrevue II:** *J'avais un groupe de personnes désireuses de perdre du poids, c'a été comme un deux ans où est-ce qu'on faisait des activités physiques, de conseils sur la nutrition, de la motivation... bon c'est du support dans ces groupes là...*

**Entrevue IV:** *...habituellement c'est toujours une demande du groupe, moi, je ne m'insère jamais dans un groupe si eux autres n'en veulent pas, s'ils n'en ressentent pas le besoin.*

**Entrevue V:** *.. il faut y aller selon eux autres, ce ne sont pas des professeurs, ce ne sont pas des éducatrices, des fois il va y avoir des activités plus structurées, des fois que ça va être plus du gardiennage.. l'objectif était de briser l'isolement social.. mais là on n'intervient plus beaucoup dans les groupes, parce que le groupe depuis trois, quatre ans il est autonome...il s'est pris en charge..*

*... ma partie, je l'ai fait en collaboration avec l'éducatrice, on n'a pas monté de contenu, on est parti d'eux autres, répondre à leurs questions...*

*...la maison des jeunes, en collaboration avec l'organisateur communautaire: j'ai identifié trois jeunes que je connaissais, donc on est parti avec trois jeunes: puis qu'est-ce que vous aimeriez faire? Il y a eu la maison des jeunes parce qu'au départ les jeunes nous ont identifié un local, c'est fermé depuis un an, relance du projet à l'automne, c'est le jeune qui va aller chercher les adultes... c'est le supporter jusqu'à temps qu'il soit organisé, puis un coup organisé, je me retire. C'est comme "Enfants d'ici", je n'interviens pratiquement plus, parce qu'il fonctionne...*

- **Encouragement et nourrit le réseau social**

**Entrevue I:** *Il faut que tu saches déléguer, où trouver les bonnes ressources...*

**Entrevue II:** *Lorsqu'elle crée les cafés rencontres pour les mamans et leurs bébés, lorsqu'elle voit qu'elles sont trop nombreuses pour aller à X.*

**Entrevue V:** *Face aux difficultés scolaires des enfants, il faudrait qu'il y ait de quoi d'organisé au niveau des parents, puis les parents sont gênés aussi...bien je vais y aller avec les jeunes, les tout petits, six, sept ans c'est important de leur montrer à lire, même avant ça, Il faut les amener à la bibliothèque, mais qui va les amener? Il faut passer par leurs parents. Si on apprend aux parents, on*

*leur montre l'importance de venir à la bibliothèque...ça fait que si on accrochait les parents dès la maternelle, ce serait bien différent.*

*Lors d'activités sociales, il est important qu'il y ait des services de premiers soins. Mais c'était de leur faire prendre conscience qu'il faudrait qu'il y ait quelqu'un... mais maintenant il y a quelqu'un pour les premiers soins...il faut que tu montres aux gens que tu n'as pas besoin d'être infirmière pour faire les premiers soins.*

*.. quand j'amène les gens à faire une réflexion sur leur vécu, je trouve que l'approche est très différente, il faut que tu les amènes au niveau de leur vécu pour arriver à faire de quoi.*

**Entrevue VI :** *Il y a deux ans, j'avais fait de l'information en 6<sup>e</sup> année sur la sexualité, c'était un besoin. Ils m'avaient tous demandé, ils avaient tous écrit leurs questions, j'ai fait des recherches, puis je suis allée leur présenter, c'était un exposé et un petit vidéo.*

*J'avais aussi fait en 3<sup>e</sup> ou en 4<sup>e</sup>, c'était sur les collations, l'alimentation, ça c'était un besoin identifié par le professeur qui me l'avait demandé.*

*La dernière que j'ai faite, à l'Âge d'Or, c'était sur les soins de pieds.*

- **Stimule la fierté des membres de la communauté**

Aucun extrait pour cet indicateur

- **Apprend aux membres à travailler ensemble**

**Entrevue I:** *Tu sais des fois il faut essayer de tempérer un peu entre les gens*

**Entrevue III:** *... bien moi, je joue plus un rôle de conseillère parce que je suis reconnue comme neutre dans la communauté... j'offre des solutions puis, j'ai comme un regard neutre . Puis, une fois par mois, on se rencontre le soir, les parents pour faire le point sur comment ça va. Je suis toujours support au groupe.*

**Entrevue V :** *Un coup qu'il va être correct (groupe), je me retire ça ne m'appartient plus, il faut qu'un groupe soit autonome à la base, il ne faut pas qu'il fonctionne en fonction de moi dans le sens que si je ne suis pas là le groupe ne fonctionne pas, il ne faut pas le diriger à la base.*

*En parlant des papiers, des déchets dans les rues, c'est parti avec l'inspecteur municipal de ramasser les rues ... d'ailleurs je viens à chaque année mais je ne m'en occupe plus, j'ai juste semé l'idée, c'est la municipalité qui s'organise... bien justement l'année passée, en même temps j'ai fait le ramassage des médicaments périmés... je suis fière parce que le milieu s'est pris en main. Le rôle que j'ai joué au départ, c'est d'en parler à l'inspecteur municipal, ça fait que j'ai juste vendu l'idée...*

- **Développe le partenariat**

**Entrevue I :** *"Je fais souvent des interventions en scolaire, puis dans le groupe de socialisation avec les parents. Ce sont les parents qui ont monté ça, mais je suis un support pour eux*

*Création de groupe. Quand je suis arrivée, c'était déjà là, mais l'infirmière qui était ici avant s'était bien impliquée là-dedans avec l'organisateur communautaire.*

*Il y a aussi l'âge d'Or, je fais une prise de tension mensuellement, puis en même temps c'est sûr qu'il va se faire du jassage informel : ...regarde j'ai telle affaire... tu sais on va en profiter pour faire de la consultation individuelle*

*Cette année, la directrice m'a appelée et elle m'a dit " les enfants sont malades, tout le monde a la fièvre, viendrais-tu ?" Je suis partie et j'y suis allée."*

**Entrevue III:** *... ça fait que ce que j'ai parti, on le refait une fois par année, à l'automne, c'est un groupe de parents qui animent les ateliers pour enfants...*

**Entrevue V :** *Je prévois d'avoir un comité qui se pencherait sur des idées de boîtes à lunch... ça fait que c'est beaucoup plus personnel quand ça vient d'une dame du milieu ... tu sais chacune on ferait nos recherches pour trouver des idées, tu amènes ça ensemble, tu regardes ce qu'ils veulent garder, qu'est ce qu'ils aimeraient communiquer aux autres, puis ainsi de suite.*

