

LA SIXIEME DEMARCHE

**Thème : Programme d'orientation des infirmières ,
adapté à un centre hospitalier.**

5.6 La sixième démarche (P6)⁸³

Cette démarche est la seule où le plan d'action n'a pas fait partie de la démarche, ce qui va à l'encontre de notre définition d'une recherche-action. La recherche présente une démarche méthodologique en vue d'élaborer un programme d'orientation pour les infirmières en début d'emploi, en prenant appui sur les expériences passées de la praticienne et d'un groupe d'infirmières. Elle éclaire le protocole sur deux points: soit l'importance du champ de liberté professionnelle de la praticienne et le choix d'un modèle de recherche-action.

1) La présentation

Cette démarche est celle d'une professeure en techniques infirmières dans un collège où les enseignements concernent principalement les stages pratiques des étudiantes, en milieu hospitalier.

Pendant deux étés consécutifs, la praticienne a été à l'emploi d'un centre hospitalier en vue de planifier le soutien des infirmières en début d'emploi. A la suite de ces expériences, elle a choisi, comme objet de recherche, d'élaborer un programme d'orientation et un plan d'intégration adaptés au contexte de ce centre hospitalier. Un processus de recherche-action était alors retenu comme démarche en vue d'impliquer les infirmières qui avaient participé aux expériences précédentes.

Après avoir considéré le modèle des systèmes souples en vue de modéliser ce programme, la praticienne retenait le modèle australien. Ce modèle lui permettait de considérer la construction du programme dans un continuum de plusieurs cycles successifs. Alors que les deux premières expériences de soutien des infirmières lui avaient permis d'élaborer un premier programme dans le feu de l'action, la présente recherche servirait à approfondir les programmes d'orientation existants, au Québec et à utiliser ces expériences, en vue d'adapter un programme à l'hôpital concernée.

⁸³ Fecteau, L. (1989) Programme d'orientation des infirmières adapté à un centre hospitalier. Rapport de recherche en rédaction. Maîtrise en éducation. Rimouski: Université du Québec à Rimouski.

La recherche a été réalisée sur une période de trois ans (1988-1990). Elle impliquait la participation de la responsable des soins infirmiers, de 7 infirmières d'expérience et de 12 infirmières en début d'emploi. Comme la praticienne n'a pas encore complété sa recherche, la proposition et la validation du programme auprès des intervenants n'a pu être intégrée à notre analyse.

2) L'analyse et les observations

Étape 1: L'émergence du projet

La praticienne, actuellement professeure contractuelle en techniques infirmières dans un cegep, possédait une expérience de plusieurs années comme infirmière pratiquante. Lors de son entrée dans le programme de maîtrise, ses intentions de recherche émergeaient de l'incohérence entre les objectifs du programme concernant les stages pratiques et les activités de stage vécues par les étudiantes dans les milieux hospitaliers. La praticienne avait mis en évidence cette problématique du manque de cohérence entre ces deux éléments. Cette constatation l'avait amenée à considérer la planification d'une intervention visant un rapprochement des objectifs de formation et de pratique, concernant l'organisation des stages, entre l'institution d'enseignement collégiale et le centre hospitalier. Le projet de la praticienne visait alors à former un comité de travail composé de responsables des deux institutions en vue d'harmoniser les objectifs des stages. Le milieu collégial était déjà sensibilisé à cette problématique du manque de liens entre les deux institutions. Par contre, aucune indication ne mettait en évidence un tel intérêt de la part des intervenants du centre hospitalier.

Nos premières rencontres (entre la praticienne et nous) ont porté sur l'analyse du contexte en tenant en compte de la praticienne, du terrain de recherche et du thème considéré. Cette situation de recherche-action présentait des risques, dès la première lecture, sur les points suivants: la praticienne n'avait pas de mandat de l'institution collégiale pour s'occuper de cette problématique; elle ne possédait pas de fonctions de responsabilité dans cette même institution qui lui permettait d'engager des démarches au nom du CEGEP, auprès du centre hospitalier; elle était

dans la région depuis peu de temps et peu connue des intervenants du centre hospitalier; enfin, la crédibilité acquise à ce jour n'était peut-être pas suffisante pour motiver les implications de ces intervenants dans un projet d'intervention. Une rencontre avec la responsable du programme lui a démontré l'impossibilité de s'impliquer dans ce projet. A regret, l'étudiante a dû réorienter son projet.

Par une coïncidence heureuse, une responsable des soins infirmiers dans un autre centre hospitalier régional et faisant également partie du même groupe d'étudiants inscrits au programme de maîtrise, désireuse d'implanter un programme d'orientation en début d'emploi, pour les infirmières nouvellement diplômées, a proposé à ce professeure de prendre en charge un tel programme.

Cette rencontre l'a conduite, à l'été 87, à mettre en place, dans des délais très courts, un programme d'orientation des infirmières en début d'emploi. De cette première expérience émergeait l'orientation de la présente recherche-action, i.e. le développement d'un programme d'orientation adapté à ce centre hospitalier, par une démarche de recherche-action, mieux structurée que la première intervention et sur laquelle elle prendrait appui.

Une revue de la littérature a mis en évidence les difficultés d'adaptation des nouvelles infirmières en début d'emploi et leur manque de formation à la pratique, d'encadrement et de ressources. Cette situation avait conduit plusieurs centres hospitaliers à initier un programme d'orientation des nouvelles infirmières. Suite aux recommandations de l'Office des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) et du ministère de la Santé et des Services Sociaux (M.S.S.S.), quelques modèles ont été développés par des centres hospitaliers, selon leurs besoins et leurs contextes particuliers. Ces organismes précisaient que tout programme d'orientation devait être adapté au centre hospitalier concerné.

Les observations (Etape 1)

P6-JB-1 Nous observons encore une fois que c'est une situation problématique de la pratique professionnelle qui a amené la praticienne à une réflexion critique sur le manque de cohérence entre les objectifs du programme de formation et les

activités pratiques des étudiantes infirmières, lors des stages en milieu hospitalier, ainsi qu'à une volonté d'intervenir.

P6-JB-2 La praticienne a développé un discours idéologique concernant la nécessité de liens entre la théorie et la pratique, à partir d'une situation concrète, celle des stages pratiques.

P6-JB-3 Le premier projet de cette praticienne a confirmé l'importance que nous accordons à la dimension du champ de liberté du praticien. En effet, l'une des premières démarches d'un praticien, suite à l'identification d'une problématique et à son désir d'intervenir, est de vérifier si son projet s'inscrit dans son champ de liberté, i.e. dans son champ de travail reconnu par l'institution. Si le projet dépasse les limites du champ professionnel, les démarches en vue du démarrage du projet, seront plus risquées, demanderont plus de support hiérarchique et plus de stratégies dans la recherche des participations, comme nous l'avons vu dans la première démarche.

