

MÉTHODOLOGIE

Paule BIROT
Marie Pierre DERVAUX
Martine PEGON

LE MODÈLE DE MCGILL

INTRODUCTION

Partenariat, collaboration avec les familles, soins centrés sur la famille..., sont des termes couramment employés en France, les récents textes engagent à inciter à la participation des usagers. Lors d'un voyage professionnel au Québec, enrichi par des lectures, nous avons été particulièrement séduites par le modèle McGill qui, en ce sens, est un modèle de référence, une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients qui encourage une approche centrée sur la famille et l'environnement plus que l'individu lui-même.

Il est certes à resituer dans le contexte québécois : Comment s'intègre-t-il dans le processus de nursing? Comment s'applique-t-il dans la pratique? Quelle est la conception de la formation continue pour favoriser son intégration dans la pratique ?

Nous tenterons de répondre à ces questions en tant que « professionnel nomade » et de terminer par une critique du modèle qui peut être base de réflexion pour chacune et pour une équipe d'unité de soins, de pôle d'activité dans le contexte actuel et enrichir ce que nous appelons partenariat patient-famille.

1 - LE CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL.

Le Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) est issu de la fusion de cinq hôpitaux¹ montréalais qui, entre 1991 et 1997, ont décidé de se regrouper pour assurer auprès des patients des soins de qualité fondés sur les toutes dernières connaissances en matière de santé et pour contribuer au progrès des connaissances.

¹ Il s'agit de l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital et l'Institut neurologiques de Montréal et l'Institut thoracique de Montréal.

Les cinq hôpitaux du CUSM assument des missions cliniques dans le domaine de la pédiatrie, de la médecine, de la chirurgie, des neurosciences, de la santé mentale et de la santé de la femme et comptent plus de 1 300 médecins et dentistes ainsi que 10 000 professionnels de la santé et autres employés. Ces missions cliniques sont encore appelées « programmes cliniques ».

L'Université McGill assure quant à elle, l'enseignement d'environ 600 étudiants en médecine, en soins infirmiers et dans les autres disciplines de la santé.

Enfin, Le CUSM constitue le plus grand regroupement de chercheurs biomédicaux et de scientifiques de soins de santé au Canada. Il comprend plus de 500 chercheurs, environ 650 diplômés et étudiants post-doctoraux ainsi que 306 laboratoires consacrés à la recherche. La mission de l'Institut consiste à favoriser la réalisation de recherches initiées par des scientifiques, menant à des découvertes susceptibles d'agrandir le champ des connaissances. Ces recherches sont inextricablement liées à des programmes cliniques, qui fournissent un continuum entre le laboratoire, la clinique et la communauté. Mondialement reconnu, le CUSM se distingue par l'étroite intégration de la recherche et de la pratique clinique, qui fait bénéficier les patients de connaissances de pointe issues de la recherche.

2 LA POLITIQUE DE LA DIRECTION DES SOINS : « L'AVENIR NE CONSTITUE PAS NOTRE DESTINATION MAIS NOTRE CRÉATION. »

La politique de la Direction des soins repose sur des valeurs de compassion et de respect à l'égard des patients, visiteurs, étudiants, bénévoles et collègues de travail.

Ainsi, tout le « *personnel s'emploie à intégrer les soins aux patients, l'enseignement et la recherche, tout en créant un milieu propice à l'investigation, à l'innovation et à l'auto-évaluation.* » (code éthique du CUSM)²

La politique de soins se focalise sur la satisfaction des besoins physiques, psychosociaux, culturels et spirituels des patients quel que soit leur âge ainsi que ceux de leur famille. Dans la mesure du possible, les soins sont prodigués à proximité de leur lieu de vie afin de perturber le moins possible la dynamique familiale. Partenariat, accessibilité aux soins, appuis des professionnels de santé, innovation, etc. sont les maîtres mots d'une politique centrée sur le patient et sa famille.

Ces valeurs sont défendues pour attirer de vrais leaders en soins infirmiers qui s'engagent à développer un travail de collaboration plus que de compétition et à favoriser l'entente entre les différents sites et services hospitaliers, une atmosphère qui favorise et retient les meilleurs professionnels de la santé. Pour cela, il est indispensable de créer une culture commune, un réseau d'expert, de générer des idées pour l'avenir et le développement de la pratique des soins infirmiers.

3. COMPRENDRE LE MODÈLE MCGILL

3.1 Les origines du modèle

C'est au Dr Moyra ALLEN³ que l'on doit ce modèle *avant-gardiste*. Suite aux travaux réalisés par l'Organisation Mondiale de la Santé sur la définition des soins de santé primaire, Moyra ALLEN a introduit la notion de client/famille et envisagé un système à trois dimensions impliquant de manière indissociable, le client, sa famille et l'infirmière.

Par ailleurs, ce modèle est à resituer dans l'évolution du contexte sociopolitique du système de santé québécois : l'accessibilité aux soins pour tous en 1960. Il a permis à l'infirmière de jouer, dès lors, un rôle d'intervenant pivot auprès de la personne soignée et de sa

famille. Avec eux, et pour répondre aux besoins qu'ils expriment, l'infirmière choisit les interventions et les activités qui tiennent compte de leurs buts, de leurs capacités, de leurs potentiels et de leurs forces.