*... tu sais mobiliser les gens, je ne mets pas de temps moi pour écrire l'article dans le journal, avertir les gens, ce sont les gens qui font ça... c'est écrit à leur façon mais c'est bien écrit, c'est écrit pour les gens d'ici...*

- **Développe la capacité à susciter le changement**

**Entrevue I:** *Comme là tu vois j'ai une demande pour septembre, un parent m'a appelée d'un comité d'école puis elle trouve qu'il y a beaucoup d'échecs scolaires. Elle voudrait qu'on monte une petite conférence sur les saines habitudes de vie, le Nintendo, se coucher de bonne heure, la télévision. Je vais rappeler les filles pour voir s'il y a quelque chose de fait, sinon je fais la recherche, je vais me chercher de la documentation, puis, je vais monter le programme...*

**Entrevue III:** *..c'est eux autres qui s'outillent et qui...je ne le fais jamais à la place de...*

**Entrevue V :** *L'année passée, quand j'ai fait le relevé de la boîte à lunch, j'ai réalisé que ce qui manquait dans la boîte à lunch, ce n'était pas la quantité c'était la qualité, alors j'ai basé le kiosque en vue d'avoir des desserts plus nutritifs, j'ai fait appel à des gens de la place pour avoir des recettes, il y avait 70 recettes disponibles à cette activité là, les gens ont adoré ça.. le monde qui venait me demander des recettes, des hommes mêmes... ç'a circulé toute la journée... il faut leur donner du positif ...*

*... en scolaire je travaille avec les professeurs, en autant que le professeur veut donner le contenu aux élèves, un exemple, en deuxième année le professeur a parlé de l'alimentation, ce qui faisait défaut dans les boîtes à lunch, ce sont les produits laitiers, ça fait qu'on a fait avec elle, une dégustation de produits laitiers. On a fait du lait en poudre, on leur a fait déguster du fromage, c'est pour le calcium, c'est pour les os...j'ai donné de la documentation au professeur qui l'a acheminée aux parents.. c'est le professeur qui est là dans le milieu...*

*...ça va dépendre des gens, eux autres, s'ils sont prêts à s'impliquer (niveau de l'école), ça fait que la forme que ça va prendre, je ne le sais pas...*

- **Assiste la communauté dans l'apprentissage des habiletés de solution de problèmes**

**Entrevue II:** *... j'avais demandé à X pour qu'elle parte, un petit peu comme le centre Bernard Hamel, une banque alimentaire pour répondre à des besoins... puis à ce moment là, c'est sûr que je suis impliquée là-dedans moi aussi.*

*Bien quand on voit un problème dans la communauté, on leur donne un coup de main, on va chercher des gens, on leur dit qui ils peuvent demander pour les aider. Dans le fond, ce serait eux autres, on va dire, qui le ferait fonctionner. Mais eux, par eux autres, probablement qu'ils ne le partiront pas parce que les gens qui viennent demander n'ont pas les ressources pour le partir. Je ne te dis pas qu'ils ne s'impliqueraient pas après mais...*

**Entrevue VI :** *... tu informes des ressources communautaires pour qu'il aille chercher lui-même ses ressources, ses besoins. Tu donnes beaucoup de support, de l'encouragement, ça aide beaucoup... démarches d'information en groupe (âge d'or, dépistage, sexualité), intermédiaire pour consultation médicale.*

- **Utilise de façon efficace les ressources existantes**

**Entrevue I:** *Banque alimentaire: une fois ou deux par semaine, il y a une personne qui est bénéficiaire, elle a une voiture, elle part elle va au centre Bernard Hamel, elle va chercher ce qu'ils ont comme nourriture. Ça arrive dans des grosses boîtes puis ils amènent ça ici et ils séparent.. Ils essaient de favoriser ceux qui ont des enfants ... puis ils vont essayer de séparer ça le plus équitable possible. Puis les gens vont venir chercher leur boîte et repartent avec.*

*Ce que je fais aussi, j'avais oublié de te le dire, j'écris dans le petit journal d'ici, de la place. Je fais un article à tous les mois. C'est moi qui décide le thème, comme cette semaine, c'est sur les piqûres d'insectes, selon le mois de l'année. Quand j'ai quelque chose à faire passer, comme ma vaccination préscolaire...c'est un outil que je me sers beaucoup.*

*Ici, c'est le conseil de la municipalité, ça fait deux ou trois fois qu'il nous appuie dans notre démarche concernant la banque alimentaire, il nous prête le sous-sol...*

**Entrevue II:** *Mais je pense que l'infirmière reste plus au niveau de la référence. Parce que des gens, des fois, ils ne vont pas directement là, ils passent plus par nous autres, ils se sentent plus à l'aise au lieu d'aller voir les gens de leur communauté. On n'est pas dans la communauté nous autres, on n'a pas de préjugés, on ne connaît pas l'histoire de tout le monde, c'est plus facile.*

*... ou ils en connaissent des gens, ou ils savent à qui on pourrait demander qui pourrait nous aider... À part de ça, organiser les paniers de Noël, ça touche tout le monde. Bien c'est d'essayer avec les gens parce qu'il y en a, quand même, il y en a qui veulent. Il y en a des gens qui sont prêts. Il faudrait peut-être se servir de ceux-là...*

**Entrevue III:** *c'est moi qui fais le lien entre les gens qui veulent se partir un groupe et les services qui peuvent être offerts par le CLSC..*

*Je les réfère quand ils sont tout petits, puis à la maison de la famille.*

*Elle écrit un article dans le journal local, une fois par mois.*

**Entrevue IV:** *Je commence à connaître les gens, je ne les connais pas tous, mais ce sont des gens très impliqués ..... tu sais , ce sont des femmes qui sont toujours restées à la maison avec leurs enfants... elles se sont trouvées comme d'autres intérêts ailleurs... quand on a besoin d'organiser des choses, on sait qu'elles vont être là puis qu'elles vont nous épauler, puis que ça va participer.*

**Entrevue V :** *... la dame que j'ai vue tantôt, il faut qu'elle voit son médecin, ce n'est pas un cas d'urgence, je vais appeler demain matin pour lui trouver un rendez-vous, ils ne sont jamais capables d'avoir un rendez-vous...*

*... c'est le professeur qui a acheminé l'information aux parents en 6<sup>ème</sup> année j'y ai été sur l'éducation sexuelle, le professeur avait tout regardé dans un atelier, puis pendant une semaine, les élèves écrivaient leurs questions. Je suis intervenue pour répondre au niveau des questions. Pour donner suite à ça, j'ai offert un café rencontre aux parents dans l'après midi, je leur ai transmis les questionnements de leurs enfants puis, je leur ai transmis les réponses que j'avais données. Au niveau scolaire, je trouve que c'est important de rejoindre les parents...*