P6-JB-4 Alors que son premier projet de recherche dépassait les limites de son champ de liberté professionnelle, le deuxième projet nous permettait d'identifier plusieurs caractéristiques qui plaçaient cette praticienne dans un contexte favorable de réalisation, telles que

- la présence d'un besoin dans le milieu hospitalier;
- ses expériences à la fois de professeure et d'infirmière;
- ses connaissances du programme initial de formation;
- les relations développées avec les intervenants du milieu lors des deux expériences précédentes;
- le support de l'association professionnelle et du ministère;
- la faisabilité du projet car d'autres expériences similaires existaient au Québec.

P6-JB-5 Cette recherche a consisté à adapter une solution à un contexte donné et non, à trouver une solution à un problème. Plusieurs hôpitaux et organismes avaient vu, dans l'implantation d'un programme d'orientation, la solution aux

problèmes des infirmières. Il s'agissait ici d'adapter cette solution à l'hôpital concerné sans remettre la solution en question.

P6-JB-6 Il est facilitant de démarrer un projet de changement lorsque des appuis sont manifestés, dès les premiers discours du praticien.

P6-JB-7 Nous observions encore ici que c'est le discours de la praticienne qui a déclenché les appuis du milieu.

P6-JB-8 Sur la base du premier projet de la praticienne, il apparaissait plus complexe d'organiser un processus participatif entre deux institutions indépendantes, que dans une même institution. L'émergence d'un projet entre deux institutions indépendantes exige des stratégies de négociations différentes comparativement à un projet d'un praticien dans sa propre organisation.

Etape 2 La reconnaissance du terrain

Afin d'élaborer un programme adapté, la praticienne a considéré deux sources d'information: soit, la connaissance des programmes d'orientation élaborés par d'autres hôpitaux, soit les données provenant de ses deux expériences de soutien des infirmières en début d'emploi.

Nous avons ensuite exploré la qualité des relations entre la praticienne et les infirmières lors de ces expériences, les possibilités de les associer au processus de la recherche et leurs contributions. Leur participation a consisté à effectuer un retour sur les expériences passées, une projection du futur programme et la validation d'une proposition de programme.

Les observations (Etape 1)

P6-JB-9 Comme pour toutes les démarches analysées jusqu'à maintenant, la reconnaissance du terrain portait toujours sur l'objet et sur le processus participatif lorsque la praticienne considérait la faisabilité d'une démarche.

P6-JB-10 Les participations recherchées ici étaient surtout de l'ordre de la consultation.

Etape 3 Le cadre de référence

Une revue des modèles de recherche-action nous a amenée à suggérer le modèle des systèmes souples de Checkland pour plusieurs raisons. Ce modèle se prêtait à la situation de recherche-action où un chercheur et des participants ont des rôles distincts et où le chercheur prend la responsabilité de l'analyse de la problématique et de la modélisation d'une réponse à un problème donné.

A un moment la praticienne avait terminé la cueillette d'information provenant des expériences sur le terrain et remettait en question la pertinence du modèle des systèmes souples, pour les étapes suivantes. L'analyse des données de la problématique (en terme de définition de visions différentes des groupes d'intervenants) et la modélisation allongeaient le processus, sans l'assurance que cet exercice méthodologique enrichisse le programme d'orientation⁸⁴.

Les réticences de la praticienne nous obligent à considérer les autres modèles. Le modèle australien est alors retenu en raison de l'analogie entre les boucles récursives du processus et les expériences successives dans l'orientation des infirmières en début d'emploi.

Selon ce modèle, les étapes de sa démarche de recherche ont été les suivantes:

L'évaluation des expériences passées (Etape 4.3 du premier cycle).

Le cadre de référence: l'analyse des programmes d'orientation existants (Etape 3 du 2e cycle)

Le plan: l'adaptation d'un programme et sa validation auprès des

⁸⁴ Personnellement, nous croyons que le modèle de Checkland se prêtait à la présente recherche et que les visions spécifiques des divers groupes d'intervenants auraient permis de développer un programme adapté à chaque groupe et de façon plus spécifique. De plus, le modèle de Checkland aurait permis de mettre en évidence les définitions de base ("roots definition") d'un programme d'orientation adapté.

intervenants.(Etape 4.1 du 2e cycle)

La réflexion sur le processus de la recherche (Etape 4.5 du 2e cycle).

Les observations (Etape 3)

P6-JB-11 Le changement de modèle chez la praticienne nous a permis de constater la prédominance du contexte de recherche sur la méthodologie. Le praticien a recherché un modèle qui correspondait à sa conception du processus de changement dans le contexte spécifique de sa pratique.

P6-JB-12 De plus, la praticienne a situé sa démarche méthodologique dans un espace-temps. En effet, la praticienne, en retenant ce modèle, a tenu compte que la présente recherche, bien que davantage fondamentale, se situait à un moment donné, et que le programme serait, par la suite, confronté au terrain.

P6-JB-13 La question du temps s'est posée lors du choix du modèle. La praticienne jugeait certaines étapes longues et posait la question de leur pertinence pour apporter une clarté aux décisions. Elle croyait que ces étapes l'éloigneraient de son terrain.

P6-JB-14 Cette praticienne reconnaissait, dans le modèle australien, sa façon de considérer l'évolution d'une situation en vue de l'améliorer.

Etape 4 Le deuxième plan d'action

Cette étape a consisté à élaborer un programme adapté, à la lumière des informations recueillies sur le terrain et à partir des programmes existants. Cette confrontation s'est effectuée par une dialectique entre les modèles théoriques recueillis et le contexte spécifique de la recherche, soit le centre hospitalier concerné.

La recherche se limitait à l'élaboration et à la validation du programme auprès des intervenants, sans le mettre à l'essai.

Les observations (Etape 4)

P6-R-15 Nous observions cette dialectique de la praticienne entre la théorie et la pratique pour l'éclairer dans l'élaboration du programme adapté à un contexte. Le point d'ancrage de sa réflexion demeurait le contexte du centre hospitalier. Les programmes existants étaient confrontés à ses connaissances et à ses informations du terrain et, retenus ou rejetés selon leur pertinence.

Etape 4.5 La réflexion sur le processus

Cette praticienne a participé au séminaire et à une réflexion personnelle, sous la forme d'un rapport, suite au séminaire. Nous présentons ses observations, suivies des nôtres.

Les observations de la praticienne

Le concept d'entente

P6-SRR-16 Les besoins ne venaient pas des gens, mais d'une situation problématique pour l'institution, et les personnes en situation de pouvoir collaboraient à la recherche d'une solution.