Des ateliers dénommés « à votre santé » ont été mis en place en 1970 avec de nouvelles perspectives : un système de santé basé sur les besoins de santé et les ressources communautaires (Rapport Lalonde en 1974⁴). L'idée soutenue par ce rapport était qu'en agissant sur le mode de vie ou l'environnement physique ou social, la santé s'en trouverait davantage améliorée dans la mesure où l'on investissait plus d'argent dans les systèmes de soins existants. Cette réforme de santé a cependant créé une augmentation de la demande de soins par le public. Une série d'expériences sur le terrain autour des ateliers « à votre santé » a permis au Dr ALLEN de développer le modèle McGill et de s'appuyer sur le potentiel de développement de la santé et sur les forces dont disposent le client et son entourage familial. C'est un modèle particulièrement dynamique qui évolue encore aujourd'hui avec les efforts continus des membres et des étudiants du corps enseignant à l'université de McGill

Dans ce nouveau contexte, l'infirmière a pris une place essentielle dans l'accompagnement de l'apprentissage de la santé auprès des familles et dès les années 1980, l'intégration du modèle devient un guide pour la pratique comme en témoignent les nombreuses publications.

3.2 Le modèle Mac Gill

Le modèle Mac Gill est une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients. Il s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat soignant/individu/famille. Le modèle de M. ALLEN ne sépare pas le client de sa famille et propose que ceux-ci soient inclus dans l'identification, l'analyse et l'interprétation des données concernant la personne soignée et recueillies par l'infirmière.

² D'après le code éthique du CUSM, disponible [en ligne] : <http://www.cusm.ca/>

³ Moyra Allen est née en 1921. Infirmière formée à l'Université de McGill, elle obtint sa maîtrise en 1954 à l'Université de Chicago et son doctorat à l'Université de Stanford en 1967. Revenue à l'Université de McGill, elle consacre sa carrière à la recherche et à l'enseignement des soins infirmiers. C'est au début des années 70 qu'elle commence à tisser les fils du modèle McGill qui, aujourd'hui encore, fait l'objet de nombreuses recherches infirmières. Elle décède le 2 mai 1996 à Ottawa.

⁴ 1974 - Livre blanc du gouvernement fédéral : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens ou Rapport Lalonde

L'essence des soins se définit comme une relation de « caring⁵ » (WATSON 1979-1985-1998) avec l'individu et sa famille ayant pour but la promotion de la santé. C'est un postulat qui fait partie de la « déclaration de la pratique infirmière » approuvé par le Conseil des Infirmières du Centre Universitaire de Santé Mac Gill en 1997.

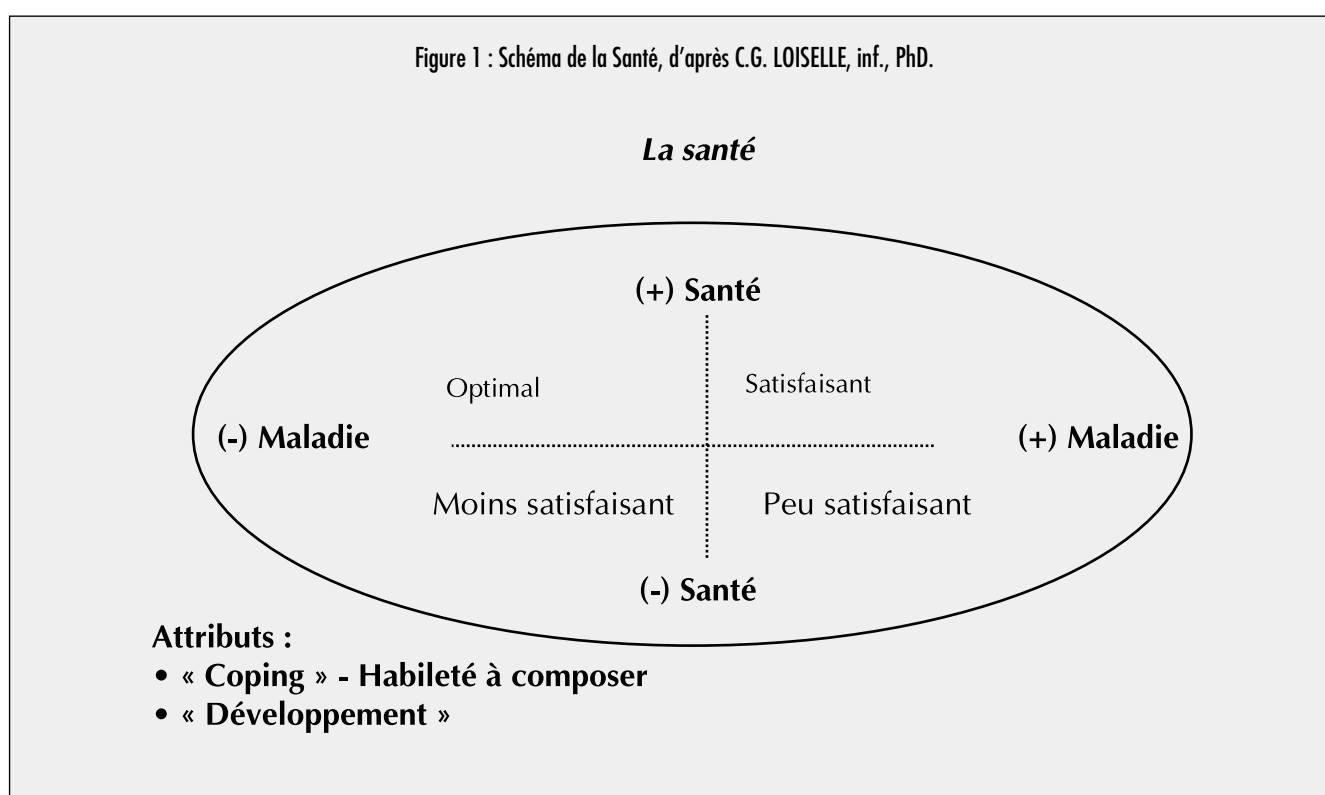
Le partenariat est essentiel à la compréhension des besoins des individus et de leur famille. Dès lors, les connaissances sont identifiées et transmises à la famille et l'individu. Ils acquièrent ainsi une meilleure maîtrise de leur situation. L'accent est mis sur l'interaction entre les membres de la famille parce qu'il est « *toujours important de « penser la famille » ; il convient toujours de reconnaître le client comme un membre de la famille, même si l'infirmière n'a pas de possibilité de faire intervenir la famille.* »⁶

Cette vision de la relation thérapeutique avec le patient implique une pratique infirmière indépendante autant qu'interdépendante avec d'autres professionnels de la santé. Le rôle indépendant se caractérise par des actions

d'éducation et de soutien auprès de la famille en utilisant son propre jugement sans avoir recours aux conseils, recommandations ou prescription d'un autre acteur de santé. Le rôle interdépendant place l'infirmière comme membre d'une équipe multidisciplinaire, coordonnatrice des soins ayant un rôle de liaison avec les infirmières dans la communauté. Il implique de prendre des décisions mutuelles entre deux infirmières ou plus.