*J'en ai parlé à la présidente, puis elle en a parlé à son comité, puis il était d'accord aussi... kiosque d'information sur la campagne de dépistage du cancer du sein lors de l'exposition annuelle des fermières...*

*... elle écrit une chronique dans le journal de la municipalité ...*

*... puis, regarder au niveau des transports et au niveau de l'agent de développement, de regarder avec elle parce que je sais que c'est un besoin....*

**Entrevue VI :** *Oui, il y a le journal local, je fais paraître des petites annonces des choses en général, les coups de soleil, des informations...*

*... Puis on essaie toujours de voir c'est quoi les ressources, on regarde toujours l'environnement, si les enfants ou une amie, leurs ressources à eux autres...*



- **Accroît sa visibilité et son accessibilité dans la communauté**

**Entrevue III:** *...on avait juste quelques appels à faire, puis deux ou trois posters dans le village à mettre...*

*Dans le temps des Fêtes, j'essaie beaucoup de m'associer à la Guignolée, la banque alimentaire, les chevaliers de Colomb pour distribuer du linge, de la nourriture.*

**Entrevue IV:** *... je m'occupe des articles dans le petit journal.. on prend une page, une page complète, on fait paraître un article à tous les mois.*

*... les gens me posaient beaucoup de questions sur le cholestérol, alors j'ai fait une capsule sur le cholestérol. Comme là, le mois dernier, je l'ai fait sur la varicelle parce qu'il y a eu une éclosion de varicelle et les gens m'appelaient beaucoup sur ce sujet là, et là, je l'ai fait là-dessus...*

*Nous sommes invités , on fait partie de la communauté, quand il y a des choses, ils nous invitent.*

**Entrevue V :** *... elle écrit une chronique dans le journal de la municipalité.*

- **Reconnaît les leaders**

**Entrevue I:** *Comme je te dis, à X, il y a une personne qui est impliquée dans tout, dans la fabrique, dans la banque alimentaire, elle, elle a l'air d'être quelqu'un.*

**Entrevue II:** *Bien, il y a quelques personnes qui... il y en a qui s'impliquent dans tout... Je pense qu'il est dans tout... il en fait beaucoup pour... au niveau des groupes dans la communauté.*

*Ce sont toujours les mêmes personnes. On en a cinq, six noms dans l'agenda.*

**Entrevue III:** *...les personnes de l'âge d'or, ce sont mes personnes clés, il y a monsieur le curé.*

**Entrevue V :** *...les fermières, la présidente de XXX c'est un leader... le maire... le club de l'âge d'or bien c'est toute la collectivité qui l'organise... ils se mettent tous ensemble puis ils organisent une activité puis ils divisent les profits...*

- **Reconnait les personnes motivées au changement**

Aucun extrait spécifique pour cet indicateur.

Voici maintenant les observations visant à répondre à la deuxième question de recherche. Cette section fait état des liens que l'infirmière établit entre les modalités de soins en milieu rural et son utilisation de stratégies d'empowerment.

#### **4.6 QUEL EST LE LIEN ENTRE LES STRATÉGIES UTILISÉES ET LA PRESTATION DE SOINS EN MILIEU RURAL**

##### **Entrevue I.**

- L'infirmière constate que le fait d'être présente cinq jours par semaine dans la collectivité favorise l'établissement d'une relation de confiance, d'une relation privilégiée. Cela facilite la consultation et se traduit surtout par sa capacité à déléguer des responsabilités à des personnes de la communauté et de travailler en collaboration avec elles. La population connaît mieux l'infirmière, elle a un visage lors d'une consultation téléphonique, elle a besoin d'avoir confiance. C'est le premier endroit où elle va consulter.

##### **Entrevue II.**

- La connaissance de l'infirmière semble être un élément essentiel, et plus l'infirmière est connue plus c'est facile. L'infirmière affirme que la durée d'insertion dans la communauté a son importance. Cette relation de confiance prend du temps à s'établir. Le fait d'être cinq jours semaine facilite la connaissance de la population. Elle estime que l'infirmière est bien placée pour les mettre en contact entre eux.

### **Entrevue III**

- L'infirmière croit que le fait d'être cinq jours facilite l'utilisation de stratégies d'empowerment parce que les gens appellent, ils savent qu'ils peuvent compter sur elle. Cela permet de faire beaucoup d'éducation, de prévention puis d'outillage. *Je suis là pour répondre à leurs questions puis de les réassurer: "Oui tu es capable, tu es correct" puis les encourager.*

### **Entrevue IV**

- *Cette question n'a pas reçu de réponse.*

### **Entrevue V**

- *Mais ce n'est pas le fait d'être cinq jours semaine, c'est le fait d'offrir des services à la population de 0-99 ans. Parce que je connais tous les gens, je connais le milieu ça fait que c'est plus facile d'intervenir. Si tu sais que le monsieur ne sait pas lire ou écrire, tu vas y aller avec des affaires très structurées, et très précises, je vais moins utiliser de grands mots, des termes... Ca crée comme un réseau. Puis d'être vraiment présente dans la communauté pour connaître les gens.*

### **Entrevue VI**

- *Le fait que je sois intégrée, bien c'est sûr que je suis une ressource importante. Le fait de servir d'intermédiaire, les gens sont démunis, ils n'ont même pas de médecin, ils ne peuvent pas parler au médecin puis toi si tu parles au médecin, "Bien sûr c'est important qu'elle soit vue..." c'est sûr que ça accélère le processus.*

## CINQUIÈME CHAPITRE : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

### 5.1 LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Cette partie présente les résultats de la recherche ainsi que leur discussion. Dans cette section, nous avons procédé à la synthèse des entrevues que nous vous présentons sous forme de tableaux. Le tableau 2 présente les résultats concernant l'utilisation des stratégies d'empowerment auprès de l'individu/famille par chacune des infirmières.