P6-SR-17 Nous avons constaté qu'il est important de respecter des ententes cohérentes avec la structure organisationnelle en place dans l'hôpital.

P6-SRR-18 Il y a des règles du jeu: celui qui présente un projet doit préciser le soutien qu'il est prêt à donner.

Le concept de participation

P6-SRR-20 Les participants se sont impliqués en fonction du temps dont chacun disposait et selon les éléments de recherche pertinents à leurs tâches professionnelles dans l'organisation. Leur degré d'implication est directement relié à leurs fonctions et à leurs rôles.

P6-SRR-21 Après quelques rencontres, on peut observer le degré de participation qu'un individu est prêt à investir.

Le concept de changement

P6-SRR-22 Des changements de direction apportent des changements dans les finalités du projet des intervenants ou en ajoutent. Un nouveau directeur a utilisé le programme d'orientation pour attirer les infirmières à postuler à ce centre hospitalier lors de l'ouverture de postes.

P6-SRR-23 Nous n'avons pas l'intention de changer les gens, mais plutôt la dynamique de l'organisation.

P6-SRR-24 Nous avons observé que des habiletés personnelles se sont développées. Des changements dans le fonctionnement du groupe ont été moins évidents.

Le concept d'action

Aucune observation de la praticienne.

Le concept de discours

P6-SRR-25 Il va de soi que les participants doivent s'entendre sur un vocabulaire commun.

P6-SRR-26 Nous avons observé une évolution très importante dans le discours des intervenants. Les échanges, lors des périodes de travail, augmentaient en congruence; les discussions et les décisions devenaient plus riches et plus fonctionnelles.

Les observations du chercheur sur la réflexion du praticien

P6-JB-27 Tout en venant de l'extérieur de l'organisation, cette praticienne s'est intégrée au milieu, suite à un contrat de travail. La recherche qui a suivi, effectuée sur une base volontaire, répondait aux besoins des infirmières. La praticienne était à leur service. Certains de ses commentaires laissent sous-entendre qu'elle en était à un niveau de collaboration étroite avec les intervenants du centre: "Je leur faisais des demandes et elles m'en faisaient également. Nous échangeons nos expertises."

P6-SRR-28 Suite aux difficultés rencontrées par la praticienne en début de recherche et au dénouement intéressant survenu par la suite, nous constatons qu'une recherche-action doit tenir compte des relations entre les trois éléments suivants: le praticien, le thème et le terrain.

3) Les leçons de la sixième démarche

Leçon 23 Le praticien doit aborder une problématique qui relève de son champ de liberté professionnelle.

Suite à l'expérience de plusieurs démarches, nous remarquons que les praticiens ont parfois tendance à choisir une problématique qui ne relève pas de leur champ de liberté professionnel, dans le sens que "le problème se situe dans la pratique des pairs" ou encore, le praticien n'a pas le pouvoir institutionnel pour engager certaines participations. Cette dimension des relations entre le praticien, le thème et le terrain, est la première qu'il doit considérer avant de débiter ses démarches. Tel que retenu aux observations P6-JB-3, 4 et 8, le praticien doit identifier les avantages et contraintes reliés à sa situation dans l'organisation et à ses acquis professionnels, en relation avec le contexte de la recherche.

Leçon 24 Une approche de recherche-action permet à des praticiens d'en arriver éventuellement à des recherches théoriques.

Comme c'est le cas dans cette sixième démarche, un premier et deuxième cycle de recherche-action peuvent être effectués par des praticiens reposant sur leurs

connaissances et réflexions collectives, sans un recours formel aux théories, jusqu'à ce que le groupe ait épuisé ses propres ressources et décide de recourir aux théories existantes et de formuler ses propres théories (Elliott, 1985). (P1-R-13, P3 JB-7, P3-JB-9, 11, 31, P5-JB-9, P6-JB-1,2)

Leçon 25 La base des premières démarches d'un praticien est une réflexion critique personnelle sur sa pratique, sa réflexion qui se poursuivra collectivement avec un groupe.

Nous apportons ici une extension à la Leçon 15 (Une recherche-action débute par une réflexion initiale du praticien). Suite à une première réflexion concernant la possibilité d'un projet et à une première projection de faisabilité, le praticien rencontre les participants en prenant appui sur ce premier discours. Cette proposition préliminaire peut demeurer la même ou être entièrement modifiée par les participants. Nous observons que la première proposition par les praticiens de la présente recherche doit être ensuite bonifiée par la réflexion critique des groupes concernés. Ces expériences nous démontrent que c'est la qualité de cette première proposition qui déclenche, dans plusieurs cas, la réflexion collective. La réflexion collective s'exerce davantage sur des propositions que sur une réflexion permettant l'émergence d'un premier projet. (P6-JB-6, 7)

Conclusion

La sixième démarche a permis de relever des observations et d'en tirer trois leçons, concernant la nécessité pour le praticien de considérer son champ de liberté (Leçon 23), d'utiliser collectivement ses connaissances d'expérience et d'aborder les théories lorsque le besoin est présent dans le groupe (Leçon 24) et, enfin, la présence de modalités de triangulation chez les praticiens meneurs de projet (Leçon 25).

LA SEPTIEME DEMARCHE

Thème : Implantation de la collecte de données en soins infirmiers.

5.1.7 La septième démarche (P7)⁸⁵

Cette septième démarche a mis en évidence le rôle primordial des valeurs et la détermination d'une praticienne dans l'émergence d'un changement, ainsi que l'ampleur que peut prendre un projet lorsqu'il est pris en charge par les participants.

1) La présentation

Ce projet s'est situé dans un centre hospitalier d'Edmunston, au Nouveau-Brunswick. Alors qu'au début, le projet proposait une expérimentation sur une unité pilote, sa pertinence et sa prise en charge par les participants ont amené la participation de tous les niveaux de l'hôpital, de la direction des soins infirmiers et des médecins, de l'École de formation des infirmières, des autres hôpitaux de la région, ainsi que la collaboration d'un professeur de l'Université de Montréal. Le projet a fait l'objet d'un article⁸⁶ dans la revue nationale des infirmières et de demandes de stages de formation de d'autres hôpitaux concernant l'implantation de la démarche de soins, dont une demande de France.

Pour les besoins de notre recherche, nous présentons un résumé des étapes de la recherche et des principales observations retenues, tout en considérant que la richesse des données de cette recherche, au plan méthodologique, mériterait une analyse plus approfondie. La complexité du projet et de son ampleur mettait en évidence la difficulté de rendre compte de la dynamique d'une telle démarche. Nous reviendrons sur ce point au dernier chapitre.