4. LE MODÈLE DE MAC GILL ET LE CONCEPT DE SANTÉ

Dans le concept de santé sur lequel s'appuie le modèle Mac Gill, des éléments centraux sont retrouvés et notamment le fait que la santé coexiste avec la maladie. En effet, de même que la santé peut avoir un pôle positif et un pôle négatif, la maladie peut aussi avoir un pôle positif et un pôle négatif.



⁵ Jean Watson : Le caring Traduction Française sous la direction de Josiane Bonnet Ed. Sele Arolan 1998.

⁶ Revue électronique « Zoom sur les soins infirmiers » de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada, Septembre 1997, [en ligne] sur internet : http://www.cna-nurses.ca/pages/issuestrends/nrgnow/Pleins%20feux%20sur%20la%20famille_septembre%201997.pdf

La santé est une composante centrale de la pratique infirmière, elle est multidimensionnelle et dynamique. Elle se développe prioritairement au sein de la famille. En ce sens, le concept de santé possède en lui-même une dimension positive qui met l'accent sur les ressources individuelles et collectives. La santé implique donc de faire évoluer le potentiel physique, psychique et social de chaque personne.

Les attributs centraux du concept de santé sont le **coping** (entendu ici comme l'habileté à composer) et le **développement**.

Le **développement** vise à la réalisation des buts que l'on s'est fixé dans la vie, implique une prise de conscience et une mobilisation de ses ressources internes.

Par exemple : Une femme atteinte d'un cancer du sein sous chimiothérapie, peut présenter un pôle santé positif bien qu'elle soit malade (pôle maladie négatif), si ses stratégies adaptatives (coping) sont efficaces.

Le « **coping** », attribut du concept santé, représente les efforts déployés par la personne afin de composer avec sa situation problématique, ici le cancer du sein. Les ressources dont dispose cette femme, peuvent affecter positivement ou non sa capacité de s'adapter à la maladie et lui permettre de réduire les effets négatifs de la maladie. Pour cette raison, il est nécessaire d'accroître au maximum son développement physique, cognitif et psychosocial et d'envisager avec elle, les moyens de lever les tensions provoquées par la maladie.

5. LE MODÈLE DE MCGILL ET LE MÉTAPARADIGME INFIRMIER (FAWCET 1984)

Le modèle de Mac Gill met en avant la valeur de promotion de la santé autour des quatre concepts du métaparadigme infirmier : la personne, l'environnement, les soins infirmiers et la santé qui constitue un véritable cadre conceptuel dans la pratique infirmière. Lorsque l'infirmière intervient auprès du client et de sa famille, elle prend en compte ces quatre composantes pour se centrer sur le maintien et la promotion de la

santé : « *Plutôt qu'assistante du médecin, ce modèle pose l'infirmière en complémentarité avec l'ensemble des professionnels du réseau sociosanitaire, avec comme spécificité le mandat de porter le projet de promotion de la santé. Ici, la valeur centrale est moins l'entretien de la vie que la santé en tant que telle.* »⁷

En effet, le modèle McGill, principalement axé sur la promotion de la santé, sur la participation active du client et de sa famille et sur la relation de partenariat entre l'infirmière et le client, s'inscrit dans un environnement socioéconomique influencé par des conditions tant internes qu'externes.

5.1 La santé s'apprend par une participation active au sein de la famille. Elle est considérée comme la ressource la plus précieuse d'une nation. En ce sens, le maintien en santé des individus n'est pas qu'une préoccupation de la nation mais l'affaire de tout un chacun.

L'infirmière intervient auprès des familles pour les aider à franchir l'événement de la maladie tout en tenant compte des déterminants de la santé qui leur sont propres. Au chapitre de la santé, le modèle de Mac Gill insiste sur le fait que la dynamique familiale exerce une influence positive sur l'individu comme la santé influence cette dynamique et les rapports familiaux. Cette prise de conscience dans la pratique infirmière permet de guider les interventions auprès des familles qui visent à améliorer et favoriser leur fonctionnement.

5.2 La personne et son entourage sont compris comme des individus, des familles et des communautés qui aspirent à un meilleur niveau de santé. Parce que les solutions aux problèmes de santé résident dans l'unité familiale, l'infirmière va s'intéresser à l'individu dans son contexte familial ou à la famille par rapport à l'individu. La personne est un partenaire actif qui collabore et trouve des solutions à ses problèmes ; ces solutions proviennent donc de la personne ou du groupe familial, et non de l'infirmière. La participation active de chacun des membres du système est un postulat de la mise en œuvre du modèle McGill.

En effet, si la personne existe en tant que sujet, ce qui est dominant c'est qu'elle est perçue à travers le filtre familial : parent, ami, voisin. La famille est donc définie au sens large et c'est l'entité familiale qui sera concertée lors de situations de soins.