**TABLEAU 2**  
STRATÉGIES UTILISÉES PAR CHACUNE DES INFIRMIÈRES AUPRÈS DE L'INDIVIDU FAMILLE

Stratégie utilisée	Entrevue 1	Entrevue 2	Entrevue 3	Entrevue 4	Entrevue 5	Entrevue 6
<b>L'infirmière prend conscience et tient compte dans ses interventions</b>						
Des facteurs sociaux et environnementaux qui affectent l'individu/famille		X	X		X	
Du niveau de compétence et des habiletés qui rendent aptes à contrôler certains aspects de sa vie et à surmonter certaines barrières environnementales.	X	X	X		X	
Du sentiment que l'individu/famille a de son contrôle personnel			X		X	
Des valeurs et des croyances de l'individu famille concernant sa santé	X	X			X	
<b>Elle travaille à augmenter la motivation et l'estime de soi</b>						
Appuie sur les forces, les intérêts de l'individu						X
Valorise les gains, si petits soient-ils						
Travaille avec les valeurs et les croyances pour faciliter l'apprentissage et le sentiment de compétence					X	
<b>Lorsqu'elle donne de l'information ou fait de l'enseignement</b>						
Évite les formes de l'endoctrinement, de l'avis ou de la persuasion	X	X	X	X	X	
Réajuste l'information et l'enseignement selon les besoins du client		X		X	X	X

<b>Lorsqu'elle donne de l'information ou fait de l'enseignement (suite)</b>						
Identifie une personne dans l'entourage motivée à devenir un soutien ou aidant	X	X	X			X
<b>Elle considère l'individu/famille comme l'expert de sa propre santé</b>						
Part de sa vision du problème		X		X	X	
Respecte le cheminement qu'il privilégie pour la gestion de la santé			X		X	
Travaille avec ses propres objectifs à lui, ses propres stratégies pour favoriser l'implication tout au long du processus décisionnel			X		X	

L'analyse de ce tableau démontre dans l'ensemble que, dans leurs interventions effectuées auprès de l'individu/famille, les infirmières utilisent la majorité des stratégies visant à favoriser l'empowerment.

Deux stratégies semblent davantage utilisées par les infirmières, il s'agit de : prendre conscience et tenir compte dans ses interventions, du niveau de compétence et des habiletés de la personne qui la rendent apte à contrôler certains aspects de sa vie et à surmonter les barrières environnementales. De plus, lorsqu'elles font de l'enseignement et donnent de l'information, elles évitent les formes de l'endoctrinement de l'avis et de la persuasion, réajustent l'information selon les besoins, identifient une personne dans l'entourage motivée à devenir un soutien ou aidant. Ces stratégies sont utilisées par la majorité des infirmières.

Les stratégies suivantes sont utilisées par la moitié des infirmières :

- Tient compte des facteurs sociaux et environnementaux qui affectent l'individu/famille
- Tient compte des valeurs et des croyances de l'individu famille concernant sa santé
- Part de sa vision du problème

Par contre, nous constatons aussi que certaines stratégies ne sont utilisées que par une minorité d'infirmières :

- Tient compte du sentiment que l'individu a de son contrôle personnel

- Appuie sur les forces, les intérêts de l'individu
- Travaille avec les valeurs et les croyances pour faciliter l'apprentissage et le sentiment de compétence
- Respecte le cheminement qu'il privilégie pour la gestion de la santé
- Travaille avec ses propres objectifs à lui, ses propres stratégies pour favoriser l'implication tout au long du processus décisionnel

Certaines stratégies ne sont pas utilisées par les infirmières. En effet, les données recueillies ne nous ont pas permis de préciser que l'infirmière :

- Valorise les gains, si petits soient ils.
- Travaille à augmenter la motivation et l'estime de soi

Cette stratégie semble peu utilisée, seule une infirmière ayant beaucoup d'expérience affirme utiliser une des deux modalités. Est-ce significatif de notre difficulté de travailler avec les personnes dont la motivation est basse ou est-ce pour respecter leur liberté de choix? Notre façon de recueillir les données nous permettait-elle de trouver cette information ? Ou alors est-ce trop évident que les infirmières n'ont pas pensé à nous le souligner dans leurs réponses ? Est-ce le temps qu'elles peuvent consacrer à leur client qui ne leur permet pas d'investir dans cette stratégie? Les infirmières ayant plus d'expérience semblent plus à l'aise de considérer l'individu ou la famille comme l'expert de sa propre santé

Le tableau 3 présente les résultats concernant l'utilisation des stratégies d'empowerment utilisées par les infirmières auprès du groupe communauté

**TABLEAU 3**  
STRATÉGIES UTILISÉES PAR CHACUNE DES INFIRMIÈRES AUPRÈS DES GROUPES  
ET DE LA COMMUNAUTÉ

Stratégie utilisée	Entrevue 1	Entrevue 2	Entrevue 3	Entrevue 4	Entrevue 5	Entrevue 6
Connaît la culture de la communauté	X	X	X	X	X	X
<b>Connaît les caractéristiques d'une communauté compétente et travaille dans ce sens</b>						
Développe le souci de l'autre			X			
Encourage la communication efficace					X	
Favorise la résolution des conflits	X					
Crée des conditions favorables à la formation de groupes	X		X		X	
Encourage et nourrit le réseau social	X		X		X	X
Stimule la fierté des membres de la communauté						
<b>Afin d'augmenter le contrôle sur les éléments qui affectent la vie des membres de la communauté</b>						
Apprend aux membres à travailler ensemble	X		X		X	
Développe le partenariat	X		X		X	
Développe la capacité à susciter le changement	X		X		X	
Assiste la communauté dans l'apprentissage des solutions de problèmes		X				X
Utilise de façon efficace les ressources existantes	X	X	X	X	X	X
Accroît sa visibilité et son accessibilité dans la communauté			X	X	X	
Reconnaît les leaders	X	X	X		X	
Reconnaît les personnes motivées au changement						

Dans l'ensemble, l'analyse de ce tableau nous permet de constater que les infirmières utilisent la majorité des stratégies visant l'empowerment des groupes et des communautés. L'utilisation de ces stratégies est cependant variable d'une infirmière à l'autre.

En effet, toutes les infirmières utilisent les stratégies suivantes :

- Connaît la culture de la communauté
- Utilise de façon efficace les ressources existantes

Au moins la moitié des infirmières rencontrées utilisent les stratégies suivantes :

- Crée des conditions favorables à la formation de groupes
- Encourage et nourrit le réseau social
- Apprend aux membres à travailler ensemble
- Développe le partenariat
- Développe la capacité à susciter le changement
- Accroît sa visibilité et son accessibilité dans la communauté
- Reconnaît les leaders

Les stratégies suivantes sont utilisées par peu d'infirmières :

- Développe le souci de l'autre
- Encourage la communication efficace
- Favorise la résolution des conflits
- Assiste la communauté dans l'apprentissage des solutions de problèmes

Et enfin ces stratégies ne sont utilisées par aucune des infirmières :

- Stimule la fierté des membres de la communauté
- Reconnaît les personnes motivées au changement.