2) L'analyse et les observations

Etape 1. L'émergence du projet

Après plusieurs années de pratique professionnelle comme infirmière et ensuite comme responsable du nursing, la praticienne acceptait un poste de chargée

⁸⁵ Turcotte-Belley, M.C. Implantation de la collecte de données en soins infirmiers. Rapport de maîtrise en éducation, Université du Québec à Rimouski. 1990. 258p.

⁸⁶ Turcotte-Belley, M.C. "Un projet d'intégration de la démarche infirmière" dans La Revue Canadienne des Infirmières, février 1990, 42-44.

d'enseignement à l'université et y constatait l'écart dans la démarche de soins, entre les enseignements donnés aux étudiantes-infirmières dans le baccalauréat en nursing et la pratique des infirmières en milieu hospitalier.

Selon la praticienne, il était inacceptable que les infirmières n'appliquent pas de façon systématique la démarche de soins apprise pendant leur formation universitaire. Cette démarche, inscrite dans les normes de pratique infirmière et appuyée par leur association professionnelle, constitue la base de l'acte professionnel de l'infirmière. Elle est appliquée dans quelques hôpitaux au Québec, et peu dans les hôpitaux en région.

Sa connaissance des deux milieux, universitaire et hospitalier, ses connaissances théoriques de la formation infirmière et des pratiques professionnelles des infirmières en milieu hospitalier lui ont facilité l'analyse de cet écart entre la théorie et la pratique.

Les observations (Étape 1)

P7-R-1 Cette démarche originait d'un conflit entre les valeurs de la praticienne et la pratique infirmière dans la démarche de soins.

P7-JB-2 La praticienne effectuait seule cette réflexion critique, à partir de la lecture d'une situation concrète qui présentait un écart entre les enseignements universitaires dans le baccalauréat en nursing et les pratiques professionnelles dans le milieu hospitalier. Bien que la praticienne ne se soit inspirée d'aucun auteur, ce discours est un exemple d'écart institutionnel entre la formation et la pratique chez Schön (1983).

P7-R-3 La réflexion critique de la praticienne a été renforcée par le discours de l'Association professionnelle des infirmières et les pratiques scientifiques de la démarche de soins dans certains hôpitaux, ce qui a confirmé la pertinence et la faisabilité de l'implantation de cette pratique. Nous avons observé une

triangulation des informations qui a permis à la praticienne d'affirmer ses valeurs et sa volonté d'intervenir pour amener un changement dans la pratique professionnelle des infirmières.

Etape 2: La compréhension du terrain

A titre de responsable de la démarche de soins, la praticienne a identifié deux facteurs de résistance à l'utilisation de cette démarche: un formulaire de collecte de données trop long (8 pages) et une structure organisationnelle non adéquate à son utilisation. Pendant l'année 88, elle a procédé à une vérification informelle des facteurs de résistance dans le milieu hospitalier (triangulation), a rencontré les administrateurs et les infirmières de chaque unité lesquels ont confirmé les éléments problématiques initiaux.

Un changement d'emploi l'a conduite dans un centre hospitalier du Nouveau Brunswick, où elle a relevé les mêmes problèmes de non-utilisation de la collecte de données et une volonté présente d'améliorer le travail professionnel.

Un projet préliminaire a été préparé par la praticienne et proposé à ses supérieurs hiérarchiques, puis à l'administration de l'hôpital et accepté avec ses implications budgétaires. Cette entente reposait sur une volonté commune de la praticienne et de l'administration entourant la pertinence et les finalités du projet, lequel s'est concrétisé par la formation d'un comité regroupant les responsables concernés. Lors de la première rencontre du comité, les membres ont suggéré son élargissement pour y intégrer les infirmières de chevet, les infirmières du service d'éducation de l'hôpital et une représentante de l'École de formation infirmière.

Les observations (Etape 2)

P7-JB-4 Nous observons ici la détermination de la praticienne de modifier une pratique qui allait à l'encontre de ses valeurs. Elle vérifiait cette pratique problématique dans trois contextes de travail: tout d'abord en milieu universitaire et ensuite dans deux milieux hospitaliers.

P7-JB-5 La triangulation des informations apparaît comme un exercice d'objectivation que plusieurs ont utilisé à différents moments du processus: lors de la réflexion sur les valeurs, sur les modèles utilisés en démarche de soins, concernant l'observation des pratiques infirmières, etc. Une étude pourrait préciser l'utilisation de la triangulation par les praticiens comme méthode déjà présente dans leur pratique quotidienne.

Etape 3. Le cadre de référence

Le cadre de référence de la praticienne est éclectique et inclut des modèles déjà connus de la praticienne et du milieu hospitalier, ainsi que l'intégration d'un nouveau modèle méthodologique plus complexe que ceux qu'elle utilisait jusqu'à maintenant.

Le cadre de référence de la praticienne, des administrateurs de l'hôpital et des infirmières s'est appuyé sur les fondements scientifiques et pratiques de la démarche de soins selon le cadre conceptuel des soins infirmiers de Virginia Henderson.

Pour l'éclairer dans la réalisation du projet, elle s'est également inspirée des critères de projet en milieu hospitalier (Rochon, 1988). Ces critères sont les suivants:

- 1) Le projet présente un avantage sur ce qui existait auparavant.
- 2) Le projet respecte le vécu antérieur, il est compatible avec les valeurs des participants.
- 3) Le projet n'est pas complexe, il est simple à comprendre et à utiliser.
- 4) Les participants ne ressentent pas l'obligation d'adhérer au projet, ils sont libres.
- 5) Les participants peuvent suivre l'évolution du projet, le projet est observable.

Le cadre de référence méthodologique auquel la praticienne s'est référé au début et qui, selon elle correspondait à sa démarche préliminaire, a été le modèle des systèmes souples (Checkland, 1981). Cependant, devant les exigences

opérationnelles du modèle concernant l'expression de la problématique par les divers groupes d'intervenants impliqués, l'analyse systématique des données de la problématique et la modélisation systémique, ce modèle ne correspondait plus au contenu et au rythme souhaités par le comité. La praticienne et le comité ont alors choisi un processus de changement planifié (diagnostic-planification-exécution-évaluation) de type participatif, déjà connu du milieu administratif hospitalier (Collerette et Delisle, 1982).

Comme cadre de référence concernant la fonction de gestionnaire, la praticienne s'est référée à Peters (1988).

Les observations (Étape 3)

P7-JB-7 Les cadres de référence qui ont orienté la praticienne ont été de sources éclectiques, provenant des domaines de l'administration, des sciences infirmières et des sciences de l'éducation. Ils sont tous dirigés vers les processus.

P7-JB-8 Les participants au comité ont eu prise sur le choix méthodologique.