⁷ Hiver 2003 - Vol.05, No.0

Dossier thématique, Article : « Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière? » Par Yves Couturier et Julie Daviau. [en ligne], disponible sur Internet : <http://www.espritcritique.org/0501/esp0501article01.pdf>

5.3 L'environnement en tant que contexte social est le lieu où la santé et les comportements en matière de santé sont appris. GOTTLIEB et ROWAT (1987) insistent sur l'idée que la famille constitue le principal terrain d'apprentissage où l'individu apprend à apprécier la santé. La famille est considérée comme l'environnement clé puisque creuset de la promotion de la santé en tant que telle et enjeu sanitaire pour la société dans laquelle elle s'inscrit. Là encore, dans ce modèle, ce n'est pas seulement l'environnement social de la personne qui est pris en compte mais aussi celui de son entourage.

La santé est en perpétuelle interaction avec l'environnement et subit ses influences. De ce fait, comme le précise J. BILODEAU (2000), le modèle McGill est un véritable filtre pour s'inspirer dans la vie de tous les jours en posant et se posant différentes questions dont les réponses conduisent à la promotion de la santé :

- Comment va-t-on orchestrer les actions avec l'entourage ?
- Quels sont les facteurs psychosociaux et environnementaux qui peuvent nuire ou favoriser un retour à domicile ?
- Quelle évaluation faisons-nous des ressources internes et externes de l'environnement ?

5.4 Les soins infirmiers sont considérés comme des ressources-clés de la santé pour les individus, la famille et l'environnement. L'infirmière, en complémentarité avec les autres acteurs de santé de l'équipe multidisciplinaire, porte le projet de promotion de la santé avec comme valeur centrale celui de la santé plutôt que celui de l'entretien de la vie.

Le concept central des soins infirmiers réside dans le soutien des familles pour leur permettre de développer leur potentiel de santé ; ces soins infirmiers se focalisent sur leurs forces (GOTTLIEB et ROWAT, 1987), leurs atouts et leurs potentiels. De fait, la cible des soins infirmiers est étendue à la famille qui peut apprendre de ses propres expériences de santé. Le processus d'apprentissage se situe alors au centre de l'action, avec comme objectifs principaux : explorer, négocier, collaborer, coordonner les buts fixés en partenariat entre la personne soignée, sa famille et le soignant.

6. LE PROCESSUS DE NURSING

La place centrale de la personne soignée et de son entourage dans le modèle McGill va influencer les actions à poser à tous les niveaux du processus de nur-

sing, de la démarche de soins. Dans ce processus, l'infirmière prend en compte les ressources internes : la personne et la famille, et les ressources externes : l'environnement pour définir et mettre en œuvre les actions à entreprendre. Le processus de nursing se focalise sur la promotion de la santé, la personne soignée et sa famille, une approche exploratoire à long terme, leurs potentiels et leurs forces, les résultats attendus.

Trois phases sont distinguées qui vont permettre d'atteindre ce but : l'exploration, la pratique et l'évaluation.

L'exploration. Cette phase correspond à un véritable recueil de données par lequel l'infirmière va explorer avec la personne comment elle définit sa situation, quelles sont les ressources qu'elle utilise et quelles sont les autres ressources dont elle dispose.

Il est important, au cours de cette étape, de vérifier vers quoi tend le client (ou sa famille) pour retrouver ou améliorer son état de santé, à quoi est-il prêt et comment il compte s'y prendre pour cela. Il s'agit en fait, de savoir si l'infirmière peut identifier des stratégies qui ont été préalablement utilisées avec succès, et qui pourraient être utiles maintenant. Les données recueillies sont regroupées ce qui signifie que l'information est organisée pour permettre d'identifier les forces et les zones de problème.

Par exemple, le recueil de données à l'entrée d'un patient atteint de démence dégénérative, a révélé que son épouse atteinte d'un infarctus du myocarde, trois ans auparavant, est retournée à son domicile après une hospitalisation de 10 jours. Les enfants de ce couple, devenus adultes, ont utilisé des stratégies d'adaptation efficaces (*coping*) qui leur ont permis de faire face et de s'adapter à la situation. Lorsque le retour à domicile de ce patient est envisagé et accepté par la famille, l'infirmière recueillera des données sur ces stratégies qui ont fonctionné pour prévoir et organiser cette sortie dans les meilleures conditions. Sans la participation active de toutes les personnes concernées par cette étape de l'hospitalisation, sans une exploration méthodique des stratégies d'adaptation efficaces pour cet individu et pour cette famille, l'infirmière ne pourrait mener cette action (la sortie du patient) à son terme.

La pratique. C'est l'étape la plus concrète où l'approche de nursing est opérationnelle, elle résume l'étape exploratoire. La dyade infirmière-client choisit les buts prioritaires, et identifie les ressources (internes et externes) de la personne et/ou de l'unité familiale. Le plan d'action est basé sur les forces du client. Des

actions spécifiques vont pouvoir être mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixés au préalable.

Par exemple, si un retour à domicile est envisagé après l'hospitalisation d'un client pour fracture du col du fémur, l'infirmière vérifiera que toutes les dispositions ont été prises par la famille pour l'accueillir. Ainsi, elle pourra orienter la famille vers des services de soins à domicile, un kinésithérapeute libéral, etc. en fonction des ressources individuelles et familiales disponibles. Il s'agit d'utiliser les services de la communauté locale de manière efficiente.

L'évaluation. C'est une étape permanente voire continue. Elle développe la réflexion du client et de l'infirmière quant aux plans de soins et aux résultats attendus et obtenus. Les forces, les motivations et les ressources sont réévaluées pour que le plan d'action soit réajusté si nécessaire. Cette phase d'évaluation est la partie de « feedback » ou de contrôle du processus de nursing. Elle requiert un recueil de données objectives et subjectives quasi permanent qui a commencé dès la prise en charge de la dyade client/famille. Ainsi, l'évaluation correspond à une forme de recueil de données que l'infirmière utilise pour mesurer les progrès du client et de sa famille.