Ces résultats indiquent bien le lien développé par l'infirmière avec les membres de la communauté surtout dans des activités d'information et de promotion de la santé. L'infirmière cherche aussi des



solutions à des problèmes socioéconomiques, tels que la pauvreté et la sous scolarisation et elle apparaît, elle-même, plus démunie dans certaines communautés où peu de gens semblent prêts à s'engager. Pour assister la communauté dans l'apprentissage des solutions à ces problèmes, elle doit travailler en concertation. A-t-elle le temps et la formation requise pour le faire ? Ces stratégies relèvent-elles de son mandat ? Le lien entre les ressources internes et externes pourrait il être plus articulé ? Est-elle satisfaite du support qu'elle reçoit à cet effet de son CLSC, des organisateurs communautaires ?

Le tableau 4 présente, pour chacune des infirmières, les modalités de prestation de soins en vigueur dans sa communauté.

**TABLEAU 4**

INDICATEURS DE LA PRESTATION DE SOIN SELON CHACUNE DES INFIRMIÈRES INTERVIEWÉES

Indicateur de la prestation	Entrevue 1	Entrevue 2	Entrevue 3	Entrevue 4	Entrevue 5	Entrevue 6
<b>Horaire de travail dans le milieu</b>						
Nombre de jours/semaine	5	5	5	3	5	3
Souplesse dans l'horaire (J.S.N)(F.S)	Jour	Jour	J,S,F.S	J,S,F.S	J,S,	
Téléavertisseur (soins palliatifs, F.S.)	oui	oui	oui	oui	oui	
<b>Présence dans le point de service</b>						
Local bien identifié	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Visibilité, accessibilité	oui	oui	oui	oui	oui	
Nombre d'années qu'elle y travaille	1 an	1 an	10	1/2	10	2 1/2
<b>Globalité du service</b>						
Population 0-99 ans	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Gamme complète de service	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Accès aux ressources extérieures</b>						
Liens avec le CLSC	O.C., E.R., I.S.	T.S., O.C., E.M., E.R.	T.S., O.C., E.M., E.R.	T.S., O.C., E.M., E.R.	T.S., O.C., E.M., E.R.	T.S., O.C., E.M., E.R.
Ressources extérieures						
Spécialistes						
Médecins	oui	oui	oui			oui

**Légende**

O.C. : organisatrice communautaire  
E.M. : équipe multidisciplinaire  
J,S,N : Jour, Soir, Nuit

E.R. : équipe en milieu rural  
I.S. : intervenante sociale  
F.S. : Fin de semaine

T.S. : travailleuse sociale

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, nous pensons que la prestation de soins en vigueur dans le milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda favorise, en partie, l'utilisation de stratégies d'empowerment? »

Quelles sont alors les caractéristiques de la prestation de service qui favorisent l'utilisation de stratégies d'empowerment?

La pratique des infirmières interviewées est marquée par des relations interpersonnelles étroites et significatives dans la communauté. Ces liens de confiance avec les personnes leur permettent de déléguer des responsabilités et de travailler en collaboration avec des membres de la communauté.

On peut ressortir quatre (4) caractéristiques de la prestation de soins en vigueur qui semblent favoriser l'utilisation de stratégies d'empowerment.

### **1) La visibilité et l'accessibilité de l'infirmière et de son point de service**

L'horaire de travail, le nombre de jours de présence (5 jours/semaine), de même que la souplesse de l'horaire sont des facteurs déterminants. Offrir des services en soirée, pour répondre à certains besoins (par exemple : les vaccinations d'enfants : une belle occasion qui permet de rencontrer les deux parents).

Un local accueillant et bien identifié. Il faut souligner aussi que la durée de l'engagement joue un rôle. En effet, plus longtemps l'infirmière travaille dans les mêmes villages, plus ses liens sont personnalisés avec les gens et plus elle peut utiliser certaines stratégies d'empowerment.

### **2) La globalité des services**

Une approche qui inclut des activités de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation avec les personnes de tous les âges est très favorable. En plus, étant en contact avec un grand nombre de personnes, elles sont en mesure de faire des liens autant dans l'analyse des situations que dans le plan intervention. Rappelons que DeBella et Al (1986) mettent l'accent sur les aspects positifs de la visibilité, du respect, du temps disponible pour enseigner, ce qui favoriserait une orientation de l'intervention vers la prise en charge de la communauté.

### **3) L'accès aux ressources extérieures**

Les infirmières servent très souvent d'intermédiaires efficaces auprès des ressources extérieures autant pour la santé physique que mentale, particulièrement avec les travailleurs de leur CLSC : *médecin, travailleuse sociale, nutritionniste, organisateur communautaire, hygiéniste dentaire* etc. Ce rôle accentue la relation de confiance envers l'infirmière

### **4) Accès aux ressources internes de la communauté**

Notre étude montre que les infirmières connaissent les leaders de la communauté et collaborent avec plusieurs personnes (professeurs, parents, membres de l'âge d'or, de la banque alimentaire, du conseil municipal, etc.) Pourrait-on dire qu'il s'agit presque d'un préalable très favorable à l'utilisation de stratégies d'empowerment de la part de l'infirmière?

Deux autres facteurs en dehors du mode de prestations de soins jouent un rôle important :

#### **Le dynamisme de la communauté**

Nous avons observé que plus une communauté est bien organisée, plus les membres ont un sens et une fierté d'appartenance ou des racines dans ces villages, plus l'infirmière peut travailler dans un esprit « d'empowerment ». Cette vitalité demande la concertation de plusieurs acteurs autant au niveau social, culturel, politique qu'économique.

#### **La personnalité de l'infirmière**

Sans pouvoir le démontrer de façon concluante, nous avons observé que les infirmières qui choisissent de travailler en milieu rural cherchent une autonomie professionnelle. Un peu à la manière des infirmières de colonie ou de celles qui vont travailler dans le Grand Nord, elles sont intéressées à exercer le plein rôle d'une infirmière qui en embrasse large, une intervenante généraliste et polyvalente, habile, sollicitée à intervenir dans des situations variées et motivée à créer des liens significatifs dans sa communauté. C'est d'ailleurs une des caractéristiques du nursing rural que nous avons notée chez Bigbee (1993) «Une grande autonomie et un sentiment de contrôle sur les soins qu'elle donne apportant beaucoup de satisfaction au travail».