P7-R-9 La praticienne a jugé inutiles des démarches systématiques d'analyse de son terrain et considérait le connaître suffisamment en partant de son observation participante et de sa réflexion pour être en mesure d'élaborer un plan d'intervention. Elle comptait alors sur les connaissances des autres participants qui ont émergé lors des discussions d'un plan d'action (triangulation des points de vue).

P7-JB-10 Le changement de modèle en cours de recherche a confirmé la dominance du contexte sur la méthodologie et la priorité des décisions des participants sur celles du praticien.

Etape 4.1 L'élaboration du premier plan d'action

La recherche a consisté à amener les infirmières à utiliser la démarche de soins dans leur pratique professionnelle, 1) en créant un formulaire approprié pour la collecte de données et en développant un mode organisationnel d'utilisation, 2) en l'implantant, à titre expérimental, sur une unité de soins, en faisant évoluer l'instrument par une confrontation à la pratique, et en le modifiant, avant de l'adapter et de l'implanter sur d'autres unités de l'hôpital.

Les premières rencontres du comité ont permis de définir son mandat, ses objectifs, ses activités et les délais de réalisation. Par la suite, les activités ont été réparties en toute collégialité selon la disponibilité et les affinités de chacune. Certaines participantes se sont impliquées de façon intensive, d'autres moins.

La praticienne assumait le leadership de l'ensemble du processus.

Le plan d'intervention incluait une phase importante de perfectionnement des infirmières sur la démarche de soins (car ces notions étaient vagues pour plusieurs infirmières). A l'automne 88, le projet commandait l'embauche de deux personnes, l'une pour la formation des infirmières concernant la démarche de soins; l'autre, pour le suivi des applications pratiques sur les unités de soins.

Depuis le début de la démarche du comité, des comptes rendus de réunions étaient distribués aux intervenants concernés. Pendant la phase de l'élaboration du formulaire (quatre mois), les membres du comité étaient invités à lire une documentation de base, à élaborer, à corriger et à discuter. Une documentation de base était également sélectionnée pour les infirmières et un examen leur permettait de vérifier leurs connaissances de la démarche de soins.

La direction de l'hôpital endossait le plan d'action, demandait que l'expérimentation couvre plusieurs unités de soins et engageait des démarches de financement auprès des instances gouvernementales du ministère de la Santé (mars 1989). Dans un rapport au centre hospitalier, le ministère reconnaissait le bien

fondé du projet. De son côté, le Conseil d'agrément des Hôpitaux du Canada voyait leurs recommandations mises en application.

Les observations (Etape 4.1)

P7-R-11 De nombreux niveaux hiérarchiques étaient appelés à s'impliquer dans ce projet, allant du ministère, à l'école de formation des infirmières, ainsi que de l'hôpital.

P7-R-12 La phase de planification comportait de nombreuses actions stratégiques orientées vers la diffusion de l'information, à toutes les personnes concernées, entourant le travail du comité, ainsi que des documents portant sur la démarche de soins.

P7-R-13 Le projet de changement était supporté institutionnellement grâce à des modifications organisationnelles effectuées par la création du comité de coordination, au dégagement des participants pour les rencontres du comité et à la prise en charge par l'administration des démarches de financement auprès du ministère. Tel que retenu à la Leçon 9, nous observons ici les trois dimensions que Kemmis et McTaggart (1988) considéraient indispensables au changement dans un processus de recherche-action, à savoir des modifications au plan organisationnel, des modifications dans le discours et des modifications dans les pratiques.

P7-R-14 La formation des divers intervenants était une dimension importante de ce projet, comme dans toutes les démarches analysées.

P7-R-15 On observait peu de passivité car tous considéraient le projet faisable, réaliste, pertinent, valorisant le travail et la profession infirmière.

P7-R-16 Le comité, grâce à la présence de personnes expérimentées du milieu, a été en mesure de choisir des actions stratégiques pertinentes en fonction de son milieu. Il a développé des mécanismes pour répondre aux besoins du projet (instruments de travail), aux besoins de formation des personnes impliquées (cours de formation) et à leurs besoins de soutien pendant la phase de l'implantation. Nous

pouvons dire que, dans ce processus de changement, le comité s'est fortement préoccupé de la dimension humaine des intervenants à qui on demandait de modifier leurs comportements.

Etape 4.2 L'implantation et l'observation sur le terrain.

Pendant la phase d'implantation, le projet a pris de l'ampleur. Au moment où le comité débutait le projet sur l'unité pilote, les administrateurs ont demandé qu'il s'étende aux autres unités. Le comité a alors choisi d'aller en ce sens et un projet d'expérimentation en cascade débutait sur d'autres unités.

Dans le processus de changement, la formation pratique des infirmières sur les unités a pris une importance grandissante. Un sous-comité est constitué avec l'objectif de former des experts, i.e. des personnes devenant des ressources sur chaque unité. Un projet de vidéo de formation prenait forme. Lors des sessions de formation, la consultante consacrait la première partie de la journée à laisser les participants verbaliser leurs attentes et leurs craintes. Encourager la verbalisation, demeurer ferme et apporter des arguments positifs ont été les principes de canalisation des énergies humaines que les membres du comité avaient choisis.

L'implantation du nouveau mode de cueillette des données a commencé, sur l'unité pilote, en juin 89. Le questionnaire d'admission jusqu'alors utilisé devenait désuet.

Beaucoup d'encouragement a été dispensé les premiers jours d'implantation, afin de soutenir, de stimuler les infirmières dans leurs efforts et de maintenir leur moral. Les infirmières déploraient alors leur manque de formation concernant les techniques d'entrevue auprès des patients afin de remplir le formulaire de collecte de données. Une formation a été prévue à cette fin.

Sur le plan organisationnel, l'administration avait alloué du temps supplémentaire aux infirmières, en ce début d'implantation du nouveau formulaire de la collecte de données.

Certains comportements d'agressivité et une baisse de motivation ont été enregistrés chez plusieurs infirmières. Des discours négatifs d'infirmières de l'unité-pilote, durant les pauses, ont contaminé celles des unités qui n'avaient pas encore reçu de formation, provoquant en juillet, une certaine inquiétude. Les responsables du projet ont alors compensé par de la "contamination positive". De plus, chaque infirmière contestatrice a été rencontrée, écoutée, encouragée, stimulée et suivie. Une personne ressource a été nommée pour aider quotidiennement les infirmières dans la gestion du temps consacré à la démarche de soins. Les membres du comité étaient présents sur les unités et observaient l'évolution dans l'utilisation du nouveau formulaire et dans l'élaboration des plans de soins par les infirmières.