L'évaluation du processus auprès de la famille est faite à partir d'éléments subjectifs comme la famille qui dit être en sécurité, et objectifs comme le maintien, pour l'entourage, de l'activité sociale à l'extérieur de l'environnement familial, l'utilisation judicieuse des ressources, l'identification précoce de nombreux problèmes, des tentatives de résolution, à leur initiative, l'augmentation des heures de sommeil.

7. INTÉGRATION DU MODÈLE DANS LA PRATIQUE

Ce modèle de soins est largement utilisé dans les Centres Locaux de Soins Communautaires au Canada. De nombreux exemples témoignent qu'il est d'ailleurs une référence pour les équipes soignantes. La place de la famille reste prédominante, en voici quelques exemples.

7.1 Un exemple d'organisation :

Lors de la planification du retour à domicile d'un malade ventilé artificiellement (BILODEAU 2000), une toute première question est posée à la famille : « Êtes-vous disposé à accueillir la personne à domicile ? » La réponse est toujours négative, car les problèmes d'ordre respiratoire sont toujours très angoissants, de même que les techniques sont difficiles et complexes à maîtriser. Le travail de collecte des données s'amorce dès que la personne est disposée à envisager son retour après l'avoir aidée dans sa prise de décision. Le client, la famille doivent pouvoir identifier le problème afin de trouver des solutions qui leur sont propres.

Reconnaître cette incertitude est un processus nécessaire. Ce qui revient à s'interroger et à poser à la famille les questions suivantes :

- Est-ce que la demande d'assistance est prévue ?
- Est-ce que le client est motivé comme apprenant actif ?
- Quelle est la nature de l'environnement familial, social ?

C'est à partir de cette collecte de données que les facteurs négatifs, c'est à dire contraignants, de l'environnement sont identifiés. En s'appuyant sur le concept de santé et de coping, le soignant va repérer les stratégies les plus efficaces pour créer et maintenir un contexte de changement dans la situation comme par exemple :

- Etablir un climat de confiance : inviter et faire participer les membres de la famille, et organiser des rencontres familiales,
- Rassurer la famille et maintenir de l'espoir,
- Permettre de comparer ou de confronter ses inquiétudes avec un groupe de soutien / encourager les familles à partager leurs connaissances avec d'autres familles en prenant part à des groupes d'entraide,
- Souligner les efforts, les forces et impliquer les « ressources » de la famille,
- Donner de l'information, enseigner ou montrer les gestes techniques, leur permettre de répéter,
- Susciter une réflexion centrée sur la capacité de coping en posant, par exemple, des questions telles que : Quelle place prend ce problème dans votre famille ? Comment pensez-vous faire ? Vous en sentez-vous capable ? (motivation), Qu'est ce qu'il vous manque pour que vous vous en sentiez capable ? ou encore, Croyez-vous que ce que nous faisons va vous aider à rentrer chez vous ?

Dans cette unité de soins, l'enseignement dispensé au système familial quel qu'il soit, est envisagé dans le but de satisfaire les besoins sur 3 plans : cognitif, affectif,

moteur. L'infirmière doit être capable d'évaluer les besoins d'apprentissage des membres de l'unité familiale pour y répondre au mieux.

Sur le plan cognitif, il s'agit de percevoir les enjeux du problème et ses impacts sur la dynamique familiale.

Sur le plan affectif, cela correspond à mesurer le potentiel de la famille avant de reconnaître l'expertise de l'infirmière et de mettre l'accent uniquement sur l'opinion du professionnel.

Sur le plan moteur, la capacité de reproduire les techniques enseignées est un indicateur décisif pour que la famille puisse faire face à la prise en charge du client.

Les moyens mis en place pour l'équipe soignante ont pour but d'accompagner les jeunes diplômées ou les infirmières nouvellement recrutées. Il est important de soutenir et d'apporter un accompagnement actuellement assuré par les « préceptrices »⁸ auprès des infirmières. Auprès des familles, l'intervention mise en place est discutée avec l'équipe soignante.

Des groupes de discussion abordent les situations critiques, l'accent est mis sur les interventions les plus appropriées. Les médecins participent à ces groupes appelés aussi « rondes médicales » au cours desquelles des sujets très concrets sont évoqués comme par exemple « faire face à une mauvaise nouvelle ».

Les soins sont centrés sur la famille, une collaboration étroite entre l'équipe et le médecin traitant est instituée. Suite à la mise en place de ces groupes dans les équipes soignantes, les premiers résultats montrent une approche plus ouverte auprès des familles et du client. Les efforts conjoints des médecins et infirmières réduisent l'anxiété, et voient le nombre de plaintes diminué.

La philosophie d'une approche centrée sur la famille doit être favorisée et promue lors de toute intervention du personnel soignant auprès des clients. Cette approche doit être planifiée avec les soins, de façon délibérée, en collaboration étroite avec tous les intervenants pivots du client et de sa famille. Ce partenariat s'appuie sur les valeurs et les croyances du patient et de la famille.

Les facteurs facilitant les soins sont axés sur la famille et consistent en une vision partagée par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Les familles sont sensibles aux divergences d'opinion des soignants, d'où la nécessité de coalition d'objectifs en interdisci-

plinarité. Trop souvent, le soignant suppose qu'il sait pour le malade ou vit à côté de leurs croyances. En se basant sur les croyances, la pratique infirmière trouve un cadre de référence qui permet la régulation des comportements.