D'autre part, l'analyse des données fait ressortir dans quelle mesure ces infirmières sont orientées vers des stratégies d'empowerment, et dans quelles situations elles éprouvent des difficultés à le faire.

Voici ce qui se dégage :

#### **Au niveau de leurs interventions avec les individus et les familles**

Elles semblent prendre conscience et tenir compte du niveau de compétence et des habiletés qui rendent l'individu capable de contrôler certains aspects de sa santé et même à surmonter certaines barrières. Ceci se traduit bien par l'information adaptée aux différentes personnes, jeunes et plus âgées, souvent en partant de leurs questions, en dépistant, par exemple, ceux ou celles qui ne savent pas lire et à qui on doit fournir d'autres outils, etc. Elles réajustent l'information au besoin. Elles travaillent avec les valeurs et les croyances des gens. Elles savent dépister les personnes qui peuvent être des aidants naturels pour une famille en difficulté par exemple. Elles évitent les formes d'endoctrinement, de l'avis ou de la persuasion.

Par contre, il faut souligner que les stratégies employées pour augmenter l'estime de soi et le contrôle interne chez l'individu et sa famille ressortent moins. Rappelons que l'éducation pour la santé dans une perspective d'empowerment, selon MacKintosh (1995), ne peut plus avoir comme objectif seulement un changement du comportement chez l'individu; elle doit plutôt viser à développer sa motivation, sa confiance et l'estime de soi afin d'augmenter ses compétences dans la prise de décision. Cet aspect nous semble important et nous a amenées à soulever certaines questions dont nous n'avons pas trouvé les réponses et nous incite à croire qu'il faudrait poursuivre la discussion avec les principales intéressées.

Il serait aussi intéressant de pousser plus loin cette étude pour savoir comment les infirmières travaillent à impliquer les individus et leur famille comme expert de leur santé tout au long du processus de promotion, de prévention, de traitement ou de réadaptation.

Enfin, nous n'avons pas suffisamment d'informations sur le processus qu'elles utilisent pour partir de la vision du problème de la personne, pour respecter le cheminement que celle-ci privilégie pour la gestion de la santé et pour favoriser l'implication de l'individu tout au long du processus décisionnel.

Les infirmières semblent connaître la culture des communautés où elles s'insèrent, elles créent des conditions favorables à la formation de groupe, elles utilisent de façon efficace les ressources existantes, elles reconnaissent les leaders et les sollicitent, et elles développent le partenariat. Elles sont accessibles dans la communauté.

Toutefois, nous avons retracé moins d'indices dans leur façon de développer le souci de l'autre, de stimuler la fierté des membres de la communauté, de reconnaître les personnes motivées au changement. Elles notent que ce sont souvent les mêmes personnes qui s'impliquent.

Enfin, on observe moins bien la façon dont elles soutiennent les gens pour leur apprendre à travailler ensemble, à développer leur capacité, à susciter le changement. Enfin, comment assistent elles la communauté dans l'apprentissage des habilités de communication, de résolution de conflits et de résolution de problèmes ?

Lors d'un constat sur les conséquences de la sous scolarisation et de la pauvreté sur la santé globale des gens, les infirmières sont démunies et déplorent, par exemple, que le moyen en place « recours à la banque alimentaire » ne règle pas le problème à la source. D'autre part, la concertation entre les intervenants du C.L.S.C. qui interviennent dans une communauté n'est pas claire et paraît parfois presque absente. Rappelons aussi que lorsqu'on parle des efforts de promotion de la santé, on reconnaît que l'amélioration de la santé dépasse la compétence des seules politiques de santé; les politiques sociales dans les secteurs du logement, du transport, de l'emploi et du soutien du revenu peuvent avoir des effets plus importants sur la santé que l'ajout de ressources en santé (Shah 1995).

## **RECOMMANDATIONS**

Une des infirmières nomme le défi à relever :

«Je ne veux pas qu'ils soient dépendants. Je veux que les gens aient des **outils** pour se prendre en mains».

Cette recherche, autant documentaire que terrain, a relevé l'importance de plusieurs outils. Si nous osions ressortir quelques recommandations nous signalerions l'importance :

- De recruter des infirmières motivées à un travail de généraliste, où l'autonomie professionnelle est essentielle, tout en ayant une attitude très coopérative avec les ressources internes et externes de la communauté.
- D'offrir aux infirmières, une formation continue en communication et en développement communautaire.
- De réviser les mécanismes de concertation avec les autres acteurs autant au niveau des villages que du CLSC et des autres acteurs régionaux tant de niveaux politique que socio-économique. Dans ce sens, le concept de Villes et villages en santé est à regarder de près en tenant davantage compte de l'infirmière en milieu rural qui, d'après nous, a une relation privilégiée avec la population.
- De favoriser la durée de leur engagement dans la communauté

Enfin, dans le contexte d'une recherche de services de santé plus efficaces et moins coûteux, dans une période où on découvre que l'attitude d'un individu face à la vie détermine à fois la qualité et la durée de cette vie, il faut souligner la valeur de cette relation personnalisée empreinte de respect et de confiance dans la personne et son entourage. Il faudrait nous pencher de façon plus précise sur les attitudes, les techniques employées pour susciter cette implication des gens dans la prise en charge de leur santé personnelle, familiale et communautaire.

### **Conclusion**

En bref, cette recherche fait ressortir que les conditions de pratique des infirmières dans la MRC de Rouyn-Noranda favorisent certaines stratégies d'empowerment. Les obstacles sont là : on parle de pauvreté, de sous scolarisation, de communauté moins dynamique... Il serait important de mieux connaître les techniques, les outils, les méthodes que les infirmières utilisent pour réaliser cette implication des gens dans la prise en charge de leur santé et, explorer de nouvelles approches pour

développer, chez un plus grand nombre, la motivation et l'estime de soi, le sentiment d'appartenance à une communauté dynamique, les habilités de solutions de problème et de prises de décision.

Suite à cette recherche, nous sommes très conscients que des facteurs autres que l'approche de l'infirmière jouent un grand rôle. Le dynamisme d'une communauté en santé et son développement social et économique, la promotion de certaines valeurs sont des éléments clés et ils concernent plus d'un acteur autant aux niveaux local, régional que provincial. Comme il a déjà été mentionné, c'est le terreau nécessaire pour faire germer une véritable prise en charge de leur santé par les gens de la communauté.