D'autres infirmières réagissaient très positivement. Les infirmières auxiliaires constataient que leur travail était facilité par la précision des nouveaux plans de soins. Le comité des médecins s'est intéressé au projet.

Puis, le projet a pris un tournant décisif que l'on constate dans le discours de certaines infirmières et des progrès ont été marqués dans le développement des nouvelles pratiques.

Les observations (Etape 4.2)

P7-R-17 A la phase de diagnostic et de planification, on a observé une grande ouverture des personnes impliquées ou intéressées au projet. Les résistances sont surtout senties à la phase de la réalisation et ont nécessité le recours à une stratégie imaginée par le groupe: "la contamination positive".

P7-R-18 Le fait d'avoir étendu le projet à d'autres unités de l'hôpital lui a conféré plus de poids et de crédibilité. Il n'était pas un caprice passager d'administrateurs sur une unité donnée, mais devenait un mouvement général: tout le monde allait travailler de la même façon.

P7-R-19 Le projet de départ, proposé par la praticienne, s'est transformé entre les mains des participants. La praticienne constatait qu'il était important de garder

une grande ouverture dans l'exercice du leadership d'un projet en vue d'assurer la motivation, l'intérêt et la logique de la dynamique participative qui s'installait. Ainsi, le projet avait prévu des limites (projet sur une seule unité), que les participants ont étendues.

Etape 4.3 L'évaluation du plan.

L'évaluation du plan a porté sur l'évolution de l'intégration de la collecte des données par les infirmières. Elle s'est principalement concrétisée dans l'évaluation de la qualité des informations recueillies par les infirmières à l'aide des fiches et, du temps nécessaire à chacune pour effectuer ce travail auprès du patient. Cette évaluation s'est répétée à trois moments de la phase d'implantation. Les responsables ont souligné la nécessité d'une supervision continue afin d'assurer un support moral aux infirmières en changement et de répondre rapidement à toute difficulté rencontrée. Une personne qualifiée a été affectée à ce travail de supervision.

Les observations (Etape 4.3)

P7-R-20 L'implantation de la démarche de soins sur d'autres unités profitait des implantations précédentes.

P7-R-21 Le projet a eu pour résultat, une émancipation du discours et des pratiques des infirmières. La phase d'utilisation et les conséquences dans les pratiques des infirmières en ont fait réfléchir plusieurs sur leur rôle, sur la notion de "norme professionnelle" et sur la reconnaissance des standards de base de la profession dans les pratiques. Plusieurs ignoraient ces normes. Certaines ont redéfini leur rôle comme professionnelles. Sur ces points, le projet a été une révélation pour certaines: les infirmières ont modifié leur rôle de compensatrice (faire les gestes à la place des malades) vers un rôle de suppléante (encourager les malades à devenir indépendants). Après les trois premiers mois d'implantation, le comité a remarqué que les infirmières prenaient plus de liberté professionnelle et

manifestaient plus d'initiative dans la rédaction du plan de soins et des approches auprès des clients.

Etape 4.4 Les modifications du plan.

Les modifications au plan d'action ont été effectuées à mesure que les problèmes survenaient et que le comité se questionnait sur l'implantation du projet aux autres unités de l'hôpital. Nous ne possédons pas d'information sur ce processus d'implantation en cascade car cette phase ne faisait pas partie du rapport de recherche de la praticienne.

Les observations (Etape 4.4)

P7-JB-22 Nous constatons ici que le plan élaboré et mis en place a subi peu de modifications majeures en cours et que les problèmes mineurs lors de l'implantation étaient traités dès leur apparition. De plus, comme le plan comportait trois évaluations du contenu des fiches pendant l'implantation, les améliorations aux pratiques des infirmières ont été apportées par la conseillère.

Etape 4.5 La réflexion sur le processus.

La praticienne a suivi le séminaire de réflexion sur le processus par correspondance. Le contenu des discussions du groupe lui était acheminé afin d'effectuer sa réflexion personnelle sur son expérience de recherche-action. Ses observations sont les suivantes:

Les observations de la praticienne à partir de la grille de Morin/Landry. (Etape 4.5)

Le concept d'entente

P7-SSR-23 Nous avons abordé l'idée de ce projet, lors de l'entrevue de sélection, et l'avons par la suite suggérée à l'administration dès notre entrée en fonction. Les

appuis étaient présents dès les premières démarches; le terrain semblait prêt à ce projet (voir la Leçon 4, concernant le "timing"). L'approbation de l'idée du projet par l'administration a permis la formation du comité en vue de l'élaboration d'un plan d'action qui leur a été proposé. Ainsi, les ententes ont suivi ici la voie hiérarchique normale d'un projet dans une organisation hospitalière.

Le concept de participation

P7-R-24 La participation a reposé sur la reconnaissance de la pertinence du projet par les intervenants, sur notre crédibilité de directrice des soins et de présidente du comité, ainsi que sur notre capacité de lobbying. Nous étions reconnue par les intervenants comme experte concernant la démarche de soins (Leçon 20, concernant les caractéristiques personnelles du praticien comme agent de changement).

P7-R-25 La participation reposait sur un mode de fonctionnement décidé par le comité. Notre fonctionnement a été un processus dynamique, un forum de discussion, de prise de décision, d'action et de réflexion. Cette dynamique a permis à chacun de verbaliser ses attentes, ses craintes, ses contraintes, ses disponibilités, et de choisir ses activités. Ce mode de participation a favorisé les consensus de tous les membres sur le mandat de comité, sur ses objectifs, sur les stratégies à adopter, ainsi que les moyens d'action à mettre de l'avant.

P7-R-26 La participation d'un professeur de l'Ecole de formation infirmière a amené le comité à élaborer un formulaire de collecte de données dans la démarche de soins qui convenait aux cadres conceptuels différents de l'Ecole et du Centre hospitalier. Les participants ont recherché des solutions en tenant compte de la diversité des modèles en démarche de soins et en considérant les convergences.

P7-R-27 Nous avons conclu, en fin de recherche, à l'importance de la dimension collective dans une démarche et considéré que la définition de recherche-action proposée par Kemmis et McTaggart, reflétait notre cheminement avec notre groupe, que "la recherche-action est une réflexion et une mise au point

collective, sur une situation donnée, entreprises par les personnes ressources et les participants concernés, dans le but d'améliorer une situation".

Le concept de discours

P7-R-28 Le discours, c'était également la diffusion de l'information aux organismes concernés par le projet afin de les mettre au courant, de demander leur avis, de les tenir informés de l'évolution et de les sensibiliser à leur implication.