7.2. Le programme « câlin » de l'unité de néonatalogie à l'hôpital de Montréal pour enfants

Dans le programme « câlin », la place de la famille est prédominante ainsi que celle de la fratrie. Ce projet consiste à prendre en compte la fratrie et de faciliter l'attachement parent-enfant, « câliner les enfants, augmenter les connaissances des parents au sujet du *parentage*, de leur rôle de parents. » En effet, à l'unité de néonatalogie, les parents bien qu'encouragés à venir auprès de leur enfant, espaçaient souvent leurs visites. Ce constat d'espacement des visites a été analysé et a révélé que les parents, surtout la mère, restaient à la maison pour s'occuper des autres enfants. Pour pallier ce problème, une politique a été mise en place en fonction de la population reçue et de ses besoins : l'idée d'une halte-garderie. L'infirmière chef de l'unité est coordonnatrice de ce programme.

Lors d'une visite à l'unité de néonatalogie, nous avons constaté la présence effective des parents. Une halte-garderie installée dans un local contigu au service, favorise la proximité du bébé avec ses parents. Les heures de visites sont libres, les parents sont incités à être présents et à participer activement au traitement de leur enfant.

7.3 Le secteur des Soins intensifs adultes.

La famille peut venir rendre visite au patient à n'importe quel moment de la journée (en fonction cependant des soins qui lui sont prodigués), et ainsi lui apporter un soutien familial nécessaire et bénéfique pour lui, mais aussi pour ses proches. Si la personne soignée est fatiguée, son état est évalué avec l'infirmière et la famille et, ensemble, ils décident du temps de visite auprès de la personne hospitalisée.

⁸ Il s'agit d'infirmières qui ont un rôle de tutorat auprès de leurs jeunes collègues et qui sont susceptibles de les former aux nouvelles techniques de soins et à l'organisation du travail.

Dans ce secteur, nous avons pu constater la place importante que l'unité laisse à la famille, qui avait le choix et la possibilité d'être auprès de son parent.

7.4 Le service de gériatrie

En gériatrie, un programme d'enseignement a été mis en place auprès des familles sur la fragilité de la personne âgée, la diminution de son état cognitif, les ressources disponibles de la communauté.

8. LA FORMATION CONTINUE

L'enseignement constitue une des missions fondamentales du CUSM. Dans ce contexte, la formation continue est considérée comme un vecteur de développement des concepts de soins et d'un modèle commun à l'ensemble des établissements comme le modèle McGill.

Une Directrice associée pour « *la pratique académique et le développement professionnel* » a été nommée à cette fonction en février 2000, moins de trois ans après la fusion des 5 hôpitaux du CUSM. Cette décision a pour objectif de centraliser la formation avec une responsabilité en lien avec la politique de recrutement et développement de carrières. En effet, une des missions du CUSM est d'élargir les horizons professionnels tout au long de la carrière des agents grâce, entre autres, à un programme d'éducation continue. Les moyens en formation du personnel sont particulièrement structurés.

Toutes les infirmières sont formées au modèle McGill. Dès leur entrée au Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM), elles bénéficient d'une période d'orientation de trois semaines au cours de laquelle elles vont suivre un enseignement sur ce modèle et ses applications. Cette approche théorique sera renforcée par un accompagnement par des préceptrices, qui les aident au quotidien à évaluer leur intervention auprès des familles. Plusieurs autres professionnelles assurent l'accompagnement et la formation en interne outre les préceptrices, les éducatrices et les cliniciennes.

Au cours de leur exercice, les infirmières plus expérimentées ont des modules de formation qui peuvent être sous forme de conférence avec des experts du

domaine de la Faculté des sciences infirmières de Montréal, par exemple Fabie DUHAMEL (1995), Professeur à la Faculté de Sciences Infirmières est intervenue, sur le thème « Comment intégrer la famille aux soins ? ». Les infirmières bénéficient, parce qu'elles sont performantes et compétentes, d'un accompagnement par des infirmières cliniciennes qui supervisent des situations complexes de patients.

Les besoins en formation sont déterminés avec les infirmières cliniciennes et les gestionnaires (qui ont 100 infirmières sous leur responsabilité) en technique de groupe et ciblage des priorités. Plusieurs programmes sont mis en place et proposés au personnel soignant en fonction du contexte et du public à former. Sont distingués :

- Les programmes d'orientation : accompagnement des infirmières lors de leur première prise de fonction au CUSM ou lorsqu'elles changent de service.
- La formation « maison » des préceptrices d'une durée d'1 jour réalisée par les éducatrices qui forment les infirmières aux nouvelles technologies et à l'organisation du travail. Les éducatrices soutiennent les préceptrices dans l'accompagnement des infirmières notamment en leur donnant des outils d'évaluation du travail réalisé auprès des patients, des moyens de lever des difficultés interpersonnelles entre l'équipe infirmières et médicale, par exemple.
- La formation des éducatrices est assurée par les infirmières cliniciennes.
- Les formations techniques sur des thèmes spécifiques comme par exemple, les soins des plaies, la gestion de la douleur, les nouvelles technologies ou la réanimation cardiorespiratoire, sont dispensées par les éducatrices qui y consacrent 20% de leur temps.
- La formation des infirmières cliniciennes est universitaire. Elles abordent les questions éthiques et psychosociales, car elles supervisent des situations complexes.
- Les conférences avec un intervenant extérieur en intra.
- Les congrès à l'extérieur pour favoriser les échanges avec d'autres équipes et maintenir les compétences.

Ces dernières années, la répartition du temps de formation dispensée par les éducatrices a particulièrement évolué en faveur d'une supervision des préceptrices sur le terrain. Il est passé de 50% à 20% du temps de travail et les éducatrices disposent aujourd'hui de 70% de leur temps pour assurer cette supervision. Il est important de noter que le contexte sociopolitique a contribué à ce choix. En effet, suite à un plan gouvernemental qui visait la fermeture de lits hospitaliers, un grand nombre d'infirmières de 55 ans et plus ont été mises à la retraite provoquant une pénurie d'infirmières et augmentant le nombre de jeunes diplômées qui ont un

besoin accru de soutien. Le fait de disposer de davantage de temps sur le terrain permet aux éducatrices d'opérationnaliser les changements dans la pratique.