## LISTE DES ANNEXES





ANNEXE 1  
GRILLE D'ENTREVUE



## **Entrevue semi-structurée**

### **BLOC 1 : IDENTIFICATION**

1. Présentation personnelle de l'intervieweur
2. Nom, professeure en sciences infirmières à l'UQAT
3. But de l'entrevue : Connaître les stratégies utilisées auprès de l'individu et de la famille, des groupes et de la communauté pour favoriser la prise en charge.
4. L'importance que cette entrevue représente pour nous.

### **BLOC 2 : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INFIRMIÈRE**

- 1- Quel est le mode de prestation de soins que tu dispenses (horaire de travail, nombre de jour par semaine, les responsabilités)?
- 2- Vis-tu dans la communauté?
- 3- Nomme les communautés dont tu es responsable?
- 4- Où est situé le point de service?
- 5- Depuis combien d'années travailles-tu- dans ce milieu?
- 6- Est-ce ton choix de travailler en milieu rural et dans cette communauté? Sous question possible
- 7- Assumes-tu seule le travail dans cette communauté?
- 8- Avec quel(les) professionnel(les) travailles-tu surtout ?
- 9- Quels liens entretiens-tu avec l'équipe multidisciplinaire du CLSC?
10. Y a-t-il des réunions formelles avec cette équipe?

### **BLOC 3 : DEMANDE INDIVIDUELLE D'AIDE**

1. Quel type de demande individuelle reçois-tu?
2. Lors d'une demande d'aide individuelle, quelles sont tes principales préoccupations lorsqu'il s'agit de répondre à cette demande? Clarifier selon réponse à la question 1.
3. Quels types d'interventions entreprends-tu-?
4. Comment assures-tu le suivi de ton ou de tes intervention(s)?
5. S'il y a de l'information ou de l'enseignement à donner comment procèdes-tu?
6. Comment évalues-tu en général tes interventions?(sentiments, rôles)
7. Que considères-tu comme une intervention réussie ? Pourquoi ?
8. Qu'est-ce que tu considères comme non réussie? Pourquoi?

### **BLOC 4 : INTERVENTION DE GROUPE**

- 1- Quels sont les groupes avec lesquels tu travailles?
- 2- Quels sont les besoins ou demandes de ces groupes? Et comment y répondez-vous?
- 3- Comment te prépares-tu pour répondre à ces demandes?
- 4- Quelles sont les activités ou les moyens utilisés pour atteindre les objectifs du (des) groupe(s)?  
Comment réalises-tu l'intervention avec ce (s) groupe(s)?

- 5- Comment évalues-tu tes interventions au niveau des groupes?
- 6- As-tu contribué à mettre sur pied un ou des groupes ?
- 7- Comment cela s'est-il fait? (processus collaborateurs)
- 8- Quels sont les objectifs de ce (s) groupe(s) ? Par qui ont-ils été définis? Pourquoi?
- 9- Comment se fait l'information ou l'enseignement au niveau du ou des groupe(s) ?
- 10- Comment vois-tu ton rôle dans les groupes? (Est-ce différent?)
- 11- Qu'est-ce que tu considères comme une intervention satisfaisante réussie ? À quoi attribues-tu cette satisfaction?
- 12- Qu'est-ce que tu considères comme insatisfaisant? À quoi attribues-tu- cette insatisfaction?

## **BLOC 5 : INTERVENTION COMMUNAUTAIRE**

- 1- Si tu avais à présenter cette communauté à des gens qui ne la connaissent pas, comment la décrirais-tu-, quelles sont ses caractéristiques ?
- 2- D'après toi qui sont les leaders?
- 3- Quels sont les facteurs (environnementaux et sociaux) qui affectent la santé globale de la communauté?
- 4- As-tu participé ou participes-tu à des interventions qui touchaient ou touchent l'ensemble de la communauté?
- 5- Quelles sont-elles ?

- 6- Quelles sont les caractéristiques de la communauté qui facilitent ou entravent ton travail communautaire ?
- 7- As-tu été témoin d'un changement dans la communauté? Comment s'est-il fait ? Quel rôle y joues-tu ?
- 8- Quelles ressources les gens utilisent-ils dans la communauté? À l'extérieur?
- 9- Comment évalues-tu tes interventions au niveau communautaire? (sentiments rôles)
- 10- Qu'est-ce que tu considères comme une intervention réussie, satisfaisante ? Pourquoi?
- 11- Qu'est-ce que tu considères comme insatisfaisant ? Pourquoi?

## **BLOC 6 : EMPOWERMENT**

- 1- Comment définis-tu l'empowerment ?
- 2- Peux-tu me donner des stratégies que tu utilises pour favoriser l'empowerment
  - Au niveau individuel
  - Au niveau du groupe
  - An niveau de la communauté
- 3- D'après toi, le fait d'être présente dans la communauté cinq jours par semaine favorise-t-il l'utilisation de stratégies d'empowerment?
  - Pourquoi?
  - Comment?

ANNEXE 2  
GRILLE D'ANALYSE DES ENTREVUES





La grille d'analyse suivante vise à recueillir les informations qui permettront de répondre à notre question principale de recherche :

Est-ce que la prestation de soins en vigueur dans le milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda favorise l'utilisation de stratégies d'empowerment par les infirmières?

Pour ce faire nous avons trois séries d'indicateurs répondant chacune à nos trois questions secondaires

## **1- INDICATEURS DE L'UTILISATION DE STRATÉGIES D'EMPOWERMENT**

Première question secondaire :

Quelles sont les stratégies d'empowerment utilisées par l'infirmière auprès de l'individu famille groupe et communauté?

### **1.1 L'individu/famille**

- Dans son rôle de partenaire et de facilitateur, l'infirmière doit développer des stratégies afin d'augmenter l'estime de soi et le contrôle interne chez l'individu/famille.
- Dans son rôle de facilitateur, elle prend conscience et en tient compte dans ses interventions :

1.1.1 Des facteurs sociaux et environnementaux qui affectent l'individu/famille :

- Argent
- Transport
- Disponibilité des ressources
- Informations disponibles
- Autres

1.1.2 Du niveau de compétences et d'habiletés qui rendent l'individu/famille apte à contrôler certains aspects de sa vie et même à surmonter certaines barrières environnementales.