Les concepts d'action et de changement

P7-R-29 Notre réflexion, à la fin de ce projet, nous a permis d'identifier les leçons suivantes: 1) la nécessité pour les administrateurs de miser sur la participation des personnes concernées, sur l'échange d'idées et sur la compréhension entre personnes de niveaux hiérarchiques différents, 2) de responsabiliser des subalternes, 3) de décider par consensus, 4) d'accepter et d'encourager les participants à prendre des risques et 5) de laisser de l'initiative aux acteurs. Nous avons associé ces habiletés au rôle de leadership dans un projet et "peu importe d'où émerge un projet, ce dernier vit seulement s'il est bien mené et structuré". (Leçon 20)

Nos observations sur la réflexion de la praticienne (Etape 4.5)

P7-JB-30 L'ouverture du comité s'est manifestée dans le recours à plusieurs experts, incluant des personnes extérieures (un représentant de l'Ecole de Formation, un professeur de l'Université de Montréal).

P7-JB-31 L'évaluation a été présente pendant toute la démarche de recherche-action et non seulement à la fin du projet.

P7-JB-32 Bien que s'inspirant d'un modèle de changement planifié, cette recherche a mis surtout l'accent sur le processus humain et participatif de la démarche. Le rapport a rendu compte des contributions de chaque personne

impliquée. C'était la première praticienne qui dégagait un portrait aussi explicite de sa démarche participative.

Etape 5. Le deuxième cycle ou plan d'action

Dans cette démarche, on peut dire que les cycles de la recherche-action ont été présents lors de l'implantation en cascade sur les autres unités car chaque nouvelle implantation profitait de l'expérience des unités précédentes. Elles s'en sont distinguées car le groupe d'infirmières était différent et la vocation de leur unité était spécifique.

Les observations (Etape 5)

P7-JB-33 Nous constatons cependant que le deuxième cycle ou les cycles suivants n'étaient pas présents de la même façon dans cette recherche, où les ajustements portant sur le mode organisationnel ont dû être effectués, dès leur apparition. Ceci nous a amenée à observer deux types d'amélioration: les améliorations au processus et les améliorations sur l'objet de recherche. Alors que les améliorations concernant l'objet ont nécessité un temps plus long afin de constater les effets du plan d'action, les améliorations au processus de fonctionnement qui touchaient la dimension humaine, devaient se régler rapidement pour ne pas diminuer la motivation des participants.

P7-JB-34 L'organisation du milieu hospitalier ne présentait pas le même temps cyclique que l'année scolaire impose à un projet dans une école.

3) Les leçons tirées de la septième démarche

Leçon 26 Les valeurs sont (devraient être) la base d'un changement.

Nous constatons que le projet émerge d'une insatisfaction de la praticienne devant un conflit idéologique entre ce que devrait être la pratique de la démarche de soins,

selon la charte des infirmières et selon les enseignements en nursing et, d'autre part, les pratiques des infirmières observées. Nous croyons que la motivation de la praticienne pour changer cette situation est venue de ses valeurs, influencées et supportées par la position de l'Association des infirmières et de ses expériences en enseignement. Elle a également vérifié la faisabilité de l'implantation d'une démarche de soins dans des hôpitaux qui la pratiquent. Ainsi, valeurs et faisabilité sont deux éléments qui l'ont motivée à s'engager dans un processus de changement.

Nous retenons de cette démarche que le praticien doit considérer ses valeurs, les valeurs des participants et celles de l'organisation. Un projet est possible s'il y a un consensus sur les valeurs dans le groupe, pour orienter le changement et motiver l'implication des individus. Nous avons constaté la présence des valeurs dominantes dans chacune des démarches des praticiens. Les praticiens qui s'engagent dans un processus de changement dans leur milieu professionnel, s'appuient sur de fortes valeurs personnelles qui entrent en conflit avec une situation de pratique. Ces valeurs observées ont été la responsabilité des intervenants de l'école auprès des décrocheurs potentiels dans la première démarche, l'intégration scolaire pour le deuxième praticien, la croyance qu'une petite école peut trouver des solutions à ses problèmes, pour le troisième, etc. (P7-R 17, 19)

Leçon 27 Une recherche-action compose avec la complexité par une plus grande ouverture.

L'ampleur qu'a prise le projet s'explique principalement par l'ouverture de la praticienne et des participants. Par contre, la praticienne mentionne qu'un tel projet demande d'être bien structuré pour réussir. Ouverture et structure apparaissent souvent s'opposer. Dans cette démarche, elles sont complémentaires.

L'ouverture, ce sont les attitudes de la praticienne concernant l'expression de ses valeurs et de ses attitudes positives pour le changement, c'est ensuite le regroupement des personnes concernées et l'acceptation des points de vues différents, c'est la diffusion de l'information, c'est la confiance de la praticienne à déléguer des responsabilités, c'est sa capacité de leadership à canaliser les idées et

les énergies de chacun dans un projet cohérent où chacune s'identifie et se sent à l'aise de participer, et enfin plusieurs autres caractéristiques qu'une étude approfondie de cette démarche mettrait en évidence. Cette ouverture rejoint la définition de la participation comme prise en charge, ainsi que les conditions et la structure organisationnelle de cette participation telles que proposées par Saint-Pierre (1975)⁸⁷.

Ce mode participatif conduit à un fonctionnement organisationnel complexe où les individus ont prise sur les décisions et prennent en charge des actions de changement. De plus, une telle participation permet le choix de solutions plus adaptées. Le leadership s'exerce alors, comme dans la démarche actuelle, davantage sur le processus que sur le contenu.

Leçon 28 Le concept de contamination positive.

Cette idée de contamination positive est un élément à retenir par un praticien qui conduit une démarche de changement dans le milieu de sa pratique professionnelle. Il présente une stratégie adéquate à développer pour contrer les résistances qui ne manquent pas de survenir au cours d'un changement. Nous n'associons pas ce concept à celui du militantisme, lequel relève davantage d'une idéologie. Ici, la contamination positive repose sur les effets positifs du projet dans le milieu et tend à faire l'équilibre face à des informations négatives. (P-R-17)

Leçon 29 La formation est un élément essentiel d'une démarche de recherche-action

Lewin (1946) avait déjà affirmé que la recherche-action présentait un triangle de formation, d'action et de recherche. Dans chacune des démarches, nous constatons une dimension importante de formation structurée des intervenants. Un processus de recherche-action porte en soi une démarche de recherche de solutions qui

⁸⁷ A cet effet, La participation, pour une véritable prise en charge responsable, de H. Saint-Pierre, Québec: Presses de l'Université Laval, 1975, présente une conception de la participation pertinente aux praticiens en recherche-action.

poussent les individus à parfaire leurs connaissances et qui commande, dans un premier temps, une formation aux nouvelles approches ou habiletés nécessaires au changement. Cette formation intégrée dans les pratiques, le groupe peut se tourner vers de nouvelles connaissances et moyens permettant d'améliorer leurs pratiques. Nous constatons ainsi que la personne est le principal instrument de changement dans une recherche-action, car ce processus la pousse à dépasser ses limites, à se questionner, à chercher des réponses à diverses sources: soit dans l'expertise du groupe, dans les expériences d'organismes similaires, auprès d'experts ou dans la littérature. Tel que souligné par Desroches (1971), la recherche-action n'est pas une intervention ponctuelle, mais prend une dimension d'éducation permanente où le praticien apprend de façon continue de nouvelles expériences réfléchies et à nouveau investies dans sa pratique. (P7-R-14)

Leçon 30 Plusieurs recherches-actions consistent à adapter une solution à un contexte donné.