Par ailleurs, l'apport de modèle théorique de référence ne peut être envisagé que dans la mesure où un suivi dans les unités est organisé dans le but de répondre avec efficacité aux besoins de la personne et de son environnement.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le modèle de Mac Gill en formation continue.

9. CRITIQUE DU MODÈLE DE MAC GILL

Mettre la famille au centre des préoccupations des infirmières afin de promouvoir la santé des individus est un véritable challenge qui n'est pas sans poser de questions. Ces questions se situent dans le champ de l'exercice professionnel d'une part et de l'unité familiale de l'autre, ce qui revient à s'interroger sur les limites du modèle en le confrontant à ce qui est appris notamment dans la pratique ou par l'expérience.

La critique du modèle McGill dans le concept de santé a une visée très cognitive. Ce modèle peut-il être appliqué auprès de populations variées ? Il semblerait que son application dans les familles les plus démunies n'ait fait l'objet d'aucun test, d'aucune recherche. Or, les extrêmes sont parfois révélateurs d'insuffisances comme de bénéfices dans l'applicabilité d'un modèle à tout individu quelle que soit son origine ethnique ou sociale. L'utilisateur de soins est à considérer dans son milieu de vie, entouré de sa famille, de ses proches, de son réseau. Le pouvoir décisionnel lui appartient encore faut-il qu'il puisse en disposer.

Fortement inspiré par les sciences sociales, le modèle McGill ne s'inscrit pas dans une simple perspective d'humanisation des soins ni d'efficacité thérapeutique. Il est aussi une approche de la santé, arrimée aux politiques sociales et aux objectifs de santé publique. Des valeurs de promotion de la santé le sous-tendent, d'ailleurs. Cependant, les catégories d'*intervention* trouvent un usage proche de celui des travailleurs sociaux. Le modèle McGill permet en fait l'expansion du champ disciplinaire des infirmières du côté des professions sociales. La question qui se pose alors est de savoir si toutes les catégories d'interventions infirmières sont captées par ce modèle. Sont-elles effectivement adaptées à la complexité de toute situation ? D'autant que le rôle de l'infirmière n'est pas de régler les problèmes des

familles mais bien de créer un climat qui les incite à définir et régler elles-mêmes leurs problèmes.

De la même manière, tous les systèmes de prestation de soins sont-ils compatibles avec le modèle McGill ? En effet, les systèmes de santé privilégient de plus en plus le remplacement de certains services hospitaliers par des services moins coûteux pour la collectivité et moins lourds pour les personnes qui les assument. L'implication participative de tous les membres d'un système familial peut-elle se situer au même niveau que l'on exerce en milieu hospitalier ou à domicile et dans quelles mesures les actions infirmières peuvent-elles être efficaces ?

Les objectifs spécifiques de l'activité infirmière visent à ce que le client et son entourage contribuent de manière efficace voire efficiente à améliorer, préserver et restaurer leur état de santé mais également à développer des connaissances, des attitudes et des comportements favorables à leur santé. De fait, une recherche centrée sur l'efficacité de l'activité de l'infirmière sur le comportement de la personne face à sa maladie, devrait permettre d'avancer dans l'application de ce modèle et renforcer l'idée d'une collaboration entre le client, sa famille et l'infirmière qui favoriserait l'élaboration de plans de soins individualisés et personnalisés.

Malgré tous ces aspects positifs, nous ne devons pas en occulter certains plus négatifs, à type de barrières ou d'obstacles qui peuvent être exprimés autour de l'existence du « mythe » que les familles interfèrent souvent avec les soins. Le centre de responsabilité se déplace de l'infirmière au client (au sens large du terme) et ce « lâcher prise » constitue à lui seul, un moment critique dans la réalisation de l'art infirmier, dans la mobilisation des connaissances et des compétences professionnelles.

Par ailleurs, l'impact des contraintes budgétaires ou temporelles n'est pas à négliger tant elles sont liées à des réalités économiques qui sous-tendent les activités de soins. De fait, la pénurie infirmière a un impact majeur sur la capacité de répondre à la demande sans cesse croissante en matière de soins et ce, quel se soit le milieu de vie. La population vieillit et les problèmes de santé chroniques se multiplient, la durée d'hospitalisation ne cesse de diminuer : d'aucuns pensent que les familles se retrouvent contraintes à assumer les soins des plus courants au plus complexes à la place des professionnels de la santé. Dans ce contexte, comment envisager d'élaborer des plans de soins sur un autre modèle que celui de Moyra ALLEN ? Comment orienter les soins dans une perspective familiale et les axer sur la force et les besoins de la famille ?

CONCLUSION

Le modèle McGill est très utilisé dans les structures hospitalières canadiennes notamment au CUSM de Montréal qui en est le creuset et particulièrement présent dans les Centres Locaux de Soins Communautaires (CLSC) travaillant étroitement avec les familles. Depuis toujours, les infirmières à domicile soignent les patients, les clients dans leur milieu de vie, au sein de leur famille et mettent leurs connaissances et leurs compétences à leur service. Pour jouer un rôle actif et mieux aider les familles, le modèle McGill donne un véritable cadre de référence à la démarche de soins.