- 1.1.3 Du sentiment que l'individu/famille a de son contrôle personnel (le sentiment d'avoir du pouvoir sur sa vie)
- 1.1.4 Des valeurs et des croyances de l'individu/famille concernant sa santé

Elle travaille à augmenter la *motivation* et *l'estime de soi* :

- 1.1.5 Appuie sur les forces, les intérêts de l'individu
- 1.1.6 Valorise les gains si petits soient-ils
- 1.1.7 Travaille avec les valeurs et les croyances pour faciliter l'apprentissage et le sentiment de compétence

Lorsqu'elle donne de l'*information* ou fait de l'*enseignement* l'infirmière :

- 1.1.8 Évite les formes de l'endoctrinement de l'avis ou de la persuasion
- 1.1.9 Réajuste l'information et l'enseignement selon les besoins du client
- 1.1.10 Identifie une personne dans l'entourage, motivée à devenir un soutien ou un aidant (jumelage, soutien)

Dans son rôle de *partenaire*, elle considère l'individu/famille comme l'expert de sa propre santé. Elle doit donc :

- 1.1.11 Partir de sa vision du problème
- 1.1.12 Respecter le cheminement qu'il privilégie pour la gestion de sa santé
- 1.1.13 Travailler avec ses propres objectifs à lui, ses propres stratégies pour favoriser l'implication de l'individu tout au long du processus décisionnel

## **1.2 Le groupe/communauté**

- 1.2.1 L'infirmière connaît la *culture* de la communauté

L'infirmière connaît les *caractéristiques* d'une communauté *compétente* et travaille dans ce sens :

- 1.2.2 Développe le souci de l'autre (les membres)
- 1.2.3 Encourage la communication efficace
- 1.2.4 Favorise la résolution des conflits
- 1.2.5 Crée des conditions favorables à la formation de groupes
- 1.2.6 Encourage et nourrit le réseau social
- 1.2.7 Stimule la fierté des membres de la communauté

Afin d'augmenter le *contrôle* sur les éléments qui affectent la vie des membres de la communauté ,  
l'infirmière dans son rôle de *partenaire* et de *facilitateur* :

- 1.2.8 Apprend aux membres à travailler ensemble
- 1.2.9 Développe le partenariat ( responsabilité partagée par des gens ou des groupes qui apprennent à croire en eux-mêmes)
- 1.2.10 Développe la capacité de susciter le changement
- 1.2.11 Assiste la communauté dans l'apprentissage des habiletés de solutions de problèmes
- 1.2.12 Utilise de façon efficace les ressources existantes
- 1.2.13 L'infirmière accroît aussi sa visibilité et son accessibilité dans la communauté
- 1.2.14 Reconnaît les leaders
- 1.2.15 Reconnaît les personnes motivées au changement

## **2. INDICATEURS DU LIEN ENTRE LA PRESTATION DE SOINS ET L'UTILISATION DE STRATÉGIES D'EMPOWERMENT**

Deuxième question secondaire :

Quel est le lien entre la prestation de soins en vigueur dans le milieu rural de la MRC de Rouyn-Noranda et l'utilisation de stratégies d'empowerment de l'infirmière?

## BIBLIOGRAPHIE



BERTHIAUME, N. et GIRARD, C. (1994) La population et les ménages du territoire de CLSC de Rouyn-Noranda Tome 2. Monographies. Régie Régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi- Témiscamingue

BIGBEE, J.L. (1993) "The Uniqueness of Rural Nursing" in The Nursing Clinics of North America Vol.28. No.1. W.B. Saunders company. Philadelphia

BUSHY, A. (1995) "Harnessing the chaos in health care reform with provider-community partnerships." *J Nurs Care Qual*; 9 (3) p.10-19 Aspen Publishers, Inc.

BUSHY, A.(1994) "When your client lives in a rural area part 1: Rural health care delivery issues." *Issues in Mental Health Nursing*,15 p.253-266.

CHANDRAKANT, P. (1994) Public Health and Prevention Médecine in Canada. (Trad:F.Turcotte 1995) Les Presses de l'université Laval

DEAL, Lisa W. (1994) "The Effectiveness of Community Health Nursing Interventions: A literature Review" *Public Health Nursing*, 11 (5) p.315-323.

GASSE, J.M. et GUAY, L. (1997) Des modèles conceptuels en soins infirmiers. Presses inter Universitaires, Cap-Rouge.

GAGNON, C. (1996) "Susciter le changement émergent " Réseau 28 (4) Décembre/Janvier. Université du Québec

JEAN, B.(1997) Territoires d'avenir. Pour une sociologie de la ruralité. Presses de l'université du Québec, Sainte Foy.

MACKINTOSH, N. (1995) "Self-empowerment in health promotion:a realistic target?" British Journal of Nursing 4. (21) p.1273-1278.

MARTIN, C. (1992) L'infirmière de colonie en Abitibi-Témiscamingue. Imprimerie Harricana inc. Amos Québec.

MAY, KathleenM., MENDELSON Cindy, FERKETICH Sandra (1995) "Community Empowerment in Rural Health Care." Public Health Nursing 12 (1) p.25-30.

MULLENDER & WARD (1991) "Self-Directed Groupwork-Users take action for empowerment." (Trad:Grégoire 1997)

RENAUD, M. (1994) "Expliquer l'environnement social comme facteur clé de la santé" Interface mars, avril. Association canadienne française pour l'avancement des sciences.





## **Chaire Desjardins en développement des petites collectivités**

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
445, boulevard de l'Université  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4  
Téléphone : (819) 762-0971 poste 2394  
[chaire.desjardins@uqat.ca](mailto:chaire.desjardins@uqat.ca)  
[web2.uqat.ca/chairedesjardins](http://web2.uqat.ca/chairedesjardins)

### **Son histoire :**

Fondée en 1993 grâce aux efforts et au soutien financier du Mouvement Desjardins, du Secrétariat au développement des régions du gouvernement du Québec, devenu depuis le ministère des Régions, de la Fondation de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et de différents partenaires du milieu, la Chaire s'appuie sur une équipe de professeurs-chercheurs de l'UQAT et sur un réseau grandissant de chercheurs et de collaborateurs externes pour mener à bien sa mission.

### **Sa mission :**

Développer par l'intérieur en animant et soutenant les petites communautés dans la prise en charge de leur développement.

#### Études et recherches

La vitalité sociale, la viabilité économique et la validité politique des petites collectivités constituent les principaux axes de recherche de la Chaire Desjardins en développement des petites collectivités.

#### Enseignement

La Chaire Desjardins en développement des petites collectivités met sur pied et soutient des enseignements et des programmes de formation visant à mieux habiliter les intervenants à intervenir dans les petites collectivités. Elle a organisé, notamment, la première session de l'Université rurale québécoise en août 1997, à Rouyn-Noranda, en Abitibi.

#### Intervention

La Chaire Desjardins en développement des petites collectivités soutient, encadre et anime les petites collectivités dans la prise en charge de leur développement en s'appuyant sur la capacité d'action des individus au sein de leurs communautés.