Les démarches 2,5,6,7 ont consisté à adapter une solution à un contexte donné, soit une organisation contextuée des cheminements particuliers, une adaptation du document didactique "Mon Passeport Musical" à une commission scolaire, un programme d'orientation des infirmières en début d'emploi, ou l'implantation de la démarche de soins dans un hôpital. (P7-JB-2, 31)

Leçon 31 La triangulation est une technique de validation du processus pertinente pour les praticiens.

Nous constatons que les praticiens utilisent déjà une technique de triangulation lorsqu'ils confrontent les divers points de vue des individus dans le groupe de travail ou avec les groupes concernés par la recherche. L'objectif du praticien n'est pas d'étudier les différents points de vue en soi, mais en relation avec les pratiques actuelles et les actions stratégiques pertinentes à les améliorer. Cette triangulation s'effectue le plus souvent verbalement lors des discussions et, à l'occasion, par écrit (questionnaires, propositions, grille d'évaluation, etc.). Il y a lieu de développer cette technique pour des praticiens en recherche-action. (P7-JB-5)

Conclusion

De cette septième et dernière démarche, nous retenons 34 observations et tirons six leçons. Cette recherche-action se caractérise par une participation dynamique de nombreux intervenants internes et externes, par son ouverture, par les nombreux paliers hiérarchiques et les institutions impliquées. Plusieurs des leçons retenues émergent de l'ensemble des démarches analysées: la primauté des valeurs du praticien dans l'émergence d'un changement (Leçon 26), la gestion de la complexité par une ouverture (Leçon 27), l'idée de la contamination positive pour contrer les résistances (Leçon 28), l'existence d'un mode de triangulation déjà présent chez les praticiens (Leçon 31), la présence de divers types de formation dans chacun des plans d'action des démarches analysées (Leçon 29) et, enfin, que plusieurs recherches-actions consistent à adapter une solution à un contexte donné (Leçon 30).

5.9 La synthèse de l'analyse verticale

Ce chapitre a présenté l'analyse individuelle de sept démarches de recherche-action par des praticiens, à l'aide du protocole préliminaire comme grille d'analyse. Nous avons dégagé des observations pour chacune des étapes du processus et en avons tiré des leçons en vue d'aider la démarche de futurs praticiens. Compte tenu de la dimension spécifique d'une recherche-action sur un terrain donné, nous avons choisi de présenter chaque étape de la démarche du praticien sur son terrain, suivie de nos observations. Notre hypothèse était qu'une observation faite à partir d'un terrain ne peut, dans un premier temps, être comprise qu'en relation avec ce terrain, et qu'une certaine généralisation devrait se dégager, par la suite, de l'analyse transversale et produire une amélioration du protocole préliminaire.

Nous constatons que ces observations et ces leçons qui découlent des démarches spécifiques, sont éparées et nécessitent une analyse transversale, afin de dégager les principales modifications que nous apporterons au protocole préliminaire. Cette analyse sera présentée au chapitre 6.

Nous terminons ce chapitre en situant les observations de chacune des démarches sur la Grille d'analyse des observations, tel que présenté au Tableau III. Ceci nous permet de constater l'importance relative accordée à chaque étape du processus.

TABLEAU III									
<u>L'importance des observations</u>									
<u>en relation avec la grille de l'analyse verticale</u>									
ANALYSE TRANSVERSALE									
ÉTAPES DE LA R-A/ / PRATICIENS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	Total	
ANALYSE - VERTICALE	1. Émergence du projet	4	6	3	3	6	8	3	33
	2. Compréhension de la situation	7	1	3	4	2	2	2	21
	3. Cadre de référence	3	1	4	2	1	4	4	19
	4. Premier plan d'action								
	4.1 Élaboration	2	---	4	2	2	---	6	16
	4.2 Implantation et observation	3	2	3	4	3	---	3	18
	4.3 Évaluation	5	2	1	5	3	---	2	18
	4.4 Modifications du plan	2	1	1	4	1	---	1	10
	4.5 Réflexion sur le processus	1	26	12	14	3	13	10	69
	5. Deuxième plan et suites	4	1	4	1	---	1	2	13
	Total des observations	31	40	35	39	21	28	33	227

Parmi les 31 leçons retenues de l'analyse verticale, 27 leçons sont directement reliées à l'une des étapes du processus, alors que 4 leçons concernent la démarche en général. Ces leçons se situent de la façon suivante:

1. L'émergence du projet:	12 leçons (1, 8, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25)
2. La compréhension de la situation:	1 leçon (29)
3. Le cadre de référence:	4 leçons (5, 11, 23, 28)
4. Le premier plan d'action:	
4.1 L'élaboration:	3 leçons (3,9, 17)
4.2 L'implantation et l'observation:	2 leçons (27, 30)
4.3 L'évaluation:	1 leçon (7)
4.4 Les modifications du plan:	
4.5 La réflexion sur le processus:	2 leçon (2, 10)
5. Le deuxième plan et les suites:	2 leçons (6, 13)

Nous constatons ici que peu de leçons ont été retenues des observations provenant de la réflexion des praticiens sur le processus. Ceci est dû au fait que cette réflexion s'est située à la fin de la démarche des praticiens. De ce fait, si certaines leçons peuvent en émerger, elles apparaîtront à l'analyse transversale.

Parmi les leçons portant sur la démarche en général, les thèmes abordés sont:

- Les caractéristiques du praticien (Leçon 21).
- La nécessité de composer avec la complexité par de l'ouverture (Leçon 27).
- L'adaptation d'une solution à un contexte (Leçon 30).
- L'utilisation de la triangulation comme technique de validation des idées par les intervenants (Leçon 31).

Nous procéderons maintenant, au chapitre 6, à l'analyse transversale des observations et des leçons, afin d'en dégager d'autres leçons si nécessaire, ainsi que les modifications qui enrichiront le nouveau protocole. Le lecteur trouvera à l'Annexe 2, la liste des leçons retenues des chapitres 5 et 6.