Comme l'écrivent DOENGES et MOORHOUSE (2001), « la démarche de soins est centrée sur les actions infirmières dans n'importe quel cadre parce qu'il s'agit d'une méthode efficace d'organisation des processus de pensée pour prendre des décisions cliniques et résoudre des problèmes. » L'utilisation d'une structure pour la démarche de soins est bénéfique à la fois pour le patient, pour sa famille et pour le soignant car elle aide à garantir des soins centrés sur leurs potentialités et leurs forces au cours de la période critique de la maladie. L'implication de la famille, du client et du soignant est fondamentale pour que le plan de soins soit autant personnalisé qu'individualisé. Ce n'est cependant, pas la forme de la famille dans laquelle vit le client qui est déterminante mais bien les relations qui se sont tissées entre les individus qui la composent qui permettent d'utiliser cette dynamique pour préserver, entretenir ou maintenir leur santé. Lorsque le patient est dans l'incapacité de communiquer directement avec le soignant, la famille, au sens large du terme, peut fournir des informations et des renseignements personnels le concernant tels que ses valeurs ou ses préférences. En conséquence, chacun a sa part de responsabilité pour trouver de bons moyens de promouvoir la santé et de faire face à des problèmes spécifiques à ce domaine. Le modèle McGill permet de considérer la famille comme une ressource autant que le client lui-même ce qui permet d'adopter de nouvelles perspectives de soins également centrées sur l'acquisition de compétences spécifiques.

Un travail sur la mosaïque des compétences actuellement en cours avec l'ordre des infirmières devrait permettre de faire évoluer la profession en fonction des besoins de la population. De nombreuses expériences sont aujourd'hui à l'étude telle cette expérimentation réalisée par 4 infirmières praticiennes qui cherchent à développer des compétences spécifiques à la prise en charge de bébés hospitalisés en néonatalogie. Ces compétences sont de même nature que celles exercées

par les internes en médecine. L'évaluation vient de démontrer qu'il n'y a pas de différences notables entre ces deux types de professionnels. Toutefois, les nouvelles compétences acquises par les infirmières sont appréciées par leurs collègues, les familles du fait de leur présence permanente alors que les médecins ne passent qu'un court moment auprès des enfants.

Il n'est probablement aucun soignant de par le monde qui n'ait jamais eu affaire à des familles dans le cadre de son travail. L'un des défis du modèle McGill est de dépasser les frontières pour faire reconnaître l'importance des ressources du patient pour promouvoir sa santé, l'importance de la famille et de l'entourage pour franchir cette période parfois difficile de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) WATSON, J. (1979). « *Nursing: The Philosophy and Science of Caring.* » Little, Brown and Company.
- (2) FAWCETT, J. (1984) « *The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements for Theory Development* » Image, vol. 16, n°3, été 1984, p. 84-87.
- (3) WATSON, J. (1985). « *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* » Boulder (CO), Colorado Associated University Press.
- (4) SHANNON V. (1985) : « *Creating a structure to support the McGill model.* » in GOTTLIEB L. & EZER H. « *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing* » P 313-316 Montréal, McGill University, 1997
- (5) GOTTLIEB L. & ROWAT K. (1987) : « *The McGill model of nursing : a practice derived model.* » in GOTTLIEB L. & EZER H. « *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing* » p. 253-264, Montréal, McGill University, 1997
- (6) KRAVITZ M. & FREY M. (1989) : « *The Allen nursing model.* » in GOTTLIEB L. & EZER H. « *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing* » P 265-280 Montréal, McGill University, 1997

- (7) DUCHARME F. & ROWAT K. (1992) : « *Conjugal support, family coping behaviours and the well-being of elderly couples.* »
The Canadian Journal of Nursing Research, N°24, p. 5-22, 1992
- (8) DALTON C. & RANGER C. (1993) « *Intégration d'un modèle infirmier en CLSC.* »
Canadian Nurse/L'Infirmière canadienne, vol. 89, no 3, mars 1993, pp. 37 – 40
- (9) LAPERRIERE N. (1995) « *L'hypertension pulmonaire primaire : un sujet d'actualité en soins infirmiers cardiovasculaires.* »
L'Infirmière du QUEBEC, N°2, p 36-41, 1995
- (10) GOTTLIEB L. & FEELY N. (1996) : « *The McGill model of nursing and children with a chronic condition : who benefits, and why ?* » in GOTTLIEB L. & EZER H. « *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing* »
p. 377-392, Montréal, McGill University, 1997
- (11) GROS C. & EZER H. (1996) : « *Promoting inquiry and nurse-client collaboration : a unique approach to teaching and learning.* » in GOTTLIEB L. & EZER H. « *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing* »
P 219-226 Montréal, McGill University, 1997
- (12) GOTTLIEB L. & EZER H. (1997) « *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing* »
Montréal, McGill University, 1997
- (13) MALO D., CÔTE S., GIGUERE V. & O'NEILL L. (1998) : « *Modèle de McGill et CLSC: une combinaison gagnante.* »
L'Infirmière du Québec, vol. 6 no 2, novembre/décembre 1998, p. 28 – 35
- (14) WATSON, J. (1998). « *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers.* »
(Traduction française sous la direction de J. Bonnet). Paris, Éditions Seli Arslan.
- (15) BILODEAU J. (2000), « *La pratique clinique au quotidien : exemples d'intégration du modèle Mac Gill* »
Congrès SIDIEF novembre 2000
- (16) FEELY N. & GOTTLIEB L. (2000) : « *Nursing approaches for working with family strenghts and resources* »
Journal of Family Nursing, N°6, p9-24, 2000
- (17) DOENGES M. E. et MOOREHOUSE M. F. :
Diagnostics infirmiers : Interventions et bases rationnelles – 7^{ème} Edition - Editions De Boeck Université, Bruxelles, 2001
- Code Ethique du CUSM, disponible en ligne
<http://www.cusm.ca/>
- Livre blanc du gouvernement fédéral : Nouvelle perspective de la santé des canadiens ou Rapport Lalonde. (1974)
- Revue électronique « Zoom sur les oins infirmiers » de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada, Septembre 1997, en ligne <http://www.cna->
- BILODEAU J La Pratique clinique éau quotidien: exemple d'intégration du modèle Mac Gill Congrès du SIIDIEF Montréal novembre 2000
- DUHAMEL F La santé et la famille, une approche systématique en soins infirmiers, Ed Gaëtan Morin Paris 1995